CONDITORES
† Prof. Basílio Freire — † Prof. Geraldino Brites — Prof. Maximino Correia

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERATORES
Prof. MAXIMINO CORREIA — Prof. A. TAVARES DE SOUSA

INDEX

F. Portela Gomes — *Apostilas anatómicas* — VIII - Um Caso de Sindactilia, Hipo, Microfalangia e Clinodactilia nas duas mãos . . . . N 4
A. da Rocha Brito — *O Coração do Marquês* . . . . . N 5
Carlos Jorge — *Um caso de fígado acessório* . . . . . N 6

Vol. XXVII 1952

«IMPRENSA DE COIMBRA, L.DA»
MCMLII

PROF. DR. J. A. PIRES DE LIMA
7-III-1877 • 23-XII-1951

Folia Anatomica prestam comovida homenagem à memória do sábio Professor que através da sua vida inteiramente devotada à Ciência, soube erguer uma obra perdurável que prestigia a Faculdade e a Universidade a que pertenceu, honrando, do mesmo passo o nome de Portugal.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO NACIONAL
MUSEU NACIONAL DA CIÊNCIA
E DA TÉCNICA
1909

Est. 6 Tab. 7 N.º 153

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

VOL. XXVII N.º 4

APOSTILAS ANATÓMICAS

VIII

UM CASO DE SINDACTILIA, HIPO, MICROFALÂNGIA E CLINODACTILIA NAS DUAS MÃOS

(ESTUDADO E SEGUIDO DURANTE
SETE ANOS EM PERÍODO DE CRESCIMENTO)

POR

F. PORTELA GOMES
Ex-1.º Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

M. A. S., natural do distrito de Setúbal, nascido em 31/1/934, aluno da 3.ª classe de uma Escola Primária, é possuidor da monstruosidade que vamos descrever.

Indivíduo bem constituído, vivo e inteligente, sentindo-se por vezes inferiorizado pelo seu defeito, segundo manifesta em actos e mesmo em palavras, mas perfeitamente sociável.

Primeiro exame em 27/XII/944:

Possue os seguintes dados biométricos:

Peso	30 Kgs.
Estatura	1030 m/m
Envergadura	1240 m/m
Perímetro torácico máximo	620 m/m

Perímetro	torácico mínimo	600 m/m
»	do braço Direito	170 m/m
»	do braço Esquerdo	180 m/m
»	do antebraço Direito	165 m/m
»	do antebraço Esquerdo	170 m/m
»	da coxa Direita	400 m/m
»	da coxa Esquerda	415 m/m
»	da perna Direita	270 m/m
»	da perna Esquerda	275 m/m
Distância	bi-acromial	265 m/m
»	epigástrico-púbica	260 m/m
Diâmetro	transverso do tórax	193 m/m
»	antero-posterior do tórax	144 m/m
»	transverso-hipocondriaco	183 m/m
»	antero-post.-hipocondriaco	135 m/m
»	transverso da bacia	218 m/m
Distância	jugulo-púbica	420 m/m
Comp. do membro superior D.º 510 m/m E.º ...		555 m/m
Comp. do membro inferior D.º 675 m/m E. ...		670 m/m

Mão Direita: — A mão direita, das duas a mais atingida na redução das suas partes não apresenta senão vestígios de dedos; à primeira vista parece tratar-se de um caso de hipofalangia (FIGS. 1 e 2-27/XII/944).

Percebem-se nela as porções iniciais de cada um dos dedos. O polegar, apresenta apenas um pequeno coto liso em toda a superfície, sem vestígios de unhas, desenhando ligeiramente os movimentos, sobretudo os da oponência; à palpação percebe-se uma pequena falange óssea. Dos outros dedos, o mais reduzido em dimensões é o mínimo: um pequeno coto em ângulo quase recto (FIG. 2) parecendo-nos à palpação existir soldadura das duas falanges.

Dos restantes dedos, só o médio apresenta uma pequena unha; os dois visinhos, indicador e anelar, estão desviados no seu eixo e sobrepostos a ele.

Apresentam-se quase inteiramente soldados, apenas com duas passagens ou aberturas na raíz dos dedos, aberturas mais notáveis no dorso da mão.

Entre o médio e o indicador há uma abertura franca, mostrando-se este último soldado ao médio apenas pela sua extremidade numa extensão aproximada de 1,5 cm; entre o médio e o anelar há uma escavação cónica, mais larga, no lado dorsal, cerca de 1 cm. de diâmetro na base do cone; pela face palmar, apenas se observa uma pequena concavidade.

Com um estilete não conseguimos encontrar orifício de passagem, pelo que nos resta a impressão de soldadura completa.

As falanges do indicador e anelar, encontram-se como que sobrepostas ao médio fundindo-se entre si lado a lado as duas extremidades dos dedos incompletos, e por sua vez pelas suas faces palmares ao dorso do médio.

Este dedo, também incompleto apresenta a sua face palmar volumosa, bojuda, com um estrangulamento no ponto correspondente à união dos cotos do indicador e anelar: entre a raíz e este estrangulamento, o dedo observado por esta face apresenta-se semi-ovoide.

Depois do estrangulamento, observa-se uma massa arredondada, à maneira de extremidade, com uma pequena unha, no dorso, com cerca de 1 cm. de largura e 0,4 cm. de comprimento, espessa, muito aderente, e de crescimento muito lento.

O punho, ao nível das saliências osseas (apofises estiloideias do cubito e rádio) mede 14,7 cm. de perímetro. O coto do polegar apresenta apenas 1 cm. de extensão. A primeira falange do indicador mede desde a interlinha articular metacarpo-falangica à da articulação falango-falanginica, 4 cm.; desta interlinha até a ponto de fusão dos três dedos, mede o segmento seguinte, apenas 2 cm..

O médio apresenta uma peça única, indistinta com 6 cm. de comprimento, desde a interlinha metacarpo

-falangica até ao ponto de fusão referido. O dedo anelar, mede, com referência aos mesmos pontos citados para o médio um pouco mais do que este: 6,5 cm..

A primeira falange do 5.º dedo mede 3,2 cm. e a seguinte 2 cm.. As duas aberturas referidas atrás medem respectivamente 2 e 1 cm. a externa e a interna. O ponto de fusão dista do rebordo ungueal superior, apenas 1,3 cm..

Todas estas medidas referem-se à face dorsal; pela face palmar, o dedo medio, da articulação metacarpo-falangica, até ao sulco que separa o corpo do dedo — ovoide, como dissemos — da sua pequena extremidade arredondada, mede 3 cm..

Deste sulco até ao rebordo livre, dista apenas um escasso centímetro.

O primeiro metacarpico, mede 8 cm. desde a interlinha articular do punho, ao nível da apofise estiloideia do rádio até à interlinha articular metacarpo-falangica; pelo bordo interno da mão e com os pontos de referência articulares correspondentes, observamos também no lado direito, 7,5 cm..

O perímetro da mão ao nível das articulações metacarpo-falangicas, é de 18 cm.. Veremos, que estas duas últimas medidas aqui indicadas são um pouco superiores às colhidas no lado esquerdo, assim com a anterior é um pouco inferior.

A radiografia (FIG. 3) mostra-nos o metacarpo com morfologia sensìvelmente normal; apenas um maior alargamento do 2.º espaço inter-metacarpico, e estreitamento do 4.º.

Dá-nos a impressão que o cavalgamento dos dedos indicador e anelar, provocam uma rotação para um e outro lado da linha média da mão, — para dentro no anelar, para fora no indicador — aos resquícios desses dedos, movimentos que através a articulação metacarpo-falangica determinou o afastamento dos metacarpos no sentido indicado. Ao nível da extremidade distal

do 1.º metacarpico observa-se um pequeno sezamoide. A ossificação incompleta, é bem patente.

Observam-e os pontos de ossificação secundários, falangicos, dos 4 últimos e carpico do 1.º metacarpico. Além disso, o 2.º metacarpico tem 2.º ponto de ossificação, carpico; este metacarpico, tem duplo comportamento: pela extremidade digital, comporta-se como os 4 últimos, pela extremidade cárpica, como o 1.º.

No ponto onde deveria existir o polegar, observamos uma pequena particula óssea, com duas pequeninas granulas juxtapostas, como se se tratasse de uma peça única com seus dois pontos secundários de ossificação distais, ao contrário do que é corrente.

O indicador parece apresentar apenas duas falanges, certamente a 1.ª e a 3.ª, faltando a 2.ª; na extremidade digital não se encontra o ponto de ossificação secundário, como possui a 1.ª falange.

O médio e o anelar parecem apresentar as três falanges incompletamente desenvolvidas.

As primeiras falanges têm o ponto secundário de ossificação tal qual as 1.as falanges do indicador e mínimo; a do médio apresenta-se muito débil na porção central. A segunda falange seria ossinho ovoide que se observa na extremidade inferior da 1.ª falange excavada em cúpula para a receber; este resquício de falange não mostra ponto de ossificação secundário. A 2.ª falange do anelar seria, semelhante à pequena porção que se encontra em seguida à 1.ª, não possuindo também ponto secundário de ossificação.

A 3.ª falange do médio não mostra ponto secundário, e parece por outro lado fundida com a extremidade do coto do indicador. A 3.ª falange do anelar teria o seu ponto de ossificação secundário na extremidade, ao contrário do que é habitual.

O dedo mínimo tem também duas falanges; a 1.ª com os dois pontos de ossificação, a 2.ª, fundida em ângulo obtuso com a anterior.

A radiografia a três quartos, mostra que a fusão das falanges distais do médio e anelar se faz na sua porção media, deixando livres as extremidades.

A radiografia da mão Direita empunhando um lápis — posição da FIG. 4 ou um estilete, FIG. 5 — mostram que é mais pequeno o ângulo que a extremidade do mínimo forma com a 1.ª peça óssea do que a outra radiografia mostra, o que nos permite pensar, que estas duas falanges não se encontrem fundidas.

Mão esquerda: — Apresenta-nos um polegar com forma e disposição sensìvelmente normais; o mesmo se pode dizer do indicador, que apenas apresenta uma retracção notável, diminuindo muito a espessura das partes moles, mas sem vestígios de cicatrizes, ao nível da raíz do dedo. Polegar e indicador possuem unhas regularmente desenvolvidas.

Imediatamente para dentro do indicador encontramos três pequenos resquicios dos três dedos, dando a impressão que foram amputados e apertados fortemente ao nível da raíz dos dedos.

A porção correspondente ao anelar, encontra-se ao centro, excedendo os outros pela face palmar, que lhe parecem sobrepostos e têm as suas faces que olham para o anelar, lisas, resultantes da sopreposição; o anelar é ao mesmo tempo o mais comprido dos três, apresentando cerca de 3 cm. de comprimento pelo dorso, e, 1,5 cm. pela palma. Na extremidade deste coto central, pela sua face dorsal, se é possível se torna encontrar zona de transição, encontra-se um pequeníssimo vestígio de unha, 0,4 cm. de largura transversal, por 0,1 cm. de comprimento. Pela face palmar, ao nível das raízes dos médios e mínimo observa-se um pequeno orifício, com cerca de 2 a 3 m/m de profundidade, correspondendo à separação dos dedos. A união ou fusão destes verifica-se em cerca de 1 cm. de extensão.

O perímetro do punho esquerdo, com referências semelhantes às do lado direito é de 15 cm.. O primeiro metacarpico mede 8,5 cm.; ao nível do bordo interno a mão, apresenta a extensão de 7 cm. O perímetro da mão, medido pela parte média, ao nível do terço médio dos metacarpicos é de 16,5 cm.; ao nível das articulações metacarpo-falangicas, o perímetro é de 17,5 cm..

Da articulação metacarpo-falangica, correspondente ao dedo médio, pela face dorsal, até ao sulco do hipotético aperto, o resquicio de dedo, mede 3,3 cm.; para os segmentos dos dedos seguintes, com as mesmas referências de medidas, observamos 2,8 cm. e 2,4 cm. respectivamente para o anelar e mínimo.

O perímetro da retracção ou aperto dos dedos, é de 7,3 cm.; deste sulco ao apêndice ungeal do 5.º dedo, medida pela face dorsal, mede 2,8 cm., e para os médio e anelar respectivamente 3,9 cm. e 4'cm.. Os dedos indicador e polegar, medem das interlinhas articulares metacarpo-falangicas ao rebordo ungeal livre, respectivamente 8,6 cm. e 6,6 cm..

A radiografia da mão esquerda, (FIG. 3) mostra o metacarpo com as mesmas características que referimos na mão do lado direito, à excepção do alargamento dos espaços inter-metacarpicos. Além disto, o 1.º metacarpico apresenta à semelhança do 2.º deste lado e do D.º, dois pontos secundários de ossificação. nas duas extremidades. O polegar e o indicador apresentam-se com a morfologia habitual.

Os três últimos dedos apresentam-nos as seguintes alterações: o médio, tem a 1.ª falange muito larga na base, estreitando-se para baixo, em continuidade com uma porção de osso parecendo destacado da 1.ª falange por fractura; a irregularidade das superfícies em contacto assim fazem pensar. A 2.ª falange apresenta o seu ponto de ossificação secundária, habitual, e a 3.ª falange reduzida a um pequeno fragmento ósseo, mais pequeno do que o ponto secundário de ossificação da 2.ª falange.

O anelar apresenta só duas falanges, ambas com os seus pontos secundários de ossificação. A 1.ª falange de base larga, estreita-se sucessivamente; na falange distal só na radiografia a três quartos se vê o ponto, secundário.

O dedo mínimo está representado por uma 1.ª falange óssea, larga na base, estreitando-se e terminando por um pequeno nódulo, único representante da última falange.

No conjunto, as falanges do mínimo seguem a mesma direcção do metacarpo correspondente. As falanges do médio e anelar inclinam-se um pouco para dentro.

Apesar das reduzidas dimensões dos apêndices digitais da mão direita, M. A. S. serve-se perfeitamente desta extremidade para os usos correntes. A FIG 6 mostra a posição da caneta para a escrita, que faz correntemente e com certa perfeição. A FIG. 7 mostra as impressões das duas mãos, chamando-nos a atenção a da direita, por quase só apresentar as duas eminências tenar e, hipotenar.

Em Dezembro de 1947, voltamos a observar o indivíduo, que tem agora os seguintes valores biométricos:

Peso	33,900 K
Estatura	1355 m/m
Perímetro toráxico máximo	710 m/m
» toráxico mínimo	630 m/m
» toráxico médio	670 m/m
» do braço D.º — 190 m/m Esq.	190 m/m
» do antebraço D.º — 190 m/m. Esq. ...	190 m/m
» da coxa D.ª — 410 m/m. Es.	420 m/m
» da perna D.ª — 280 m/m Es.	285 m/m

As mãos apresentam-se mais volumosas, mas com morfologia absolutamente semelhante, e a radiografia (FIG. 8) mostra disposição semelhante às anteriores,

FIG. 1

FIG. 2

← FIG. 3 →

FIG. 4

FIG. 5

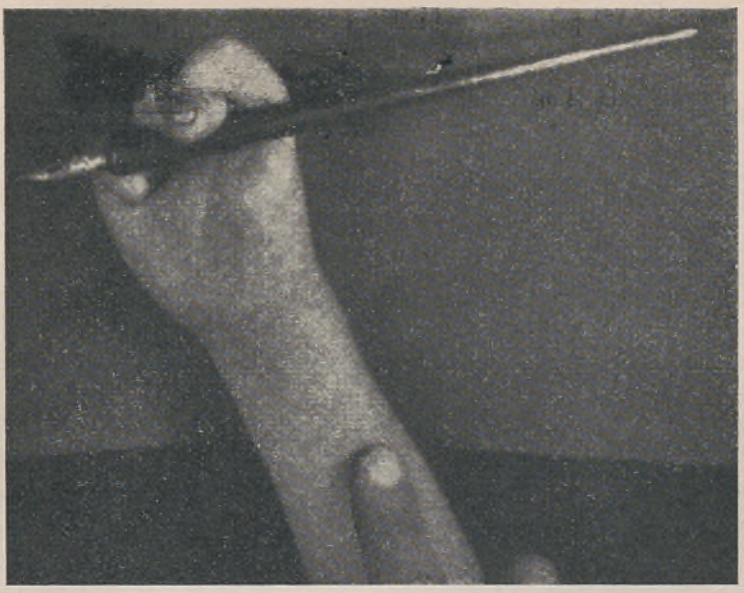
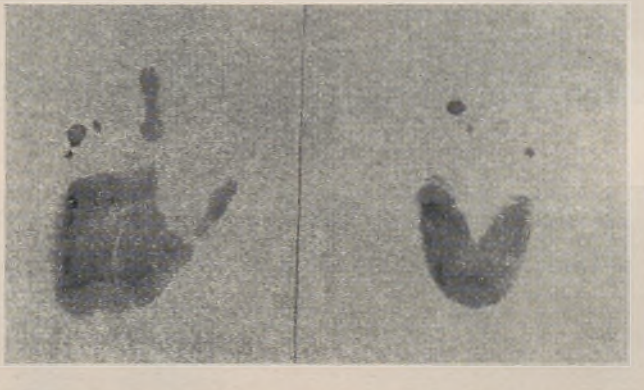


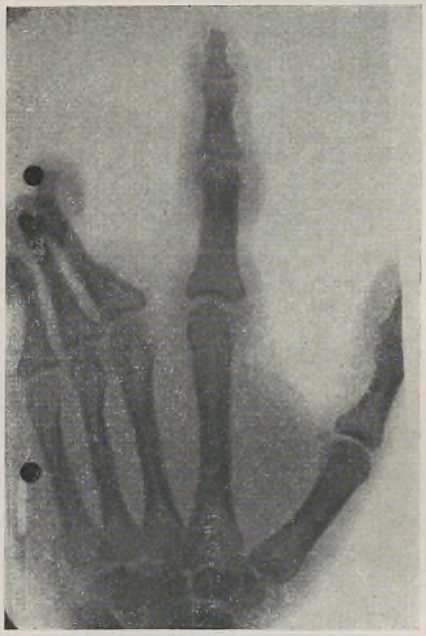
FIG. 6

FIG. 7



← FIG. 8 →

←FIG. 9→



←FIG. 10→

com os pontos de ossificação anteriormente citados mais em relevo.

Em 14 de Dezembro de 1950, de novo observamos o mesmo indivíduo. Exame biomético:

Peso	64,500
Estatura	1650 m/m
Perímetro toráxico máximo	880 m/m
» toráxico mínimo	820 m/m
» toráxico médio	850 m/m
» do braço D.º — 280 m/m Esq.	285 m/m
» do antebraço D.º 260 m/m. Esq.	265 m/m
» da coxa D.ª — 580 m/m Esq.	580 m/m
» da perna D.ª — 370 m/m Esq.	370 m/m

Nesta data fazemos as medições da mão que juntamos em quadro para podermos comparar com as medidas obtidas na primeira observação:

	27-XII-1944		14-XII-1950	
	D.ª	*Esq.*	*D.ª*	*Esq.*
Punho	14,5	12,7	15,3	16
Comprimento da mão	—	13,8	—	16,5
Indicador	—	7,5	—	9,3
Polegar	—	5,0	—	6,5
Bordo cubital (à art. metac.-fal.)	5,8	6,2	6,5	7,0
Bordo radial	6,5	5,5	7,0	7,0
Circunferência da mão (art. metacarpo-falang.)	15,5	15	19	18,7

É curioso notar por este quadro que a mão esquerda se desenvolveu mais do que a direita, possìvelmente pelo facto de sendo a mão com mais possibilidades de trabalhar por possuir mais dedos, teve mais exercício do que

a direita. As radiografias tiradas nesta data, (FIGS. 9 e 10) mostram aspectos muito curiosos na ossificação completa dos dedos da mão direita, não havendo articulações, apresentando-se os dedos atrofiados, como uma só peça, pela imobilização a que a mão esteve submetida durante o seu desenvolvimento. No dedo mínimo a anquilose das duas únicas falanges, em angulo recto, já esboçada na radiografia anterior, mantem-se mais acentuada.

No polegar vê-se bem o resquício da 1.ª falange. Quanto ao carpo e metacarpo apresenta-se com um aspecto aproximadamente normal.

Na mão esquerda só os apêndices correspondentes aos dedos anelar e mínimo apresentam ossificação semelhante ao referido para a outra mão; as falanges correspondentes ao dedo médio, não se apresentam completamente anquilosadas, mas com superfícies irregulares, parecendo pela chapa, que deverá ter movimentos limitados, ou apenas passivos.

Os dedos indicador e polegar desta mão, assim como o carpo e metacarpo, apresentam-se com aspecto normal.

O indivíduo nesta data, com a mesma morfologia relativa descrita na primeira observação, realiza todos os movimentos da sua vida e relação.

Sobre as causas ou origens destas anomalias, CARLOS SALAZAR DE SOUSA e J. A. PIRES DE LIMA, explanam-se largamente sobre as considerações de natureza mecânica, pregas amnióticas ou outras, e a hereditariedade.

Os três últimos dedos da mão esquerda, sobretudo com o sulco referido, parece exactamente o resultado de grande compressão nos primeiros tempos da vida intra-uterina.

Por informações da mãe do observado, uma sua tia-avó, teria, de nascença, anomalias dos membros, que a obrigavam a andar numa cadeira de rodas (focomelia?).

Em todo o caso, esta referência encontra-se de tal modo esfumada na informação, que não se pode apresentar o problema da hereditariedade do caso; apenas se refere como possibilidade.

A curiosidade desta observação descrita, está apenas no estudo do desenvolvimento das anomalias referidas, durante sete anos, assim como, das alterações verificadas durante o período de crescimento, e o resultado da inactividade de alguns segmentos.

BIBLIOGRAFIA

FONTES, VICTOR — *Notas sobre um caso de hemimelia.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIII, pág. 191. Lisboa, 1929-30.

FONTES, VICTOR — *O hemimelico pintor sem mãos,* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIII, pág. 523. Lisboa 1929-30.

PIRES DE LIMA, J. A. — *Hemimelia e ectrodactilia.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. III., pág. 1. Lisboa, 1915-17.

PIRES DE LIMA, J. A. — *Atrofias congénitas dos membros.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. X, pág. 401. Lisboa, 1926.

PIRES DE LIMA, J. A. — *As anomalias dos membros nos portugueses.* «Colecção Natura». Porto 1927.

SALAZAR DE SOUSA, C. — *Sobre anomalias e amputações congenitais.* «Arquivo de Anatomia e Antropologia». Vol. XIII, pág. 211. Lisboa, 19....

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

VOL. XXVII N.º 5

O CORAÇÃO DO MARQUÊS

POR

A. DA ROCHA BRITO

(Prof. de Clínica Médica)

I — PEDRAS NO CORAÇÃO?

Que tinha pêlos no coração dizem, evidentemente no sentido figurado, os inimigos do Marquês, e até os amigos, entre os quais o próprio rei, que ele tão devotadamente servira, querendo-se assim traduzir a crueldade do célebre Ministro. Com os inimigos alinha Camilo Castelo Branco, que o não poupa no seu livro-panfleto «O Perfil do Marquês». O genial romancista tem mesmo a franqueza de confessar que é este o único ódio da sua vida. Não sei, porque não conheço suficientemente o assunto, até que ponto pode ter ido a crueldade de Pombal, que a ter sido verdadeira, alguns a explicam ou compreendem como fruta do tempo. Não sei, nem tal é o meu objectivo, que apenas visa a dar-vos esta novidade se acaso é: Sebastião José de Carvalho e Melo tinha... pedras no coração, que era, aliás um grande coração pois media «palmo e meio» de comprimento. De respeito! E estas pedras, afirmamos desde já, não são pedras retóricas, mas reais e verdadeiras. Quem faz esta afirmação tão inesperada é o Padre Joaquim

da Silva Pereira, Beneficiado na Igreja Colegial de Santiago de Coimbra, num ms. de 1783, existente na Biblioteca Nacional de Lisboa, sob o título de «Coimbra gloriosa pelas suas nobilíssimas e antiquíssimas memórias». Transcrevo da II parte, cap. v, § 38:

«...e por fim veio a morrer na vila de Pombal, onde era Marquez, pelas seis horas e meia da tarde de 4.ª feira oito de Maio de 1782. Foi sepultado depois de embalsamado por José Correia Picanço, Lente de Cirurgia, de cujo ventre lhe tirou o coração, que tinha quási palmo e meio de comprimento como também cincoenta e tres pedras, que estavam espalhadas pela base, as quais eram do tamanho de grãos de bico, excepto a que tirou da via dianteira, que era mais avultada que as outras».

Como soube da novidade o Beneficiado? Teria estado nas exéquias com outros clérigos de Coimbra acompanhando o Bispo Conde D. Francisco de Lemos que «deu nesta ocasião manifestas provas, ou da sua amizade ou gratidão, ou da sua grandeza e heroicidade»? Seriam os professores da Universidade, que no dia 12 pegaram no caixão, a trazerem a surpreza da necrópsia para Coimbra, onde logo alastrou qual nódoa de azeite e não era para menos, dada a alta categoria de tão discutida personalidade e a autoridade de quem realizou o embalsamamento, o Doutor Correia Picanço? Muito deveria ter custado à grata amizade deste professor a realização deste penoso trabalho, que durou dez horas seguidas.

Comentemos. Certamente desejareis saber o que seriam aquelas pedras. Também eu. Mas, modesto professor de Clínica Médica, o meu forte não é a Anatomia Patológica e por isso vali-me do meu Amigo e Colega o sábio professor dessa disciplina na nossa Faculdade, o Doutor Michel Mosinger, sempre pronto a esclarecer quem o procura. Está convencido este ilustre mestre de que devia tratar-se de concreções calcáreas, até por terem tido a sua sede na base do coração, a maior

delas na parede da aorta... (a via dianteira do manuscrito?)

É pena que se não conheçam outros pormenores; porém, o que foi escrito, a ser verdade, levar-nos-ia realmente a aceitar tal diagnóstico, póstumo e retrospectivo, sempre difícil.

Foi também assim que o saudoso Prof. Maximiano de Lemos interpretou a observação CXLI da *Praxis Medica Admiranda*, em que o nosso colega quinhentista Zacuto Lusitano refere o caso dum doente em cujo coração encontrou algumas pedras do tamanho de grãos de milho, uma pesando um dracma ou sejam três gramas e meio *(calculi in corde referti)*.

II — PEDRAS NO CORAÇÃO, NÃO; MAS SIM NA VESÍCULA BILIAR E NA BEXIGA

Não era impossível, mas custa a acreditar que o coração do Marquês contivesse aquele avultado número de pedras, ainda quando fossem concreções calcáreas. 53 pedras!... é motivo para desconfiarmos, como acontece ao pobre quando a esmola é grande. Foi o que nos aconteceu: desconfiámos. Não queremos dizer com isto que o Beneficiado-Reporter inventou toda esta pedraria *cardíaca*.

Pode, porém, ter sido mal informado ou não ter compreendido bem o que lhe contaram, e é sabido que quem conta um conto...

Além do mais, a sua prosa, pouco clara nesta passagem, é um tanto ambígua; longe de mim a ideia de que o fizera propositadamente, mas a verdade é que dá lugar a uma outra interpretação, isto é, as pedras foram encontradas não no coração, mas no ventre, uma delas na via dianteira que então seria a uretra e não a aorta. Camilo preferiu a primeira, talvez por mais favorável aos seus confessados ódios a Pombal. Talvez tenha lido no ms. *veia* e não via dianteira, como de facto lá está... Realmente, ter

pedras no coração, onde os poetas põem o amor e a caridade, era um belo achado! O nosso genial romancista não era médico, embora tivesse frequentado algumas aulas de medicina. Mas, já o Doutor João de Meira era médico e até distintíssimo professor de Medicina Legal e no entanto perfilhou a opinião de Camilo, porventura, pelo seu interesse literário, ele que foi insigne cultor das letras. Todavia, reduziu o número de pedras para 35 [1].

Pela minha parte cultivando, como clínico, a dúvida carteziana, ao ler na Biblioteca Nacional o próprio manuscrito um tanto obscuro, a mim mesmo prometi procurar outra explicação. Ajudou-me a boa fortuna na pessoa do colega ilustre e culto, antigo discípulo muito distinto, o Dr. Manuel Santos Correia, que em tempos lera uma carta do Bispo de Leiria sobre o assunto, o qual com o Bispo-Conde de Coimbra, D. Francisco de Lemos, ex-Reitor-Reformador da Universidade, estivera com o Marquês na véspera da morte e assistira ao embalsamamento por Correia Picanço, realizado na tarde do dia seguinte, quinta feira, 9 de Maio. Eis a passagem da carta que nos interessa [2]: «Principiouse a embalsamar na tarde de Quinta-feira achandoselhe junto ás entranhas hum folle com 58 pedras triangulares de cor parda que as vi contar maiores que graos de milho, e no collo da bexiga alguns outros da mesma cor mas mais pequenos, alguma água na cabeça, bastantes miollos, o coração de extraordinaria grandeza e todas as mais partes do seu corpo sem queixa alguma...»

Isto é, o coração é também extraordinàriamente grande como no *ms.* do Beneficiado, talvez dilatado e hipertrofiado por possível e provável hipertensão arterial, lembrando o coração de Traube dos cárdio-renais;

---

[1] *A lepra do Marquez de Pombal, in* «Archivo de História da Medicina Portuguesa», 1911.

[2] *O Marquez de Pombal* — José Firmino Júdice Biker. Lê o *ms.* original (Biblioteca Nacional. Cx. 40, n.º 20.

O MARQUÊS DE POMBAL

Quadro existente na Sala do Senado, alusivo à restauração da Universidade. Pintura de Francisco José de Resende.

INTERROGATÓRIO DO MARQUÊS

Quadro de Malhoa.

o crâneo contém um cérebro muito volumoso e bastante *liquor*. Quanto às pedras, estas é que não se encontravam no coração, mas dentro «*dum fole*» em número de 58, poliédricas, e outras, em menor número e mais pequenas, no colo da bexiga, umas e outras de cor parda. O fole era, sem dúvida, a vesícula biliar. Claramente o confirma uma carta do D. Prior de Guimarãis: «...achou-se um coração formoso, mas mais que tudo extraordinàriamente defendido e guarnecido de muita gordura tendo na base tão grande porção que admirou o Dr. Picanço, que foi o encarregado desta distinta operação; os dois ventrículos laterais do cérebro com demasiada porção de linfa, que produzia aquelas contínuas sonolencias... na bexiga do fel acharam-se 58 ou ainda mais pedras de várias formas, menores que os grãos de milho formadas de humor atrabiliário e a mesma bexiga enfartada de bilis e a penca do bofe da parte esquerda aderente ao costado, coroida e alguma cousa denegrida...». O Marquês sofria, pois, duma *bilitíase* ou seja a associação das duas calculoses — a biliar e a urinária — binário mórbido não corrente, mas também não raro. Que relação poderia ter tudo isto com a doença que vitimou o Marquês?

III — SARNA OU LEPRA?

Se tendes paciência vou tentar reconstituir a história clínica da sua doença, sem o desejável rigor científico por impossível, baseando-me nos «Documentos inéditos» publicados pelo seu panegirista Zeferino Brandão em «O Marquês de Pombal» (Lisboa 1905).

Como se sabe, o Marquês morreu em Pombal onde se encontrava proscrito, desde a subida de D. Maria I ao trono. Sebastião de Carvalho orçava pelos oitenta anos bem vividos e árduos, quando os desgostos de toda a ordem desabaram sobre o seu robusto arcaboiço, afeito à luta. A morte do rei, a queda vertical de omnipoderoso ministro à situação de exilado, embora

na pátria, o vexatório processo a que foi submetido, com longos interrogatórios de horas, no meio de cruciante sofrimento físico e moral, o perdão dado pela rainha como uma esmola, tudo isto convergiu para lhe abalar definitivamente a saúde.

Numa carta do Marquês (18-v-1779) para o Doutor António José Pereira, Professor de Instituições Mèdico-Cirúrgicas na Faculdade de Medicina e depois de Prática, isto é, de Clínica, pode-se imaginar qual teria sido o início aparente do morbo:

Sem febre e com pulso regular apareceram-lhe, há mais de 15 dias, portanto nos princípios de Maio, pelo tronco, pernas e braços, umas pequenas *borbulhas*, acompanhadas de prurido impertinente, que o obrigava a coçar-se, sobretudo de noite, dando lugar a insuportáveis insónias. Com a coceira as borbulhas deitam sangue e linfa, que se concretam em crostas, caindo estas depois. Com isto perde o apetite e emagrece. De acordo com o seu clínico assistente o Dr. João Rodrigues Teixeira, médico municipal, resolve-se consultar o professor coimbrão, que, podendo dar uma resposta por escrito, acudiu pressuroso a Pombal e foi extremamente carinhoso com o doente, como lhe impunha o seu dever de gratidão, pois não pequenos favores devia ao Marquês.

Receitou-lhe:

«N.º 1. R. Agua de flor de sabugueiro quatro onças em que tire emulsão às quatro sementes frias maiores, limpas e contusas; e na coadura dissolva de nitro depurado meio escrópulo, de assucar de leite uma oitava.

Mande e repita para se tomar todos os dias pela manhã em jejum, e também de tarde, se o estômago o permitir, passadas seis horas depois de jantar».

«N.º 2. R. Caldo de frango tenro, feito com quanto baste de pernas de rãs limpas, caracois purificados da fleuma, e raizes da espécie da labaça branca, que tem a folha aguda e a que os botânicos chamam oxylapathum,

de quatro até seis onças, que se hão de tomar todas as manhãs somente e em jejum.»

«N.º 3. R. Manná selecto, dissoluto em quanto baste de água comum; de sal cathartico inglez tres oitavas. M.»

«N.º 4. R. Banha de flor uma onça, de flores de enxofre meia onça. M. exactamente. Desta mistura se tomará uma porção do tamanho de uma castanha e se esfregará com ela as curvas das pernas, limpando-se no fim as mãos pelas coxas acima e ficando as mãos pouco untadas com uma pequena porção da dita mistura se esfregarão também as curvas dos braços; e isto tres horas depois da ceia, quando se quizer recolher. A mesma diligencia se fará na noite seguinte. E, descançando dois dias repetirá a mesma diligencia nas duas noites seguintes. Se passados oito dias, se vir que as referidas unturas não produzem o desejado efeito, se tornarão a principiar na forma acima declarada.»

«N.º 5. R. Precipitado rubro, isto é, de Joanes de Vigo, meia oitava, e se pulverizem os lábios calosos até que se consumam.»

«N.º 6. R. Linhaça galega e macela quanto baste para fazer cosimento, com o qual se banhará o tumor, pondo-se sobre ele algum tempo uma esponja ensopada.»

«N.º 7. R. Bálsamo de Arceu uma onça, gema de ovo número um.»

«N.º 8. R. Cicuta em rama, cortada miudamente, quanto bastante para encher um chumaço, que cubra o tumor depois de ter fervido um pouco de tempo em água comum e com uma leve expressão se aplique morno sobre o tumor, preso por quatro fitas cosidas ao dito chumaço e se repetirá à proporção que for secando e esfriando.»

Ficou encarregado das aplicações o mencionado médico de Pombal.

Por estas receitas e sintomas referidos na carta é fácil concluir-se que o nosso colega coimbrão, muito cuidadoso e minucioso nos conselhos dados por escrito,

fez o diagnóstico de sarcoptose ou sarna, complicada por um processo inflamatório, muito possìvelmente, um furúnculo, devido à coceira; para a sarna receitou o enxofre em flor; para o furúnculo o bálsamo de Arceu e o chumaço quente de cicuta. Para a fraqueza geral, que também diagnosticara, lá estavam as rãs e os caracois, sem a *baba;* os purgantes tinham por fim fazer a eliminação dos *humores pecantes,* que envenenavam o organismo, como ensinava Hipócrates e era doutrina corrente; ainda hoje o é com a designação de Neo-hipocratismo. O Doutor Pereira volta a Pombal em 11 de Agosto, três meses depois, e confirma o diagnóstico de «sarna seca» vulgarmente conhecida por sarna «castelhana» tradutora duma *virulência ou predominio acre* que lhe envenena os humores linfáticos ao que não é estranho o estado de espírito do enfermo, desmoralizado e abatido pelos sucessivos interrogatórios a que fora sujeito no longo processo judicial.

O Lente coimbrão julga que esta sarna deve, até certo ponto, ser respeitada, pois por meio dela a natureza está ajudando o organismo a desembaraçar-se dos seus venenos através dos emunctórios tegumentares.

Isto é, tratar-se-ia duma doença interna, com expressão cutânea dominante, mero epifenómeno dentro do quadro mórbido mais vasto, que afecta todo o organismo psico-somático, como hoje se diria, binário, já conhecido então, embora não assim designado.

Que o factor psíquico foi bem ponderado é o que se depreende da opinião que o mesmo Doutor de Coimbra deixou escrita quando tornou a visitar o ilustre enfermo.

Diz o afamado clínico:

«...todos os sinais teem demonstrado indubitavelmente que se trata de uma sarna seca, vulgarmente chamada Castelhana, a qual traz a sua origem de uma virulencia ou predomínio acre que lhe infecciona os humores linfáticos; ocasionada pelos multiplicados motivos de

agitação do ânimo e das aplicações excessivas, que lhe tem sido necessário fazer nas apologias a que foi constrangido», de Maio de 1779 a 15 de Janeiro de 1780.

Insiste em que se não empreguem meios violentos capazes de contrariar o esforço que os emunctórios cutâneos estão realizando para desembaraçar o meio interno «da dita virulência».

Só depois se pensará nos tópicos cutâneos, empregando-se as unturas receitadas na primeira consulta.

Mantém, pois, o diagnóstico de sarna a favor do qual havia também o sintoma negativo de ter sido o rosto poupado pelo prurido.

Sempre cuidadoso o nosso ilustre antepassado na Cátedra de Clínica Médica, não se esquece de aconselhar a seguinte dieta:

«Carnes frescas de animais novos preparadas sem gordura, e com mistura de vegetais, como beldroegas, azedas, pepinos, feijões verdes, chicórias, borragens e outros. Também serão uteis os farináceos e laticínios. Os ruivos e linguados frescos serão também louváveis, principalmente sendo cosidos; e havendo fastio pode se administrar a pescada se for fresca. As rãs, os cágados e os caracois são específicos. A alface cosida com ovos escalfados, que sejam brandos, a couve merciana e a couve flor por si e com arroz, abóbora, carneiro com o mesmo arroz. Pelo que toca a frutas, aconselhou as peras marquezas, as angélicas e as de Amorim que se produzem na Azenha; as ameixas *bispas*, os melões, sendo finos, por serem cordeais brandos e antiflogísticos; as uvas moscateis, bastardas ou Fernão Pires e outras semelhantes, sendo bem maduras e depois de haverem estado em casa alguns dias». Foi minucioso o velho colega, mas este ou outro regimen poderia servir se a doença fosse apenas a sarcoptose, mesmo complicada pela furunculose.

Se porém, havia um estado de auto-intoxicação como o próprio colega o dá a entender claramente, então a dieta aconselhada não está certa, de tão azotada e

rica de purinas que era. Mas ao tempo os médicos ignoravam a ciência dietética que só muito tarde havia de aparecer e grangear a justa fama que hoje disfruta.

De boa formação clínica o Doutor Pereira não desconhece, como vimos, a influência do psíquico sobre o corporal e aconselha:

«Será muito util a recreação do ânimo, a diversificação de objectos» os exercícios que o tempo permitir, contanto que não se exponha aos resfriamentos «muito nocivos nestes casos». Quanto aos furúnculos, tão frequentes nas doenças pruriginosas, faça-se o que ficou indicado da primeira vez.

Como o doente não melhorasse resolveu a família, com o aplauso do Doutor Pereira, chamar um médico, que em Lisboa estava muito na moda, gozando de grande fama, o Dr. Lourenço António Guáglia, cirurgião-mor do Regimento de *Meklemburgo* o qual além de concordar com os remédios prescritos pelo colega, receita a mais os *caldos de víbora,* cuja preparação ensina minuciosamente a fazer, pois desta dependia a actividade terapêutica do famoso medicamento:

«Em primeiro lugar se corta a cabeça e a cauda da vibora, que se deitam fora; depois se tira a pele e as entranhas, que também se deitam fora, menos o coração, o fígado e o sangue, que devem servir para o mesmo caldo; a víbora se corta em pedaços de três dedos de comprido e, com as coisas acima referidas, se deve pôr num vaso de estanho bem fechado, e se faz ferver a banho-maria pelo espaço de seis horas continuas». Para melhor resultado aconselha a que se condimente o caldo com cebola, cravo e canela com o que não concorda o médico de Coimbra, embora julgue não ser tão estomacal o caldo sem estes condimentos. Com ou sem estes têmperos recomenda o clínico lisboeta (mas italiano de nascimento) que se não destape a panela de estanho senão ao pé da cama, porquanto de contrário as virtudes essenciais da famigerada mèsinha, se evaporam, diminuindo-lhe a

virtude «*transpirativa*, que aumentando com o calor da cama, é mais activa à noite».

Sobretudo, recomenda que não se assustem, se com a transpiração também se intensificarem e se multiplicarem as pústulas, pois tudo converge para eliminar e depurar o sangue da matéria «morbífica» que o inquina e isto convém nas queixas crónicas e nas da pele quando caminham para a lepra».

O Marquês não melhora com os caldos de víbora, pelo contrário. Os seus inimigos explicariam o insucesso com o aforismo: *duro com duro não faz bom muro.*

Em dois de Maio de 1780 volta o catedrático, que insiste no factor psíquico, muito sagazmente:

«Tudo será inutil ao estrago que tem causado no corpo as paixões da alma, se estas se não procurarem distrair com a aplicação a outros objectos opostos, que as dissipem, como são por exemplo os da agricultura, tanto do agrado do Marquês e bem assim tudo o que for recreação de ânimo, que possa distrair a imaginação das cousas tristes para outras mais alegres». Termina por aconselhar os passeios ao campo na sua carruagem. Havemos de convir que um médico de hoje não diria melhor. A 24 do mesmo mês aparece no ombro esquerdo outro furúnculo, complicação corrente nos pruriginosos e o Doutor Pereira, chamado, recomenda a abstenção das pomadas, enquanto de todo se não cicatrizar e em vez dos caldos viperinos aconselha que tome uma boa chícara de café com leite, voltando aos caldos, se o tempo arrefecer. Entretanto surge nova complicação — o ardor da uretra quando urina, para o que receita um cozimento de raiz de malvaisco, adoçado com xarope do mesmo, de que beberá um copo em jejum, outro de tarde e tomará um semicúpio antes de jantar, se o malvaisco não der as melhoras previstas. Caso haja qualquer enfraquecimento do pulso que se lhe dê um tónico cardíaco brando, como seja uma confeição de jacintos incompleta e nitro depurado na quantidade de um escrópulo de cada um,

misturado no xarope de malvaisco. O nitro ou azotato de potássio, ainda hoje usado como diurético, tinha por fim combater o ardor da uretra. Se este não passar, então que experimente o leite de vaca e de tarde umas laranjadas com «laranja da China» bem doce e juntamente a mencionada confeição de malvaisco e nitro, se for necessário. Que se abstenha de comidas e bebidas acres e indigestas. A doença era das que não perdoam, mas a esperança, sobretudo a da Marquesa, essa era das que não desertam e, novamente chamado o Dr. Quáglia em 15 de Novembro, volta a aconselhar os banhos do Estoril, pois só eles poderiam curar radicalmente «a leprosa excreção cutânea» sem prejuizo dos outros remédios internos. O Marquês, porém não quis ouvir estes conselhos, tendo até respondido: «quando só nesses banhos estivesse o remédio aos meus penosos males, nas mãos do Omnipotente entregava a cura deles».

Quáglia teima, argumentando que o Marquês tinha melhorado em Janeiro ao sobrevir-lhe uma evacuação alvina, sangrenta e purulenta que o «desonerara da acre e atrabiliaria matéria morbífica eliminada pelo intestino, por a natureza não ter podido expulsá-la pela pele, dada a frigidez da estação». Continua: só os banhos do Estoril poderiam livrar o Marquês do «inexplicável tormento em que vivia. Os Médicos da Corte e até os da Rainha consultados por ele, Quáglia, eram do mesmo parecer».

O doente mantem-se obstinado em não querer sair da Vila e o prurido inexorável e insofrível recrudesce de intensidade, sendo necessário um criado para o coçar, sobretudo de noite que ele passa em claro e em que o sofrimento redobra de ferocidade como é sabido, sobretudo com a madrugada. Por outro lado as forças vão-se esgotando a olhos vistos a ponto de ser preciso o auxílio dos serviçais para se voltar no leito. Apetite quase nenhum, com particular aversão pelas carnes; o pulso débil; a epiderme sêca onde não estava ulcerada; obs-

tr..idas as glândulas «miliares» da cutis; feridos os seus ductos excretores; conjunto de sintomas este «que bem claramente provam existir na massa humoral um virus heterogénio, que em vista dos nomeados efeitos, o humor leproso ou elefantiase chamar-se pode».

Quáglia, vendo que são inúteis os seus conselhos apela então, pelo menos, para que no devido tempo vá às Caldas da Rainha e argumenta:

«Dos banhos se humedece a pele, se desobstruem as glândulas miliares, se cicatrizam as escoriações dos seus ductos secretórios, se facilita a transpiração, da qual a excreção, segundo as incontestáveis observações do grande Santório, depende a conservação da saúde e vida; por meio dela a massa humoral mais que por nenhuma das outras vias se purifica».

Quanto ao uso interno das águas, eis as suas ideias: «Espero que o estômago debilitado se corrobore, as forças centrais se vigorem, os sucos gástricos, pancreáticos e a mesma bilis se atemperem, as sensíveis obstruções do fígado e mesentário se vençam e uma melhor digestão se possa fazer dos alimentos, pela qual um quilo doce e humectante deles se separe, que a massa humoral adoce e atempere, e ao corpo comunique a necessária nutrição, maximè na adeantada idade do Ex.^{mo} doente para o livrar do iminente marasmo no qual vai caindo».

Julgo que o colega ilustre, porque o era sem dúvida, confiava demais e que nem com o Estoril nem com as Caldas da Rainha se salvaria o Marquês. De resto a experiência não se fez porque Sebastião José recusou formalmente a ida às Caldas.

O Dr. Quáglia completa o seu relatório, bastante extenso, por onde podemos aferir um pouco os conhecimentos médicos do distinto colega, mas que resumimos:

A debilidade do doente é tanta que mal pode falar e a insofrível comichão de todo o corpo, causada pelas inumeráveis pústulas, não o deixa dormir mais de duas horas por dia, o fastio é tal que só ouvir falar em comida o aflige;

o único alimento que tolera é o leite com menos enjôo e a magreza atinge tal grau que lembra a *tabes consuntiva.*

Sarna não é, pois que a sua resistência há mais de um ano a todos os tratamentos externos e internos bem convence ser outra a doença e não a sarna «que tão fàcilmente se cura».

Parece-lhe que «as contínuas e repetidas aflições de éspírito deviam também fazer alguma impressão no material do seu corpo. Os nervos são os primeiros que nestes casos padecem, e principalmente as *derramações do par vago e grande intercostal,* isto é, os plexos esplénicos e hepáticos, da afecção destes o baço e o fígado, entranhas de sua natureza inertes e moles, nas quais a circulação é mui vagarosa. Pelo espasmódico aperto nervoso devia nestas entranhas viciar-se a circulação, favorecida pela avançada idade pois com esta, grande parte dos vasos perde as suas cavidades, até às vezes se ossificam, diminuem de diâmetro, não permitindo a livre passagem dos líquidos; deste modo se prevertem não só as necessárias e naturais excreções dos humores secundários e recrementícios do sangue mas também se obturam grande parte dos ductos excretórios, pelos quais a massa humoral na sua circulação se depura; o fígado sendo a maior entranha do corpo humano, situada no hipocondrio direito, devia neste caso ser a que mais padece como se comprova pelos passos que seguiu esta dilatada queixa; separa-se nesta entranha do negro e espesso sangue, que recebe por meio da veia-porta, a bilis, que deste (*fígado*), por meio dos ductos hepáticos e cisticos dos quais é composto o ducto coledoco, passa este humor bilioso para o intestino duodénico, no qual achando a massa quimácia, que, vindo do estômago, se penetra e dissolve pela acção das suas partes oleosas e saponáceas, e separa-se assim destas um doce quilo, o qual, passando pelos vasos lacteos à cisterna quilar, daí por meio do ducto torácico à massa do sangue se comunica e a este, perfeito,

se une nos bofes por meio da formosa rede de Malpighi, restituindo assim ao sangue as partes balsamicas e nutritivas, que na sua circulação e nutrição do corpo tem perdido».

«Tudo o contrário acontece, quando pelas já ponderadas causas, o humor bilioso passa de saponáceo a alcalino; então as digestões se prevertem, o sangue se faz espesso e térreo, a linfa acre e atrabiliária, que em vez de humedecer e nutrir o nosso indivíduo, ulcera e o destroi, quase como água forte.

A este deplorável estado está reduzida toda massa humoral do Ill.mo e Ex.mo Sr. Marquês de Pombal e fàcilmente se pode conhecer como não é possível curar-se esta tão horrivel queixa só com banhos de água doce, remédios frescos e unguento da sarna. Tem até agora resistido a tão grave queixa a força do seu robustíssimo temperamento: tem a mesma natureza neste inverno (que por causa do frio era mais dificultosa a expulsão cutânea, por meio da qual mandando do centro à superfície de algum modo se depura) socorrido com duas crises: a primeira foi o apostema ventral, que com tão graves sintomas com iminente perigo da sua vida evacuou nos dias 5 e 6 de Dezembro do ano passado; a segunda foi a sincope que quase o constituiu apoplético no dia 27 de Janeiro e felizmente terminou com uma erisipela, que lhe chagou pés e pernas. Com a favorável estação da primavera pode ser que neste abatidíssimo indivíduo aumentem as forças vitais e que também seja mais vantajosa a aplicação dos remédios internos diluentes e mulciberos, como caldos de rãs, cágados, caracois, folhas de labaça, almeirão e borragens, se adoce esta linfa acre que a pele ulcera e se humedeça este ressecadíssimo corpo e muito espero do uso dos caldos de víbora; mas todos estes e outros remédios não serão nunca suficientes, sem o uso dos banhos do Estoril, os quais, a experiência tem mostrado serem os únicos verdadeiramente eficazes nas queixas de pele ainda quando *já estas*

tem caracter de lepra[1]; e quando isto não seja possível não me resta senão fazer um funesto prognóstico dizendo: que no ardente calor do estio *degenerará esta queixa em lepra*[2] e quando a esta possa resistir o Ill.mo e Ex.mo Sr. Marquês de Pombal, ficará tão debilitado de forças, que pelo futuro inverno não se farão crises tão favoráráveis e morrerá a morte mais cruel e mais tormentosa, como sabem os que já viram leprosos».

Como a doença vai de mal a pior resolve-se chamar outra vez, o Doutor Correia Picanço, pois já tempos antes observara o doente com o seu colega Doutor Pereira, para com os outros três clínicos ter uma conferência, que se realiza aos 6 de Junho de 1781 da qual ficou o seguinte atestado, em que se omite a parte relativa à marquesa:

«Nós, os médicos e cirurgiões abaixo assinados, atestamos que o Ex.mo Marquês de Pombal adquiriu pelos motivos de cuidado e tristeza, com que tem vivido, um predomínio de humor atrabiliário, ou suco melancólico, que fazendo-se, com as grandes vigilias que os ditos motivos lhe produziram, *cada vez mais acre e virulento,*[3] lhe infeccionou a pele com uma *scabie ferina*[4], que endurecendo a mesma pele e formando nele vários tumores, o dispôs para uma *elefantíasis*[5], cujos progressos se lhe coibiram no uso dos remédios tendentes a ajudar a natureza na operação de eliminar pela dita pele a referida virulência.

Que não se podendo conseguir esta depuração total pelo abatimento das forças centrais, que lhe veio em consequência da frialdade do inverno, de maiores cuidados e de excessivos trabalhos de espírito, que teve, retrocedeu a dita virulência da referida pele para os

---

[1] O sublinhado é meu.
[2] Idem.
[3] Idem.
[4] Idem.
[5] Sinónimo de lepra (sublinhado meu).

intestinos, onde lhe promoveu um fluxo disenterioso e hemorroidal, que o pôs em evidente perigo de vida.

Que este mesmo fluxo lhe repetiu algumas vezes puramente hemorroidal, imoderado, com melhoramento da afecção cutânea, até que, suprimindo-se-lhe inteiramente, se lhe extinguiu quase de todo a mesma afecção, recolhendo-se-lhe o resto dela para a circulação do sangue, onde sendo em breve tempo aumentada pelos sobreditos motivos e por outros, que de novo ocorreram, lhe principiou a estimular o sistema nervoso, que se achava enfraquecido pela força com que a imaginação tinha trabalhado, em todo o progresso da queixa, suscitando-lhe assim umas contracções espasmódicas e convulsivas, que terminaram por febres, em forma de tipos acessionais e irregulares, acompanhados de vómitos ou de dejecções de cólera adusta.

Que, tendo sido ineficazes os remédios conducentes a ajudarem a natureza a eliminar totalmente este humor atrabiliário, e a fortificar a suma debilidade em que se acha o sobredito sistema nervoso, nenhum há mais capaz de lhe produzir estes bons efeitos do que a água das Caldas da Rainha, *bebida ao pé do seu nascente*, a qual, porém, lhe será inútil:

1.º Se ele ficar nas Caldas depois do verão, por ser o ar delas muito frio, pela vizinhança da grande alagoa de Óbidos e como tal impróprio para a sua doença;

2.º Se voltar para esta Vila, por ser o ar dela *esteril e montano* e também, como tal, oposto à cura da dita doença;

3.º Se não se lhe procurar a recreação possível para aliviar a força de imaginação, que, trabalhando sempre em objectos tristes, reproduz novamente o sobredito humor atrabiliário. E, que nestas circunstâncias tem resolvido se Deus Senhor Nosso for servido, que o mesmo Ex.mo Marquez consiga com a mudança da quadra, o alivio de que precisa para fazer a jornada das

Caldas, deitado em um churrião (para a qual nem indo assim tem presentemente as forças necessárias), bebendo primitivamente as ditas águas, e passando depois para as vizinhanças dos ares pátrios, que pela tepidez e humidade de que abundam e pela recreação e desafogo, que neles pode ter, são os mais próprios para a sua doença; poderá assim completar o termo da vida da idade decrépita em que se acha; o que de outra sorte se não deve esperar, porque, enfraquecendo-se cada vez mais, se expõe a lançar-se-lhe a saburra atrabiliária em alguma víscera essencial à vida e terminar pela morte».

Assinam o relatório os Doutores António José Pereira, Decano da Faculdade de Medicina, José Correia Picanço, Lente de Anatomia, Operações Cirúrgicas e Arte Obstetrícia, João Rodrigues, médico do partido da Vila de Pombal e Lourenço António Quáglia, Cirurgião Mor do Regimento de Cavalaria de Mecklemburgo. Um outro colega, que não figura no atestado, também viu por vezes o doente: Dr. Francisco Lopes Galeano.

IV — NEM SARNA, NEM LEPRA...

Zeferino Brandão, admirador do Marquês, não faz comentários médicos, nem admira pois não pertencia à nossa nobre arte, mas a mim que a pratico e de mais a mais a ensino, mal ficaria se não discutisse os relatórios firmados por tão notáveis colegas.

A doença que vitimou o Marquês na sua casa de Pombal, onde se encontrava exilado, foi de longa duração, pois aparentemente principiara em Maio de 1779 e manteve-se até 8 do mesmo mês de 1782, data da morte, portanto levara três anos a aniquilar aquele robustíssimo arcaboiço. Durante a demorada evolução do morbo a dominante clínica fora um *prurido intenso* do tronco e membros, complicado muito cedo de furúnculos e piodermites, resultantes de infecções secundárias cau-

sadas pela acção de coçar. As insónias, os desgostos, os vèxames, e os longos interrogatórios judiciais a que fora submetido, contribuiram para enegrecer o quadro, já bem carregado em côres, da doença. Em face do prurido que a princípio poupara a face, mas depois se generalizara a todo o tegumento e se intensificava de noite com o calor do leito, pensou o Doutor António José Pereira na *sarcoptose* ou *escabies*, nomes científicos da sarna vulgar, que como tal a tratou, mais a furunculose, as piodermites e as inflamações com os remédios da época.

Para a sarcoptose receitou as fricções com enxofre ainda hoje em pleno uso, sob a forma de poli-sulfureto de potássio, base da pomada de Milian, por exemplo. Não se curou nem se podia curar porque de sarna se não tratava, como mais tarde disse o Quáglia. Se sarna fosse, porque se não contagiara a Marquesa? Teve tempo para tal.

Para os furúnculos e inflamações receitou emolientes e o bálsamo de Arceu ainda hoje empregado para «chamar o furúnculo à superfície». O prurido mantinha-se insofrido e insofrível, suplício atroz, que, na sua viagem pelo «Inferno» Virgílio e Dante observam no décimo fosso, onde os condenados à eterna coceira não têm um instante de alívio: *Come ciascun menava spesso il morso Dell'unghie sovra sé per la gran rabia Dell pizzicor che non ha piu soccorso.* Pensa-se então que a doença não é meramente cutânea, mas a tradução dos *humores pecantes* e o Dr. Quáglia desenvolve largamente a doutrina humoral, mostrando-se bom conhecedor da patogenia que ao tempo se ensinava nas faculdades. Surgem os surtos diarrêicos, que os médicos de acordo com tal doutrina, consideram salutares, como um meio complementar de derivação dos venenos internos, (por exemplo o humor atrabiliário, Quáglia) — como também assim consideraram a erupção cutânea. Dentro desta maneira de ver prescreveram os banhos do Estoril e, recusados estes, receitaram as águas das Caldas da

Rainha para serem bebidas na nascente. A tudo o Marquês obstinadamente fechou os ouvidos[1].

Então relembra-se um diagnóstico que andava já há tempo a seduzir o Dr. Quáglia — o da elefantíase ou lepra — que é endémica na região de Pombal. Nesta ordem de ideias receita o caldo de víbora, que ensina minuciosamente como se há-de preparar, remédio velho para a velha doença de Lázaro.

A evolução da doença apresenta certos episódios que convem salientar: são, os surtos diarréicos, como se disse e hemorroidários, as gengivorragias repetidas e prolongadas com o que coincidiram algumas melhoras, a ardente cistite e os fenómenos convulsivos, as crises de sonolência e de obnubilação que fazem pensar de facto numa intoxicação geral. No atestado, cuidadosamente redigido, os quatro clínicos não afirmam dum modo claro que se trata de lepra, pois a passagem «... o dispôs para uma elefantiasis, cujos progressos se coibiram...» dá lugar a evidentes dúvidas. Mas é com este suposto diagnóstico que concorda apressadamente Camilo:

«Morreu impune, há cem anos, o Marquez, coçando sossegadamente a sua lepra».

Se o grande romancista tivesse conhecido os documentos inéditos, mais tarde publicados por Zeferino Brandão (Marquês de Pombal, Lisboa, 1905) e o não cegasse a paixão, teria certamente posto de parte tal diagnóstico ou não teria sido pelo menos tão afirmativo. Outros, os que sentiram o peso da dura mão pombalina, acreditaram ou fingiram acreditar e espalharam *urbi et orbe* o nome da doença asquerosa...

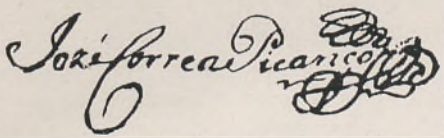
Ainda nos nossos dias o ilustre Lúcio de Azevedo parece admitir tal diagnóstico.

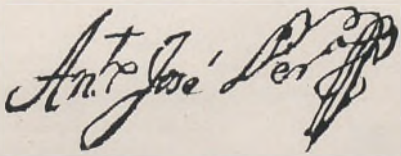
---

[1] No entanto o Marquês sempre as teria experimentado, bebidas em casa diz o Dr. Tomé de Lacerda. Também a conselho de dois médico toma 16 banhos dumas águas de Leiria, transportadas a casa, sem resultado. Seriam as *Brancas* da Batalha?

O DOUTOR JOSÉ CORREIA PICANÇO

Quadro existente na Fac. de Medicina da Baia.





Mas seria a lepra a última doença do Marquês? Não foi. Embora a terrível doença se possa manifestar em qualquer idade, a verdade é ser ela rarìssimamente adquirida na idade adulta, pelo menos no nosso clima, no qual o contágio quase se não regista entre adultos e menos na provecta idade do Marquês; depois, o prurido e sobretudo o prurido generalizado e dominante não é comum da lepra; depois..., e este argumento é fundamental, e já fora invocado pelo citado Prof. João de Meira, nos relatórios não vem mencionada a presença de lepromas, nem o facies leonino, nem o antonino, nem as manchas anestésicas, nem as deformações ósseas e articulares, — sintomas próprios da doença quer na forma tumoral quer na forma nervosa ou ainda na mixta. Não. O Marquês não morreu de lepra e muito menos «coçada com sossego».[1]

V — TOXIDERMIA PRURIGINOSA. HIPERURICÉMIA. HIPERCOLESTEROLÉMIA. INSUFICIENCIA HEPÁTICA

O prurido intenso e generalizado, que tanto o fez sofrer, tem todo o ar de ter sido de causa interna e a respectiva tradução cutânea uma toxidermia. Qual o tóxico? Difícil a resposta. Podem ser tantos... Teria sido o Marquês um diabético? um urémico? um intoxicado alimentar? um alérgico? Tratar-se-ia dum eczematoso, como sugere o Ilustre Colega, Dr. Tomé de Lacerda? Um leucémico? Um simples prurido senil? Um prurido por hiper-uricémia, por hipercolesterolémia? hipóteses estas duas que me seduzem.

Uma primeira pergunta: pode o prurido toxidérmico ser provocado pela hiperuricémia? pela hipercolesterinémia? claro que pode e mais frequentemente do que

---

1 O Marquês de Pombal e a sua época pg. 374 (2.ª edição),

se julga, pois, segundo Schamberg e Brown, 33 % dos pruridos de causa interna são devidos a estas patogenias, quer isoladas, quer mormente quando associadas.

Uma segunda pergunta: teria tido o Marquês uma hiperuricémia? Creio que sim e vou dizer porquê. A necrópsia realizada por Correia Picanço revelou a presença de cálculos na vesícula biliar e na bexiga, de cor parda. É possível e muito provável que os cálculos desta última, por sinal localizada no colo, tenham sido de ácido úrico e uratos. Isto pelas seguintes razões: por serem estes os mais frequentes, por se encontrarem nas urinas muito ácidas, de pH bastante baixo, como deveriam ser as do Marquês, cuja bexiga e uretra *ardiam* quando urinava e ainda pela cor pardacenta dos cálculos; tudo isto é a favor da nossa hipótese. Ora, se os cálculos eram úricos e uráticos não é para espantar que houvesse hiperuricémia, para cujo aparecimento concorria ainda a alimentação de Pombal, excessivamente rica em purinas e que os frangos tenros, os caracóis, os cágados, os caldos de víbora, etc, vinham agravar...

Com um coração daquele tamanho («palmo e meio!...») é de crer, que houvesse hipertensão arterial e uma satélite nefropatia, talvez uma nefrosclerose, talvez uma nefrite (calculosa?), com a possibilidade e probabilidade duma hiperurémia, mais um factor prurígeno justificativo também dos surtos convulsivos, bem como da obnubilação da inteligência, que a intervalos surgiram por fim.

Junte-se o sezonismo responsável pelos acessos febrís, curados pela quina, sezonismo que também atacou a Marquesa, e se curou com o mesmo fármaco.

Uma terceira pergunta: teria tido uma hipercolesterinémia? Não é de estranhar que a calculose biliar se fizesse acompanhar de hipercolesterinémia, uma das causas internas já referidas, capazes de provocar o prurido, que ainda podia ser devido à passagem para o sangue de

albuminas heterogénias da alimentação através dum fígado insuficiente, não raro na calculose biliar. Tal insuficiência hepática deve ter existido e ter sido talvez a responsável pelas repetidas e abundantes hemorragias gengivais, que vemos referidas numa das cartas do D. Prior de Guimarães e para as quais receitou o Doutor Pereira o cosimento de *caxundé*. Colaborando nesta *complexa patogenia* acrescente-se o sofrimento moral do Marquês, que ainda tanto se inquietou com a pleurizia da esposa e de admirar é como ele poude viver assim três anos e até ter fruido uns intervalos de melhoria durante os quais conseguiu dar uns passeios de carro e mesmo a pé! Em que estupendo barro se moldara aquela estupenda criatura psico-somática!

Não. O Marquês não morreu «coçando sossegadamente a sua lepra», mas gemendo de atroz sofrimento que levou até final com espartano estoicismo e resignação cristã.

Se fosse hoje, graças aos actuais recursos técnicos de investigação — análises, *testes* funcionais, punções, biópsias, raios X, electrocardiogramas, etc. — o diagnóstico *precoce* farse-ia com segurança, permitindo um tratamento médico-cirúrgico a tempo e horas.

A verificarem-se as nossas hipóteses étio-patogénicas, o regime alimentar seria rico em glucidos, pobre em protidos, pobríssimo em purinas e lipidos, isto é, atinentes a proteger a célula hepática; dar-se-iam certas vitaminas e ácidos aminados; quanto às águas indicadas seriam as alcalinas de Vidago, bebidas e injectadas, as diuréticas, antitóxicas e antialérgicas da Curia, as do Gerez para a insuficiência hepática; o bisturí do cirurgião encarregar-se-ia da exérese calculosa; a tranquilidade psíquica, como disseram os remotos colegas, aliás bem difícil, seria também um factor importante a considerar, junto a uma terapêutica reequilibradora do sistema neuro-vegetativo, provàvelmente em distonia.

VI — AS EXÉQUIAS

Foram «magníficas e a elas assistiram mais de seis mil pessoas».

O corpo foi conduzido à Igreja dos Capuchos no dia 12 tendo pegado no caixão os Professores da Universidade. O féretro foi colocado num coche descoberto, tirado a seis cavalos. Acompanharam muitos sacerdotes e povo. Na Igreja, com todo o clero e com o Bispo de Leiria, D. Lourenço de Lencastre, esperava o Bispo-Conde de Coimbra, D. Francisco de Lemos, revestido de Pontifical, que rezou o ofício próprio. Diz o Dr. Ribeiro dos Santos em carta, que se lê na História da Universidade de Coimbra (Teófilo Braga), ter o Bispo-Conde dado com a sua assistência ao funeral manifestas provas da sua amizade e gratidão, ou da sua grandeza e heroicidade.

Mas não foi só ele que deu tais provas, também o Bispo de Leiria[1], os Professores da Universidade,

---

[1] Este Bispo é o mesmo que antes fora Bispo de Elvas e como tal figura no gracioso poema heroi-cómico — o Hissope — de António Diniz da Cruz e Silva.

Em Rebelo da Silva — *Poetas da Arcádia Portuguesa* (*Panorama vol.* XII) — lê-se que D. Lourenço de Lencastre, tendo sabido da existência do poema, fora a Lisboa pedir ao Marquês o castigo do poeta. Este, a chamamento de Pombal, lera os seus versos na presença do Prelado e do Marquês que, não podendo conter o riso «abysmou a gravidade numa gargalhada imensa».

Se é verdade, D. Lourenço não guardara ressentimento, pois a sua amizade e gratidão ao benfeitor pairavam bem alto, como se manifestou na seguinte carta que é ao mesmo tempo uma narrativa fiel das exéquias: «Pombal 14 de Maio. Aqui me acho, fazendo companhia a estes Sres. na sua indispensavel magoa o q muito tem-se conhecido. No Domingo ás 10 horas da noute foi conduzido o corpo em andas. O Dom Prior de Guimarães levou a chave do caixão. O Conde de Lumiares, que casualmente estava em Leiria e foi comigo, meo sobrinho Isidro, duas argolas e as mais huns Doutores de Coimbra Lentes, e pessoas de bem desta Villa. Foi recebido o Corpo na Igr.ª pelo Bispo de Coimbra, que officiou á recepção do mesmo que se poz em uma Essa magnifica e igualmente armada a Igreja. Hontem segunda feira cantou a Missa o D. Prior de Guimarães muito bem e finalizou com cinco responsos. De tarde officiou Vesperas, Matinas e Laudes o Sr. Bispo com bom coro

os membros do Clero e todos quantos estiveram presentes.

A gratidão não é apenas uma palavra dos dicionários...

---

e boa musica de Coimbra, e Leiria. Esta manhã fez Pontifical, mas sem os seos Conegos, pois nenhum se dignou de o acompanhar, e com todo o Clero, como avisado do seo Bispado do Mondego para esta parte. Todo o gasto he seo, e com a maior grandeza, e não o fará com dez mil cruzados. Não posso dizer mais, pois são horas de ir para a Igreja, aonde já hontem estive em huma decente tribuna, pois nada tem escapado a este obsequiosissimo Prelado».

BIBLIOGRAFIA

P.e Joaquim da Silva Pereira — *Coimbra gloriosa pelas suas nobilissimas e antiquissimas memórias* — Ms. existente na Biblioteca Nacional.

Camilo Castelo Branco — *O Perfil do Marquez de Pombal.*

João de Meira — *A lepra do Marquês de Pombal* — *In* «Archivo de História da Medicina Portuguesa» — 1911.

Zacuto Lusitano — *Praxis medica admiranda.*

Zeferino Brandão — *O Marquês de Pombal* — Lisboa, 1905.

Duas cartas do Bispo de Leiria — Ms. Caixa 42-N.º 20. Biblioteca Nacional.

Júlio Firmino Judice Biker — *O Marquês de Pombal* — Lisboa, 1882.

Teófilo Braga — *História da Universidade de Coimbra* — Vol. III, Lisboa, 1895.

Tomé de Lacerda — *As últimas doenças do Marquês de Pombal* — *In* «Archivo do Instituto de Medicina Legal de Lisboa», 1922.

Marquês de Rio Maior — *O Marquês de Pombal. Sua Vida e morte cristã* — Lisboa, 1934.

Afonso Zúquete — *Leiria* — Leiria, 1945.

J. Lúcio de Azevedo — *O Marquês de Pombal e a sua época.* (2.ª edição).

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

VOL. XXVII N.º 6

UM CASO DE FÍGADO ACESSÓRIO

POR

CARLOS JORGE

2.º Assistente de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto

Ao contrário do que sucede com outras vísceras abdominais, como o baço, por exemplo, não é vulgar encontrarem-se fígados acessórios e são relativamente poucos os casos apontados na literatura. ROLLESTON e MCNEE descreveram alguns, quer nos ligamentos hepáticos, quer directamente fixados ao fígado ou à vesícula biliar. Citaram ainda outro caso em que o órgão acessório estava ligado ao grande epiploon e, finalmente, um último, situado numa glândula suprarrenal. DAVIES apresentou a descrição dum fígado acessório, num indivíduo de raça negra, em que na autópsia se descobriu uma tumefacção aderente à face anterior do pâncreas e penetrando em parte neste órgão. O exame microscópico mostrou estrutura característica de tecido hepático, com alterações de fibrose difusa pós-infiltrativa. TISHENDORF apontou, recentemente, mais um caso de fígado acessório na vesícula biliar.

Estas anomalias devem encarar-se como formações residuais ontogenéticas. Segundo WALZEL e GOLD, na génese dos fígados acessórios, não se deve interpretar o seu aparecimento como resultado de disseminação de

esboços primitivos, mas sim como persistência desses mesmos esboços em zonas onde normalmente sofrem atrofia.

O caso presente é mais um fígado acessório na região da vesícula biliar. Não foi um achado de autópsia, como muitos dos acima citados, mas fazia parte da peça operatória obtida numa colecistectomia.

Observação clínica — Indivíduo do sexo feminino, de 24 anos de idade, casado, natural de Lisboa. Antecedentes: apendicectomia aos 16 anos de idade; dois partos, que necessitaram de episiotomia. Pai e mãe vitimados por tumor maligno.

Havia uma história de cólicas violentas no abdomen, com localização epigástrica e irradiação para os dois hipocôndrios, regiões lombares e ombro esquerdo, que começaram aos 16 anos de idade, de novo apareceram aos 20 e se acentuaram nos últimos meses, em que coincidiram com gravidez.

Não referiu icterícia nem prurido.

Pulso — 70/minuto.

Exame físico: hipocôndrio direito um pouco doloroso à palpação muito profunda.

Nada de anormal nos diversos aparelhos e sistemas. Exames subsidiários: Colecistograma — vesícula tingida e com sombras múltiplas correspondendo a pequenos cálculos.

Hemograma — gl. r. 4.200.000; gl. b. 5.600; hemoglobina 72 %; valor globular 0,88; neutrófilos 56 %; eosinófilos 4 %; basófilos 1 %; lifocitos 33 %; monócitos 6 %. Velocidade de sedimentação — 10 mm. (na 1.ª hora). Análise de urina — densidade 1.020; vestígios de albumina (sem outras alterações). Células de descamação e alguns glóbulos de pus.

Operação — Colecistectomia (directa). Vesícula sem aderências. Parede de aspecto normal; na face ântero-

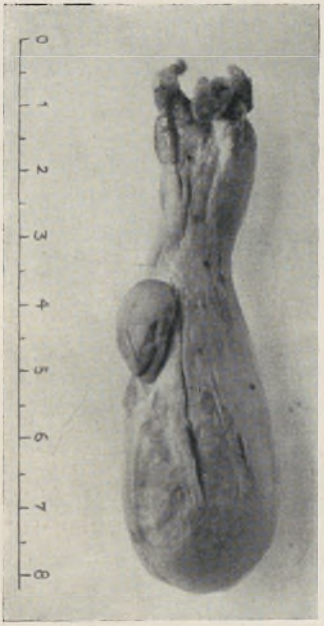


Fig. 1

Vesícula biliar, e fígado acessório.

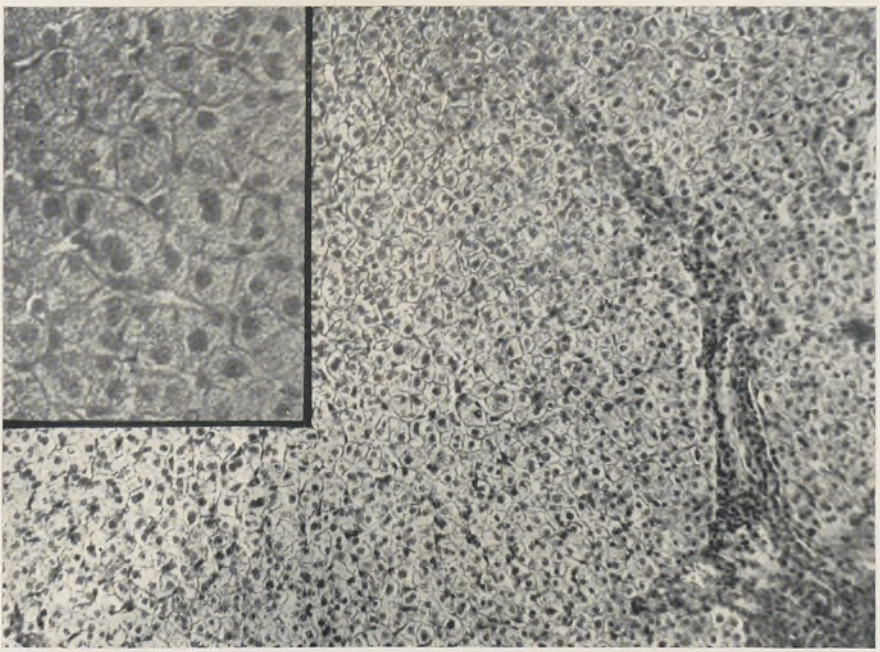


Fig. 2

Fígado acessório. Aspecto histológico.

-superior; pequena tumefacção de cor semelhante à do fígado. Colédoco permeável. Drenagem do leito vesicular com tubo de borracha. Anestesia geral: pentotal + éter + ciclopropana. Pós-operatório: normal. Alta ao fim de 11 dias.

Descrição da peça — Órgão de dimensões normais (Fig. 1), envolvido por peritoneu, excepto numa pequena zona correspondente à fosseta cística do fígado e em relação com a metade posterior da face ântero-superior da vesícula. Na metade anterior dessa mesma face, pequena tumefacção achatada, com as dimensões de 1 + 1,5 cm. na maior superfície, de cor e consistência semelhantes à do tecido hepático, aderente à parede vesicular pela parte posterior e coberta de peritoneu em toda a porção livre.

O *exame anátomo-histológico* (Fig. 2) confirmou inteiramente o diagnóstico macroscópico: tanto a citologia como a estrutura no seu conjunto apresentam com nitidez as características próprias do parênquima hepático.

RESUMO

É descrito um fígado acessório aderente à parede anterior da vesícula biliar e faz-se referência a outros casos da literatura.

Maio de 1952.

(*Trabalho realizado no Serviço de Propedêutica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa — Prof. Dr. Jaime Celestino da Costa*).

BIBLIOGRAFIA

DAVIES, J. N. P. — An accessory Liver in an African, *Brit. Med. Journ.* II (736-737), 1946.

ROLLESTON, H. e MCNEE, J. W. — Diseases of the Liver, Gall Bladder and Bile Ducts, 3rd. ed., London, 1929.

TISCHENDORF, F. — Zur Kenntnis der Nebenleber, *Zbl. Alig. Path. und Path. Anat.* 85, 4-5 (134-137), 10 Juin 1949.

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

(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 mémoires 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 a 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.