

CONDITORES

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

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

INDEX

RENATO DE AZEVEDO CORREIA TRINCÃO — <i>Breve nota anátomo-patológica sobre um caso de histiocitoma hemossiderínico pseudomelânico de Diss</i> . . .	N 8
————— — <i>A propósito de um mioma uterino de aspecto particular</i> . . .	N 9
EUGÉNIO CÔRTE-REAL e ANTÓNIO COIMBRA — <i>Estroma conjuntivo e inervação do córtex suprarrenal</i>	N 10
RENATO DE AZEVEDO CORREIA TRINCÃO — <i>Um caso de hérnia diafragmática espúria congénita</i>	N 11

Vol. XXX



1955

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.^{DA} »

M C M L V

mentado — a pigmentação não é explicada pelas clássicas razões do hematoma intratumoral ou mesmo pelas simples hemorragias intersticiais.

Assim escrevemos: «apresenta-se o tumor com uma intensa pigmentação férica evidenciada pela reacção do azul da Prússia de TURNBULL, sem que seja possível, em cortes em série, quer pela técnica banal, quer pelos processos de congelação, evidenciar hemorragias intersticiais e muito menos hematomas. Donde provém então o pigmento férico? Devemos dizer que o ignoramos, tanto mais que desconhecemos em absoluto a história do caso, apesar de tentarmos averiguá-la».

DISS descreveu, como também já escrevemos, «um histiocitoma hemossiderínico pseudomelânico da pele, que apresentava de curioso uma transformação de certas células endoteliais vasculares em células gigantes multinucleadas, carregadas de hemossiderina e gotas lipídicas. Os núcleos das células gigantes são frequentemente picnóticos, mas nem sempre assim sucede. Também às vezes não são múltiplos, havendo mesmo casos em que são únicos, mantendo-se, porém, a célula volumosa, pelo que lhe podemos continuar a chamar gigante. É esta transição, evidenciada em vários exemplares, que já hoje não permite uma separação entre histiocitoma e xantoma». E mais adiante afirmámos: «A aptidão sideropéxica pode ser levada até à produção dum aspecto microscópico preto da superfície do tumor, não sendo contudo tais casos frequentes (observações de DISS, MONTPELLIER, LAFFORGUE e de M.lle DOBKÉVITCH e FERREIRA MARQUES). Os casos descritos pelos dois últimos autores são muito curiosos e raros, pois referem-se a dois histiocitomas em que a actividade péxica é extraordinariamente intensa para a hemossiderina e nula para os lipídeos...». O pigmento dispõe-se quer em elementos fibroblásticos, quer em células histiocitárias típicas, quer em elementos volumosos, quer ainda em células gigantes multinucleadas».

O caso descrito pela primeira vez por DISS, de Estrasburgo, era um pequeno tumor da região interescapular, apenas com 1 cm. de diâmetro, elevado, rodeado duma aréola eritematosa com 3 mm. de largura. Foi feito o diagnóstico clínico de melanoma, mas histològicamente tratava-se de um histiocitoma carregado de pigmento fèrrico e de lipídeos, nitidamente limitado.

Só em 1953, quando WORINGER publicou um pormenorizado estudo do assunto, a propósito de 7 observações pessoais, é que o tema começou a interessar verdadeiramente dermatologistas e patologistas.

Em geral é sempre um tumor pequeno, duro, não tendo dimensões superiores às de uma pequena cereja, é redondo e cresce lentamente. Tem uma tonalidade cor de café com leite, mais ou menos escura, às vezes azulada. Clinicamente benigno, confunde-se com o melanoma maligno e só o exame histològico serve para estabelecer o diagnóstico diferencial entre os dois processos.

Vêm estas considerações a propósito de um exemplar que estudámos recentemente e que pela sua morfologia (ainda aqui, mais uma vez, não temos dados clínicos) se pode integrar dentro do quadro do histiocitoma pigmentado pseudomelânico de DISS.

E são considerações que julgamos justificadas por dois motivos: primeiro pela raridade dos exemplares descritos e segundo pela existência neste caso, contrariamente ao exemplar de histiocitoma pigmentado que publicámos no referido artigo, duma importante vascularização, com formação de lagos sanguíneos directamente rodeados de células histiocitárias, carregadas de pigmento hemossiderínico. Compreende-se pois aqui perfeitamente a pigmentação: é secundária a hemorragias que têm lugar no tecido tumoral, por rupturas vasculares.

Neste nosso novo caso há aspectos que são mesmo perfeitamente sobreponíveis aos descritos por WORINGER: «em geral é possível observar na zona periférica do tumor e numa faixa dérmica superficial, debaixo da epiderme,

capilares dilatados — lagos sanguíneos — com paredes unicamente endoteliais, que penetram no tecido tumoral».

Além disso, como nos casos de WORINGER, o pigmento hemossiderínico toma o aspecto de grossos grumos e enche frequentes vezes todo o citoplasma histiocitário.

Como se sabe é frequente a lipopexia nestas formações. Dado o facto de o tumor nos ter sido enviado fixado em líquido de BOUIN e de não termos pensado na hipótese de um histiocitoma (a coloração da formação cutânea era preta, sobretudo em secção, apesar do fixador amarelo, o que nos fez pensar num melanoma) não fizemos cortes de congelação e incluímos todo o fragmento em parafina. Este facto não permitiu o estudo da lipopexia. Assinale-se, contudo, a ausência na nossa formação de células espumosas ou escassamente vacuolizadas.

Eis agora o relatório macroscópico e histológico da nossa formação:

Macroscòpicamente (apenas sabemos tratar-se duma formação tumoriforme da parte superior duma coxa dum doente cujo sexo ignoramos) trata-se de um tumor cutâneo com 2×1 cm., grosseiramente arredondado portanto, com um rebordo fortemente pigmentado de castanho escuro, perfeitamente visível na pele fixada em BOUIN.

Em secção encontra-se um tumor relativamente bem delimitado, do tamanho duma avelã, com zonas castanhas e zonas nitidamente hemorrágicas e partes esbranquiçadas.

Histològicamente (preparação n.º 25/54 com data de 30/11/1954) a epiderme apresenta hiperplasia acentuada, com hipergranulose, hiperacantose e paraqueratose. Imediatamente subjacente à epiderme, separada dela por lagos sanguíneos ou tomando nalguns pontos contacto íntimo com ela, encontra-se uma formação tumoral dérmica (Fig. 1) com vários aspectos estruturais, apesar de o tumor ser constituído essencialmente por células do mesmo tipo — histiocitário.



FIG. 1 — Preparação n.º 25/54 — Aspecto geral da parte superficial do tumor observada com pequena ampliação. Vêem-se numerosos lagos sanguíneos. Col. Hem. Eosina.

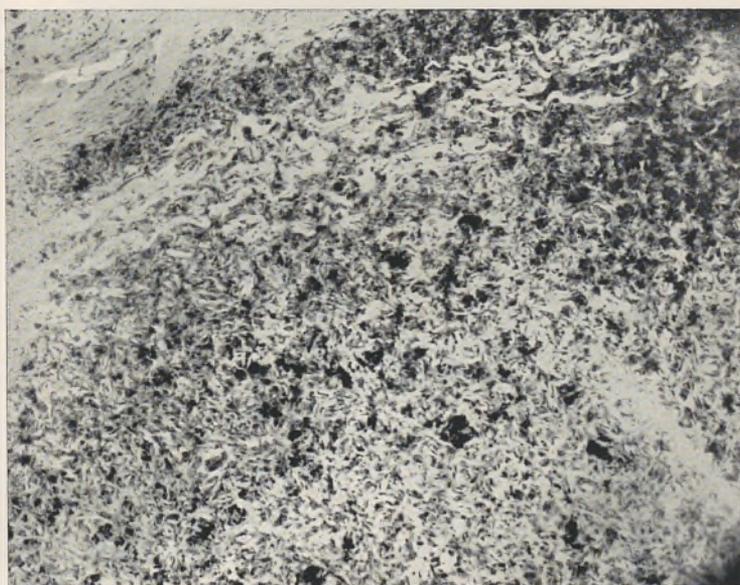


FIG. 2 — Idem. Na parte periférica do tumor há uma enorme acumulação de ferro, aliás também existente em pleno blastoma, embora em menor quantidade. Histiocitoma hemossiderínico. Col.-azul de Turnbull.

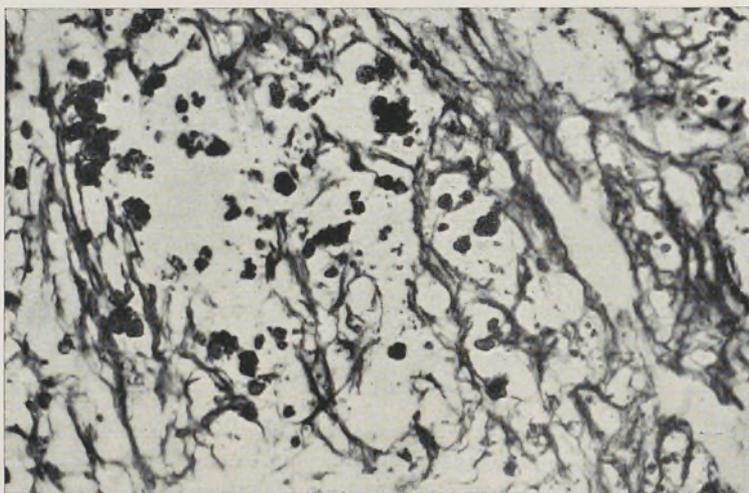


FIG. 3 — Idem. Impregnação metálica (Tibor Pap). Disposição arquitectural da reticulina em pleno tumor, formando aneis que englobam células. Notar dentro dos aneis o pigmento impregnado pela prata.

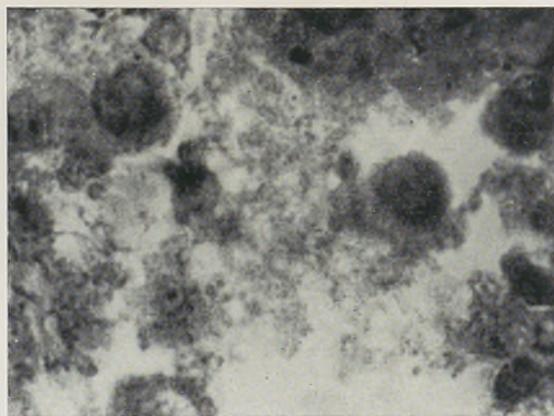


FIG. 4 — Idem. O método panóptico revela a existência de granulações no citoplasma histiocitário.

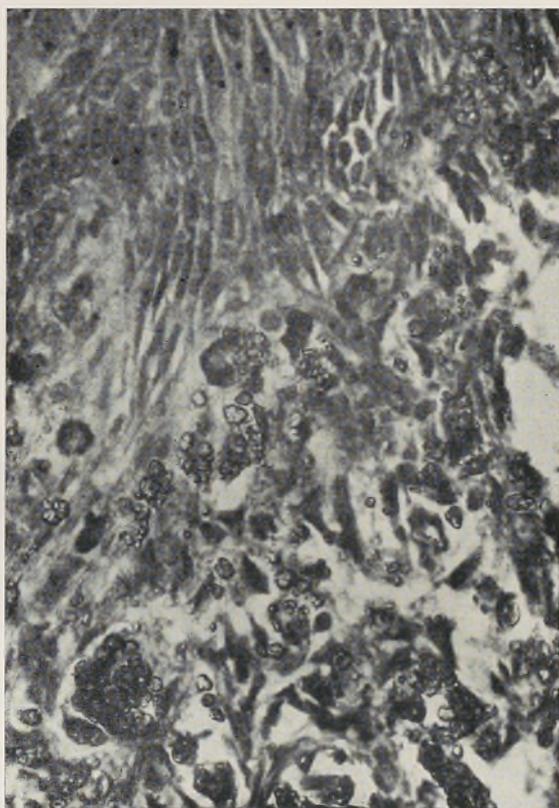


FIG. 5—Coloração pelo azul de Martinotti. Notar as relações do tumor com o epitélio de revestimento, o pigmento sob a forma de grossos grumos e os mastócitos volumosos.

Na realidade encontram-se zonas em que os histiócitos formam maciços muito densos, são de forma irregular, frequentes vezes em vírgula, ovóides ou elípticos, muitas vezes com bastante pigmento castanho interposto, disposto em grumos grossos, às vezes intracelular (Fig. 2). Outras vezes encontram-se zonas de histiócitos mais claros, com abundante fibroblastose interposta ou zonas com extensas lacunas vasculares directamente delimitadas pelas células histiocitárias que aqui são de núcleos hipercromáticos, bastante volumosos e fortemente carregadas de pigmento. Dentro das próprias lacunas vasculares há pigmento muito abundante. Dum modo geral o tumor é muito bem vascularizado, com vasos cheios de sangue. Nota-se perfeitamente que o pigmento castanho é principalmente abundante junto das lacunas vasculares e nas zonas periféricas do tumor (Fig. 2). Este é relativamente bem delimitado, com uma pseudo-cápsula fibrosa, em regra infiltrada de elementos histiocitários e pigmento castanho. O tumor invade a atmosfera das glândulas sudoríparas vizinhas.

Na constituição histológica do processo blastomatoso não encontramos células gigantes do tipo de corpos estranhos, nem células espumosas ou pouco vacuolizadas.

A coloração de cortes com azul de Turnbull mostra que todos os grumos ou finas granulações castanhas tomam uma intensa tonalidade azul escura, o que prova tratar-se de pigmento hemossiderínico (Fig. 2). Este pigmento é perfeitamente evidenciável, apresentando-se intensamente preto, nos cortes impregnados pelo método de Tibor Pap, que também mostram a disposição arquitectural da reticulina, em geral formando anéis que englobam grupos celulares mais ou menos volumosos (Fig. 3).

O panóptico revela que muitas células histiocitárias são dotadas de um citoplasma granuloso (Fig. 4).

Finalmente, o método do azul de MARTINOTTI, além de evidenciar também os grumos de pigmento, alguns dos quais são grossos blocos com centro pálido

e orla escura, mostra as íntimas relações que por vezes as células tumorais tomam com o epitélio de revestimento e os importantes infiltrados mastocitários, com elementos muito volumosos, em íntima união com os histiócitos. (Fig. 5).

Diagnóstico histológico — Histiocitoma pigmentado (hemossiderínico), com zonas angiomatosas, importante componente fibroso e características invasoras.

NOTA: Nos nossos trabalhos anteriores sobre histiocitomas cutâneos encontra-se uma abundante bibliografia sobre o assunto.

RESUMO

Descreve-se mais um caso de histiocitoma pigmentado hemossiderínico de Diss, clinicamente confundível com um melanoma e histologicamente apresentando as características clássicas.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un nouveau cas d'histiocytome cutané pigmenté de Diss avec le rapport d'analyse histologique classique.

SUMMARY

Another case of cutaneous histiocytoma of Diss has been described.

(Trabalho realizado nos Institutos de Patologia Geral (Prof. M. TRINCÃO) e de Anatomia Patológica (Prof. M. MOSINGER).

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

VOL. XXX

N.º 9

A PROPÓSITO DE UM MIOMA UTERINO DE ASPECTO PARTICULAR(1)

POR

RENATO DE AZEVEDO CORREIA TRINCÃO

1.º Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra

Tivemos recentemente ensejo de estudar uma peça de histerectomia total enviada pelo Dr. Luíz José Raposo portadora duma formação miomatosa cujos aspectos macro e microscópicos merecem uma referência.

Macroscòpicamente tratava-se de um fibromioma intersticial ou intramural, situado na face anterior uterina, bem delimitado, arredondado, do tamanho dum ovo de galinha (dimensões exactas: $6,cm5 \times 5,cm5$), com coloração roxa pronunciada e duas cavidades, uma com $1,cm5 \times 0,cm5$ e outra com $2,cm5 \times 2cm$, esta última de fundo parcialmente septado e anfractuoso. O útero tem uma altura de 12 cm. Os ovários estavam esclerosados, com quistos pequenos e no esquerdo encontrava-se um corpo amarelo quístico. As trompas estavam con-

(1) Comunicação apresentada à «XLIII Réunion de l'Association des Anatomistes, XVII Réunion de la Société Anatomique Portugaise et VIII Réunion de la Société Anatomique Luso-Hispano-Américaine» — Lisboa, dias 26 a 29 de Março de 1956.

gestionadas. A mucosa uterina apresentava aspecto hiperplásico e o colo mostrava-se espesso.

Estávamos pois em presença de um tumor sólido com degenerescência hortênsia e com cavidades quísticas, bem delimitadas, de paredes densas e firmes, sem aspecto pois de necrose. (Fig. 1).

Histologicamente, os fragmentos tumorais estudados mostram o aspecto de um fibroleiomioma benigno, com extensas zonas hialinizadas, numerosas fendas linfáticas e importante vascularização, com veias do tipo miometrial e artérias. Encontra-se em certos pontos uma pseudo-cápsula. O tumor apresenta, como característica curiosa, algumas pequenas cavidades, com aspecto de vesículas adiposas vasias e que em cortes de congelação, corados pelo Sudan III e pelo sulfato de azul do Nilo mostram a presença de alguma gordura. Estes cortes revelam ainda a riqueza das paredes vasculares em lipídeos, os quais parecem infiltrar-se a partir dos vasos nas zonas perivasculares, encontrando-se frequentes vezes dentro de células histiocitárias ou nas fibras musculares lisas.

Nas preparações coradas pela hemateína-eosina e pelo método de Mac Manus notam-se zonas com massas hialinizadas anfófilas, coráveis pelo Mac Manus, com numerosos núcleos picnóticos e numerosas granulações hematoxilínófilas. Trata-se, possivelmente, de focos degenerativos, talvez responsáveis pelo aparecimento subsequente dos quistos. Além disso, encontram-se zonas com fendas irregulares ou espaços cheios de serosidade eosinófila ou massas grumosas, mostrando o Mac Manus tratar-se de uma substância levemente corável e as fendas por vezes rodeadas de células de aparência espumosa.

Nas preparações coradas pelo azul de MARTINOTTI encontram-se, além de importantes zonas metacromáticas, correspondentes às zonas hialinizadas, com alguns mastócitos em desgranulação, focos mastocitários de volume muito variável e em íntima relação com as fibras musculares lisas.

Um facto curioso, que não encontramos nos casos de miomas que estudámos na nossa tese, é a presença, nas fibras musculares vizinhas dos mastócitos, particularmente quando estes se encontram parcialmente desgranulados, de granações intensamente metacromáticas, semelhantes às mastocitárias, sugerindo uma passagem daquelas dos mastócitos para as próprias fibras musculares lisas. Figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7.

O estudo histológico dos restantes departamentos da peça operatória revelou os factos seguintes: o endométrio apresenta hiperplasia acentuada, com numerosas glândulas elicoidais, por vezes ligeiramente quísticas e com aspectos secretórios. O córion citógeno mostra edema e infiltrado inflamatório polimorfo. A parede uterina, fora do tumor descrito, apresenta fibromiomatose difusa. Não há aspectos de endometriose interna. O colo uterino é fibrosado, sem glândulas quísticas, e o seu epitélio de revestimento malpighiano não é hiperplásico.

O ovário direito contém numerosos e muito volumosos corpos amarelos restiformes em vários estados de evolução, alguns quistos foliculares, alguns quistos luteínicos, fibrose e ovócitos primordiais. Encontra-se um corpo amarelo em regressão recente e há artérias de paredes hialinizadas. Em certos pontos observa-se a rete-ovaríi não hiperplásica.

A trompa direita apresenta congestão muito acentuada das paredes musculares e das pregas da mucosa.

O ovário esquerdo mostra um aspecto semelhante ao anterior. Nota-se, porém, a existência de um grande quisto luteínico. A trompa correspondente tem aspecto semelhante à precedente. Notam-se pequenos quistos do paraovário.

Há, por conseguinte, um mioma uterino, benigno, com aspectos particulares, uma mucosa uterina hiperplásica, fibromiomatose difusa, fibrose do colo, congestão das trompas e ovarose esclero-quística bilateral, com quistos luteínicos.

Num trabalho publicado na «Gazeta Médica Portuguesa» no ano de 1952, a Dr.^a Maria Eugénia Nunes da Silva Horta estudou «Um caso de mioma do útero de especial aspecto macroscópico» notável pela rara morfologia e interessante ainda pelos aspectos histológicos revelados, em parte semelhantes aos do nosso exemplar.

De facto «a sua constituição histológica possui no entanto uma particularidade que, embora já descrita, é, segundo NOVAK, rara; referimo-nos à existência de tecido adiposo formando zonas relativamente extensas». E mais adiante afirma: «frequentemente estes focos de tecido adiposo são ricos em vasos donde resultam até aspectos angiomatóides. O tecido adiposo mostra na neoplasia uma certa predilecção pelas zonas mais ricas em tecido conjuntivo fibroso, havendo numa destas últimas hialinização. A existência de tecido adiposo deve ser explicada da seguinte maneira: derivaria de células imaturas com potencialidades várias. Estas células no presente caso teriam contribuído também para a formação da substância colagénia que rodeia os focos de tecido adiposo. É um lipofibromioma».

No referido tumor encontrou ainda «várias zonas de edema, verificando-se, quer em algumas destas quer fora delas, um infiltrado parvicelular essencialmente constituído por linfócitos».

WILLIAM BOYD descreve como mais comum a degenerescência hialina e afirma que a degenerescência quística pode suceder à precedente, liquefazendo-se e formando espaços de aspecto quístico, sem revestimento epitelial. Segundo o mesmo autor nos fibromiomas antigos observa-se degenerescência gorda, com gotas lipóides nas próprias fibras musculares.

WILLIAM BOYD explica a degenerescência que macroscopicamente encontrámos (e que denomina vermelha) como devida à reunião de sangue nos tecidos, que se hemoliza e causa coloração difusa de toda a massa. Tra-

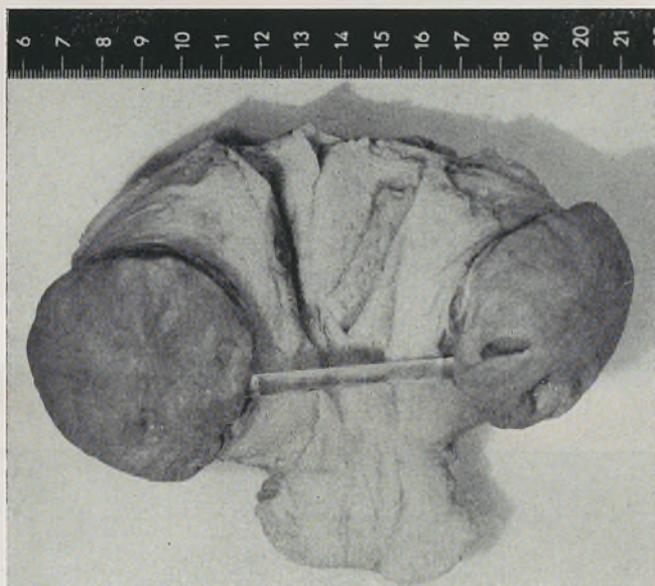


FIG. 1 — Peça n.º 126 (I. P. G.) — Presença na face anterior uterina de um processo tumoral intra-mural, bem delimitado, do tamanho de um ovo de galinha, com degenerescência hortênsia e cavidades parcialmente septadas.

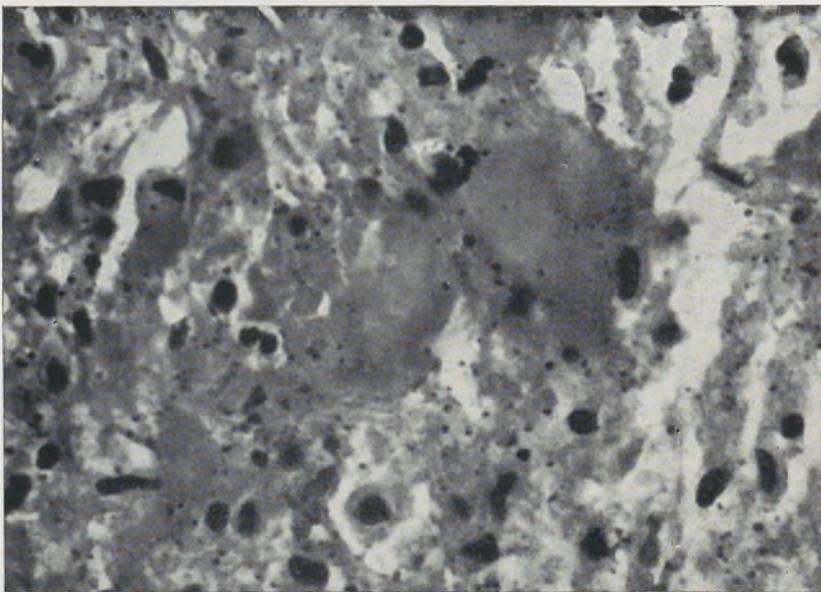


FIG. 2 — Prep. n.º 126 (I. P. G.) — Mioma uterino com aspectos particulares. Zona com massas hializadas anfófilas, núcleos picnóticos e numerosas granulações hematolinfocíticas (col. Hem. Eos. — 450 x).

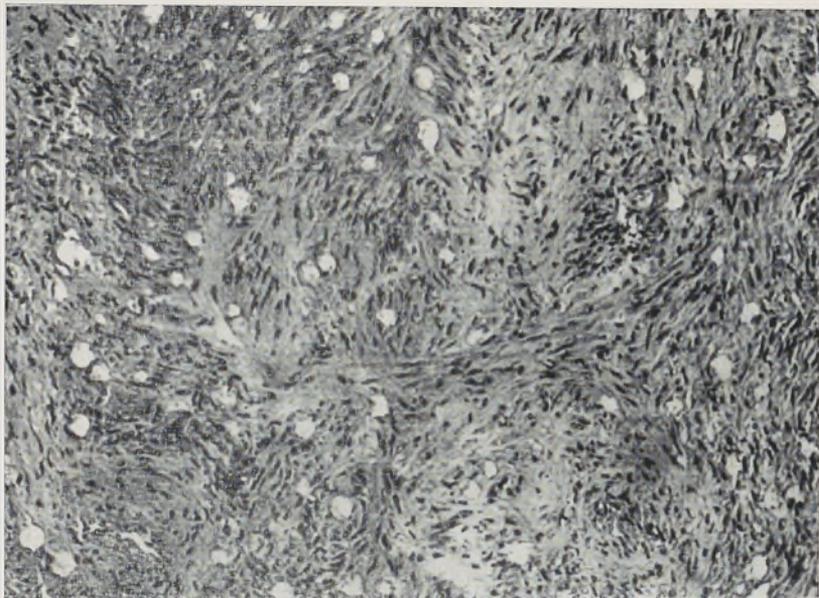


FIG. 3 — Idem. Aspecto de parte do mioma, observado com pequena ampliação. Notar as numerosas cavidades redondas dispersas entre as fibras conjuntivo-musculares.

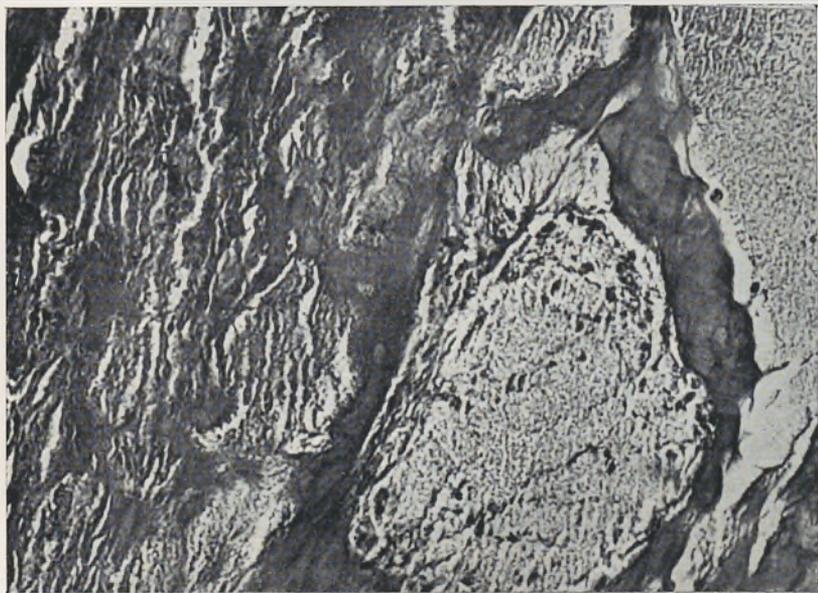


FIG. 4 — Idem. Zona com fendas irregulares ou espaços cheios de serosidade eosinófila ou massas grumosas. Col. Hem. Eosin. 100 X.

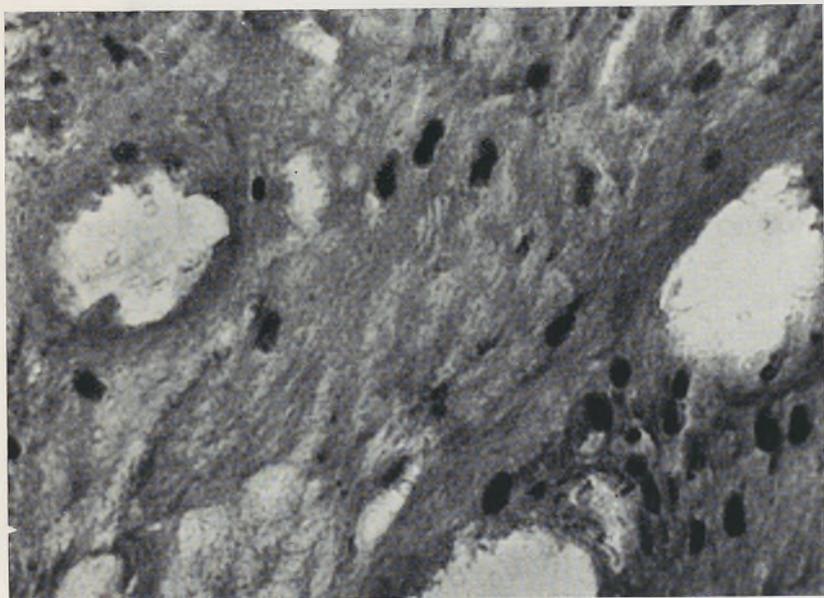


FIG. 5 — Idem. As pequenas cavidades arredondadas, dispersas entre as fibras conjuntivo-musculares, observadas com maior ampliação, mostram-se vasias ou parcialmente cheias de produto eosinófilo. Uma delas parece ter um núcleo empurrado para a periferia.

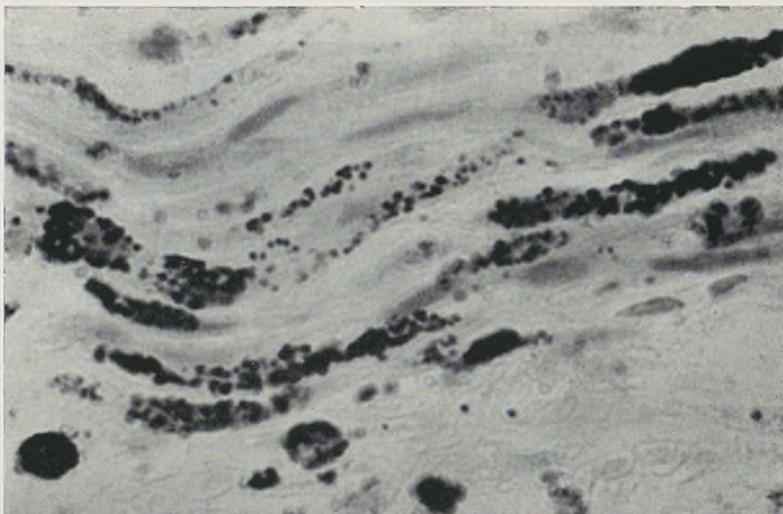


FIG. 6—Infiltrados mastocitários em relação íntima com fibras musculares lisas.
Col. Azul de Martinotti.

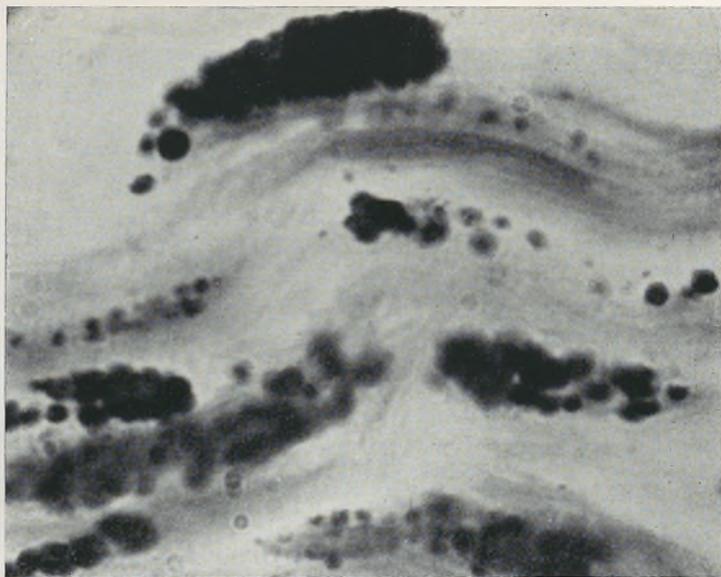


FIG. 7—O mesmo aspecto, observado com objectiva de imersão, mostrando a existência de granações metacromáticas dentro das próprias fibras musculares.



FIG. 8 — Tecido adiposo num outro mioma. Col. Hem. Eosina.

tar-se-ia de trombozes venosas, podendo atribuir-se a obstrução a pressão, contrações uterinas ou torsões tumorais, sendo comum na variedade intersticial. Segundo se julga seria uma modificação muito mais frequente durante a gravidez, o que não parece ser verdade.

Segundo NOVAK as alterações secundárias dos miomas uterinos seriam as seguintes: degenerescência hialina, degenerescência quística, calcificação, infecção e supuração, necroses (incluindo a chamada degenerescência vermelha), degenerescências gordurosas e degenerescência sarcomatosa.

Interpreta a degenerescência quística como consequência da hialinização, observando-se por vezes só pequenas cavidades irregulares cheias duma substância gelatinosa. Se a liquefacção é contínua acabam por originar-se grandes quistos, sendo este um dos mecanismos de uma das variedades de quisto do útero. Recentemente descrevemos um quisto uterino de patogenia completamente diversa.

Com frequência a liquefacção quística é incompleta e o tumor oferece um aspecto irregular, com grande número de cavidades e pontes entre as mesmas (como no nosso caso).

Pequenos quistos podem ser resultantes de grandes linfangiectasias que se encontram em certos miomas.

NOVAK descreve também uma necrose particular, a que chama degenerescência vermelha ou carnosa por ser semelhante a carne cosida (é a nossa degenerescência hortênsia). A este respeito afirma: «ainda que o seu mecanismo de produção não seja muito claro, julgam alguns que é uma degenerescência asséptica associada à presença de hemólises «in situ». Esta última parece ter lugar dentro dos próprios vasos que, análogamente aos tecidos circundantes, sofreram lesões degenerativas, com trombozes e hemólises secundárias». É, como se vê, uma interpretação semelhante à descrita por BOYD e idêntica à proposta por BARNARD e ROBB-SMITH. Para

outros ainda a especial cor seria devida à extravasão sanguínea, coisa não aceitável dada a difusão tão uniforme do tom especial ou aparência hemorrágica (NOVAK).

Quanto à degenerescência gorda, como em parte já dissemos, NOVAK afirma: «pode ocorrer em duas condições: em primeiro lugar pode ser a consequência natural ou a acompanhante da degenerescência hialina ou da necrose. Em tais casos a presença de gordura só se pode demonstrar com métodos corantes especiais, ainda que às vezes as gotículas lipóides se aglomerem até ao ponto de dar lugar à existência de zonas amarelas.

Noutra variedade de degenerescência gorda, menos frequente, vêm-se à simples vista manchas extensas amarelas, que não só dão reacções químicas das gorduras neutras, mas em que o exame microscópico revela a presença de genuínas células adiposas; difícil é decidir, em tais casos, se se trata, na realidade, de metaplasia de miócitos em células gordas (adipócitos) ou, o que é mais provável, segundo a sugestão de vários patologistas, parece tratar-se de tumores mistos, originários de células imaturas com potencialidades variadas para a sua ulterior diferenciação».

Três factos queremos salientar nesta nota. Em primeiro lugar a presença de tecido adiposo num fibromioma uterino sem que possamos dar qualquer contribuição para a sua interpretação (1). Registamos as teorias que têm sido propostas, sem comentários. Não queremos deixar de chamar a atenção, porém, para a riqueza de gordura nas zonas perivasculares, por vezes situada dentro de elementos celulares cujas características diferem porém, morfológicamente, dos espaços que descrevemos como equivalentes a células adiposas e cuja existência nesta peça constituiu a razão de ser do seu estudo e publicação.

(1) Já depois de elaborada esta nota estudámos outro mioma com tecido adiposo bastante abundante. Reproduzimos na figura 8 um aspecto desse mioma.

Em segundo lugar a explicação do aspecto macroscópico de degenerescência hortênsia ou vermelha no nosso exemplar não nos parece fácil e julgamos escapar a qualquer das interpretações que lhe têm sido outorgadas.

Em terceiro e último lugar chama-se a atenção para as relações entre os mastócitos e as fibras musculares lisas, aspectos que não tínhamos ainda encontrado em estudos anteriormente feitos.

RESUMO

Estuda-se macro- e microscòpicamente um fibromioma uterino. Histològicamente descrevem-se aspectos particulares, em especial a existênciã de tecido adiposo e as relações dos mastócitos com as fibras musculares lisas.

SUMMARY

A fibromyoma of the uterus is studied macro and microscopically.

We describe, histologically, particular aspects of special existance of fatty tissue, and the relations of mastocytes with smooth muscle fibers.

(Trabalho realizado nos Institutos de Patologia Geral (Prof. M. TRINCÃO) e de Anatomia Patológica (Prof. M. MOSINGER).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BARNARD, W. G. — ROBB-SMITH, A. H. T. — *Kettle's Pathology of Tumours* — Third Edit. London — H. K. Lewis and Co, L.da 1945, p. 94.
- 2) BOYD, William — *Tratado de Patologia General y Anatomia Patologica* — Libreria y Edit. Bernardes — Buenos Aires — Trad. da 6.^a inglesa — 1955, p. 699.
- 3) NOVAK, E. — *Gynecological and Obstetrical Pathology* — Londres — 1954.
- 4) SILVA HORTA, Maria Eugénia Nunes da — *Um caso de mioma do útero de especial aspecto macroscópico* — Gaz. Méd. Port. vol. V — n.º 4:604, 1952.
- 5) TRINCÃO, R. — *A propósito de um caso de quisto wolffiano uterino* — (Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis. Vol. XXX n.º 7 — MCMLV).
- 6) — — *Os mastócitos. Alguns aspectos da sua fisiopatologia*. Tese de Doutoramento. Coimbra, 1954.

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XXX

N.º 10

ESTROMA CONJUNTIVO E INERVAÇÃO DO CÓRTEX SUPRARRENAL(1)

POR

EUGÉNIO CÔRTE-REAL e ANTÓNIO COIMBRA

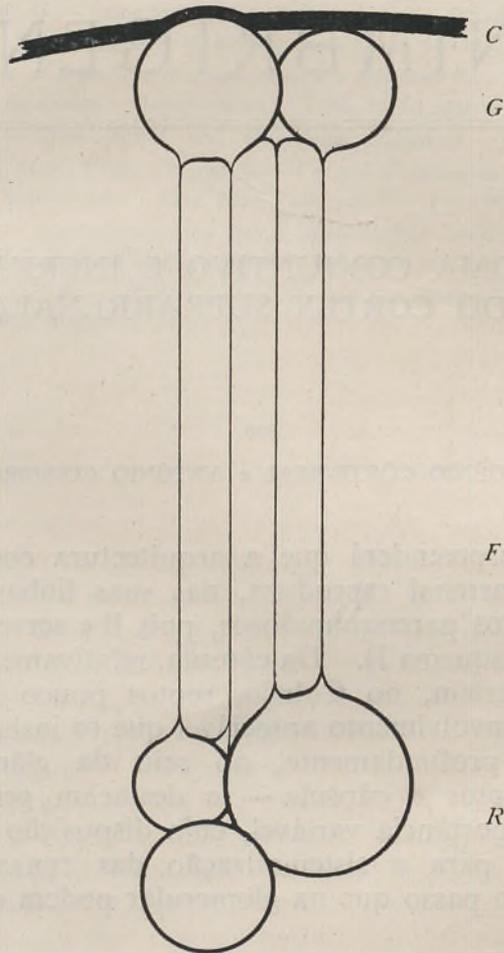
Não surpreenderá que a arquitectura conectiva do córtex suprarrenal reproduza, nas suas linhas gerais, a dos elementos parenquimatosos, pois lhe serve de molde e suporte (Esquema I). Da cápsula, relativamente espessa e densa, partem, no Cobaio, septos pouco numerosos mas de desenvolvimento apreciável que se insinuam, mais ou menos profundamente, no seio da glândula. De ambos — septos e cápsula — se destacam grupos fibrilares de importância variável, cuja disposição e relações contribuem para a sistematização das zonas corticais. De facto, ao passo que na glomerular podem observar-se

(1) Comunicação apresentada por um de nós nas Reuniões Científicas da Faculdade de Medicina. Porto, 27-II-1947.

Não fazia parte dela, nessa data, o estudo da distribuição vascular, com o qual, posteriormente, pareceu útil completar os resultados obtidos.

Esse estudo foi possível graças à colaboração do Dr. António Coimbra que tomou o encargo da sua execução.

feixes conectivos relativamente espessos constituindo, grande número de vezes, verdadeiras barreiras limitantes



ESQUEMA I — Disposição geral de tecido conectivo no córtex suprarrenal.

C — Cápsula

G — Glomerular

F — Fasciculada

R — Reticulada

aos grupos celulares, de aspecto nodular, na fasciculada as trabéculas parenquimatosas, regularmente paralelas, são separadas por delicadas fibrilas, as quais, na maioria dos casos acompanham os vasos. Na reticulada a disposição nodular reaparece e aí, à semelhança do que tinha sido já visto na glomerular, os grupos celulares estão total ou parcialmente separados dos elementos vizinhos, quase sempre por feixes mais espessos, apresentando os capilares rico reforço conjuntivo. Entre as células, não raro se observam fibrilas delicadíssimas e, em todas as zonas, podem ver-se feixes de união, transversais ou oblíquos. Os capilares são sempre rodeados por elementos conjuntivos que lhe formam bainhas de desenvolvimento variável.

Tal é a disposição geral.

Qual a natureza dos elementos fibrilares observados? No intuito de o esclarecer recorreremos a cortes tratados pelo tanino-ferro e tanino-ferro-hematoxilina de SALAZAR, pelo *Azanfärbung*, resorcina-fucsina de WEIGERT, após coloração nuclear pelo paracarmin MAYER e, finalmente, pelo método de RIO HORTEGA para a reticulina.

O seu estudo informa que na cápsula (Fig. 1) são particularmente abundantes as fibras colagénias e elásticas; as de reticulina, raras aqui, põem-se em evidência com particular facilidade e riqueza nos diversos estratos corticais, onde affectam a disposição geral antes referida. Isto não exclue que se observem fibras colagénias entre as células parenquimatosas, com menor abundância é certo, nomeadamente na fasciculada, mas em todo o caso sempre presentes na glomerular e reticulada onde por vezes atingem considerável desenvolvimento, ao contrário do que afirma BENETT para a suprarrenal do Gato. Quanto às fibras elásticas, convém acentuar que na fasciculada praticamente se não vêem e nas restantes zonas somente aparecem finíssimas fibrilas.

Com o tanino-ferro a riqueza de elementos postos em evidência, embora menor que a revelada pelos métodos

argênticos, aproxima-se bastante dela, o que, uma vez mais, levanta o problema de saber se o método tano-férrico cora ou não as fibras de reticulina. É de acreditar que sim, em face do que nos foi dado observar, muito embora nem todas elas se encontrem em condições de fixar a laca tano-férrica; tal será o caso das mais ténues e subtis, que de facto só raramente conseguem ver-se com o tanino. Do mesmo modo nem tudo o que o *Azanfärbung* mostra corado de azul serão fibras colagénias, pois também a reticulina é susceptível de fixar o corante. O estudo dos mesmos cortes vem mostrar ainda, em opposição ao que afirma BENETT em relação ao Gato, que na suprarrenal do Cobaio se encontram fibras colagénias, mesmo na fasciculada.

Os componentes celulares envolvidos pelos elementos conjuntivos, quer revestindo o aspecto glomerular, como acontece nas zonas extremas, quer se disponham em cordões paralelos, como é próprio da fasciculada, só raramente são penetrados por elementos conjuntivos; em tal caso trata-se sempre de curtas e finas fibrilas argirófilas.

Merecem ainda estudo as relações existentes entre células, capilares e fibras conjuntivas. É clássico o conceito de que, na suprarrenal, a parede capilar falta em muitos pontos, colocando-se em tal caso as células glandulares em directo contacto com o sangue, o que cria condições particularmente favoráveis às trocas a realizar. É certo que, do ponto de vista mecânico, as coisas parecem assim facilitadas. Porém, tal arranjo, se por um lado simplifica o trabalho excretor de algumas células, deixa a maioria em manifesta inferioridade de posição, o que, suposta a sua identidade funcional, não é facilmente aceitável. Acresce ainda, que podendo suspeitar-se intervenção activa do endotélio no processo excretor, a favor do que queremos referir imagens por nós observadas, cuja regularidade a faz prever, desnecessário se torna admitir descontinuidades da parede capilar, as

quais tendem a reduzir os fenómenos excretorios a mera dissolução operada pelo plasma em contacto fácil com os produtos segregados, excluindo assim participação de actividade celular específica que necessariamente deve comandar e desencadear os fenómenos referidos.

Seja, porém, como for, o certo é que as nossas observações não apoiam a ideia de descontinuidade da parede capilar, pelo menos no que respeita à sua membrana argirófila, a qual só em muito raros casos se não vê bem, o que mais deve atribuir-se a defeito ou imperfeição técnica do que, de forma exclusiva, à sua ausência. Queremos com isto dizer que só por excepção as células serão directamente banhadas pelo sangue; como regra interpõe-se entre ambos, pelo menos a bainha de reticulina (Grundhäutchen) e o espaço, maior ou menor (Interstitium), compreendido entre esta e a parede celular. Se é certo mostrarem os capilares morfologia sinusóide, não é esta afinal que decide da sua categoria, mas sim a estrutura e comportamento histofisiológico da sua parede. Quanto à primeira, não se adapta, como acabamos de mostrar, ao conceito de verdadeiros sinusóides; no referente à segunda, ocorre referir os resultados obtidos por ERNESTO DE MORAIS que nem sempre viu floculações no córtex da suprarrenal e quando as encontrou eram de importância reduzida, em contraste com o observado nos verdadeiros sinusóides. Fica ainda de pé a possibilidade da atrocitose ter sido exercida por elementos adventíciais, em certas circunstâncias susceptíveis de ser tomados por células do endotélio, tanto mais que o autor referido regista a existência de células carminófilas na cápsula do órgão.

Mas voltemos às fibras argirófilas e seu arranjo. São de facto estes os elementos conjuntivos mais abundantes na cortical (Figs. 2 e 3). Além das fibras que desenham a constituição geral descrita, vêem-se outras, de curto trajecto, que se destacam dos feixes principais de sustentação e envolvem os elementos glandulares

constituindo fino e abundante entrançado sobre o qual se apoiam células e vasos. Esta rede, no seu conjunto, reconstitue o molde do arranjo célula-vascular, pois é na verdade basal sempre presente a rodear os seus componentes.

Se considerarmos a disposição geral dos vasos na glândula vemos que também ela, como era de esperar, desenha traçado arquitectónico paralelo ao do suporte conectivo.

Em glândulas estudadas após injeção intra-arterial, com animal vivo (aorta-abdominal), de suspensão de tinta da China em gelatina nota-se plexo capilar e arterial circundante, mais ou menos completo. Tem origem em artérias que, distribuídas por território de extensão variável, perfuram a cápsula e logo se dividem e expandem. Do arco capsular assim constituído (fig. 4 e 5) partem curtos vasos de disposição radiada, os quais voltam a ramificar-se e anastomosar-se, transposta a glomerular, a qual assim se fragmenta em áreas maiores ou menores, envolvidas e limitadas pelas cinturas vasculares descritas. É destes colares que partem capilares paralelos, radiados, ricos de anastomoses nascidas em qualquer ponto do seu trajecto, os quais se alongam e confluem na reticulada (fig. 6). Desta zona encaminham-se para a medula onde encontram a veia central, via de escoamento do sistema sanguíneo do órgão.

Deste modo, como também o revela a estrutura conectiva, encontramos na glomerular territórios celulares bem individualizados, o mesmo acontecendo com os cordões celulares radiados da fasciculada; na reticulada, porém, não é possível definir desenho vascular esquemático, o que provavelmente resulta das numerosas e importantes anastomoses existentes, as quais quebram o traçado predominante do conectivo, embora nos casos mais favoráveis se assista a certa tendência para o isolamento de grandes grupos celulares com contorno geral vagamente circular ou ovalar.

De todos estes vasos se destacam finíssimos capilares que se insinuam entre as células para constituir rede vascular delicada, de densidade variável, mais rica, todavia, afigura-se-nos, na fasciculada. Em contraste, é na zona mais interna da cortical que deparamos com capilares de maior calibre. Aliás, nem todas as áreas da mesma zona glandular apresentam, nos cortes, igual densidade de irrigação capilar, pois, por exemplo na fasciculada, ladeiam territórios com vascularização densa, zonas, por vezes extensas, bastante menos favorecidas. Ignoramos até que ponto tais imagens poderão relacionar-se com estados funcionais de grupos celulares. Aliás, a circunstância de, por um lado, se tratar, senão do órgão mais vascularizado, pelo menos dos mais vascularizados do organismo, e por outro, o conhecimento de que o sangue o aborda pela periferia e abandona pela profundidade, pode também contribuir para radicar a ideia de ser possível que existam zonas, pelo menos, com assincronismo funcional.

Considere-se ainda a existência de arteríolas de calibre relativamente importante que seguem da cápsula à medula, as quais, embora se anastomosem, não fornecem no seu trajecto cortical contingente capilar apreciável.

Quanto à via de retorno, não nos parece seguro que se faça, em todos os casos, por um só vaso eferente, embora algumas séries de cortes possam apoiar essa ideia.

Trabalhos consultados referentes a este assunto registam disposições que, nas suas linhas gerais, não diferem sensivelmente da que nos foi dado observar. Registe-se, todavia, que no dizer de Harrison são de tipo terminal, na suprarrenal do coelho, as artérias corticais, nomeadamente as da fasciculada.

À inervação cortical têm-se atribuído densidades as mais diversas, desde exuberante riqueza à míngua extrema e falta completa. Actualmente, pelo menos para alguns, o problema parece dominado pela ideia de que não existem, no córtex suprarrenal, fibras nervosas próprias, pois

as que lá podem ver-se se destinam exclusivamente aos vasos, ou se limitam a atravessá-lo para se distribuírem à medular. E visto que as críticas expendidas a tal propósito se apoiam, quase todas, na possibilidade de corresponderem a reticulina, e não a nervos, as imagens observadas e como tal descritas, impõe-se o estudo criterioso da arquitectura conjuntiva a preceder o da distribuição nervosa. Assim, o que fizemos permite-nos agora descrever observações referentes à distribuição dos nervos e discutir as possibilidades de confusão a que aludimos. Com esse intuito estudamos cortes tratados pelos métodos de GROS e da prata reduzida de CAJAL. Posto que em resumo, pois o assunto foi já tratado com maior cópia de pormenores em outra oportunidade, registamos em seguida o que assim nos foi possível observar.

Na cortical vêem-se grossos feixes de fibras miélicas seguindo os septos conjuntivos, ladeando ou não os vasos e aparentemente sem distribuírem fibras à cortical. Note-se desde já que o seu aspecto difere sensivelmente do que afectam os próprios septos, nos cortes tratados pelos métodos argênticos, não sendo fácil a confusão das duas estruturas, muito embora ocupem posição idêntica. Além destas distinguem-se, aqui e ali, fibras menos volumosas a acompanhar os vasos e fornecendo-lhes finos filetes, por vezes abundantes, os quais podem ver-se mesmo em contacto com o endotélio, isto é, no seio da própria parede capilar (Figs. 7 e 8). Isoladas ou destacando-se de feixe volumoso, aparecem na fasciculada ou reticulada, longas fibrilas, por vezes em pequenos grupos, serpeando entre as células corticais e sem qualquer relação com os tajeitos e orientação conectiva (Fig. 9). Nestas circunstâncias não é raro que se observem pequenos botões de passagem ou figuras anulares (Figs. 8 e 10). Uma ou outra vez vêem-se formações que poderiam ser interpretadas como terminações em ponta subtil ou botão. Considere-se que tais elementos se insinuam entre as células contidas nos grupos que as fibras conectivas isolaram;

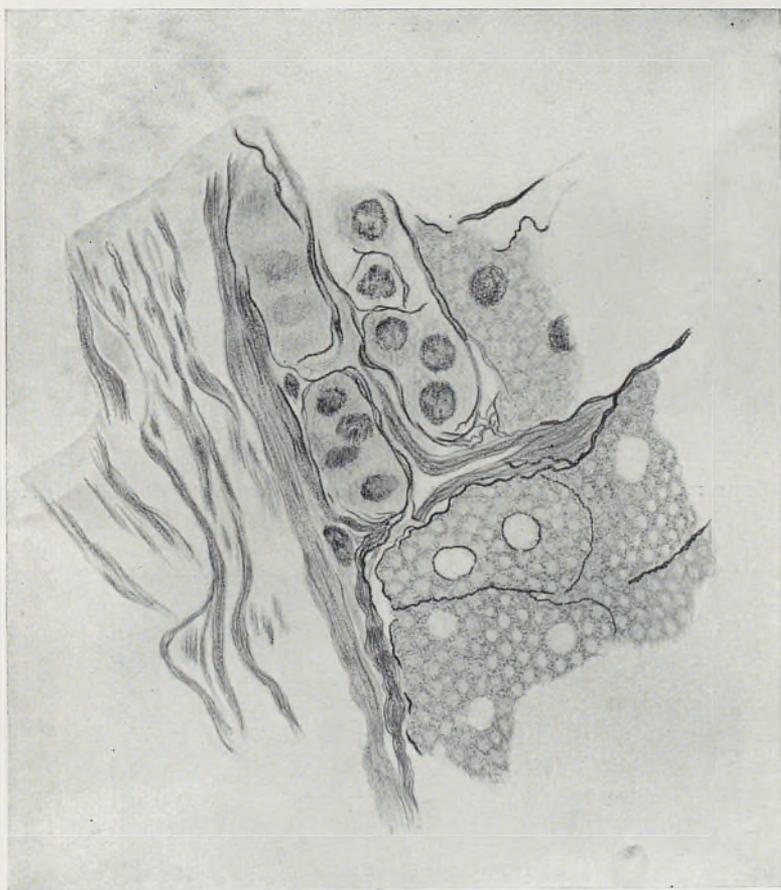


FIG. 1—Suprarrenal de Cobaio. Cápsula e zona periférica do córtex.
II variante de Rio Hortega.

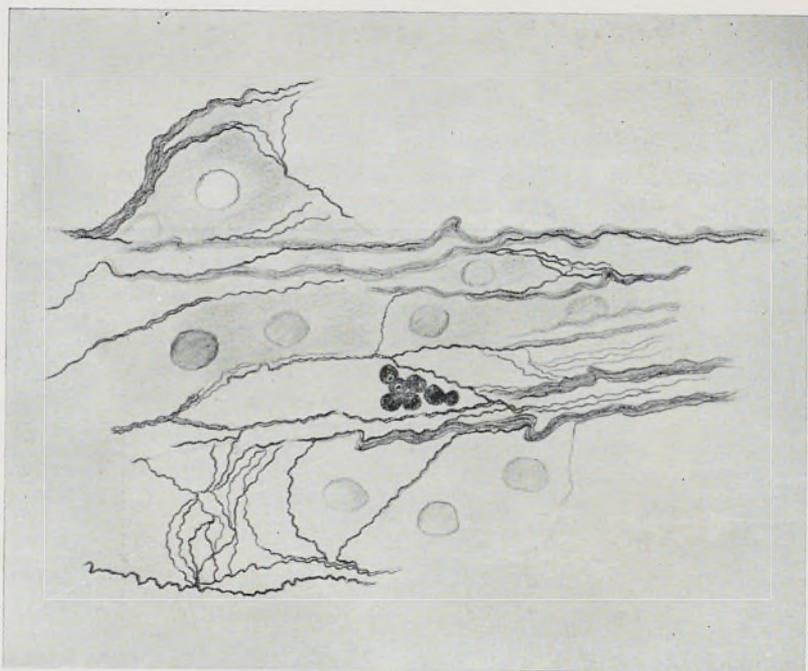


FIG. 2—Suprarrenal de Cobaio. Fasciculada. II variante de Rio Hortega.



FIG. 3—Suprarrenal de Cobaio. Reticulada. II variante de Rio Hortega.



FIG. 4 — Zona periférica do cortex. Injecção de tinta da China.
Hemat. Eosina — 80 x.

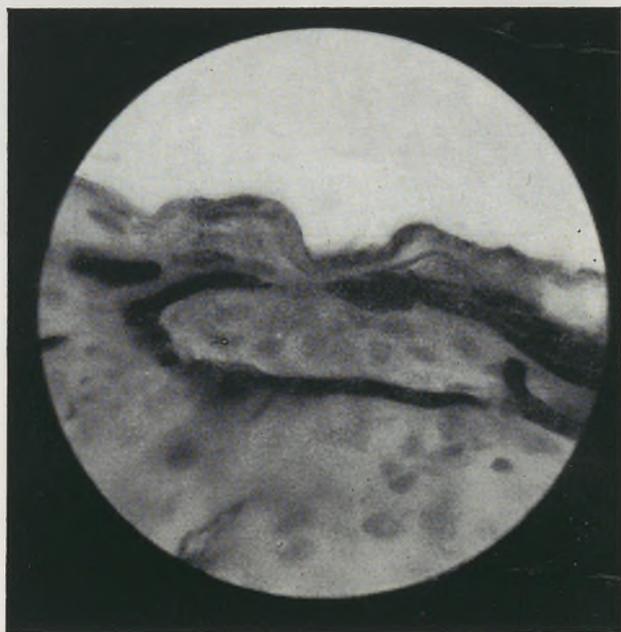


FIG. 5 — Cápsula, glomerular e fasciculada externa. Idem — 800 x.

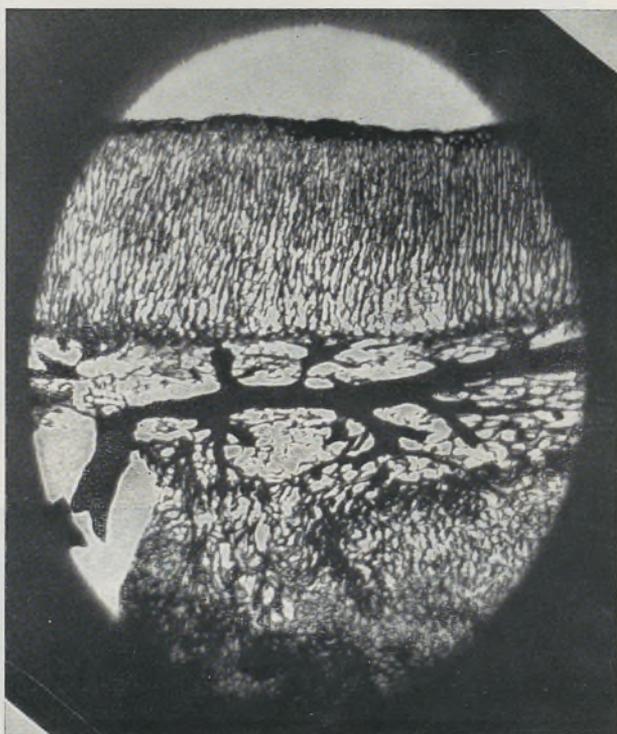


FIG. 6 — Suprarrenal — Corte interessando a medula. Injecção de tinta da China — sem coloração — 40 x.



FIG. 7—Suprarrenal de Cobaio. Fasciculada externa. Prata reduzida de Cajal.



FIG. 8 — Suprarrenal de Cobaio. Reticulada. Prata reduzida de Cajal.



FIG. 9—Suprarrenal de Cobaio. Fasciculada. Prata reduzida de Cajal.



FIG. 10 — Suprarrenal de Cobaio. Reticulada. Prata reduzida de Cajal.

distingue ainda as duas estruturas o facto dos seus trajectos se cruzarem, isto para não talar do seu comprimento e morfologia geral, que francamente as separa. Nas zonas mais internas podem ver-se fibras abundantes na medular, as quais entram também em contacto incontestável com os elementos corticais, sem que, todavia, o seu trajecto afecte disposição comparável à que, nesta zona, revestem as fibras conjuntivas. Tivemos mesmo ocasião de observar um rico entrançado nervoso na cortical, em nada inferior ao que correntemente é possível observar na medular; quer pela amplidão das suas malhas, quer pela falta de verdadeiras anastomoses, este entrançado não pode confundir-se com a rede argirófila, fina e apertada, que antes descrevemos.

Não há pois, dadas as características revestidas pelo arranjo conjuntivo e a orientação e morfologia tão diversas, afectadas pelas fibras nervosas, lugar para dúvidas ou confusões. O que observamos nos cortes tratados pelos métodos de GROS e de CAJAL corresponde de facto a fibras nervosas em contacto íntimo com células da cortical e não a elementos de natureza conjuntiva.

*Trabalho do Laboratório de Histologia e Embriologia
da Faculdade de Medicina do Porto.*

BIBLIOGRAFIA

- BENNETT, H. S. — *The life history and secretion of the cells of the adrenal cortex of the cat.* Am. J. Anat. 1940 — 67 (2): 151-210.
- CELESTINO DA COSTA, A. — *Lições sobre a histofisiologia das glândulas endócrinas* (1.^a série). Lisboa — 1942.
- CELESTINO DA COSTA, A. e CHAVES, P. R. — *Tratado elementar de histologia e anatomia microscópica*. Liv. Luso-Espanhola Lisboa — 1944.
- CORTE-REAL, E. — *Contribuição para o estudo da histofisiologia suprarrenal*. Folia Anat. Univers. Conimbrig. — 1945 — Vol. XX (8),
- — *Modificações gravídicas da cortical suprarrenal*. Portugal Médico — 1947 — Vol. XXXI (2): 57-63.
- — *Sobre a inervação da glândula suprarrenal*. Folia Anat. Univers. Conimbrig. — 1948 — Vol. XXI (8).
- COWDRY, E. V. — *A textbook of histology*. Lea & Febider. Philadelphia 1950.
- DRIBBEN, F. S. e WOLFE, J. M. — *Structural changes in the connective tissue of the adrenal glands of female rats associated with advancing age*. Anat. Rec. 1947 98 (4): 557-580.
- FONSECA SACARRÃO, G. — *Contribution à l'étude du tissu conjonctif des capsules surrénales des vertébrés*. Bul. de la Soc. Portugaise des Sci. Nat. 1943 T. XIV (31): 167-176.
- GREEP, R. O. — *Histology* — J. & A. Churchill, L.da London — 1955.
- HARRISON, R. G. — *A comparative study of the vascularization of the adrenal gland in the rabbit, rat and cat.* J. Anat. 1951 85 (1):12-23.
- KISS, T. — *Experimentall morphologische analyse der Nebenniereninnervation*. Acta Anat. 1951 12 (1/2): 81-89.
- LEVER, J. — *Observations on the adrenal blood vessels in the rat*. J. Anat. 1952 86 (4): 459-467.
- MORAIS, ERNESTO — *Estudos sobre o sistema reticulo-endotelial*. Tese de doutoramento — Porto — 1935.
- RETZLAFF, E. W. — *The histology of the adrenal gland in the alligator lizard, Gerrhonotus multicarinatus*. Anat. Rec. 1949 105 (1): 19-33.
- ROMEIS, B. — *Guia-formulário de técnica histológica* — Labor — Barcelona — 1928,

- SALAZAR, A. L. — *La technique au tannin-fer*. Travaux du «Centro de Estudos Microscópicos» de la Faculté de Pharmacie — 1941 — Vol. I — Fasc. I:5-61.
- — *Le tissu conjuntif de l'ovaire*. Anais da Faculdade de Farmácia do Porto — 1943 — Vol. V 5-50.
- TAVARES DE SOUSA, A. — *La méthode tano-ferrique et ses modifications dans l'étude de l'hypophyse: quelques résultats*. Anais da Faculdade de Farmácia do Porto. 1943. Vol. V: 155-158.
- — *Estudos de citologia hipofisária*. Tese de doutoramento — Coimbra 1943.

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

Vol. XXX

N.º II

UM CASO DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ESPÚRIA CONGÉNITA (*)

POR

RENATO DE AZEVEDO CORREIA TRINCÃO

1.º Assistente na Faculdade de Medicina de Coimbra

Tivemos ensejo de estudar um recém-nascido do sexo masculino cuja autópsia nos revelou uma malformação digna de registo.

Tratava-se de um feto de termo, nascido por parto eutócico com período expulsivo rápido e após uma gravidez de evolução normal.

A mãe, de 29 anos de idade, era primípara e nada digno de registo se encontrava no seu passado.

O peso do feto era de 2kg850, apresentando-se, pouco após o nascimento, cianosado e dispneico, notando-se além disso uma área cardíaca aumentada de volume. Em breve se instala um ritmo de Cheyne-Stokes que precede a morte, surgida apenas algumas horas após o nascimento.

(*) Comunicação apresentada à XLIII Réunion de l'Association des Anatomistes, XVII Réunion de la Société Anatomique Portugaise et VIII Réunion de la Société Anatomique Luso-Hispano-Américaine». — Lisboa, dias 26 a 29 de Março de 1956.

Com o diagnóstico clínico de possível malformação congênita cardíaca é-nos remetido o feto para exame necrópsico.

A sua conformação exterior era absolutamente normal (altura: 50 *cm.*) nada fazendo prever, como num caso descrito por ORTS LLORCA, a grave malformação que encontrámos após abertura das cavidades.

Na realidade uma grande parte das vísceras abdominais encontram-se na cavidade pleural esquerda (Figs. 1 e 2) estando presentes na cavidade abdomino-pélvica os seguintes órgãos: a porção terminal do esófago, o estômago, a 1.^a e parte da 2.^a porções duodenais, a cabeça e parte do corpo do pâncreas, parte do cólon descendente, a ansa sigmóide e o recto, o fígado, as suprarrenais, os rins, ureteres e bexiga.

Portanto, na cavidade pleural esquerda encontram-se os seguintes órgãos: a terceira e quarta porções duodenais, todo o jejuno-íleon, o cecum com o apêndice, os cólones ascendente, transverso e parte do descendente, parte do corpo e a cauda do pâncreas e o baço.

Esta disposição anómala era resultante duma malformação do hemidiafragma esquerdo. A disposição topográfica geral do músculo era normal, com centro tendinoso bem desenvolvido, orifícios aórtico, esofágico e da veia cava inferior normais e pilares igualmente normais. No hemidiafragma esquerdo encontra-se um orifício herniário (Figs. 3, 10 e 11) que ocupa sobretudo a sua metade posterior, com forma semilunar de concavidade externa, com bordos nítidos, com inserção posterior na 11.^a costela e anterior na mesma costela depois de cruzar a 10.^a, à qual está simplesmente aderente. As dimensões do orifício, que tem uma forma grosseiramente elíptica, truncada na parte externa, são as seguintes: diâmetro maior, longitudinal, com 3,4 *cm.*, diâmetro menor 0,8 *cm.* Ao longo dos bordos livres do orifício e na zona de inserção às costelas o revestimento da serosa peritoneal continua-se directamente

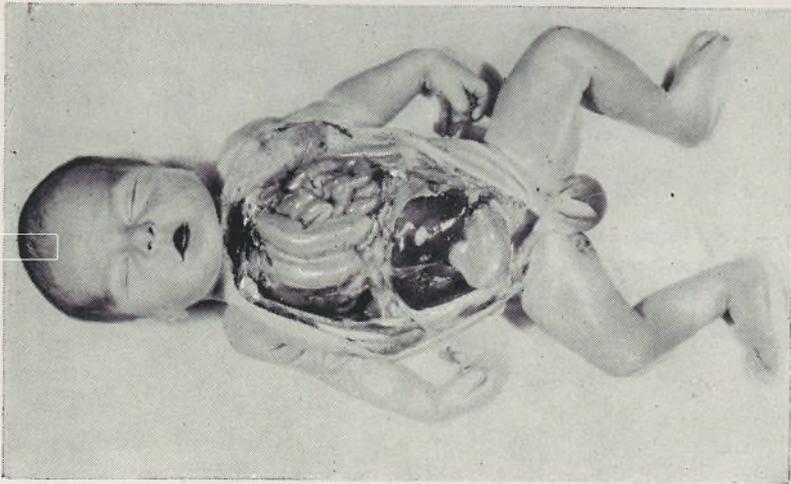


FIG. 1 — Aspecto geral do recém-nascido após abertura das cavidades torácica e abdominal. Notar a presença do intestino no tórax e o estômago no abdome.

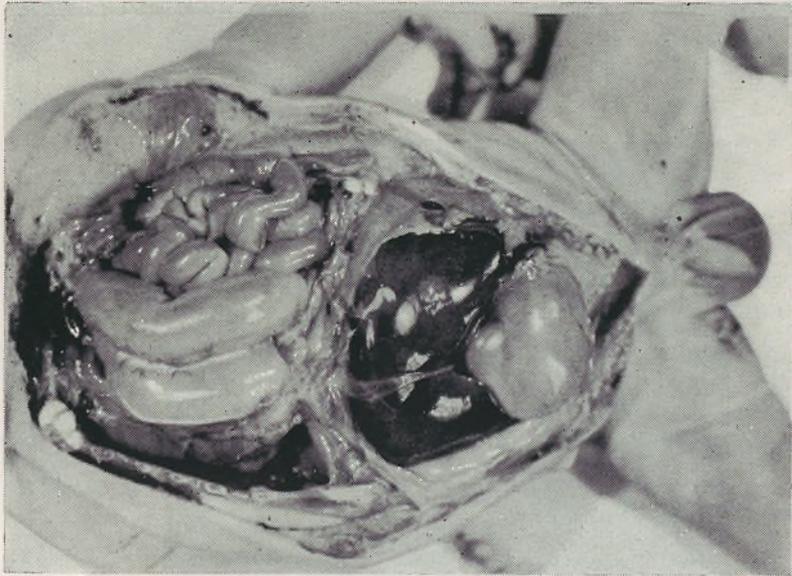


FIG. 2 — Mesmo aspecto com maior ampliação. Todo o hemitórax esquerdo é ocupado por intestino o qual empurra para a direita e para fora o mediastino e os pulmões.

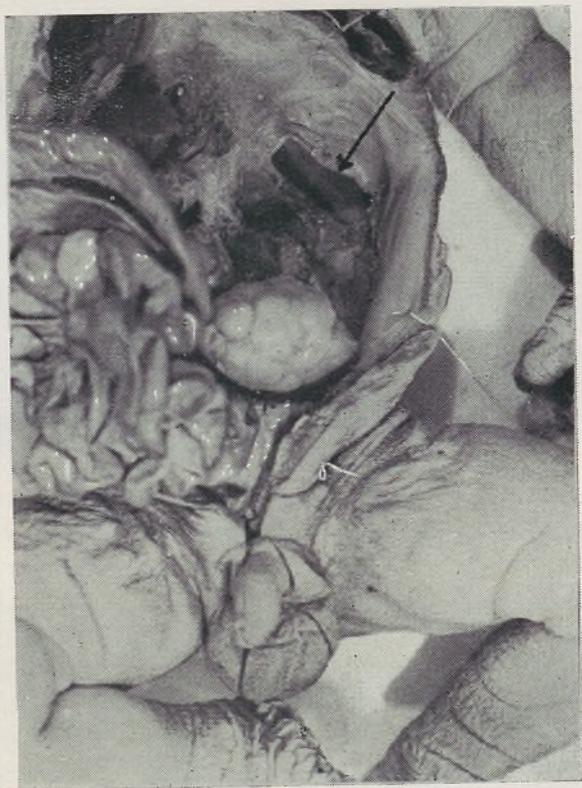


FIG. 3 — Repostas as vísceras na cavidade abdominal pode observar-se o orifício herniário no hemidiafragma esquerdo. O rim esquerdo está repuxado para baixo.

com a serosa pleural, isto é, as vísceras herniadas não têm saco: trata-se de uma hérnia falsa ou espúria.

Também aqui, como no caso de ORTS LLORCA, as fibras do diafragma que deviam inserir-se entre a 10.^a e a 11.^a costelas não se desenvolveram e na parte externa o orifício herniário está limitado pela parede torácica.

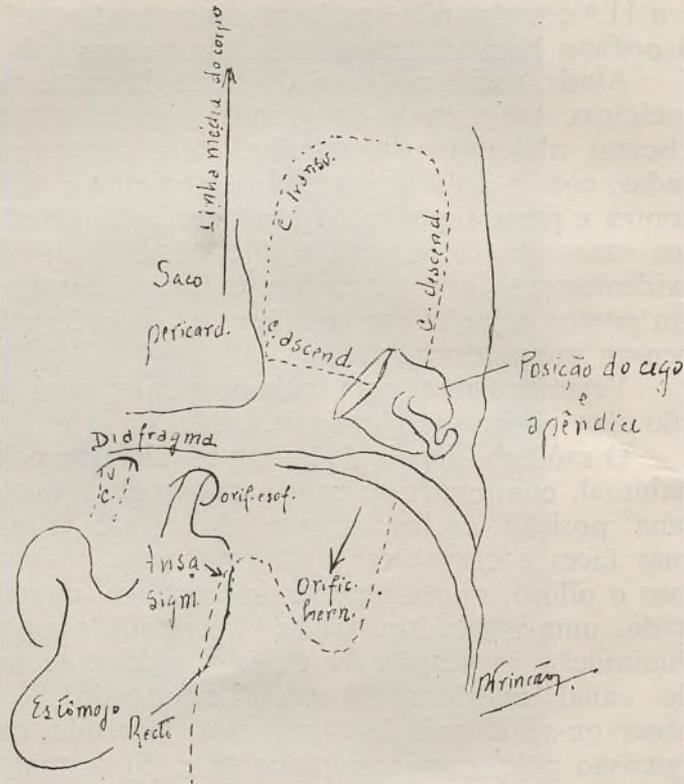
Ainda como no caso de ORTS LLORCA as vísceras torácicas, em virtude do grande volume ocupado pelas vísceras abdominais herniadas, estão fortemente deslocadas, com o pulmão esquerdo completamente colapsado contra a parte superior do hemitórax e o coração e grossos vasos desviados para a direita. Este desvio explica evidentemente que os ruídos cardíacos fossem audíveis em pontos completamente diferentes do habitual, fazendo pensar numa dextrocardia.

Vejam agora, com mais pormenor, qual era a posição das vísceras abdominais.

O esófago, depois de entrar no abdome pelo orifício habitual, continuava-se com o estômago, o qual ocupava uma posição exclusivamente abdominal (Fig. 4). As suas faces e curvaturas ocupavam uma posição normal mas o piloro, muito espesso, apresentava, quando seccionado, uma nítida hipertrofia (hipertrofia congénita) com diminuição acentuada do orifício pilórico (comprimento do canal pilórico: 1,8 cm). Levantando o estômago observou-se a sua face posterior revestida em grande extensão pelo grande epíploon (Fig. 5) o qual, acompanhando a 2.^a porção duodenal, se insinua no orifício herniário, morrendo já na cavidade torácica. É evidente que falta o epíploon gastro-cólico, por falta de coalescência do grande epíploon ao mesocólon transverso.

Parte da 2.^a porção duodenal, as 3.^a e 4.^a porções e todo o intestino delgado encontram-se no tórax, como já dissemos, ocupando as ansas jejuno-ileais a metade esquerda do hemitórax. O íleon termina no cecum junto da parte pósterio-inferior da base do hemitórax e o apêndice cecal encontra-se deitado sobre o diafragma

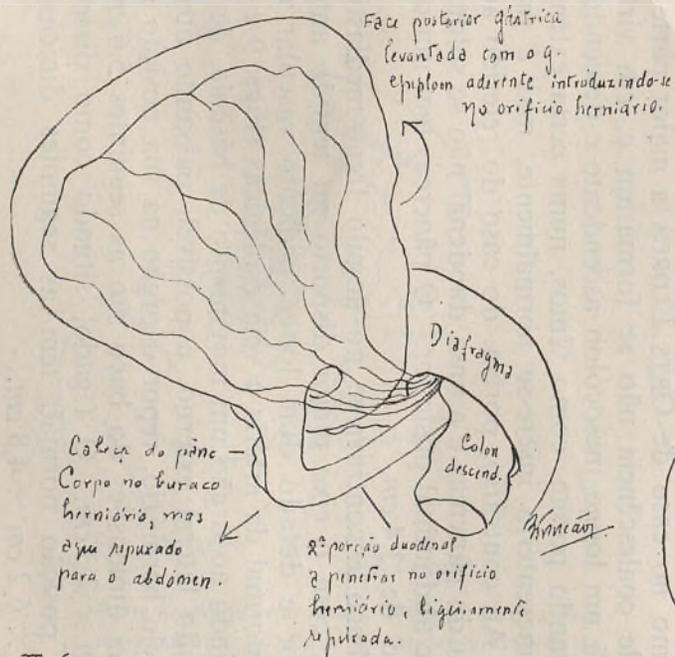
(Fig. 4). O cecum, móvel, era dotado dum longo meso-
cecum que se continuava com um longo mesoapêndice,
oriundos da face anterior e parte interna do rim direito
(Fig. 8).



I - Esquema

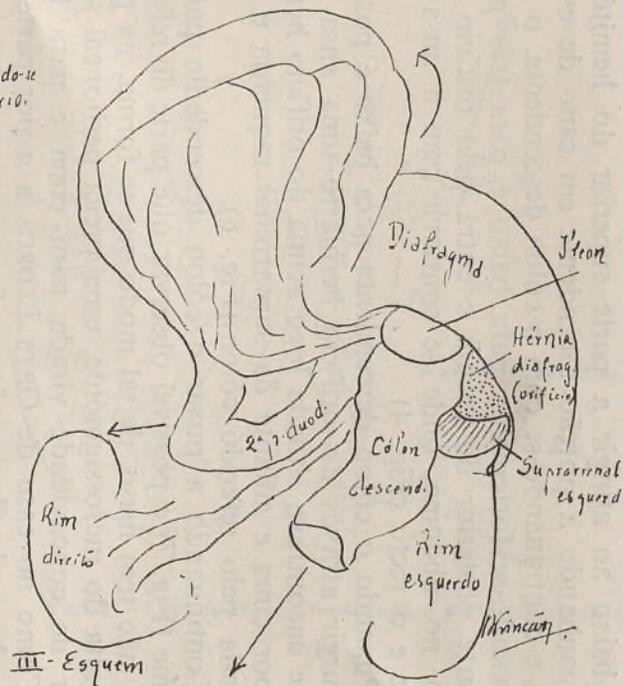
FIG. 4 — Esquema mostrando a disposição geral do tubo digestivo.

O cólon ascendente, após um curto trajecto hori-
zontal, encurvava-se para cima, continuando-se insensi-
velmente com o cólon transverso distendido, seguindo
paralelamente ao mediastino, encurvando-se novamente



II N II Esquema.

FIG. 5 — Disposição do grande epíplon.



III - Esquem

FIG. 6 — Órgão no orifício herniário.

para baixo ao atingir a parte superior do hemitórax, acompanhando a porção ascendente em cano de espingarda e continuando-se com o cólon descendente, o qual encurvando-se fortemente para baixo e para trás passa na parte posterior do cecum e entra pelo orifício herniário no abdome, onde se continua com a ansa sigmóide e o recto (Fig. 4).

Puxando o cólon descendente para baixo é possível ver surgir através do orifício herniário uma ansa ileal que se encontrava situada logo acima do orifício herniário, por cima e adiante da suprarrenal esquerda e dela separada pelo referido cólon (Fig. 6).

Continuando a puxar o cólon descendente para o abdome (Fig. 7) é possível observar que parte do referido cólon não tem meso, de tal modo que se forma, na parte mais alta do mesosigmóide, uma prega peritoneal semi-lunar de concavidade virada para cima e para fora.

Como no caso de ORTS LLORCA a maior parte das zonas de coalescência não se formaram e, em virtude disto, há um longo mesocólon ascendente e descendente, este faltando porém, como vimos, numa certa extensão.

O mesentério insere-se normalmente, mas é muito longo. Ao contrário, porém, do caso do referido autor a cabeça do pâncreas e a ansa duodenal não se soldaram à parede abdominal posterior. O pâncreas tem um comprimento de 3,4 *cm*.

O baço encontrava-se no ângulo freno-mediastinal, deitado, com o eixo maior disposto no sentido antero-posterior e dotado dum longo pedículo vascular com origem normal da artéria e veia esplénicas (Figs. 9 e 11). Imprimindo ao órgão um movimento de bascula, de 90°, no sentido lateral externo, é possível, passando através do orifício herniário, repor o órgão na sua posição normal. As dimensões do baço são as seguintes 5,6 *cm* × 2,9 *cm* × 2,3 *cm*. O fígado, situado como dissemos na sua posição normal, tem as seguintes dimensões: 11,6 *cm* × 6,2 *cm* × 4,8 *cm*.

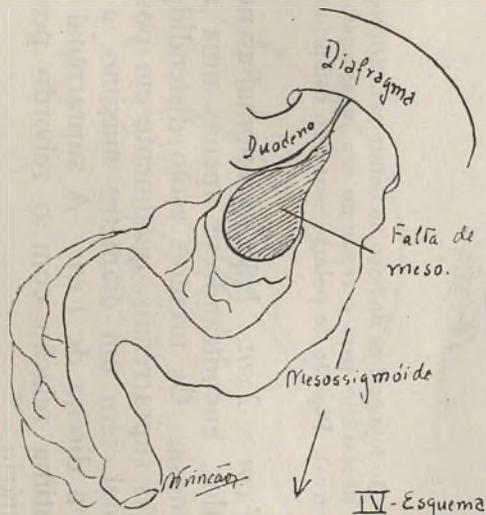


FIG. 7 — Parte do cólon sem meso. Imagem obtida pelo repuxamento do cólon descendente através do buraco herniário.

tr N

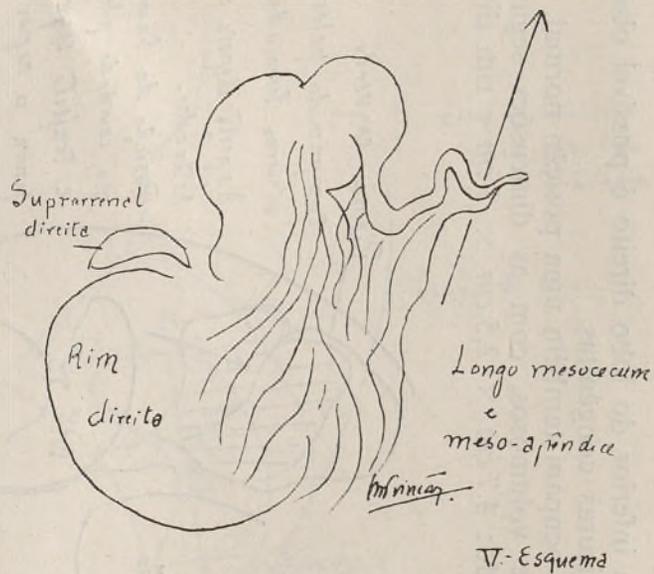


FIG. 8 — Cecum móvel, mesocecum e meso-apêndice.

Na face inferior do lobo direito é possível observar algumas incisuras congénitas.

Os rins ocupam também uma posição normal. São bosselados e volumosos, com as dimensões seguintes: Rim esquerdo: $4,7\text{ cm} \times 2,5\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ e rim direito:

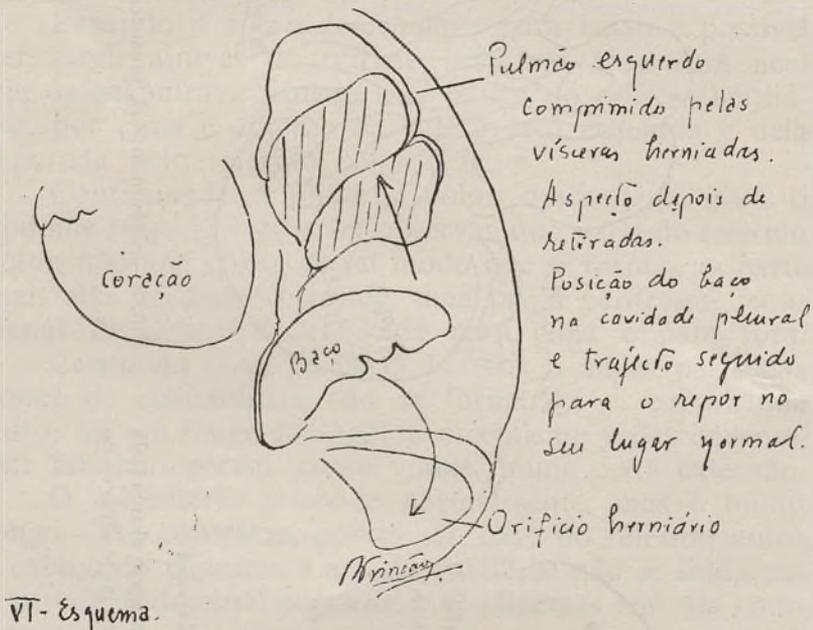
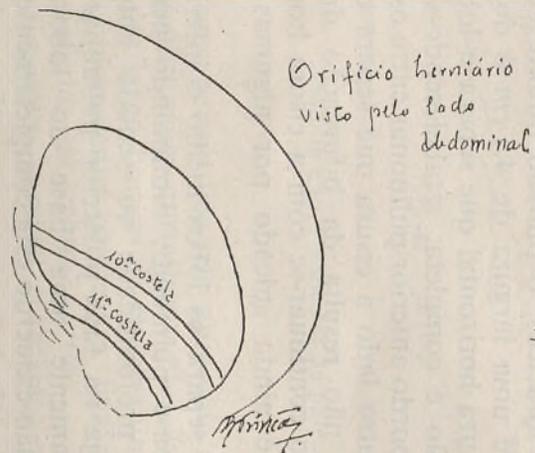


FIG. 9 — Disposição topográfica do baço no hemitórax. Direcção do movimento necessário para o repór no seu lugar anatómico normal (seta curva). Posição do pulmão esquerdo comprimido.

$4,7\text{ cm} \times 2,7\text{ cm} \times 2\text{ cm}$. Não há anomalias nos respectivos pedículos, encontrando-se apenas uma acentuada distensão venosa. Os ureteres estão distendidos uniformemente. As suprarrenais, igualmente em posição anatómica normal, têm um diâmetro máximo, a esquerda de $2,5\text{ cm}$ e a direita de 1 cm . A suprarrenal encontrava-se em íntima relação com o rebordo posterior do orifício herniário.



VII e VIII - Esquemas

FIG. 10 — Relações do orifício herniário com as costelas.

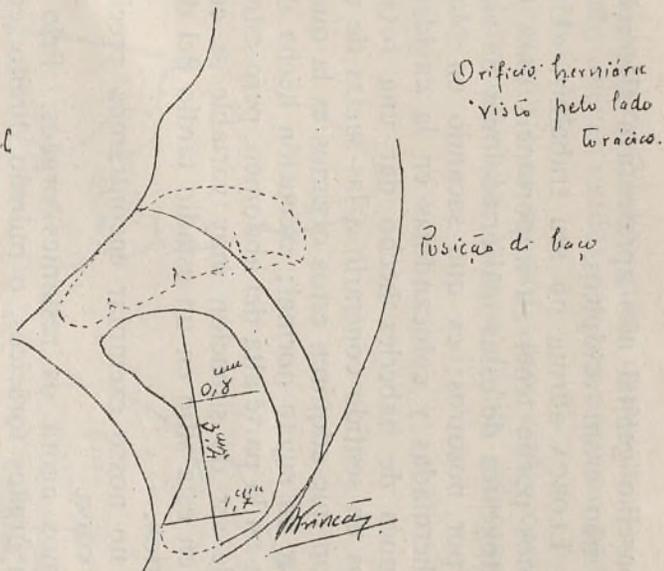


FIG. 11 — Dimensões do orifício herniário.

O aparelho genital não apresentava alterações. Os testículos não eram ectópicos.

ORTS LLORCA afirma no seu trabalho: «Un hecho que creemos puede tener su importancia para la explicacion patogenica de estas malformaciones ha sido comprobado por nosotros: es que sacando en bloque las visceras herniadas y colocandolas en la cavidad abdominal después de haberles hecho dar una rotacion de 180 grados en sentido contrario a las saetas de un reloj, la situacion que adquieren estos organos es la que corresponderia a un sujeto normal; excepcion hecha del ciego que queda en la parte alta del abdomen, pero este organo además de ser de situacion muy variable se encuentra colocado en esta sitio en un estadio tardio del desarrollo embrionario».

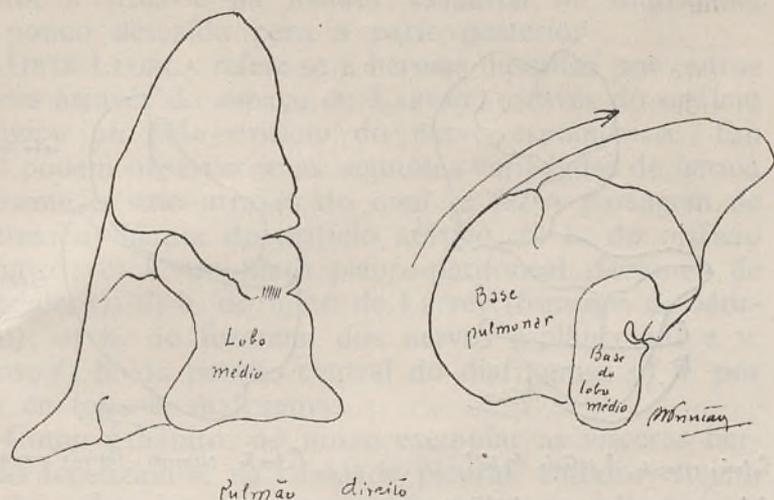
Ora, no nosso exemplar encontramos precisamente a mesma coisa.

Veamos agora os restantes órgãos. Pelo que se refere aos órgãos torácicos, o pulmão direito, com uma altura de 6,1 *cm* e uma largura de 4,1 *cm* é dotado de 3 lobos, mas a cisura horizontal que separa o lobo superior do médio não é completa, estabelecendo-se continuidade junto do bordo anterior pulmonar entre os 2 lobos (Fig. 12). Por outro lado a cisura que separa os lobos médio e inferior não resulta da bifurcação da cisura oblíqua, parecendo continuar-se com a cisura horizontal. O lobo inferior é ainda sulcado por algumas cisuras rudimentares.

A cisura que separa os lobos médio e inferior continua-se para a base pulmonar, diminuindo nesta progressivamente de profundidade no sentido antero-posterior, morrendo já na face posterior pulmonar e delimitando completamente uma base do lobo médio. (Fig. 13). O pulmão esquerdo está completamente empurrado para o vértice do hemitórax respectivo pela massa das vísceras herniadas, apresentando-se de muito reduzidas dimensões em relação ao pulmão direito.

É dotado de 2 lobos quase completamente separados pois estão apenas unidos por um pequeno pedículo hilar (Figs. 14 e 15).

O coração e os grossos vasos estão, como já dissemos, muito desviados para a direita pelas vísceras herniadas.



IX e X - Esquemas

FIGS. 12 e 13 — Aspectos do pulmão direito.

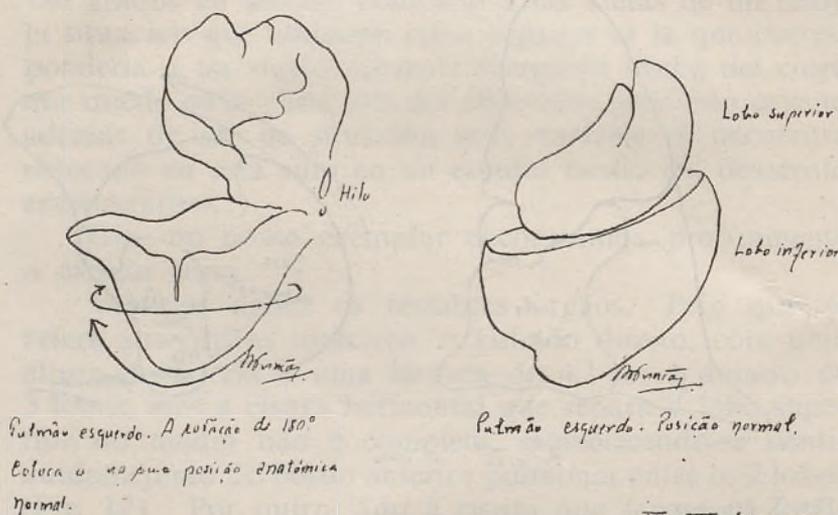
O saco pericárdico não apresenta anomalias. O coração, de dimensões correspondentes às da idade do feto, possui um largo buraco de Botal e um grosso canal arterial, completamente permeável, liga a artéria pulmonar à face inferior da crista aortica.

O simpático cervical e torácico não apresenta anomalias.

A tireóide e a hipófise são de dimensões e aspecto normal. O encéfalo apenas se mostra congestionado.

* * *

A hérnia diafragmática congénita, orifício anormal do diafragma pelo qual se insinuam as vísceras abdominais no tórax, é devida a uma paragem do desenvolvimento, segundo a definição de GAILLARD.



Pulmão esquerdo. A rotação de 180°
Coloca o na sua posição anatómica
normal.

Pulmão esquerdo. Posição normal.

XI e XII. Esquemas

FIGS. 14 e 15 — Aspectos do pulmão esquerdo.

Não é uma malformação excepcional, mas não deixa de ter interesse o seu registo e o seu estudo, embora seja muito mais importante na idade adulta onde um conjunto de sintomas associados é por vezes de difícil interpretação fisiopatológica.

Nas hérnias diafragmáticas congénitas o orifício é de dimensões muito variáveis. São excepcionais os casos de ausência completa do diafragma ou dum hemidiafragma.

Em geral trata-se de um orifício relativamente amplo para que grande parte das vísceras abdominais emigrem

para o tórax. É delimitado na parte externa pela parede tóraco-costal, à frente e atrás pelas porções esterno-costal e lombar do diafragma e na parte interna pela união das duas porções anteriores. Em regra toma a forma de meia lua de concavidade externa. No nosso exemplar, conforme é mais frequente, o orifício herniário é independente do orifício esofágico e do orifício da veia cava inferior e situa-se na metade esquerda do diafragma, um pouco descaído para a parte posterior.

ORTS LLORCA refere-se a hérnias descritas por outros autores através do espaço de LARREY, através do orifício esofágico ou pelo orifício do nervo esplâncnico. Em geral podem observar-se as seguintes variedades de hérnia conforme o sítio através do qual se fez a passagem de vísceras: *a*) hérnia do orifício aórtico, *b*) h. do orifício esofágico; *c*) h. do hiato pleuro-peritoneal (foramen de Bochdaleck); *d*) h. do hiato de Larrey (foramen de Morgagni); *e*) h. do foramen dos nervos esplâncnicos e v. ázigos; *f*) h. da porção central do diafragma; *g*) h. por falta de todo o diafragma.

Como é hábito, no nosso exemplar as vísceras herniadas localizam-se na cavidade pleural, embora estejam descritas hérnias intrapericardicas ou mediastínicas. Trata-se, além disso, duma hérnia espúria, ou falsa, pois é desprovida de saco herniário pleuro-peritoneal. São excepcionais os casos de hérnia verdadeira ou vera, com saco formado pela união do folheto peritoneal com o folheto pleural (1).

Dos órgãos abdominais mais frequentes vezes observados na cavidade torácica citam-se o estômago, o cólon e o intestino delgado. Depois, menos vezes, temos o epíploon, o fígado e o duodeno e raras vezes o cego e o pâncreas. Só excepcionalmente se encontraram os rins.

(1) HARRINGTON classifica as hérnias em traumáticas e não traumáticas. Estas últimas podem ser congénitas e adquiridas, as primeiras espúrias, as segundas verdadeiras.

No nosso exemplar, como vimos, só o estômago, das três vísceras mais frequentemente herniadas, se não encontrava na cavidade torácica. Pelo contrário, dos órgãos observados menos vezes, encontrámos no tórax parte do grande epíploon e uma parte do duodeno. Dos órgãos considerados como raramente deslocados encontrámos no nosso exemplar o cego com o respectivo apêndice e parte do pâncreas.

Diz ORTS LLORCA que o baço mantém em relação ao estômago as suas relações normais. Não observámos isto no nosso caso, pois enquanto que o estômago permanecia na sua posição anatómica normal o baço ocupava o ângulo mediastino-diafragmático, dotado de um longo pedículo e sem epíploon gastro-esplénico. Um movimento de búscula de 90° no sentido frontal permitiu colocá-lo na posição anatómica normal. LAPEYRE e MORESTIN encontraram o baço formando tampão no orifício herniário, o que se explica perfeitamente desde que a víscera, possuindo um volume suficientemente grande para não transpôr o orifício herniário, se encrava no seu movimento migratório. No nosso caso o epíploon, contrariamente ao que está descrito, era relativamente bem desenvolvido. Só nas chamadas hérnias em «croissant» se descreve o cego na cavidade torácica. No nosso exemplar tivemos ocasião de mais uma vez o verificar.

Quanto às vísceras torácicas, em regra não se nota na observação exterior da caixa óssea qualquer anomalia. Como é costume descrever-se, o pulmão do lado da hérnia sofre uma importante compressão que depende evidentemente do volume da hérnia. É também perfeitamente compreensível a deslocação dos órgãos mediastinais para o lado oposto à hérnia e que era pronunciada no caso presente.

Diz ORTS LLORCA: «Algunas veces se han observado otras anomalías concomitantes con estas hernias sobre todo malformaciones vasculares como atrofia de la arte-

ria pulmonar izquierda, anomalias de las ramas del cayado, de la aorta, etc. etc.». No nosso exemplar tivemos ocasião de encontrar outras anomalias: persistência de canal arterial, largo buraco de Botal, hipertrofia congénita do piloro, anomalias das cisuras pulmonares.

Não nos deteremos na análise dos dados etiopatogénicos, fundados na embriologia do diafragma, por serem suficientemente conhecidos e largamente analisados nos trabalhos de ORTS LLORCA e V. FONTES.

Recordemos apenas que «el cierre del foramen pleuro-peritoneal (do diafragma membranoso) tiene lugar en el embrion humano de la septima a la octava semana (de 20 milímetros segun BROMAN) pero, y es este un dato de interes, el foramen izquierdo se cierra siempre mas tarde que el derecho y en un mismo estadio del desarrollo es siempre el izquierdo de mayor tamaño que el derecho». Daí a maior frequência das hérnias à esquerda (1).

Quanto ao desenvolvimento do diafragma muscular recordemos que «las dos porciones lumbar y esternocostal del diafragma van una al encuentro de la otra y la hendidura que las separa, cada vez mas pequeña, y que termina por corresponder al foramen pleuroperitoneal, se designa con el nombre de orificio de BOCHDALECK o trigono lumbocostal, siendo de notar que tambien el foramen izquierdo es mayor que el derecho (en un mismo estadio del desarrollo)».

É claro que o tipo de hérnia depende da altura em que se deu a paragem do desenvolvimento.

Na maioria dos casos a paragem tem lugar quando existem as fendas pleuro-peritoneais e quando se não fecha uma destas passam através dela as vísceras abdominais. Por isso o orifício herniário se encontra situado,

(1) EPPINGER em 635 casos observados encontrou somente 9 % de hérnias direitas. GREENWALD e SEINTER referem 77 % de h. esquerdas, 20 % de h. direitas e 2,5 % de h. bilaterais.

como no nosso caso, na parte posterior do diafragma, e tendo conformação em crescente, sendo as vísceras desprovidas de saco «porque al no completarse el diafragma seroso la pleura se continuava con el peritoneo a nível del orificio herniario».

Trata-se pois duma hérnia desenvolvida muito precocemente na evolução embrionária.

Quando a hérnia se desenvolve mais tarde, após formação do diafragma muscular, estando já separadas as cavidades pleural e peritoneal, então forma-se uma hérnia através do foramen de BOCHDALECK, mas dotada de saco.

Parece que o primeiro facto, na fisiopatologia da hérnia congénita, é a paragem do desenvolvimento do diafragma, sendo a passagem de vísceras abdominais consequência do mesmo.

Claro está que o seu mecanismo intrínseco, o «*primum movens*» da questão, nos escapa. O determinismo das anomalias é ainda hoje sujeito a numerosas controvérsias. Notemos contudo o facto da coincidência, como tantas vezes sucede e já tivemos ocasião de observar, de várias anomalias no mesmo exemplar.

Os sintomas físicos observados no nosso caso nas escassas horas que o feto viveu são perfeitamente sobreponíveis aos descritos por ORTS LLORCA e por isso nos dispensamos de os comentar.

RESUMO

Descreve-se a anatomia macroscópica de um feto portador duma hérnia diafragmática espúria congénita esquerda, situada entre as porções lombar e esterno-costal do diafragma. Os órgãos intratorácicos eram os seguintes: intestino delgado e 3.^a e 4.^a porções duodenais, cego, cólon ascendente, transversal e parte do descendente, corpo e cauda do pâncreas e baço.

O estômago encontrava-se situado completamente na cavidade abdominal. Outras anomalias: canal arterial bem desenvolvido, mais grosso que qualquer dos dois ramos principais da artéria pulmonar, buraco de Botal de grandes dimensões, lobulação pulmonar anormal, hipertrofia congénita do piloro.

Factos importantes: as vísceras herniadas, uma vez transportadas para a cavidade abdominal e submetidas a um movimento de 180° no sentido retrógrado, passam a ocupar uma posição normal. Os mosececum, mesocólones e mesossigmóide são muito longos por falta de soldadura à parede abdominal posterior. Parte do duodeno e da cabeça do pâncreas também se encontram imperfeitamente soldadas à parede posterior.

O baço, situado no ângulo mediastino-diafragmático, é reposto no seu lugar normal depois de submetido a um movimento de búscula com a amplitude de 90.º, no sentido lateral esquerdo.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas d'hernie diaphragmatique «espúria» gauche chez un nouveau-né présentant, en outre, d'autres anomalies.

Il insiste sur l'intérêt du problème posé par les hernies diaphragmatiques en général ainsi que sur son interprétation.

SUMMARY

A case of left diaphragmatic spurious hernia is being described in a newly born male child, presenting also other anomalies. General considerations are made about diaphragmatic hernias and its interpretation.

(Trabalho realizado nos Institutos de Patologia Geral (Prof. M. TRINCÃO) e de Anatomia Patológica (Prof. M. MOSINGER).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ACCAR — Ectopie intra-péricardique de viscères abdominaux. Sem. Hôp. — Arch. d'Anat. n.º 1: 49, 1956.
- 2 — BAUDET, G. — Les hernies diaphragmatiques — Gaz. des Hôp. 1305, 1928.
- 3 — BEDENOZ, J. P. — Hernia diafragmatica derecha. Med. cl. 2 — vol. VIII: 120, 1947.
- 4 — BERTIER — Deux cas d'hernies diaphragmatiques chez le nouveau-né — Mem. de la Soc. Anat. de Paris, 70, 1909.
- 5 — BOQUIEN, HOREAU — Sur une image thoracique anormale due a une hernie rétroxiphoidienne. Presse Med. 6: 131, 1954.
- 6 — BRIENT, L. — Les hernies diaphragmatiques droites. Essai pathogénique, anatomo-pathologique et clinique. Tese.
- 7 — BUXBAUM — Drei Fälle von Hernia Diaphragmatica spuria congenita. Med. Diss. Munster. 36: 1930.
- 8 — CARVALHO, R. — RAMOS, A. — Breves considerações sobre hernia diafragmática (Apresentação de duas observações de estômago torácico parcial por esfago curto). A Med. Contemp. 22: Ano LX, 1942.
- 9 — CEBOLLA, P. — Hernias y eventraciones diafragmaticas. Coincidencia con nacimiento y desarrollo de una tuberculosis pulmonar. Rev. Cl. Esp. 4: T. x: 265, 1943.
- 10 — CELESTINO DA COSTA, A. — Éléments d'Embryologie. Masson et C.º, 1938.
- 11 — COWAN, I. I. — Diaphragmatic hiatus hernia. Am. J. Roent. and Rad. Therap. 1: 333, 1937.
- 12 — CRUIKSHANK, L. N. — Two cases of congenital diaphragmatica hernia. Glasgow med. Journ. 105: 81 a 84, 1926.
- 13 — DREYER, J. W. — Diafragmatic hernia, Illionis med. Journ. Oak. Park. 50: 47, 1926.
- 14 — DUBREUIL, G. — Leçons d'Embryologie humaine. Vigot Frères.
- 15 — DUCLA SOARES, A. — SALEMA SANTOS, I. — Anemia por hérnia diafragmática (nota sobre um caso clínico) Gaz. Med. Port. VII. 4: 633, 1954.

- 16 — FONTES, V. — Um caso de hérnia espúria diafragmática congénita num indivíduo com 46 anos de idade. *Arq. de Anat. e Antrop.* xx: 123, 1940.
- 17 — FUNCK BRENTANO — Un cas de hernie diaphragmatique congénitale chez un nouveau-né ayant vécu 55 heures. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 537, 1900.
- 18 — GUTIERREZ, A. — Ausencia congenita del musculo diafragma, *Rev. Cirurg. de Buenos Aires*, 1, 1924.
- 19 — — — Ausencia congenita del musculo diafragma con ectopia de visceras. *Rev. Cirurg. Buenos Aires*, 1930.
- 20 — HERNANI MONTEIRO — RODRIGUES, A. — Un cas de hernie diaphragmatique. *Fol. Anat. Univ. Conimb.* iv: 1, 1929.
- 21 — HILLEMAND, P. — À propos des formes anémiques des hernies diaphragmatiques de l'estomac chez l'adulte. *Presse Med.* 11: 223, 1954.
- 22 — HILLEMAND, P. — WATTEBLEDE — Une affection fréquente et trop méconnue: la hérnie diaphragmatique de l'hiatus oesophagien. *Presse Med.* 43: 886, 1953.
- 23 — HONAIN, A. — L'anémie dans la hernie diaphragmatique de l'adulte. *Presse Med.* 50: 1044, 1951.
- 24 — LACERDA V. — Eventração diafragmática. *Lisboa Méd.* 213, 1928.
- 25 — LANGLEY, G. — A case of diaphragmatic hernia. *The Brit. Med. J.* 90, 1922.
- 26 — MARKS, J. H. — Diaphragmatic hernia and associated conditions. *Am. J. Roent. and Rad. Therap.* vol. 1: 613, 1937.
- 27 — MASSOT — ESCUDIER — Hernie diaphragmatique congénitale. *Presse Med.* 457 1923.
- 28 — MAURO, E. — BIELIK, P. — A pars sternalis do diafragma no homem. *An. da Faculd. Med. Univ. S. Paulo.* xvii, T. 1: 53, 1941.
- 29 — MAY, E. A. — Bilateral diaphragmatic hernia. *Radiology.* Vol I, 275, 1933.
- 30 — ORTS LLORCA, F. — Contribution al estudio de las hernias diafragmaticas congenitas. *Ar. de Anat. e Antropol.* Vol. xvi: 1, 1933-34.
- 31 — PANCAZI, G. — La «pars sternalis» del diafragma nei mammiferi. *Atti della Soc. dei naturalisti e matematici di Modena.* Serie vi. Vol ix (LXI): 44, 1930.
- 32 — PINHO, J. — Eventração diafragmática. *Rev. Méd. Mun.* 4: vol. iii: 415, 1942.
- 33 — PLANCHU — Les hernies diaphragmatiques congénitales. *Presse Med.* 55, 1904.
- 34 — PROUST, R. — Hérnie diaphragmatique congénitale. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 664, 1932.

- 35 — QUINEY, J. J. — Report of two cases of diaphragmatic hernia. Radiol. II: 357, 1934.
- 36 — ROCHA, M. J. L. — CASTRO BARBOSA, J. — Hérnias e eventrações diafragmáticas Rev. Méd. Mun., n.ºs 4-5-6: vol. v. 427, 1943.
- 37 — RODRIGUEZ, F. P. — Consideraciones sobre la hernia diafragmática. A propósito de un caso. Medicam. 206, vol. XVI: 171, 1951.
- 38 — ROVIRALTA, E. — Hérnias diafragmáticas congenitas. Rev. Cl. Esp. T. IX, n.º 4: 265, 1943.
- 39 — SANTOS, C. — Un caso de hérnia diafragmática do hiato esofágico (apresentado ao III Congresso de Medicina de Lisboa, em 1928).
- 40 — SÉNÉQUE, J. — CHATELIN, J. — Hérnias diaphragmatiques par l'orifice oesophagien du diaphragme. Presse Méd. 18: 299, 1950.
- 41 — TAVARES, A. — MORAIS, E. — Hernie diaphragmatique chez un lapin. Folia Anat. Univ. Conimb., vol. VI, I.
- 42 — TRINCÃO, R. — Um caso de «situs viscerum inversus completus» com anencefalia e anomalias genitais. Folia Anat. Univ. Conimb., XXVIII, 10: 1954.
- 43 — UNGER, A. S. — POPPEL, M. H. — Diaphragmatic hernia. Am. J. Roent. and Rad. Therap., vol. I: 472, 1937.
- 44 — VOGL-SMALL — Eventration partielle du diaphragme droit (hernie congénitale diaphragmatique du foie). Annals of Int. Med. Lancaster. 43, 1: 61. 1955.

Nota — Algumas outras observações portuguesas de hérnias e eventrações diafragmáticas, citadas por Victor Fontes: DIAS DA SILVA, ARMANDO NAVARRO, ARMANDO RODRIGUES, VASCO DE LACERDA, EDUARDO COELHO, etc..



CONDITORES

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

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERADORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

COLLABORANT

AMARANTE JÚNIOR, AZEREDO (PEDRO), CARDOSO (HERMÊNIO), COIMBRA
(ANTÓNIO), CORREIA (J. CASTRO), CÔRTE-REAL (EUGÉNIO), IZQUIERDO
(JOSE), MALAQUIAS (ANTÓNIO), PINTO (SILVA), TRINCÃO (RENATO DE
AZEVEDO CORREIA)

Vol. XXX



1955

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.^{DA} »

M C M L V

1890

ROLL AVALONIA
UNIVERSITATIS
COPPELLICENSIS

1890

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS
CONIMBRIGENSIS



CEREBRO CORDONIS VITI
SCANNIO DE CARVALHO

CONDITORES

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

FOLIA ANATOMICA VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERATORES

PROF. MAXIMINO CORREIA — PROF. A. TAVARES DE SOUSA

COLLABORANT

AMARANTE JÚNIOR, AZEREDO (PEDRO), CARDOSO (HERMÊNIO), COIMBRA
(ANTÓNIO), CORREIA (J. CASTRO), CÔRTE-REAL (EUGÉNIO), IZQUIERDO
(JOSE), MALAQUIAS (ANTÓNIO), PINTO (SILVA), TRINCÃO (RENATO DE
AZEVEDO CORREIA)

Vol. XXX



1955

« IMPRENSA DE COIMBRA, L.^{DA} »

M C M L V

CONDITORES
- Por Balmes - 4 P. - C. de los Baños - P. de Marqués Orens

FOLIA ANATOMICA UNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

MODERATORES
- Por Maximiliano Corbeia - 2.º - A. TAVARES DE S. J. P.

IMPRESA DE COMBRA, 1.ª - 1925



IMPRESA DE COMBRA, 1.ª
- M. C. V.

INDEX

	NN
AMARANTE JÚNIOR: <i>Alguns aspectos das anastomoses artério-venosas no estômago do cão</i>	6
CARDOSO (HERMÊNIO): <i>Cisuras pulmonares suplementares e lobos pulmonares acessórios</i>	3
CORREIA (J. CASTRO): <i>Alguns aspectos de anastomoses artério-venosas na coróideia dos coelhos albinos</i>	5
CÔRTE REAL (EUGÉNIO) e COIMBRA (ANTÓNIO): <i>Estroma conjuntivo e inervação do córtex suprarrenal</i>	10
IZQUIERDO (JOSE): <i>Le septum lucidum ou cloison transparente</i>	4
MALAQUIAS (ANTÓNIO) e AZEREDO (PEDRO): <i>Um caso de anomalia de retorno das veias pulmonares</i>	2
PINTO (SILVA): <i>O factor endotelial nas circulações locais</i>	1
TRINCÃO (RENATO DE AZEVEDO CORREIA): <i>A propósito de um caso de quisto wolffiano uterino</i>	7
————— — <i>Breve nota anátoma-patológica sobre um caso de histiocitoma hemossiderínico pseudomelânico de Diss</i>	8
————— — <i>A propósito de um mioma uterino de aspecto particular</i>	9
————— — <i>Um caso de hérnia diafragmática espúria congénita</i>	11

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 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 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.

VOL. XX

FOLIA ANATOMICA
VNIVERSITATIS CONIMBRIGENSIS

1955

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 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.