

( Vol. I, fasc. 3 )

N.B. faltam 16 pags d'ahi fac. 14.

# FISTULA AURIS CONGENITA (1)

POR

JOSÉ MARIA DE OLIVEIRA

Encarregado de curso na Faculdade de Medicina do Porto

## I

### Parte descritiva

A literatura médica é de uma grande pobreza de informes acerca destas anomalias de evolução embrionária, aliás frequentes e típicas pela forma e pela localização perfeitamente idênticas em todos os casos observados. Tão típico e, como veremos, tão incontrastavel o cliché sintético destas anomalias, que não hesito em levantar no cabeçalho destas notas, em vez do título maleável que primitivamente lhes dei de *Fistulas auriculares congénitas*, a epígrafe compreensiva e monovolente de *A fistula auricular congénita*. Os anatomistas Sappey, Beaunis, Poirier, Testut, Gegenbauer, que fazem referência a outras fistulas e anomalias congêneres (fistulas branquiais, lábio leporino, coloboma, etc.) não se referem a esta, a qual é entretanto muito mais frequente que qualquer daquelas. Apenas, como veremos, alguns embriologistas lhe fazem referências e nem todos anotam o seu alto coêficiente de transmissibilidade hereditária, nem a sua eventual importância clínica.

(1) Sessão científica de 11 de Junho de 1920.

Esta pequena fístula apresenta um trajecto rectilíneo de direcção sensivelmente vertical, medindo entre 5 e 20 milímetros de comprimento e abre na sua extremidade superior por um orifício de 1 a 2<sup>mm</sup> de diâmetro, de forma em geral ovalar, um pouco acima da origem da parte ascendente da hélice (*helix ascendens*), 1 ou 2<sup>mm</sup> atrás do ponto em que a polpa do dedo sente a saliência da apófise da mesma cartilagem (*spina helix, scutulum*). Este orifício abre por vezes no vértice de uma pequena elevação mamilar.

A importância desta pequena anomalia não se limita aos pontos de vista teratológico, ou antropológico, ou mesmo médico-legal (como elemento de identificação, por exemplo). Ela reveste por vezes certa importância clínica. Colhemos algumas observações (III e VIII) em que foi aconselhada a intervenção activa, no presuposto de se tratar de uma afecção cirúrgica, cárie do rochedo, ou retenção de bolsa quística. Resultado natural da carência de notícias sobre tal assunto nos trabalhos de vulgarização e nos livros didacticos.

Os casos de inflamação aguda com retenção de produtos septicos, indicando a intervenção cirúrgica, são excepcionais (obs. III e VIII).

Ao snr. professor da Faculdade, Joaquim Pires de Lima, cujos estudos no ramo da teratologia têm sido justamente apreciados nos meios scientificos nacionais e estrangeiros, devo a amabilidade captivante de interessantes ensinamentos scientificos e um índice bibliográfico sobre o assunto. Sua ex.<sup>a</sup> acompanhou, com interesse de especialista nestas raridades, o relato que lhe eu fiz das minhas primeiras observações, e teve ocasião de verificar e anotar algumas delas. Devo-lhe, e isso me penhora, uma grande parte deste trabalho.

A minha primeira observação data de alguns anos. Colhi-a em um dos concelhos do norte do paiz. A segunda foi obtida em uma povoação do Alemtejo, anos depois da primeira. Não sei que sumiço levou o apontamento destes dois casos. Vou descrevel-os de cór e sómente nos seus traços essenciaes, o que me é relativamente fácil, pois que esses dois casos se completaram um ao outro e me deram, no seu conjunto, a convicção (que não obtive na simples primeira observação) de se tratar, não de uma afecção cirúrgica, mas pura e simplesmente de uma fístula congénita que pela pequenez se furta ao estudo dos médicos e apenas tem sido objecto da atenção dos embriologistas e teratologistas mais meticolosos.

**Obs. I**—Mulher de 45 a 50 anos, regularmente constituida. Tara nervosa notável, que eu relacionei, talvez sem motivos demasiadamente ponderosos, com um fundo de degenerescência hereditária. Havia uma ideia dominante, de natureza genital, com tendência obsessiva, acompanhada de alucinações.

A sua fístula, que constituiu simples *trouaille* clínica de ocasião, abria por um orifício de cerca de 1<sup>mm</sup> de diâmetro á altura da raiz da hélice de uma das orelhas, junto do vértice do ângulo formado pelos ramos transversal e ascendente dessa cartilagem.

Ela tinha supurado (?) quando a doente era creança, mas ha muitos anos que estava completamente seca. A sua profundidade seria de 3 ou 4<sup>mm</sup> e dirigia-se para baixo e para dentro.

Pensei numa possível cárie do rochedo desde a idade infantil e fui, passadas horas, consultar os meus livros de anatomia e patologia clínica, que se calaram completamente sobre o assunto.

Esta observação não teve nem tem ainda para mim senão o valor de um resíduo mnemónico, que me solicitou vivazmente a atenção para os casos ulteriores, quando estes me apareceram.

**Obs. II**—M. 8 a 10 anos. Pareceu-me regularmente constituída. Talvez um pouco de linfatismo. A côr era bastante pálida e o cabelo alourado e fino. Havia duas fistulas, uma em cada orelha, junto do ângulo transverso-ascendente da hélice, exactissimamente no ponto em que alguns años antes me appareceu a fistula de Coura (obs. I). A creança do Torrão nascera com elas e creio que não supuraram nunca.

Desta vez já não era possível a confusão. Tratava-se evidentemente de uma anomalia de evolução embrionária. Procurei o apontamento do caso de Coura e acrescentei-lhe algumas notas sobre este novo caso, com dados que julguei interessantes ácerca da constituição, familia, heranças mórbidas, etc. Este apontamento desapareceu, como já disse, dos meus papeis.

Ele, hoje, a bem dizer, tambem pouca falta me faz. Estou certo de que, se quizer tres ou quatro novas fistulas auriculares, as encontro no praso de poucos dias. A questão é procural-as.

Ainda não ha muito, acabava eu de comunicar ao snr. professor Pires de Lima a minha III.<sup>a</sup> observação—uma das mais curiosas e completas que possuo—e deparo, no corredor da Escola, com um par de fistulas auriculares, precisamente localizadas junto da raiz da hélice, de que era portador um colega que amávelmente deixou fotografar as suas orelhas (obs. IV) e forneceu os dados necessários ao esclarecimento do seu caso. O sr. dr. Francisco Coimbra, que assistira a este encontro, trouxe-me no dia seguinte a notícia de um novo caso (obs. V). Por sua vez, o colega da obs. IV, daí a dois dias, forneceu-me uma família completa de fistulas (obs. VI).

**Obs. III**—D. A. 29 anos, natural dos Açores, oriunda de uma família fidalga em que abundaram os casamentos consanguíneos. Casada pela segunda vez. Cabelo castanho-escuro. Constituição regular. Diz ter nascido cega, mas o óleo de bacalhau

curou-a. Apresenta perturbações nervosas, algumas de character histérico. O aparelho de sudação só funciona na metade direita da face. Esta senhora tem a particularidade de lhe arrefecer a espaços a ponta da lingua quando se encontra no estado de gravidez.

Apresenta duas fistulas auriculares, supurando a da direita. Ao deante descreveremos os caracteres macroscópicos e microscópicos desta supuração, ou melhor desta pseudo-supuração, para cujo tratamento foi aconselhada a intervenção cirúrgica por um cirurgião de Lisboa.

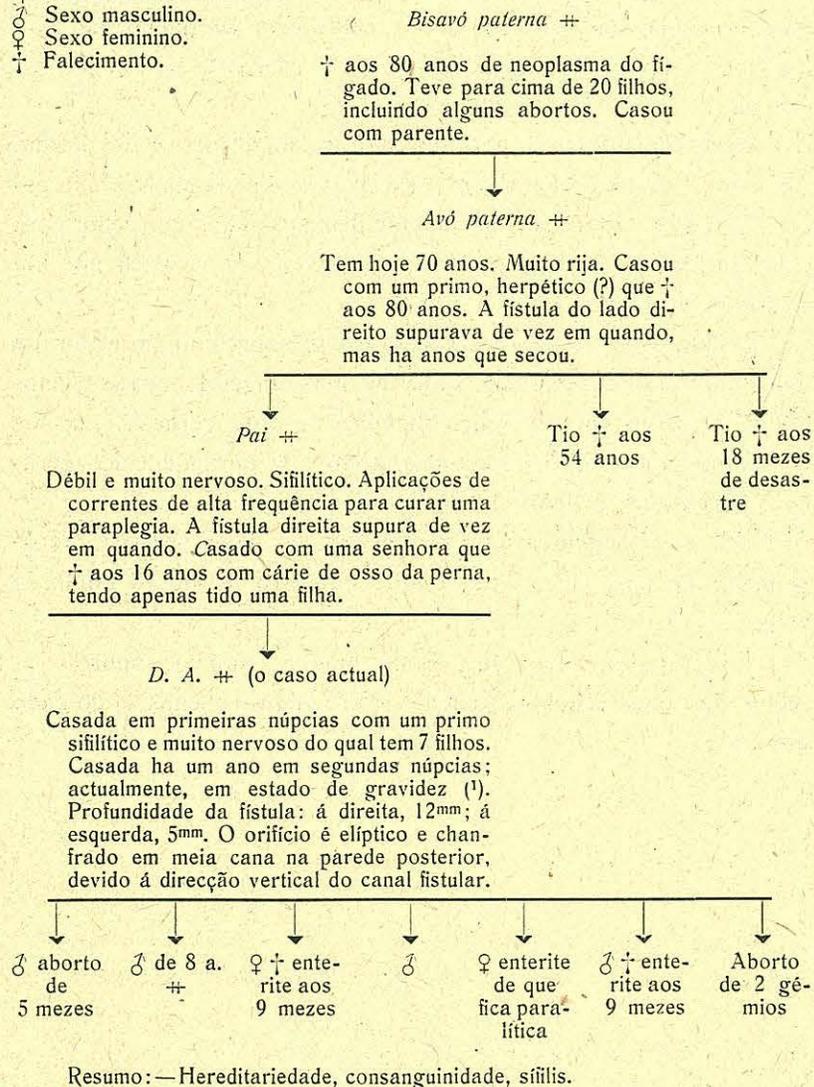
O interesse desta observação reside sobretudo no valor da linha ancestral das fistulas, linha de filias singelas porque a anomalia só surge em um único membro de cada geração, mas de uma notável extensão hereditária, visto que abrange cinco gerações sucessivas, no período mínimo de um século.

Damos a seguir o quadro genealógico desta senhora, aproveitando apenas, claro está, o que interessa ao nosso ponto de vista.

É curioso tambem que, nesta família, quando supurou alguma das duas fistulas existentes, foi sempre apenas a do lado direito.

## Legenda explicativa:

- ✱ Fistula das duas orelhas.  
 † Fistula duma orelha.  
 ♂ Sexo masculino.  
 ♀ Sexo feminino.  
 † Falecimento.



(1) Á hora da impressão destas notas, D. A. tem mais uma criança ♀ de 10 mezes, sem fistula auricular, ou qualquer outra anomalia visível.

Finalmente, como dados antropométricos, foram apontadas as medidas seguintes:

Estatura — 1<sup>m</sup>,52

Orelha D { largura 37mm.  
comprimento 65mm

Orelha E { largura 37mm.  
comprimento 65mm

Índice auricular de Topinard =  $\frac{\text{larg.} \times 100}{\text{compr.}} = 56,9$

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}} = 4,27$  (1)

O eixo maior da orelha é levemente inclinado sobre a vertical (12-13°).

Obs. IV — B. médico, 26 anys. Na família: auzência de consanguinidade, sífilis, tuberculose, ou afecções mentais; auzência de anomalias familiares. Orelhas normais, excepto as duas fistulas congénitas. Hipertricosose dos tragos, anti-tragos e lóbulos. Duas fistulas idênticas ás descritas nas observações anteriores.

A do lado direito supura de quando em quando.

Estatura — 1<sup>m</sup>,66

Orelha D { largura 33mm.  
comprimento 60mm

Orelha E { largura 33mm.  
comprimento 60mm

Eixo maior levemente inclinado (12-13°) sobre a vertical

Índice auricular = 55,0

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}} = 3,61$

(1) Esta relação é considerada, por alguns antropologistas, muito importante no ponto de vista etnológico.

**Obs. V**—P. M., 28 annos. Robusto. Natural da Beira-Alta. Duas fístulas auriculares congénitas, supurando sempre, sobretudo no verão. Cabelo e barba castanho-claro, iris verde. Nascido com sete mezes de gestação. Não ha na família outros casos de fístulas congénitas, ou qualquer outra anomalia visível. Ausência de consanguinidade na família, bem como de casos de alcoolismo, surdez ou sífilis.

As suas orelhas apresentam depressões fundas entre a helix e o lóbulo.

Estatura — 1<sup>m</sup>,74

Orelha D  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 35\text{mm} \\ \text{comprimento } 70\text{mm} \end{array} \right.$

Orelha E  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 35\text{mm} \\ \text{comprimento } 70\text{mm} \end{array} \right.$

Índice auricular = 50,0

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}} = 4,02$

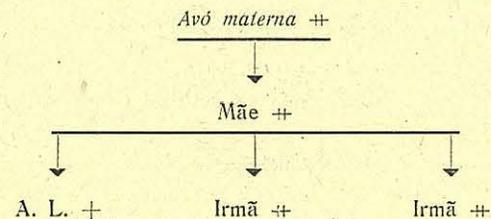
**Obs. VI**—A. L., 36 annos, solteiro, enfermeiro, natural de Vizeu. Homem forte, bem constituido. É portador de uma fístula auricular esquerda, congénita, da profundidade de 6<sup>mm</sup>, que nunca supurou. Abobada palatina um pouco ogival. A orelha é anómala: a raiz da hélice prolonga-se transversalmente até se unir á antélice, em vez de se dirigir para traz e para baixo, esbatendo-se a pouco e pouco até morrer junto da origem do lóbulo. A raiz transversal e saliente desta hélice divide a concha do pavilhão em duas cavidades distintas e muito superficiais. Além disso as duas orelhas são ligeiramente assimétricas e tem os lóbulos semi-aderentes. Não ha casos de surdez, sífilis, alcoolismo ou linfatismo na família; também não ha casos de consanguinidade. Mas a avó materna tinha duas fístulas auriculares congénitas. A mãe, que

era filha única, apresenta igualmente duas fístulas; e duas irmãs de A. L. são ambas portadoras de seu par de fístulas, as quais, como succede com a de A. L., nunca supuraram.

O quadro genealógico de A. L., sem ter a extensão do quadro da obs. III é todavia como ele muito interessante, pela intervenção teimosa do factor hereditário; e tem mesmo um grau mais elevado de intensidade no potencial hereditário, visto abranger todos os membros de uma geração, emquanto na obs. III só era atingido um membro único em cada geração.

A julgar pela idade actual de A. L., a fístulasinha deve andar nas guelras embrionárias desta família ha bons setenta, ou oitenta annos, pelo menos.

Eis o quadro:



Dados antropométricos de A. L.:

Estatura — 1<sup>m</sup>,65

Orelha D  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 40\text{mm} \\ \text{comprimento } 72\text{mm} \end{array} \right.$

Orelha E  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 40\text{mm} \\ \text{comprimento } 71\text{mm} \end{array} \right.$

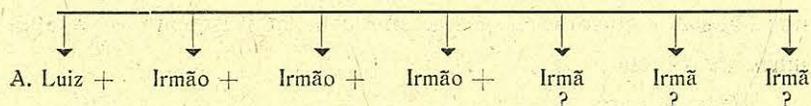
Índice auricular  $\left\{ \begin{array}{l} \text{á direita } 55,5 \\ \text{á esquerda } 56,3 \end{array} \right.$

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{Estatura}} = 4,34$  (média)

**Obs. VII**—A. Luiz, 20 anos, solteiro. Uma fistula auricular congénita, da profundidade de 5<sup>mm</sup>, á esquerda, que purga de quando em quando.

Quanto á familia, ignora se pai ou mãe são portadores de fistulas semelhantes. Mas os seus tres irmãos teem cada um uma fistula na orelha. A. Luiz tem tambem tres irmãs, mas não sabe dizer se alguma delas apresenta esta anomalia.

Esta obs. dá, pelo menos, quatro individuos atingidos na mesma geração:



Dados antropológicos e antropométricos de A. Luiz:

Dentes mal implantados, abobada palatina ogival

Estatura — 1<sup>m</sup>,63

Orelha D { largura 35<sup>mm</sup>  
comprimento 65<sup>mm</sup>

Orelha E { largura 35<sup>mm</sup>  
comprimento 62<sup>mm</sup>

Índice auricular = 53,8

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}} = 3,98$

**Obs. VIII**—D. M. N. C., solteira, 30 anos, ílhavo. Sofre de crises de asfixia simétrica das extremidades, sobretudo dos dedos das mãos (doença de Raynaud?).

É portadora de uma fistula da orelha esquerda. Ao orifício segue-se um canalículo de quasi 2 centímetros de comprimento

no sentido vertical. Esta fistula supura desde que M. N. C. nasceu e esta supuração, *muito branca*, tem mau cheiro.

Aos 10 anos o orifício por qualquer circumstancia fechou e por baixo começou desde logo a formar-se uma colecção de pus. Era espremido amiudadas vezes, mas em poucos minutos voltava a encher. Passou-se isto na América do Norte. O pai de D. M. N. levou-a a um médico especialista o qual aconselhou uma operação que afinal não chegou a fazer-se.

D. M. N. refere que um dia a mãe tanto espremeu a colecção purulenta que por ultimo foi expellido um grãosinho esbranquiçado. Desde então a fistula tem supurado uma vez por outra, mas o saco nunca mais encheu.

Ninguém mais na familia apresenta esta anomalia.

Mas ha um macrocéfalo (primo em 2.<sup>o</sup> grau) com 20 anos e não anda, apenas se arrasta. E ha um outro (egualmente primo em 2.<sup>o</sup> grau) com 10 anos e a estatura de uma creança de 7, egualmente macrocéfalo.

Estatura — 1<sup>m</sup>,68

Orelha E { largura 0,038  
comprimento 0,060

Índice auricular = 63,3

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}} = 3,68$

**Obs. IX**—A. F., 31 anos, militar, natural de Miranda do Douro. Duas fistulas, que putgaram nos primeiros anos, estando de ha muito completamente secas. A sua direcção é vertical e a profundidade de 4<sup>mm</sup>. O orifício é de forma ovalar de grande eixo vertical.

Nem mãe, nem pai, nem irmãos tiveram fistulas semelhantes. Foi portanto A. F. o primeiro da série, ao que parece. Dos seus

tres filhos a filha mais velha apresenta como ele um par de fístulas idênticas.

Dados antropológicos:

Altura — 1<sup>m</sup>,63

Orelha D  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 0,036 \\ \text{comprimento } 0,062 \end{array} \right.$

Orelha E  $\left\{ \begin{array}{l} \text{largura } 0,036 \\ \text{comprimento } 0,067 \end{array} \right.$

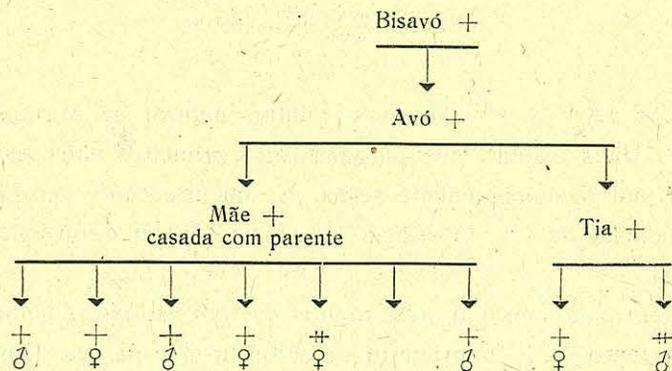
Vê-se que ha assimetria sensível das duas orelhas.

Leve obliquidade do grande eixo, lobulos aderentes, hipertricosose do tragus.

Índice auricular  $\left\{ \begin{array}{l} \text{á direita } 58 \\ \text{á esquerda } 53,7 \end{array} \right\}$  média = 55,9

Relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{Estatura}}$  média = 3,96

**Obs. X**—Existe em Ílhavo uma família que apresenta o quadro mais recheado de que temos notícia em anomalias desta espécie. Um verdadeiro alfobre de fístulas auriculares.



A mãe teve 11 filhos; desses 11 filhos, 7 estão vivos, e 6 destes tem fístulas. Um deles, uma menina de 12 annos, tem duas fístulas.

Dose membros desta familia tem fístula auricular! Quasi todas as fístulas são do lado esquerdo, excepto um menino de 4 annos, e a menina de 12 já referida, que teem duas fístulas.

**Obs. XI** <sup>(1)</sup>—J., sexo feminino, 11 mezes, esboço de fístula congénita junto do bordo da hélice da orelha esquerda, no ponto preciso das outras fístulas observadas. Não consta que haja mais casos na familia. Uma irmã mais velha, que hoje conta 4 annos, nasceu com persistência extra-abdominal dum sêgmento do canal ônfalo-mesentérico (vêr J. A. PIRES DE LIMA—*Sobre alguns casos de diverticulo de Meckel*—Medicina Contemporânea, 1919). Nada mais de anormal na familia.

J. é uma creança bem conformada e tem tido uma evolução perfeitamente normal.

\*

\* \* \*

Os caracteres da purgação fistular foram estudados sobretudo em D. A. (obs. III) e em D. M. N. (obs. VIII).

D. A. sabe que o canal da sua fístula do lado direito, depois de evacuado por compressão digital, de novo se enche lentamente de uma massa semi-fluida que D. A. volta a esvasiar passadas algumas semanas.

<sup>(1)</sup> Obs. do prof. J. Pires de Lima.

Se D. A. se esquece de fazer a limpeza periódica da sua fístula, esta nem por isso a incomoda grandemente, mesmo que decorram alguns mezes. A massa semi-fluida vai enchendo a cavidade fistular e reponta ao orifício da helix, onde seca em parte e escurece ao contacto e por acção das poeiras do ar, exactamente como succede á secreção das glândulas sebáceas. D. A. nestas condições experimenta quando muito uma sensação de repleção, que a adverte da necessidade de fazer a conveniente descarga da sua fistula auricular.

Aquela massa semi-fluida apresenta-se de uma brancura lactea e tem um cheiro penetrante perfeitamente análogo ao cheiro característico das supurações auriculares. As lâminas em que depuz pequenissimas porções dessa massa para as minhas observações microscópicas guardaram durante muitos dias aquele aroma, que até de longe se fazia sentir.

A composição histológica dessa massa é simples e denuncia a sua origem pura e exclusivamente epidérmica. O aspecto lameloso da parte mais superficial da camada córnea da epiderme aparece nas preparações coradas pela hemateína ou pelo carmim, embora em amálgama confusa de pedaços esfolhados e aos farrapos, de mistura com corpúsculos esféricos. A acção da potassa caustica, entumece e torna globulosos êsses detritos macerados de lâminas epidérmicas. *Auzência completa de elementos figurados denunciadores de processo inflamatório.* Aquele pseudo-pus é formado por detritos da epiderme invaginada na fistula, cujas camadas vão sofrendo, da profundidade da camada germinativa malpighiana para a superfície, a sua evolução normal e contínua. Sómente, em vez de descamarem e caírem no exterior, os detritos do *stratum disjunctum* da camada córnea cáem e acamam-se no canal fistular, onde ficam macerando na humidade da evaporação cutânea e acabam por se transformar nessa massa fluida de aspecto purulento, que tem sido ás vezes tomada por verdadeiro pís.

A verdadeira supuração (obs. VIII) é um fenómeno secundário devido á invasão do canal pelos micróbios banais das supurações que como o estafilococo pululam constantemente á superfície da pele.

É um acidente exactamente análogo ao observado por vezes no porco, o qual foi anotado por Louis Blanc <sup>(1)</sup> e referido pelo snr. professor Pires de Lima nos *Anais scientificos da Faculdade de Medicina do Porto* (v. II, n.º 3, 1915). Acidente análogo em uma formação teratológica analogamente congénita. O porco apresenta por vezes aos lados do pescoço um fino canaliculo que representa um vestígio de persistencia da segunda fenda branquial. Essa fistula, conhecida em França pelo nome de *canal du soyon*, pode inflamar-se e dar origem á doença ali conhecida pela designação de *soyon*, ou *soie*.

A fistula da obs. VIII sofreu um prolongado e intenso processo inflamatório de que resultou, ao que parece, a expulsão do pequeno gânglio pré-trágico, deslocado e sequestrado por um processo de peri-adenite. A situação anatómica normal desse gânglio é efectivamente muito próxima da vertical do orifício da fistula auricular. Quando o trajecto fistuloso é longo (1 a 2 centímetros) o gânglio não pode deixar de estar encostado á parede do canal, podendo receber assim por visinhança as infecções desse canal.

\*

Ás observações precedentes ha que acrescentar uma nova série de observações colhidas no posto antropométrico da Relação do Porto. Ela resulta da observação e mensuração minuciosa de 21 orelhas, separadas de uma colecção de 5:486 fotografias de

(1) LOUIS BLANC « Les pendeloques et le canal du Soyon », *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1897.

criminosos e arguidos, que deram entrada nas cadeias daquela Relação desde 1902 até 1907. Constituí uma série de observações de fístula auricular cujo valor estatístico e de relação patológica é apreciável, embora deixe muito a desejar quanto ao rigor e perfeição dos exames individuais.

Aqui deixo exarado o meu reconhecimento ao snr. professor Luiz de Freitas Viegas, ilustre director do posto antropométrico, pela bondade com que poz á minha disposição os boletins de registo antropológico existentes nos arquivos daquele posto.

As observações colhidas referem-se apenas a fistulas da orelha direita, única orelha fotografada e medida, cujo registo consta dos referidos boletins; e não foram aproveitadas as observações que por falta de nitidez ou por qualquer outro motivo atendível não oferecessem as máximas garantias de certeza. Portanto, o numero das fistulas que apuramos é, sem dúvida, inferior ao seu numero rial.

O processo empregado para as mensurações da orelha fotografada foi o seguinte: O boletim judiciário regista apenas o comprimento da orelha. Mas estabelecida a relação geométrica entre o comprimento registado e o da imagem fotográfica, foi-me fácil obter, por uma simples proporção, um valor muito aproximado da largura rial da orelha, em relação geométrica com a largura fotográfica. Este processo foi contraprovado por algumas mensurações em fotografias de orelhas cujas dimensões eram rigorosamente conhecidas.

Quanto á largura, ela foi tomada numa linha perpendicular ao eixo maior da orelha, passando pelo vértice do tuberculo superior do trago, e compreendendo a distancia entre a tangente do bordo livre da hélice e o sulco vertical da depressão prè-trágica.

Vão resumidos nos tres quadros que se seguem os dados antropométricos das nossas observações. O quadro n.º 1 contem as medidas e algumas indicações antropológicas e judiciárias relativas ás 21 fistulas auriculares colhidas no posto antropométrico. O quadro n.º 2 refere-se a 11 portadores de fendas, pregas, ou mamilos, cuja significação morfológica, como ao deante se verá, deve estar embriogénicamente relacionada com a da fístula auricular. O quadro n.º 3 é o resumo das observações descritas no começo desta nota, afim de serem facilmente comparados os seus dados com os dos dois primeiros quadros.

Das minhas 10 observações pessoais apenas 7 são comparáveis ás dos quadros referidos, por serem acompanhadas de dados antropométricos precisos.

No fundo de cada coluna, para facilitar a consulta, além da média numérica, vem apontados o mínimo e o máximo da coluna.

Quanto á relação centesimal da orelha com o desenvolvimento geral do corpo expresso pela estatura ( $\frac{\text{comprimento} \times 100}{\text{estatura}}$ ) esperei que esse índice dêsse mais indicações do que as que ele realmente dá. É mais um índice de valor antropológico, no campo propriamente etnográfico, do que um elemento semiótico da patologia geral (1).

(1) No campo antropológico, segundo informações do prof. Mendes Correia, é índice de valor considerável. Como quer que seja, julgo interessante, naquele ponto de vista, cotejar as cifras por mim obtidas com as obtidas pelo prof. Mendes Correia, e com as séries de Poutrin (Negros e Negrilhos). Resultam dos estudos destes dois ilustres trabalhadores da antropologia os seguintes dados numéricos para a relação  $\frac{\text{compr.} \times 100}{\text{estatura}}$  — Timorenses 3,65; — Luimbes (negros) 3,08; — Hindus 3,60; — Negros (séries de Poutrin) 3,39 a 3,43; — Negrilhos (idem) 3,62 a 3,72). As médias calculadas por Mendes Correia assentam sobre observações de Fonseca Cordoso. As de Poutrin foram publicadas nos seus trabalhos sobre negritos, insertas em «L'Anthropologie».

Comparando esses dados entre si e com as tabelas publicadas numa obra de alto valor científico (1) hoje clássica em Portugal, vê-se que as anomalias, aliás leves na grande maioria dos casos, se multiplicam em oscilações de pequena amplitude á volta das normais.

A pequena anomalia, só por si, isolada de um conjunto que a valorise, não significa senão aquilo que ela morfologicamente é: simples desvio anatómico de um canon típico, racial ou específico. Ela só terá voz na patologia geral quando integrada num congresso de sinais, formando um síndrome.

Consideradas de um modo absoluto, todas as orelhas escalonadas pelos tres quadros têm um grande eixo maior do que o normal, que é 60,9 na raça europeia. Elas variam entre médias de 62 (quadros 1 e 2) e 65 milímetros (quadro 3), com um mínimo de 54 e um máximo de 72.

O índice auricular de Topinard ( $\frac{\text{largura} \times 100}{\text{comprimento}}$ ) varia, nas diferentes raças humanas, entre um mínimo de 51,4 (raça amarela—tipo da orelha alongada) e um máximo de 61,2 (negros africanos—tipo da orelha redonda). A média europeia é de 54,0. Os melanésios, com os seus 59,5, aproximam-se da orelha do negro africano.

O quadro n.º 3 apresenta-se com o elevado índice de 58, tendo um mínimo de 50 e um máximo de 65, realmente avultado, embora excepcional (2).

(1) FERRAZ DE MACEDO—*Crime et criminel.*

(2) Trata-se de um mendigo com vários desvios do tipo antropológico normal no que respeita á orelha: os lóbulos aderentes e um mamilo localizado na raiz da hélice, no ponto onde aparece a fistula auricular; e como estigma máximo de desvio—a própria mendicidade.

### Quadro n.º 1

#### Fístulas—Observações pessoais

##### MEDIDAS DA ORELHA

N.º das observações	Sexo e idade	Estatura	Comprimento	Largura	Índice auricular de Topinard $\frac{l}{c}$	Relação $\frac{100}{c}$	Obliquidade	Anomalias	Motivo da detenção
III	f. 29	1,520	0,065	0,037	56,9	4,27	30º	—	—
IV	m. 26	1,660	0,060	0,033	55,0	3,61	25º	—	—
V	m. 28	1,740	0,070	0,035	50,0	4,02	06º	—	—
VI	m. 36	1,650	0,072	0,040	55,9	4,34	08º	assim. raiz hélice	—
VII	m. 20	1,630	0,065	0,035	53,8	3,98	25º	—	—
VIII	f. 30	1,680	0,060	0,038	63,3	3,68	—	—	—
IX	m. 31	1,630	0,064	0,036	55,9	3,96	15º	gr. assimetria lóbulos aderentes hipertricrose	—
Médias . . .		1,644	0,065	0,036	55,8	3,98	18º	—	—
Mínimo . . .		1,520	0,060	0,033	50	3,61	06º	—	—
Máximo . . .		1,740	0,072	0,040	63,3	4,34	30º	—	—

Nota—Os números dados para comprimento e índice auricular na observação IX são as médias dos valores correspondentes na orelha direita e na esquerda.

Faltz ent. II

## Quadro n.º 2

## Fístulas — Posto antropométrico

## MEDIDAS DA ORELHA

N.º do boletim	Sexo e idade	Estatura	Comprimento	Largura	Índice auricular de Topinard $\frac{100 l}{c}$	Relação $\frac{100 c}{e}$	Oblliquidade	Anomalias	Motivo da detenção
2761	m. -	1,648	0,063	0,031	50,00	3,81	24º	—	of. corp.
1346	m. -	1,606	0,068	0,038	56,60	4,23	35º	escafocefalo	ab. de conf.
691	m. -	1,679	0,058	0,033	59,10	3,33	28º	—	furto
2823	f. 54	1,553	0,065	0,035	54,30	4,18	19º	—	of. e apedr.
2375	m. 45	1,611	0,064	0,037	58,10	3,97	30º	lóbulo aderente	homic. vol.
1832	m. 27	1,556	0,061	0,037	60,00	3,92	10º	—	of. corp.
3225	m. 22	1,745	0,068	0,039	57,30	3,94	25º	lóbulo aderente	furto
4354	m. 28	1,636	0,056	0,035	62,00	3,42	—	—	of. corp.
4771	m. 25	1,524	0,054	0,025	46,30	3,56	10º	—	homic. vol.
4083	m. 60	1,471	0,060	0,028	45,00	4,08	20º	—	desobed.
4504	m. 49	1,686	0,067	0,038	56,70	3,97	18º	—	ab. de conf.
5096	m. 35	1,634	0,055	0,032	50,80	3,31	20º	lóbulo aderente	desobed.
4767	m. 36	1,635	0,068	0,042	62,50	4,16	18º	—	—
1533	m. 23	1,520	0,065	0,036	55,40	4,27	22º	lób. meio ader.	embriaguez
5424	m. 20	1,626	0,062	0,032	51,60	3,81	20º	lób. ad. e repuch.	furto
4601	m. -	1,600	0,062	0,028	45,00	3,87	18º	—	of. e morte
1945	m. 23	1,655	0,060	0,036	60,00	3,66	18º	l. a. m. (1) sob a fist.	furto
5111	m. 21	1,555	0,059	0,033	55,60	3,78	23º	lóbulo aderente	»
4342	m. 33	1,663	0,057	0,032	56,10	3,42	06º	or. no vért. mam.	resistência
4421	m. 15	1,449	0,060	0,037	61,70	4,13	18º	lóbulo aderente	of. corp.
3098	m. 43	1,668	0,066	0,036	54,50	3,96	24º	—	—
Médias . . .		1,605	0,062	0,034	55,22	3,85	20º	—	—
Mínimo . . .		1,449	54	25	45	3,31	06º	—	—
Máximo . . .		1,745	68	42	62,5	4,27	35º	—	—

(1) Mamilo.

## Quadro n.º 3

## Fendas e mamilos — Posto antropométrico

## MEDIDAS DA ORELHA

N.º do boletim	Sexo e idade	Estatura	Comprimento	Largura	Índice auricular de Topinard $\frac{100 l}{c}$	Relação $\frac{100 c}{e}$	Oblliquidade	Anomalias	Motivo da detenção
4856	m. -	1,633	0,060	0,036	60,0	3,67	30º	fenda vertical	desobed.
3240	m. -	1,628	0,064	0,032	50,0	3,79	30º	fenda, lób. sub ad.	of. á moral
1771	m. 38	1,622	0,065	0,035	53,8	4,00	28º	fenda	test. falso
2885	m. 37	1,570	0,061	0,036	59,0	3,88	15º	fenda e mamilo	res. á autor.
3553	m. 32	1,655	0,060	0,037	61,7	3,62	30º	mam. lób. gr. ad.	homicidio
2370	m. 32	1,710	0,064	0,041	65,0	3,74	25º	mamilo lób. ader.	mendic.
4315	m. 26	1,650	0,063	0,038	60,3	3,81	05º	mamilo	ab. de conf.
3746	m. 51	1,738	0,065	0,034	53,0	3,73	20º	»	burla
3694	m. 33	1,663	0,058	0,035	63,3	3,48	20º	»	furto
4470	m. -	1,659	0,060	—	—	—	05º	prega	r. (1) e of. c.
3286	m. 34	1,628	0,065	0,035	53,8	3,99	12º	mamilo	—
Médias . . .		1,650	0,062	0,036	58,0	3,75	20º	—	—
Mínimo . . .		1,570	0,058	0,034	50	3,48	05º	—	—
Máximo . . .		1,738	0,065	0,041	65	4,00	30º	—	—

(1) Roubo.

O número total dos portadores de fistula das nossas 11 observações é de 34, assim repartidos:

Segundo o sexo:

Sexo masculino . . . . .	15
Sexo feminino . . . . .	19

Segundo a localização (exceptuada a obs. 1):

Com fistula única à direita . . . . .	0
» » » » esquerda . . . . .	18
» » bilateral . . . . .	15

Bilateralidade e unilaterialidade, em proporções quasi iguais. Mas é notável a ausência de fistulas á direita nesta estatística. Mera eventualidade fortuita, certamente.

Casos com complicação, apenas 1 (¹).

O número proporcional dos portadores de fistula da estatística judiciária (quadro n.º 2) é muito mais elevado que o encontrado pelos autores italiános (vide Taruffi «Storia della Teratologia», v. 6, 1891).

A estatística de Gradenigo acusa, num total de 17:712 indivíduos, a frequência de quasi 2 por mil (0,19 ‰). Eyle (cit. por Gradenigo) dá 2,6 por mil.

A estatística correspondente ao nosso quadro n.º 2 dá 3,83 por mil. Mas se ás fistulas juntarmos fendas e mamilos (que, segundo o professor Gradenigo e outros autores, têm a mesma significação morfológica e teratogénica que a fistula) a proporção obtida é de cerca de 6 por mil (5,83).

Isto só para a orelha direita!

(¹) Em um dos tres casos que cita (*Traité des affect. congenit.*, Paris, 1891). Lannelongue observou a transformação do canal em quisto.

Vimos já a frequência de fistulas da orelha esquerda. Ponhamos de parte nos nossos 33 casos, em que não aparece uma única observação com fistula singular á direita, e supunhamos que as duas orelhas concorrem com número igual para o total das fistulas auriculares.

O número proporcional das anomalias auriculares deste género na estatística prisional do Pôrto ascende então á cifra enorme de 10 a 12 por cada 1:000!

Este número pode parecer elevado se imaginamos tratar-se, como de facto se trata, de uma anomalia, isto é, de um facto excepcional e aberrante.

Mas notemos que estamos estudando um meio em que abundam os factos anómalos de todas as ordens — anatómicos, intellectuais, juridicos e morais.

A percentagem excepcionalmente elevada destas anomalias nos frequentadores do meio corrècional, em relação ao número dado pelas estatísticas gerais (aceitando para norma provisoria a de Gradenigo ou a de Eyle) concorreu de uma maneira decisiva para a formação no nosso espirito de uma opinião mais ao deante formulada (II parte) sobre a interpretação do valor dos elementos patogénicos e etiológicos de que podemos dispôr neste assunto.

## II

## Parte crítica

Observar os factos é o ponto de partida de todo o processo científico. Reunil-os e comparal-os é o fim desse processo. A interpretação physio-patológica do vício de conformação que acabo de descrever, suscita questões da mais alta importância em biologia geral e desliza por assuntos dos mais debatidos nos domínios da embriologia e da têtatologia. As noções da hereditariedade patológica, a teoria tão controvertida e ainda não definitivamente assente da transmissão hereditária dos caracteres adquiridos, o tema das degenerescências, o condicionamento próximo dos elementos da ordem etiológica indispensáveis para uma aceitável interpretação patogénica dos factos, problemas são, qual deles o mais complexo, de que nem sequer poderei, por deslocados e muito acima da minha tese, ser o relator.

Aceito as doutrinas médicas no ponto a que as trouxe a sistematização filosófica de nossos dias e passarei ao lado dos problemas controvertidos, apenas aproximando e fixando os factos, de modo a poder-se tirar deles, com a máxima liberdade de espírito, as conclusões mais lógicas e naturais.

Além de alguns trabalhos especiais de embriologia e teratologia, quasi sómente manuseados pelos raros cultores da ciência pura, com intuítos meramente especulativos ou didáticos, encontrei algumas referências a esta fistula — sem grande precisão no que respeita a localização e dados anatómicos — no trabalho de Apert «Maladies Familiales» e no de Lannelongue já citado.

A referência de Apert diz respeito a uma excelente observação de Paget, que mostra como, alternando-se e entremeadando-se por vários membros de uma mesma família, se faz a transmissão hereditária, em duas gerações, de casos combinados de fistulas cervicais congénitas (6 casos), com fistulas auriculares (6 casos), orelhas rudimentares (1 caso) e surdez (3 casos), estabelecendo entre estes factos de anomalia o mais indiscutível parentesco têtalógico.

Apert cita ainda duas famílias com fistulas auriculares congénitas, referidas por Paget; mas não dá qualquer outra informação sobre tais casos — e não nos foi possível obter o trabalho de Paget (que, de resto, Apert não cita) em que se leem as suas observações. Dos trabalhos especiais de embriologia e de têtatologia destaque, sobretudo, o moderno trabalho de Keibel & Mall «Manual of human embryology» (vol. II) onde são citadas as opiniões de Gradenigo e Schwalbe sobre a patogenia da fistula auris, e a excelente obra de Taruffi, «Storia della teratologia», vol. 6.º. Da leitura que fiz desses trabalhos, quer nos originaes que pude obter, quer nas transcrições, só vi ligeiras referências quer às complicações que conferem um valor clínico eventual a essa anomalia, quer ao seu alto e bem interessante potencial hereditário e familiar; e não me lembro de ter colhido qualquer informe acerca da natureza histológica da secreção fistular. O que, no meu modo de ver, dá ainda a esta pequena anomalia uma especial importância em patologia geral, é o facto da degenerescência biológica, de que ela, quando reunida a outros congéneres, parece ser um sigma denunciador.

A orelha representa um órgão de adaptação e aperfeiçoamento do aparelho auditivo e é, portanto, uma aquisição relativamente moderna na série animal. Na sucessão dos seres o órgão auditivo, reduzido ao *vestibulo*, no centro do labirinto, aparece já pela altura dos artrópodes (crustáceos) e moluscos (cefalópodes).

Nos peixes, ao simples vestíbulo, único órgão do aparelho auricular dos moluscos, veem agregar-se tres canais semi-circulares.

Nos reptis o aparelho adquire subitamente uma complicação e acrescentamento, devido sem dúvida à adaptação do ouvido a um meio elástico inteiramente novo: ao vestíbulo e canais semi-circulares dos peixes junta-se agora uma caixa de ressonância (caixa do tímpano) e surge um esbôço, ainda imperfeito, do caracol.

Com as aves, o aparelho auditivo entra em nova fase de complicação: além da crescente diferenciação dos órgãos já existentes nos reptis, a caixa do tímpano, que era superficial nêstes últimos animais, desloca-se em profundidade e vai acolher-se à protecção eficaz dos ossos do crânio (1).

Nos mamíferos, finalmente, ao aparelho essencial, já completo nas aves, adapta-se numa estrutura de aperfeiçoamento, o ouvido externo.

Êste, reduzido nos mamíferos inferiores, sobretudo nos representantes de tipos de transição (ornitorinco, cetáceos) ao simples conduto auditivo externo, é completado nos mamíferos superiores pelo aparecimento do pavilhão, último remate do complicado edifício acústico.

Se o organismo humano, a julgar pela edificação escalonada das peças do ouvido, é uma sistematisação hierarquizada, *consensus unum* a que Bordier chamaria a razão social «Homem», a orelha não tem evidentemente raízes fundas nos hábitos dessa sistematisação. Sob a influência das causas (e elas são multiplas e variadas) que alteram o ritmo anatómico e fisiológico dêsse

(1) É uma lei bem conhecida dos biólogos que, quanto mais essencial e complicado e delicado é um órgão, ou uma parte diferenciada de um órgão, mais interior, mais protegido, menos sujeito a variações.

sintagma de peças, ela deve ser e é das primeiras a sofrer os malefícios dessa influência.

De facto, entre todos os sinais a que chamamos estígmias físicos de degenerescência, as malformações da orelha são, juntamente com as da abóbada palatina, o sinal mais freqüente (Frigério, Charon, cit. p. Régis). São até, na opinião do illustre professor Gilbert Ballet, a única anomalia observável nos degenerados superiores.

E comparem-se as diversíssimas variedades têtrológicas da orelha, variedades de dimensão, de configuração, de relação entre as peças cartilagineas, de ângulos de inclinação, de assimetria, de posição, de inserção, de disjunção embrionária, com a pobreza das anomalias de uma víscera como o rim, e sobretudo com as de uma outra víscera, de linhagem ainda mais antiga que o rim, pois vem directamente da gástrula — o estômago!

No ponto de vista da taxinomia têtrológica, a fistula auricular congénita acomóda-se perfeitamente dentro da primeira das quatro grandes classes têtrológicas da classificação de Geoffroy Saint-Hillaire — a *Hemiteria* — e na ordem das *disjunções*.

E antes de mais nada, qualquer que seja a causa determinante desta anomalia, qualquer que seja o mecanismo da sua formação, ela é, sem dúvida alguma, um facto de ordem *embrionária*, isto é *pré-fetal*. O seu elevado poder de transmissão por via hereditária assim o atesta (1).

(1) Ela é mesmo mais do que embrionária, porque é *pré-embriónica*, pelo menos da segunda geração em diante, nos casos hereditários. É, portanto, mais gametária do que embrionária.

No embrião há órgãos destinados a desaparecer. Estão neste caso a alantoidea e a vesícula vitelina. Há igualmente cavidades, orifícios, fendas que, depois de realizado o seu papel embrionário, cuja significação é por vezes bem obscura, devem desaparecer em certas espécies animais, persistindo em outras. É o que sucede com a boca primitiva (O. Hertwig) formada na primeira invaginação da blástula, e o que igualmente sucede com as fendas branquiais.

No fim do primeiro mês da vida embrionária, aparecem na região cervical, ladeando a corda dorsal, uma série de fendas resultantes da perfuração da membrana didérmica que aí separa a parte anterior do intestino do meio exterior.

Na maioria dos reptis, nas aves e nos mamíferos, essas fendas fecham e desaparecem a breve trecho, excepto a parte dorsal da primeira fenda, que intervem na formação do canal auditivo externo, caixa do tímpano e trompa de Eustáquio. A segunda desaparece nos mamíferos sem deixar vestígios. A sua persistência determina às vezes uma fístula que abre a uma altura variável junto do bordo anterior do cleidomastoideo. É uma fístula congénita bem conhecida dos autores.

Da terceira deriva o timus, e da quarta a tiroidea. A conformação definitiva do pavilhão da orelha acha-se estabelecida nos seus elementos fundamentais desde a 10.<sup>a</sup> ou 11.<sup>a</sup> semana (Gegenbauer). Ele é formado (ver fig. 17) por seis gomos cartilagineos que cercam a extremidade dorsal da primeira fenda: os tres primeiros (anteriores) derivados do primeiro arco branquial (arco mandibular), os tres restantes do segundo (arco hioideo).

A fístula auricular provém, segundo todas as probabilidades, de um defeito de soldadura entre dois dos tres primeiros gomos (anteriores), ou entre algum destes e o tegumento craniano, com invaginação de uma porção maior ou menor da epiderme. É portanto derivada da primeira fenda branquial. Cremos até que é a única fístula conhecida desta fenda com comunicação para o exte-

rior. As outras fistulas branquiais conhecidas proveem da segunda fenda. A hipótese da *paragem de desenvolvimento*, mecanismo teratogénico ainda justamente considerado o mais frequente na determinação das anomalias embrionárias, constituiu a base da teoria de Meckel e dos Geoffroy Saint-Hillaire, que foram, antes dos trabalhos experimentais de Dareste, os mais brilhantes cultores da embriologia — e é a hipótese mais aceitável no caso presente. A coalescência entre algumas das formações cartilagineas que marginam a extremidade dorsal da primeira fenda branquial, fenómeno natural na evolução normal do embrião, deixou de realizar-se. Portanto: uma suspensão ou paragem na evolução normal do embrião.

A discrepância começa, porém, ao tentar-se fixar o ponto exacto em que se dá aquela falha de coalescência normal.

No quadro que (pág. 282, vol. II), segundo as notas de Schwalbe e Henneberg, Keibel (op. cit.) apresenta sobre a nomenclatura e disposição dos gomos do pavilhão auricular vêem-se claramente as divergências dos autores quanto ao destino e até quanto à designação de alguns desses gomos, especialmente no que diz respeito aos três últimos. Assim, ao 5.<sup>o</sup> gomo, que His designa por «antitragus», Gradenigo chama «processo inferior da hélix» e Schwalbe «crista inferior da antélix». Ao 6.<sup>o</sup> gomo, a que His chama lóbulo (lobulus auriculæ), designa-o Schwalbe por «antitragus», Baum por «prega caudal longitudinal» e Henneberg por «crista inferior da antélix» (designação que Schwalbe atribuiu ao 5.<sup>o</sup> gomo).

No que respeita ao 1.<sup>o</sup> gomo não há divergências: elle é o tragus, para todos os embriologistas. Para Keibel (pág. 283) parece indubitável que o tragus provém do 1.<sup>o</sup> gomo e o antitragus do 6.<sup>o</sup> (opinião de Schwalbe). O lóbulo representaria uma formação tegumentar ulterior, sem qualquer relação de origem com os gomos. Desta opinião participa o sr. professor Pires de

Lima, fundado nas diferenças histológicas existentes entre o lóbulo e os restantes gomos. Enquanto estes são formados por fibró-cartilagem, elástica, espessa, o lóbulo é formado de cartilagem hialina.

Quanto ao 2.º e ao 3.º, as divergências limitam-se, em geral, a pequenas diferenças de designação. O 2.º gomo é geralmente designado por «processo inferior da hélice», ou «raiz da hélice» («*crus helicis*») (1) e o 3.º por «parte ascendente da hélice» («*helix ascendens*» de Baum).

Fazendo a versão exacta com os descontos devidos às divergências de nomenclatura, vejamos onde deve ser localizada a disjunção responsável pela nossa fistula auricular.

Para Gradenigo ela é o resultado da insuficiente coalescência dos tegumentos entre a apófise da hélice (*spina helicis* de His, *scutulum*, ou *crus præ tragicum* de Gradenigo) e o trago. Para His ela é consequência da incompleta fusão dos tegumentos entre aquela mesma apófise e a raiz da hélice (*crus helicis*).

Da análise dos elementos colhidos nas diferentes observações por mim realizadas (existência eventual de mamilos, fendas, rugas, ou pregas, à altura e na direcção do trajecto fistular; natureza histológica da secreção do canal; direcção do mesmo canal; comparação com produções de análoga interpretação patogénica existentes em outros animais) resulta que a fistula auricular não provém apenas de uma simples disjunção, ou falta de fusão de certas peças orgânicas, por inibição do desenvolvimento normal, mas que nela intervem igualmente a acção de uma por vezes extensa *invaginação ectodérmica*.

(1) Henneberg, Schwalbe, Gradenigo.

Entretanto Baum, além da designação de *crus helicis*, também lhe dá a de *anthelix*, designação reservada em geral para os 4.º e 5.º gomos. Tal é a conclusão ainda existente nesta ordem de estudos.

Na cabra e no chibo (1) aparecem às vezes, na parte inferior da região parotidiana, uns apêndices a que se dá vulgarmente o nome de mamilos, verrugas ou berloques, que também se encontram no carneiro e na vaca, e são muito frequentes, conforme resulta da minha observação pessoal, no pórco alemtejano. Podem, igualmente, existir no homem.

No porco, segundo observações de Deslongchamps, (2) quando não existe aquele mamilo, aparece uma placa mais ou menos saliente, com alguns pêlos, e «vê-se que estas formações ocupam exactamente o mesmo lugar que o berloque e o canal du Soyon, cuja origem é atribuída pelos alemães (Zundel, Zahn) à persistência da segunda fenda branquial, e por Louis Blanc a uma invaginação ectodérmica.

No cão, a existência e sobretudo a disposição dêsses mamilos é ainda mais significativa: eles estendem-se, em séries de dois e às vezes de tres, exactamente ao longo do trajecto da fenda geniana, ou hio-mandibular.

O homem apresenta às vezes verrugas na região mediana do pescoço, ao nível do bordo anterior do esterno-mastoideo (3). Sabemos que é esta precisamente a séde habitual das fistulas congénitas do pescoço, derivadas da segunda fenda branquial. De resto, aquelas produções mamilares podem ser acompanhadas de fistulas, como é atestado por uma observação de Morrisson Watson. Mas já Mathias Duval tinha notado que, por uma espécie

(1) Louis Blanc, op. cit., pág. 283.

O dr. Pires de Lima apurou, só num concelho do Norte, a existência de 47 cabras conteleiras, nome porque são aí designadas as cabras com berloques. Ver *Gaz. dos Hospit. do Pôrto e Anais Scientif. da Faculdade de Medicina do Porto*, v. II, 1915.

(2) Broca et Lenoir, *J. de Anat. et Physiol.*, loc. cit.

(3) V. Lannelongue, *Afecç. congenit. das crianças*. 20 casos cit. p. Retterer e Poirier.

de lei de balancement, a determinadas anomalias por defeito correspondiam às vezes, na mesma região e nas mesmas condições, anomalias por excesso.

Os mamilos das observações do quadro 3.º estão precisamente à altura do trajecto da fistula auricular e imediatamente por baixo do seu orifício. Êles devem ter relação teratogénica com essas fistulas.

Quanto às rugas e às fendas observadas (fig. 12 a 16), a sua direcção e localização sugerem imediatamente a ideia de um processo evolutivo igualmente relacionado com o vício original, qualquer que êle seja, produtor da anomalia de que se trata.

A direcção e extensão das fendas e rugas observadas, e sobretudo a disposição da fenda observada nas fig. 11, 12 e 13, indicam que a disjunção se faz, verosimilmente, não entre a escútula e o trago como pretende Gradenigo, nem talvez entre a raiz da hélice e a escútula como outros supoem, mas entre um dos dois primeiros gomos e o tegumento craniano, invaginado numa extensão maior ou menor, em linha vertical. A forma ovoide do orifício, com a direcção vertical do seu grande eixo, conformação bem visível nas observações III e IX, denotando que a orientação inicial da fistula era já na linha vertical, depoem seguramente mais por esta hipótese, do que pela de Gradenigo. Entre o trago e a escútula a linha de separação seria antes transversal. Entre a escútula e a raiz da hélice ela seria verosimilmente vertical, mas o canalículo fistular não se prolongaria, como prolonga em certo número de casos, para baixo, cruzando a frente do tragus numa extensão às vezes considerável (ob. III, V, VIII).

Para Heusinger, Virchow, König, Schwartz, Betz, Burnett, Pflüger (cit. pelo professor Gradenigo, na obra de Taruffi) a anomalia é devida a soldadura incompleta da primeira fenda branquial, a que possivelmente se associam anomalias de outros derivados dessa fenda, entre os quais está o pavilhão. E como a

primeira fenda entra na formação dos ouvidos médio e externo (Kölliker) a fistula deve ter comunicação com o ouvido médio.

Urbantschitsch, (1) embora não aceite que os ouvidos externo e médio derivem da 1.ª fenda, sustenta que a fistula auris está em relação com a evolução dessa fenda.

Gradenigo acentua que a hélice mandibular se bifurca na parte inferior dando duas *crura*, a *crus helicis*, que se dirige para a antélice, e a *crus antitragicum* (*crus supratragicum* de His) que desce por cima e por diante do trago.

Quando esta última sofre certas perturbações na sua evolução, ou produz apêndices (como se vê nas nossas figuras 13, 14 e 15) ou aparece a fistula.

Gradenigo não faz referência a fendas. As rugas e fendas que eu observei e que a fig. 12 sintetisa, dispensando qualquer outra explicação, estão tão perfeitamente localizadas ao longo do trajecto correspondente à fistula, que imediatamente sugerem a ideia de uma relação genética. A fig. 12 corresponde até exactamente à bifurcação da extremidade inferior da hélice mandibular, sinalada por Gradenigo. Ela corresponde à persistência no adulto de uma má conformação embrionária. Podia ter dado uma fistula se a parte externa do tegumento tivesse entrado em coalescência, formando ponte por cima da parte profunda.

Como esta fenda havia na colecção das 5486 orelhas do posto antropométrico da Relação do Pôrto mais umas 18 ou 20.

Depois do patogénico, o problema etiológico é, no caso presente, o mais difficil de resolver. A intervenção do factor hereditá-

(1) «Monatschrift für Ohrenh. N 7, 1877». Urbantschitsch apresenta 9 casos de fistula auris.

rio é evidente. Mas não é a hereditariedade que produz a fístula; ela apenas a mantém e a transmite de geração em geração. A hereditariedade, em patologia, é agente intermediário, não factor primário.

Qual a causa original, a determinante primeira da disjunção embrionária, origem desta anomalia? Em algumas das observações registadas vislumbra-se a intervenção discreta da sífilis; e a consanguinidade parece, em certos casos, manter e arreigar a anomalia através das gerações. O facto aparece um pouco à maneira das «mutações bruscas» de De Vries, criando variações que a hereditariedade, e talvez a selecção, depois mantem e perpetuam.

Do estudo das observações relatadas, próprias e alheias, não ressalta com irrecusável evidência factor que mereça ser colocado à cabeça das causas, como *causa causarum* da anomalia auricular.

É até bem possível que o vício original desta anomalia seja o mesmo que se acoberta sob essa vaga epígrafe de «Degenerescência», causa de causas, de acção ubiqüitária e omnímota que, actuando desde o germe embrionário e sobretudo no germe embrionário, vai desfalcando o expoente energético das raças e irregularizando em variados graus o ritmo hígido da sua evolução, aqui produzindo uma paragem local, de que resulta um lábio leporino ou uma fístula auricular, além rompendo os diques da raça e até quebrando os próprios moldes da espécie, na manifestação das maiores monstruosidades orgânicas ou psíquicas.

Mas a degenerescência é também apenas uma palavra, embora excelente, para encobrir a falta da ideia concreta que deve substituir-se-lhe.

As células encontram no meio humoral a principal condição da sua existência e funcionamento, do mesmo modo que a crase dêste meio depende das virtudes e dos erros do funcionamento celular.

Como entre dois espelhos de faces paralelas, estabelecem-se entre os dois meios — meio histológico e meio plasmático — simpatias hígidas e ecos mórbidos em série indefinida. Tomando a palavra anomalia no seu significado mais lato, pode dizer-se que não há plasma normal com células anómalas, como não há células normais com plasma anormal.

E o que se diz do organismo já formado, diz-se com maior razão do organismo embrionário.

Geoffroy St.-Hillaire refere a causas mecânicas as paragens de desenvolvimento embrionário. Experiências feitas desde Dareste, sobretudo os trabalhos de teratologia experimental de Oscar Hertwig, Yves Delage, Loeb, e dos modernos embriologistas americanos, os quais, fazendo actuar sobre o embrião de pequenos invertebrados marinhos substâncias solúveis de acção geral, tais como o sulfato de quinino, o cloral, o cloreto de sódio, o sulfato de magnésio, obtiveram anomalias e monstruosidades *nitidamente localizadas* e algumas perfeitamente previstas, permitem suspeitar do que sucederá com o embrião humano, quando êle, ou os seus elementos geradores, tiverem mergulhado num meio plasmático viciado pelo álcool, ou pelas toxinas microbianas ou similares.

Na altura a que actualmente chega a observação e a experiência dos patologistas, parece não ser demasiadamente audacioso afirmar-se que a degenerescência é originada, sobretudo, por alguma, ou algumas daquelas intoxicações. Isto, no sentido patológico da palavra, que é necessário distinguir do seu sentido étnico.

Nós acreditamos que as raças se cançam, esgotando *insensivelmente* o seu cabedal de vitalidade por motivos vários que não vem para aqui explicar. Já os gregos da *idade do bronze* se confessavam saudosos da *idade de ouro* que lhes fugira, e Lucrécio constatava que o homem tinha perdido a rizeza, a agilidade e a saúde que caracterisavam o remoto antepassado das cavernas.

Mas a degenerescência, no sentido em que a lançou ao mercado científico o génio de Morel, sentido completado e ampliado por Magnan, adaptado à explicação dos factos da criminologia por Lombroso e aplicado à sociologia pelo romancista Zola e pelo filósofo-psicólogo Nordau, — degenerescência produzindo, *sob os nossos olhos*, em uma ou duas gerações, sinais às vezes profundos, como os produzidos pelas substâncias tóxicas, de origem exo ou endogénia, actuando no germe embrionário — essa degenerescência, à hora actual, carece de uma sanção etiológica ou patogénica prática que lhe afiance a independência e o sentido.

O moderno conceito médico de degenerescência pode ser formulado assim: «As degenerescências proveem, inicialmente, da acção de um agente *exterior* hostile ao organismo humano, actuando sobre os germes e transmitindo por vezes a sua acção à descendência, com variações de agravamento ou atenuação». Este conceito etiológico é precisamente o corolário lógico da teoria das «mutações bruscas», fundada em numerosos factos experimentais e aceite pela maioria dos biólogos contemporâneos, e das ideias do ilustre paleontologista americano Cope, para quem os caracteres inatos foram sempre adquiridos outrora.

\*

Aproximando agora alguns factos — a elevada percentagem de fistulas auriculares nos nossos boletins judiciais, a frequência dos estigmas físicos da degenerescência entre os frequentadores dos meios correccionais, a alta frequência dos mesmos estigmas nos heredo-alcoolicos, heredo-tuberculosos e heredo-sifilíticos e a alta percentagem de criminosos fornecidos por essas auto-intoxicações crónicas quando elas enregam na linha hereditária, a coincidência da anomalia auricular com várias outras anomalias no mesmo indivíduo — vê-se que a nossa fistulasinha não é sinal de

valor despresível, integrada como elemento semiótico nos proteiformes síndromas da degenerescência e facilmente acreditaremos que essa degenerescência não é senão a heredo-intoxicação, sob múltiplas formas.

\*

As séries estudadas são insuficientes para se poderem tirar desde já conclusões definitivas. No ponto de vista da hereditariedade, por exemplo, vimos como algumas séries hereditárias começaram, mas não vimos como nenhuma delas terminasse, se é que elas não de terminar. Também não vimos caso algum em que algum membro *não atingido* de uma série começada desse descendência com fistula. A fistula veio sempre da fistula, excepto o caso inicial. Observações ulteriores deverão esclarecer esta face da questão. Até ao ponto de hoje, as nossas séries pertencem a um grupo de anomalias de *hereditariedade continua*, único da sua espécie.

O seu caracter *familiar*, pode igualmente considerar-se único em anomalias desta espécie.

## OBRAS CONSULTADAS

---

- AMÉRICO PIRES DE LIMA—*Evolução do transformismo*.  
APERT—*Maladies familiales*.  
BROCA ET LENOIR—*Journal d'Anat. et Phys.*, 1896.  
FALCONE—*L'Embrione humano*.  
FERRAZ DE MACEDO—*Crime et criminel*.  
GEGENBAUER—*Traité d'Anat. Hum.* (trad. franc. da 3.<sup>a</sup> ed.)  
G. MC. CLELLAM—*Anat. des regions*.  
KEIBEL & MALL—*Manual of human embriology*, vol. II.  
MATH. DUVAL—*Path. gén. de l'embryon* (in *Traité de path. gén.* de Ch. Bouchard).  
O. HERTWIG—*Pr. d'Embriol. de l'homme et des vertébrés*.  
PIRES DE LIMA (Prof. da Faculd. de Med. do Porto)—*Anomalias do ouvido*  
«Gaz. dos Hosp. do Porto», 15 nov. 912.  
POIRIER—*Abrégé d'Anat. e Anat. descript.*  
POULET ET BOUSQUET—*Path. ext.*  
RÉGIS—*Précis de Psychiatr.*  
SAPPEY—*Traité d'Anat. descript.*  
TARUFFI—*Storia della Teratologia*, vol. VI.  
TESTUT ET JACOB—*Anat. topogr. e Anat. descript.*  
YVES DELAGE—*Th. de l'évolution*.
- 

## ERRATAS

---

	Onde se lê:	Emendar para:
Pág. 101 — linha	2. <sup>a</sup> — quadro n.º 1	quadro n.º 2
» » — »	5. <sup>a</sup> — quadro n.º 2	quadro n.º 3
» » — »	8. <sup>a</sup> — quadro n.º 3	quadro n.º 1
» 102 — »	14. <sup>a</sup> — (quadros 1 e 2)	(quadros 2 e 3)
» 103 — q. <sup>ro</sup> n.º 1	— obliq. 30º e 25º	13º e 13º
» 116 — linha	8. <sup>a</sup> — (fig. 12 a 16)	(fig. 12 a 15)
» » — »	13. <sup>a</sup> — fig. 11, 12 e 13	fig. 12 e 13