

Um caso clinico  
d'Acromégalia

13716 EHC

0  
Manoel Augusto d'Oliveira Pinto

1328

# Um caso clinico d'Acromégalia

Ligeiro estudo da «doença de Marie»  
e suas relações com o gigantismo

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada à

Escola Medico-Cirurgica do Porto

TYPE. DO PORTO MEDICO  
P. da Batalha, 12 - A

13716 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

## Lentes Cathedaticos

- 1.<sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva geral . . . . . Luiz de Freitas Viegas.
- 2.<sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . . Antonio Placido da Costa.
- 3.<sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . . Thiago Augusto d'Almeida.
- 4.<sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa. . . . . Carlos Alberto de Lima.
- 5.<sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . . Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.<sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.<sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna. . . . . José Dias d'Almeida Junior.
- 8.<sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica. . . . . Vaga.
- 9.<sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica. . . . . Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
- 10.<sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . . Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
- 11.<sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal. . . . . Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.
- 12.<sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. . . . . Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.<sup>a</sup> Cadeira—Hygiene . . . . . João Lopes da Silva Martins Junior.
- 14.<sup>a</sup> Cadeira—Histologia e physiologia geral . . . . . José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.<sup>a</sup> Cadeira—Anatomia topographica . . . . . Joaquim Alberto Pires de Lima.

## Lentes jubilados

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| Secção medica. . . . .    | { José d'Andrade Gramaxo.<br>Illidio Ayres Pereira do Valle.<br>Antonio d'Azevedo Maia.   |
| Secção cirurgica. . . . . | { Pedro Augusto Dias.<br>Agostinho Antonio do Souto.<br>Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

## Lentes substitutos

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| Secção medica. . . . .     | Vaga.  |
| Secção cirurgica . . . . . | { João Monteiro de Meyra.<br>José d'Oliveira Lima. |

## Lente demonstrador

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica. . . . . | Alvaro Teixeira Bastos. |
|---------------------------|-------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

A MEUS PAES

A MEUS TIOS

MANOEL E MARIA JOSÉ

A MEU IRMÃO JOÃO

A MINHAS IRMÃS

E A MEU IRMÃO AUGUSTO

A TODOS OS MEUS TIOS e TIAS

Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Prof. THIAGO D'ALMEIDA

**AOS MEUS CONDISCIPULOS  
E CONTEMPORANEOS**

**AOS MEUS AMIGOS**

Ao seu mestre d'ANATOMIA  
e dignissimo presidente de These

O ILL.<sup>mo</sup> e EX.<sup>mo</sup> SNR.

Prof. LUIZ VIEGAS

Ao apresentarmos este trabalho á apreciação do illustrado jury, levamos apenas a satisfação do dever cumprido pela consummação d'um ideal que ha tanto tempo alvejamos e por que temos dedicado tantos sacrificios e tantos esforços.

Bem sabemos que é desmerecido todo este trabalho — bem desprendido elle vae — sem requebros litterarios ou valôr scientifico que o nobilite e enalteça aos olhos de quem entende.

Escolhendo para thema um dos casos mais curiosos que appareceu no rico mostruário da clinica hospitalar, catalogado como um dos typos clinicos mais interessantes e raros, o doente sobre que dissertamos, era não ha duvida, um caso aproveitavel. Infelizmente que cahiu em fracas mãos: — com certeza não seriamos muito analyistas; faltou-nos, ainda mais, a apreciação clinica e o senso critico que só dá a longa familiariedade com doentes, além de muitas deficiencias que porventura deixariamos passar na precipitação com que elaboramos este trabalho — n'uns curtos mezes de verão, passados entre as exigencias d'uma clinica que começa, e as diversões de praia que a todos tentam.

## HISTORIA

Foi Pierre Marie quem forneceu á sciencia os primeiros subsidios para o estudo da acromégalia.

Muito embora a singular hypertrophia que acompanha esta doença tivesse sido já observada e registada por varios auctores entre elles Klebs, Brigidi, Saucerote, Henrot e Fritsche, a verdade é que d'estas pesquisas nada se adiantou sobre a natureza d'esta affecção e, ainda mesmo sobre a sua individualidade, ficaram as mesmas duvidas.

Essa honra e esse mérito devia caber a P. Marie — o antigo chefe de clinica de la Salpêtrière — que depois de longas e minuciosas observações descrevia uma doença nova, cujo conhecimento fazia divulgar pelo mundo scientifico, caracterisada por «uma singular hypertrophia, não congénita, das extremidades superior, inferior e cephalica».

De seus numerosos trabalhos todos baseados em escrupulosas observações anatomicas e clinicas resultou a esplendida memoria que P. Marie teve o orgulho de apresentar ao Congresso de Berlim em 1890. Todo esse trabalho, demonstrador d'uma investigação profunda e d'um são raciocinio, e evidenciando ainda mais grandes esforços em desvendar os segredos que ainda hoje envolvem toda a etiologia e pathogenia d'acromégalia—veiu marcar o inicio de futuras descobertas e servirá a consagrar á posteridade todo o talento d'um homem.

P. Marie fazia deduzir das suas pesquisas a unidade d'acromégalia: esta doença ficava desde então sendo conhecida como uma affecção especial, autonoma, perfeitamente individualizada.

Tratava-se d'uma nova entidade morbida parecendo poder tomar logar no quadro nosographico como uma dystrophia d'origem glandular.

Antes de P. Marie, como disse, outros auctores fazem referencia a uma doença que, pelo seu curioso aspecto, tanto lhes chamava a attenção. De todas, a observação mais antiga figura nos tratados da especialidade como sendo a de Saucerotte-Noël (1772), mas todas ellas sem importancia, ficam apenas como simples curiosidades clinicas.

Depois da descoberta de Marie as observações sobre a acromégalia multiplicam-se: numerosas communições e memorias são apresentadas aos congressos scientificos começando esta doença a ser estudada com interesse—seguindo o clinico a sua evolução e esforçando-se o anatomo-pathologista em descobrir-lhe a incognita.

Dos trabalhos mais modernos merecem mencionar-se os de Sousa Leite, Erb, Virchow, Hadden, Adler e Verstraeten.

Sobre todos elles, a these do Snr. Sousa Leite tem o merecimento de reunir um grande numero d'observações: apresenta 38, optimamente descriptas e com uma minucia de detalhe que deixaria por certo satisfeitos os mais exigentes.

No campo da especulação scientifica e ainda dentro dos ambitos da doença de Marie (assim se denomina tambem a acromégalia) outra orientação tem seguido certos investigadores no ponto de querer mostrar a ligação mais ou menos intima que existe entre a acromégalia e o gigantismo. Aqui dividem-se as opiniões e o criterio individual hesita sobre qual dar a preferencia, taes as auctoridades que militam em cada campo. Este ponto será versado n'um capitulo que adeante consagro ás relações da acromégalia com o gigantismo.

## SYMPTOMATOLOGIA

Na inspecção d'um acromégalico o que primeiro fere a attenção do clinico e do observador é a extraordinaria hypertrophia das mãos e pés. A cabeça encontra-se tambem attingida exhibindo por vezes deformações curiosas e grotescas; mas é sobretudo para as mãos e pés, enormemente dilatados, que incide a attenção e o pasmo do observador mais leigo.

Ainda pela inspecção, embora um pouco mais attenta, poderemos notar o desvio da columna vertebral sobretudo na sua parte superior (cyphose cervico-dorsal com ou sem scoliose).

Não sómente estas alterações sobre o rachis e as das extremidades são as que primeiro attrahem a attenção do medico, mas tambem são as que iniciam o trabalho morbido que permanece como um estygma—um ferrete ignominioso durante toda a evolução da doença.

Na verdade o regresso ao volume normal não é registado pelos auctores que se tem dedicado a assumptos d'esta especialidade.

Por uma questão de methodo e seguindo o que é costume fazer-se na descripção de qualquer doença, poderemos dividir os symptomas observados na acromégalia em: objectivos; — subjectivos; — e symptomas geraes.

Em cada um dos dois primeiros grupos incluiremos symptomas que são constantes, e tambem fundamentaes; e outros que sendo inconstantes poderemos chamar ainda accessorios ou secundarios. Escusado se tornará dizer que não ligamos ao termo constancia o valor que elle realmente tem, para restringirmos a sua latitud no sentido d'extrema frequencia.

### A. — Symptomas objectivos constantes:

#### 1.º HYPERTROPHIA DAS MÃOS

É por ellas que ordinariamente se inicia esta doença. Com um desenvolvimento exagerado, as mãos do acromégalico espessas, largas, exhibem uns dedos tambem excessivamente grossos mas regularmente dilatados em todo o seu comprimento.

Este aspecto mereceu dos francezes a denominação de mão «en battoir» (spade-like dos inglezes). É curioso que este enorme desenvolvimento das mãos contrasta

absolutamente com o estado quasi normal dos outros segmentos do membro thoracico.

Devemos acrescentar que este typo de mãos é de tal modo nitido que permite, a distancia, n'uma simples inspecção fazer só por elle o diagnostico d'acromégalia.

Ao lado d'este typo de mão cujo desenvolvimento se faz quasi exclusivamente em largura, P. Marie descreve casos, aliás muito raros, em que a par do augmento em largura haveria um desenvolvimento quasi proporcional em comprimento. Este typo «em comprimento» encontrou-o aquelle distincto neurologista em acromégalicos d'inicio precoce.

É notavel que em todos os tecidos da mão incide esta curiosa hypertrophia. Com effeito, não sómente pelo exame radioscopico ou melhor radiographico podemos certificar-nos do espessamento de todos os ossos que compõem a mão; mas ainda pela inspecção e palpação facilmente reconheceremos que a pelle e os tecidos cellululo-adiposo e muscular se encontram mais desenvolvidos do que normalmente.

Sobre a desigual hypertrophia que attingem os diferentes ossos da mão, fallaremos adeante ao fazermos o diagnostico differencial d'esta doença com outras affecções que se acompanham tambem de lesões do esqueleto.

A consistencia d'estas mãos, firme, resistente á pressão, contrasta com a molleza do tecido edemaciado. As prérgas interphalangianas são mais nitidas, mais profundas que na mão normal o que torna mais salientes os bordalêtes carnudos da face palmar dos dedos.

Por isto mereceu de Pécharde a denominação de mão «capitonée». Além d'isso observa-se um desenvol-

vimento maior das eminencias thenar e hypothenar, correspondendo a uma depressão proporcional das prégas da palma da mão.

Para terminarmos a descripção da mão do acromégalico falta-nos fallar das suas dimensões e do aspecto das unhas.

De todas as observações que o Snr. Sousa Leite colligiu para o seu trabalho, conclue-se que o comprimento total da mão nos acromégalicos, variando embora segundo os sexos e mesmo segundo os individuos de cada sexo, não faz sensiveis differenças da mão normal; apurando-se assim que na doença de Marie o comprimento da mão não está em relação com a estatura.

Os dedos apresentam enorme desenvolvimento em largura: conservando as suas direcções normaes elles engrossam regularmente em todo o seu comprimento — e, isto os distingue, como adiante veremos, dos dedos da osteo-arthropathia hypertrophante. Não se observam deformações.

Podémos transcrever para aqui as cifras representativas das enormes circumferencias que os differentes observadores encontraram nos dedos dos seus doentes; mas como isso nada significaria de pessoal limitar-me-ei a dizer adeante, na observação que apresento, quaes as dimensões encontradas no nosso acromégalico. Lombroso refere ter encontrado um pollegar medindo 12 centimetros de circumferencia.

Em duas apenas das observações do Snr. Sousa Leite appareceu o phenomeno do «dedo morto»; na verdade em quasi todos os casos as funcções da mão são perfectas, realisando-se sem dôres.

Muito excepcionalmente se referem nodosidades phalango-phalanganas simulando as que o prof. Bouchard attribue com a mesma localisação aos dilatados d'estomago. Quanto ás unhas diremos que ellas são pequenas, muito largas, achatadas; estriadas longitudinalmente, as unhas na doença de Marie apresentam ainda uma incurvação segundo os bordos lateraes de maneira a formar uma especie de telha.

—Tratemos agora do mesmo symptoma no orgão correspondente dos membros pelvicos — nos pés.

## 2.º HYPERTROPHIA DOS PÉS

N'estes nós vamos encontrar as mesmas lesões que acabamos de descrever nas mãos: de facto, os pés encontram-se muito augmentados em largura, de pelle espessa e firme, conservando entretanto o seu comprimento normal ou quasi normal. Vêm-se os mesmos sulcos profundos a separar bordaletes carnudos mais ou menos proeminentes.

No pé como na mão todos os tecidos participam da monstruosa hypertrophia: a mesma consistencia firme sem signal d'edêma; a mesma regularidade na invasão do processo hypertrophico que se distribue com igualdade e restringindo-se á região anatomica que constitue o pé, raras vezes invadindo os malleolos.

A forma e a direcção dos artelhos como normalmente; e as unhas curtas, chatas, estriadas longitudinalmente e encurvadas como na mão.

O comprimento dos pés desproporcionado com a largura e sem relação tambem com a estatura do individuo.

3.º «CABEÇA» — HYPERTROPHIA DA CABEÇA.  
DEFORMAÇÕES DO CRANEO E DA FACE «FACIÉS»  
ACROMÉGALICO

Esta hypertrophia não se distribue com igualdade por todas as regiões cephalicas; e, assim ao passo que as alterações do craneo são pouco accentuadas, outro tanto não succede com a face.

Com effeito, esta tem o seu volume muito exagerado: alongada no sentido vertical e ovalar. A fronte baixa, as palpebras espessadas, as apophyses orbitarias salientes em resultado da dilatação dos seios frontaes.

Os olhos, enterrados nas orbitas, parecem pequenos e pouco expressivos; ás vezes, ao contrario, parece observar-se uma ligeira exophthalmia. As maçãs, proeminentes pela dilatação do antro d'Higmore, formam com as arcadas orbitarias um circulo muito nitido.

O nariz apresenta alterações notaveis: todos os seus diametros se podem encontrar augmentados a ponto de se tornar o nariz n'uma saliencia enorme, o que junto a outras deformações da face, dá á physionomia d'estes individuos um aspecto grotesco.

O septo e o lobulo são mais ou menos espessos sêgundo os casos bem como as azas, sobretudo na sua parte inferior.

Os labios nem sempre são normaes: sobre elles pode tambem incidir o processo hypertrophico que se evidencia mais nitidamente sobre o labio inferior, mais ou menos proeminente, pendente, formando muitas vezes «ectropion».

Macroglossia por vezes de tal fórma exagerada que difficulta a pronunciação e a deglutição.

N'uma observação de P. Marie a lingua media na sua parte média 7 centímetros de largura e 2 d'espessura; a articulação dos termos era confusa naturalmente devido á enorme hypertrophia d'aquelle orgão e das partes molles da cavidade buccal. Dentro d'esta cavidade poder-se-ha vêr a abobada palatina, a uvula, as amygdalas ou o véo participarem d'esta hypertrophia a ponto de determinar acessos de tosse (alongamento da uvula); perturbações de deglutição ou da palavra.

O que entretanto mais concorre para dar á physionomia do acromégalico aquelle aspecto estranho, é o prognathismo do maxillar inferior. Tão pronunciado é ás vezes este prognathismo que Henrot cita o caso d'um doente d'estes no qual a maxilla inferior estava por tal fórma desenvolvida, que quando aproximada da maxilla superior, era possivel passar a extremidade do dedo indicador entre as arcadas dentarias. N'esta observação os dentes da maxilla inferior apresentavam tambem uma hypertrophia em todos os seus diametros, o que não foi encontrado em nenhuma das observações colligidas pelo Snr. Sousa Leite.

Comprehende-se bem que este trabalho morbido de desenvolvimento do maxillar inferior, embora lento, ha-de determinar fatalmente difficuldades serias á mastigação.

As orelhas podem experimentar tambem um certo augmento de volume que nem sempre é symetrico; as cartilagens podem ser mais espessas e mais resistentes que no estado normal.

A face d'estes doentes assim marcada por tantos estigmas apresenta a fórma d'uma oval alongada tradu-

zindo-se n'um «faciés», que por ser tão característico, mereceu o nome de «faciés acromégálico».

Fallamos em que o craneo tambem podia ser séde de lesões d'esta natureza. Na verdade, nem sempre elle é normal registando-se casos d'alongamento do craneo devido sobretudo á dilatação dos seios frontaes, e traduzindo-se por um augmento do diametro antero-posterior a que o prof. Verstracton liga grande importancia diagnostica.

D'um outro processo d'analyse teremos de soccorrer-nos para investigar de certas alterações nas paredes craneanas. Quero referir-me á radiographia que nos póde prestar uteis serviços, permittindo-nos observar deformações inacessiveis aos processos usuaes d'exploração; taes como a saliencia da protuberancia occipital externa, cristas osseas ao longo das suturas craneanas e, ainda apreciar do irregular espessamento das paredes do craneo, ás vezes tão grande que não permite distinguir a sella turca. Ainda a radiographia nos poderá revelar um exagero dos seios frontal e maxillar, ou um augmento da fossa pituitaria cujas paredes poderão estar tambem espessadas.

Passemos agora á descripção do «thorax» começando por apontar o que d'anormal se póde encontrar na columna vertebral dos acromégálicos. Em todos estes doentes chegados ao periodo d'estado apparece um signal que é constante e que o Snr. Souza Leite regista nas 38 observações que colligiu, observando-o eu tambem no meu doente. É o desvio da columna vertebral, traduzindo-se sempre por uma cyphose cervico-dorsal acompanhada ou não de scoliose de qualquer dos lados, ou ainda mesmo de lordose lombar. D'aqui

resulta uma attitude especial d'estes doentes: com a cabeça pendida e inclinada continuamente para deante, ella parece mergulhar profundamente entre as duas espaduas.

O thorax projectado para deante trazendo por consequencia' um augmento do diametro antero-posterior á custa d'uma certa reduçãõ do diametro transversal; d'aqui resulta um achatamento bem apparente da cavidade thoracica.

Todos os ossos que concorrem para fechar o circuito thoracico podem ser modificados no seu aspecto e nas suas dimensões, exhibindo deformações ou irregularidades d'espessamento.

Podemos vêr muitas vezes o esterno deixar-se invadir pelo processo hypertrophico, alargar-se, permitindo-se até um certo alongamento; espesso, elle poderá tambem encurvar-se na sua parte superior. Na união dos seus segmentos poder-se-hão vêr ainda cristas salientes que Verstraeten encontrou muito nitidas em alguns dos seus doentes.

O appendice xyphoideo pode achar-se desviado da sua direcção normal.

As clavículas grossas, accentuadas as suas curvaturas, e as epiphyses dilatadas.

As costellas e as cartilagens muito espessadas, o sufficiente para que os seus bordos possam tomar contacto. A ossificação das cartilagens pode observar-se, podendo chegar a tal desenvolvimento que a superficie do estérno ficando n'um plano posterior forma com as cartilagens intumescidas uma goteira bem nitida.

Referiremos ainda os desvios que poderão experimentar as ultimas costellas: geralmente inclinadas para

baixo e para deante, ellas poderão tocar a crista iliaca quando o doente sentado se encosta sobre os joelhos.

Os omoplatas, sobretudo o bordo posterior da espinha e as saliencias apophysarias, teem apparecido em muitos casos com notaveis espessamentos.

Lesões d'esta ordem—encontrei no meu doente cuja descripção vae adeante n'uma observação que áparte apresento d'este meu estudo.

O conjuncto d'estas deformações, havendo coexistencia de cyphose e proeminencia da região antero-inferior do thorax, realisa um tronco—com dupla bossa—que lembra bem o artificio de que usam os clowns para provocar a hilaridade do publico.

A respiração do acromégalico é, por isso, thoracica inferior e abdominal, embora em razão da marcha lenta d'esta affecção só progressivamente vá reaparecendo aquelle typo respiratorio.

E assim teremos terminada a descripção mais ou menos circumstanciada dos symptomas a que a principio chamamos constantes, e que constituem a base de toda a symptomatologia nos individuos portadores da doença de Marie.

A par d'estes apparecem outros signaes que não obstante a sua inconstancia, a irregularidade e variabilidade de frequencia não deixam, comtudo, e apezar de serem ainda menos apparentes, de merecer que d'elles façamos um estudo á parte.

Occupemo-nos agora d'esses signaes :

## B. Symptomas objectivos inconstantes, secundarios

Todos os tecidos do cólo podem estar hypertrophia-dos transformando assim o pescoço, augmentando-lhe a circumferencia, exagerando-lhe os diametros; e, no caso de coexistir esta deformação com as duas bossas — anterior e posterior — vêr-se-ha um pescoço mais curto que o normal.

Pareceria natural attribuir á glandula thyroidêa esta hypertrophia do pescoço; mas não, ao contrario, bastantes vezes se tem encontrado diminuição no volume d'aquelle orgão. A larynge está augmentada de volume por espessamento das suas cartilagens que em alguns casos se têm encontrado parcialmente ossificadas. D'ahi resultarão modificações no timbre da voz que se torna mais grave e forte.

P. Marie quer attribuir esta tonalidade da voz á resonancia dos sons emittidos nos seios da face que se encontram muitas vezes dilatados. Poderá ser assim, mas não deveremos deixar de entrar em consideração com o augmento da cavidade laryngea e com lesões que porventura possam existir nas cordas vocaes.

Erb liga grande importancia a uma zona de bassidez retro-esternal que quer attribuir á persistencia do thymo.

Nas mulheres, as glandulas mammarias podem estar atrophias e flacidas. O ventre cahido e mais ou menos volumoso. A bacia mais larga que normalmente. Os ossos iliacos, sobretudo a crista iliaca e a tuberosidade ischiatica podem espessar-se tornando assim o osso mais volumoso.

A região sagrada póde querer tomar a direcção vertical perdendo até certo ponto a sua flexão normal.

Na mulher os órgãos genitales externos (vulva e vagina) podem encontrar-se espessos e o clitoris hypertrophiado. O utero, ao contrario, póde estar atrophiado e exhibir mesmo alguns caracteres d'involução senil, com as paredes flaccidas e adelgaçadas.

No homem, as modificações encontradas do lado dos órgãos genitales variam e assim é que se em algumas observações se regista a hypertrophia das bolsas e dos testiculos acompanhando ou não um desenvolvimento proporcional da verga; outros auctores fazem referencia a casos em que haveria uma atrophia bastante accentuada de todo ou parte do aparelho genital.

Estas modificações para mais ou para menos dos órgãos sexuaes coexistem com uma diminuição do appetite e da potencia genésica.

O systema muscular pode estar normal, atrophiado ou hypertrophiado. Geralmente é a atrophia que se dá traduzindo-se functionalmente, por uma fraqueza geral e uma fadiga rapida.

N'um caso observado por Duchesneau a amyotrophia era de tal modo notavel que levou aquelle auctor a propor uma forma amyotrophica da doença de Marie.

Em alguma das observações colligidas pelo Sr. Sousa Leite se refere a atrophia dos inter-osseos da mão.

A excitabilidade electro-muscular estaria augmentada para Erb; para Verstraeten seria o inverso.

Por parte do systema articular tem-se visto certas articulações, sobretudo as do joelho e do punho, mais volumosas mas nunca deformadas. Geralmente estes

doentes têm os seus movimentos mais limitados e a força muscular diminuída.

Quanto ao *systema* cardio-vascular, tem-se notado a hypertrophia do coração com palpitações, e a arterio-sclerose. Este augmento do musculo cardiaco pode ser reconhecido pelos processos physicos ordinarios (inspeção e percussão) os quaes associados á auscultação revelaram a Freund e a Klebs a existencia d'um sôpro systolico.

As arterias podem dar a rigidez do atherôma mas é para as veias que devemos dirigir a nossa attenção, pois lá encontraremos alterações mais importantes : dilatações varicosas localisadas nas pernas, nas mãos, no recto, etc.

Os ganglios e vasos lymphaticos podem estar tambem hypertrophiados.

J. B. Fournier reuniu 25 exemplos d'acromégalicos com perturbações cardiacas dos quaes 12 foram autopsiados. Conclue aquelle auctor do seu trabalho que existem duas especies d'hypertrophia cardiaca ; n'uma haveria cardiomégalia simples sem lesão degenerativa da fibra muscular acompanhando-se quando muito, e isso excepcionalmente, d'uma insufficiencia funcional das valvulas. A outra variedade d'hypertrophia cardiaca coexistiria com um certo gráo de esclerose e de degenerescencia do myocardio. Tratar-se-ia n'este caso d'uma myocardite esclerose verdadeira com o quadro symptomatico da arterio-sclerose cardio-renal: hypsystolia, figado cardiaco, edêma dos membros, etc.

— A reflectividade tendinosa, em especial os reflexos patelares ou estão normaes, diminuidos ou abolidos ; nunca se encontraram exaggerados.

Hyperhydrose: os acroméglicos estão, de facto, sujeitos a transpirações faceis, muito abundantes, bastando a provocal-as o mais ligeiro esforço. Nas mulheres esta sudação exagerada coexiste muitas vezes com o advento da menopausa.

Varios auctores têm proclamado a grande importancia d'uma analyse chimica ás urinas d'estes doentes, especialmente no sentido d'investigar a existencia do assucar. Esta glycosuria que Hansemann e Hinsdale encontraram em alguns dos seus doentes e que P. Marie diz existir em metade ou na terça parte dos casos, póde acompanhar uma polyuria por vezes bastante accentuada; e n'um caso de Alibert era tal a emissão d'urinas que — o proprio doente o referia — parecia produzir-se uma inundação nos logares onde elle se encontrava.

Esta glycosuria pode ter uma origem simplesmente alimentar e debellar-se portanto com um regimen dietético apropriado; mas não poderá tambem traduzir uma dyscrasia no metabolismo intimo das cellulas, alteradas no seu funcionamento?

A tal assumpto voltaremos quando tratarmos da pathogenia.

O professor Bouchard refere ainda ter encontrado peptona na urina d'um acroméglico.

São muito raras as perturbações da sensibilidade cutanea; entretanto Strümpell, Erb e Henrot citam alguns casos.

A pelle das extremidades costuma ser de côr mais carregada que a da raiz dos membros ou do tronco; ella tem ainda apparecido em alguns d'estes doentes

um pouco espessa e auserina, isto é parecendo ter experimentado a acção prolongada d'um frio intenso.

Pequenos tumores fibrosos da pelle (molluscum), de dimensões variadas, podem apparecer em qualquer região do corpo, sobretudo na parte superior do tronco. O «molluscum» pôde existir fóra de qualquer estado morbido e observa-se quasi sempre na infancia parecendo derivar d'uma disposição hereditaria. Um «molluscum pendulum» ou verruga pediculada já tive occasião de vêr implantado nas partes extra-genitales d'uma mulher de idade de 50 annos.

Na acromégalia o «molluscum» será uma simples coincidência, um phenomeno proprio da doença, ou como pretende Marie o resultado das muitas perturbações que constantemente parecem effectuar-se na nutrição da pelle?

Nos cabellos poderão notar-se algumas modificações d'espessura, ou na rapidez do crescimento, pouco em desharmonia com o que se observa normalmente.

### C. — Symptomas subjectivos constantes

De todos elles o que sobreleva aos outros pela sua extrema frequencia e intensidade é, sem duvida, a cephalalgia. Muitas vezes é o primeiro signal a apparecer e o que pela sua constancia e violencia das dôres leva o doente a procurar o medico.

A cephalalgia ou affecta o typo remittente, ou é intermittente com periodos dolorosos bastante approximados; habitualmente limitada a uma região do craneo —

com predilecção para a região occipital — a dôr pôde ainda generalisar-se a todo o craneo. Em algumas observações que li se refere apparecer a cephalalgia a umas certas horas do dia ou da noite, attenuando-se pela mudança de posição ou pelo aquecimento do leito.

Além das cephalalgias, queixam-se estes doentes muitas vezes de dôres visceraes, ou ao longo do rachis, mas quasi sempre occupando os membros. N'este ultimo caso essas dôres seriam ordinariamente symetricas; generalisadas aos quatro membros, appareceriam segundo Steiton e State em metade dos casos.

Às vezes vagas sob a fôrma de fadiga, de curvatura; outras vezes mais intensas sob a fôrma de dôres osteo-articulares, de nevralgias, de dôres pseudo-tabeticas, etc. Estas dôres que ordinariamente não são persistentes — no que differem da cephalalgia — ou são expontaneas mas quasi sempre submettidas ás influencias exteriores e exageradas pelo frio, a humidade, a fadiga, a pressão das massas musculares, etc.

O facto de terem apparecido casos em que o phenomeno dôr acompanhava constantemente a marcha da doença, levou alguns auctores a propôr a criação d'uma fôrma dolorosa d'acromegalia.

Em alguns individuos estas dôres além d'apresentarem analogias com as do rheumatismo chronico, têm coincido com o inicio das deformações das extremidades as quaes podem ter uma certa relação com os phenomenos dolorosos (observações de Meunier, Duchesneau, Stainton e State).

Todos os orgãos dos sentidos podem estar interessados. Comtudo o sentido da visão é o mais frequentemente attingido: a vista d'ordinario é fraca, esta

fraqueza offerecendo muitos graus desde uma ligeira amblyopia á cegueira completa. O exame ophtalmoscopico permittindo a observação clara do fundo do olho, ajuda-nos a diagnosticar a causa d'aquella amaurose que póde corresponder a uma alteração material da retina e dos nervos opticos, desde a simples congestão papillar até á nevro-retinite confirmada.

Alguns doentes queixam-se de dôres intra-oculares ou peri-oculares sobretudo quando fixam os objectos á luz artificial (observ. de Marie, Verstraeten e Roth).

Póde apparecer tambem o signal d'Argyll-Robertson, myosis (obs. de Marie) e um retrahimento mais ou menos pronunciado do campo visual ás vezes com dyschromatopsia e hémioopia temporal.

Sobre estas perturbações oculares, que lembram bem as dos tumores cerebraes, voltaremos a fallar a proposito do meu doente.

—Muitas vezes ha um appetite exagerado com sêde viva. Alguns auctores encontraram doentes que uma hora depois da refeição sentiam novamente necessidade de se alimentar (observ. de Marie e Verstraeten). A sêde era de tal modo insaciavel n'um d'estes doentes que elle refere ser-lhe necessario beber quatro ou cinco copos d'agua para se sentir bem.

Isto demonstra como se fazem rapidamente as digestões n'estes doentes e explica, por serem obrigados a exagerar a sua alimentação, como é frequente n'elles a dilatação do estomago.

Irregularidades da menstruação: dysmenorrhêa e sobretudo amenorrhêa são symptoma quasi constante na acromégalia. Ás vezes essa amenorrhêa installa-se inopinadamente e d'uma maneira definitiva; mas na maior

parte dos casos é precedida por supressões de curta duração, a mulher não se vendo regulada periodicamente.

Quer-se explicar esta precocidade da menopausa por uma involução prematura dos ovários, á semelhança do que parece dar-se com o utero.

#### D.—Symptomas subjectivos inconstantes

Perturbações auditivas — diminuição d'acuidade auditiva podendo ir até á surdez — zumbidos, etc. Mas devemos estar de sobreaviso com alguma affecção do ouvido medio ou da trompa.

As alterações do gosto e do olfacto são pouco conhecidas.

Palpitações cardiacas teem tambem referido alguns auctores.

#### E.—Symptomas geraes e psychicos

Os acroméglicos queixam-se ás vezes de fraqueza geral, inaptidão para o trabalho, lassidão.

Mal humorados, n'elles as modificações do character tornam-os tristes e irritaveis. Para alguns, o acroméglico seria quasi sempre um deprimido; possuiria uma tendencia melancholica e uma falta de coragem podendo conduzir ao suicidio, embora não haja propriamente alienação psychica.

Farnarier investigando os antecedentes hereditarios d'estes doentes, notou a frequencia das psychoses e das nevroses nas familias dos acroméglicos bem como a frequencia das manifestações de degenerescencia n'estes doentes, desde a fraqueza intellectual até á demencia. Pensa aquelle auctor que a hereditariedade neuro-arthritica offerece um terreno favoravel ao desenvolvimento da doença de Marie.

Comtudo, outros observadores não concluem o mesmo e eu no meu caso não poude decidir a influencia da hereditariedade.

## EVOLUÇÃO. TERMINAÇÃO. PROGNOSTICO

D'uma maneira geral podemos dizer que a acromégalia é uma doença da idade adulta: o seu inicio dá-se entre os 20 e 26 annos.

Citam-se, entretanto, casos precoces e tardios; assim o Snr. Sousa Leite refere o caso d'uma rapariga na qual as deformações das extremidades coincidiram com o desenvolvimento da puberdade; e outro em que, ao contrario, as manifestações d'aquella doença, só se evidenciaram aos 47 annos. Estes casos devem, comtudo, ficar como simples excepções e devemos assentar em que a acromégalia escolhe a idade adulta para se desenvolver e nunca é congénita.

Esta doença installa-se insidiosamente, d'uma maneira surda, pela hypertrophia muito lenta e progressiva das extremidades e da face e acompanhando-se d'um cortejo symptomatico, mais ou menos rico e mais ou

menos evidente: cephalalgias, perturbações de menstruação, perturbações oculares, etc. Muitas vezes, como já disse, são cephalêas intensas que levam o doente a procurar o medico.

Uma vez estabelecida a doença ella segue uma marcha muito lenta, mas nem sempre regular, podendo observar-se verdadeiras «poussées» alternando com períodos de relativo estacionamento.

A sua duração é muito variavel podendo ir de 8 a 30 annos o que levou Sternberg a descrever tres formas d'acromégalia: uma fórma ordinaria que duraria de 8 a 30 annos; uma fórma benigna podendo durar 50 annos, e uma forma maligna, evoluindo no curto periodo de 3 ou 4 annos.

Deve dizer-se que n'um d'estes casos d'acromégalia aguda maligna foi encontrado á autopsia um sarcôma.

A terminação é fatal, o doente succumbindo pelos progressos d'uma cachexia lenta ou por syncope em resultado da compressão realisada pela hypophyse hypertrophiada.

Uma doença intercorrente póde abreviar a duração d'acromégalia.

Emquanto ás modificações de peso, tem-se notado que elle cresce até attingir um maximo ficando, então, estacionario, para depois retrogradar. Um phenomeno analogo dá-se com a altura.

## ANATOMIA PATHOLOGICA

Pela informação clinica deduziu P. Marie, como já dissemos, a individualidade da acromegalia; a anatomia pathologica vem por sua vez confirmar da maneira mais ampla a autonomia clinica do typo acromégalico.

Infelizmente até hoje não são muitas as autopsias; comtudo, embora em pequeno numero têm sido sufficientes para nos esclarecer sobre as variadas deformações da acromegalia, tão characteristics e tão constantes.

De todas as lesões que a autopsia d'um acromégalico póde revelar ha particularmente duas, que pela sua constancia e valor, merecem uma menção especial. São ellas:

- 1.º As alterações do esqueleto.
- 2.º As alterações da glandula pituitaria.

D'entre estas duas ordens de lesões aquella que nós podemos considerar como fundamental — a mais especi-

fica de todas as lesões — é, sem duvida, a hypertrophia da hypophyse.

Com effeito, a glandula pituitaria tem sido encontrada sempre intumescida com um augmento de volume podendo variar das dimensões d'uma cereja á d'um ovo de gallinha.

Para bem se comprehender as desordens que podem determinar os phenomenos de compressão realizados por uma hypophyse hypertrophiada, acho bem indicar primeiramente a posição que ella occupa na base do cerebro, relacionando-a ao mesmo tempo com os órgãos visinhos.

A hypophyse está presa pela haste pituitaria a uma lamina, affectando a forma d'uma saliencia mamillar, e que occupa todo o espaço comprehendido entre o chiasma, as bandiculas opticas e os tuberculos mamillares. Esta lamina vem a ser o «tuber cinereum».

A hypophyse enche inteiramente uma pequena depressão da base do craneo denominada «sella turca» em razão do seu aspecto. Lateralmente, a hypophyse está em relação de contacto com a parede interna do seio cavernoso que a separa da carotida interna.

As paredes anterior e posterior da sella turca limitam-n'a adeante e atraz. A face inferior, que é convexa, repousa no fundo da sella. Por cima da hypophyse estende-se uma dependencia da «dura mater»: o diaphragma de hypophyse.

Normalmente esta glandula affecta a fórma d'um ellipsoide d'eixo maior transversal (diametro transv. 12 a 15 mm; diam. ant. post. 8 mm. — diam. vert. 6 mm).

O seu peso medio é de 0,50 gr.

Comprehende-se que uma hypophyse intumescida

possa dilatar a sella turca — o que é confirmado pelos resultados d'autopsias — afaste as apophyses clinoidêas e faça na base do cerebro uma cavidade mais ou menos consideravel.

N'esta obra destructiva o processo pathologico invade o seio esphenoidal, ás vezes a lamina crivada do ethmoide, a lamina quadrada e as apophyses clinoidêas do esphenoido que são lançadas para traz. Todos os seios da face, maxillar, frontal, ethmoide, mastoideos, podem ser mais ou menos dilatados.

Héron refere uma autopsia feita por P. Marie em que este notavel neurologista encontrou uma hypophyse com o diametro transversal de 38 mm. Henrot por sua parte encontrava o mesmo diametro com 42 mm. n'uma enorme hypophyse que apresentava o volume d'um ovo de gallinha.

N'um outro caso de Brigidi, a glandula pesava 14 grammas, o diametro transversal media 29 mm. e a espessura attingia 20 mm.

Em face de tão notaveis augmentos de volume d'um orgão de dimensões normalmente tão exiguas, não será difficil comprehender-se a origem d'algumas lesões secundarias e explicar-se, ainda melhor, alguma symptomatologia d'este curioso typo morbido. Assim, por exemplo, a compressão dos nervos opticos ao nivel do chiasma e das bandiculas opticas não nos explicará aquellas cephalêas rebeldes, a hemiopia e a nevroretinite que muitas vezes acampanham o cortejo symptomatico da acromegalia?

E as alterações da audição e da olfação não poderão explicar-se da mesma forma? Com certeza; e a clinica é a primeira a mostrar-nos a multiplicidade e

variedade de desordens realizadas dentro da economia humana por um dos seus órgãos luxado ou hypertrophiado. Alguns auctores avançam mais querendo explicar por phenomenos de compressão os sonhos e a agitação nocturna d'alguns doentes.

— A histologia microscopica do tecido da glandula pituitaria hypertrophiada tem revelado lesões néoplasicas variadas das quaes um auctor, Parona, em 37 casos que autopsiou apresenta a seguinte estatistica:

Adenosarcoma . . . . .	45	por cento
Adenorma . . . . .	26,3	»
Sarcôma . . . . .	19,4	»
Angiôma . . . . .	3,4	»

Devemos acrescentar a esta estatistica alguns casos d'epithelioma referidos por outros auctores, á parte outras variedades não classificadas pela dificuldade com que se luctava em razão da ignorancia em que ainda se está a respeito da estructura normal da glandula hypophysaria. Entretanto parece ser o adenôma a lesão mais vezes observada, o que confirma as pesquisas histologicas mais recentes, decidindo tratar-se principalmente d'uma hyperplasia glandular progressiva realizada á periphéria da glandula com participação dos vasos e do tecido intersticial, que esclerosados e ajudados da necrose cellular, fariam o tumor da hypophyse.

Vejamos agora as alterações que se dão do lado do esqueleto. Estas lesões a que já temos tido occasião de nos referir no decurso d'este trabalho e, que pela sua symetria e character d'hypertrophia bem como pela predilecção para as extremidades, constituem bem uma

característica d'esta doença, têm merecido dos anatomopathologistas a observação mais cuidada e a interpretação que merecem.

Estas lesões do esqueleto que como disse são caracterizadas, em certos pontos principalmente, por extraordinarias hypertrophias podem attingir os ossos da cabeça, do tronco e dos membros.

Do craneo já fallamos na dilatação dos seios e no augmento da fossa pituitaria em resultado da hypertrophia da hypophyse. Mas ontras lesões, embora menos frequentes, se poderão observar pela autopsia como a desappareição das suturas, a hypertrophia da protuberancia occipital externa, o espessamento dos ossos do craneo, etc.

Na face já chamamos a attenção para a constancia e extensão da hypertrophia do maxillar inferior, cujo prognathismo é signal de valor para o diagnostico differencial com outras affecções que se acompanham tambem d'alterações do esqueleto.

No rachis, lesões das vertebrae explicam-n'os a producção da cyphose quasi constante n'estes doentes; são os tuberculos terminaes das apóphyses espinhosas cervico-dorsaes que soffrem o processo hypertrophico.

Do lado do thorax — as costellas, as claviculas, o esterno, e o omoplata espessados e algumas vezes experimentando ainda um certo alongamento, exageram notavelmente a cintura thoracica.

Ao occuparmo-nos agora das lesões dos membros repetiremos a expressiva phrase de P. Marie: «no esqueleto dos membros dos acromégalicos a hypertrophia dá-se de preferencia nos ossos das extremidades e nas extremidades dos ossos». Pode-se observar exagero no

volume das cristas, das linhas, das eminencias, das apophyses que servem a inserções musculares e tendinosas.

Pelas observações histologicas mais recentes decidiu-se que estas lesões operadas no esqueleto resultam d'um processo notavel d'osteogenése cujas características principaes M. M. P. Marie Marinesco, Renaut e Duchesneau traçaram da seguinte fórma: «crescimento lento de certos ossos á custa do periosseo que se reduz a laminas delgadas, enquanto o osso medullar se torna preponderante crescendo com uma regularidade por assim dizer mathematica. N'um córte vê-se que a área do circulo é occupada por toda a parte por medulla vermelha para cuja constituição entram tambem vesiculas adiposas. Cada espaço medullar, de fórma circular, tem no meio um vaso. Á periphèria da medulla ossea não se distingue nem renques d'ostéoblastas como n'um osso rachitico nem cellulas com nucleos multiplos».

Trata-se, então, d'uma edificação lenta e regular; e não das modificações brutas que se observam no rachitismo e nas osteites vulgares.

O periosseo apresenta sobretudo hyperplasia do tecido conjunctivo e sobrecarga adiposa; a sua camada interna é séde d'uma néoformação ossea. Marie e Marinesco verificaram um processo de reabsorpção central do qual seriam agentes os ostéoblastas. Parallelamente a esta reabsorpção dar-se-ia uma histogenése periphèrica, bastante intensa, originada pelo periosseo e cartilagem articular.

A histologia microscopica constatou, quanto ás extremidades dos membros, a hyperplasia das papillas e uma hypertrophia consideravel da derme.

Todos os tecidos conjunctivos estão espessados: as

membranas connectivas das glandulas sudoriparas e sebáceas, dos folliculos pilosos; as paredes dos vasos especialmente as tunicas interna e externa.

Seriam comtudo as bainhas dos nervos sub-dermicos que experimentariam até um mais alto gráu esta hypertrophia, acompanhando um certo estado de degenerescencia d'esses mesmos nervos. Esta hypertrophia estende-se tambem ás inserções tendinosas e aponevroticas dos musculos.

A macroglossia que referimos ser tão notavel em algumas das observações que aqui citamos é devida ao espessamento consideravel da derme, do tecido conjunctivo inter-fascicular e intra-fascicular,

As alterações nos nervos lingual e hypoglosso são pouco accentuadas e os ramusculos nervosos da lingua não apresentam uma degenerescencia tão adeantada como os nervos das extremidades, a que ha pouco fizemos referencia.

As mucosas lingual, nasal, as da pharynge, da larynge e da trachêa soffrem d'uma pachydermia simples com infiltração cellular. O grande sympathico particularmente o ganglio cervical inferior é séde d'uma notavel esclerose. No cerebro ha hyperplasia da nevrogia.

O systema nervoso peripherico mostra-nos lesões nas regiões attingidas pelo processo acromégalico. De resto, as lesões nervosas da acromégalia são pouco conhecidas.

O systema glandular apresenta alterações variaveis. Nos rins, a substancia cortical apresenta lesões d'uma nephrite chronica parenchymatosa; o tecido intersticial está attingido d'uma esclerose moderada. Os folliculos do corpo thyroídeo estão hyperplasiados, kysticos e

contém ás vezes crystaes d'hemoglobina. O baço e os ganglios lymphaticos estão esclerosados.

É interessante saber-se as lesões que podem dar-se do lado da glandula thyroidêa. P. Marie insistiu sobre a reviviscencia habitual d'aquella glandula na acromégalia e refere uma estatistica que tirou a Hinsdale. D'esta estatistica baseada em 57 autopsias d'acroméglicos, em 36 das quaes foi examinado o corpo thyroideo, resulta que este orgão estava hypertrophiado em 13 casos; atrophiado em 12 e normal em 10. Mas ao lado das lesões d'aquella glandula, deveremos attender ás que porventura possam apparecer do lado das capsulas supra-renaes, do pancreas, das glandulas buccaes ou laryngeas, etc. Alterações d'esta ordem poder-nos-hão, talvez, n'um futuro mais ou menos distante, esclarecer sobre a verdadeira pathogenia da doença de Marie.

Outras lesões têm sido ainda observadas como: a hypertrophia do coração e dos vasos, de certas visceras thoracicas e abdominaes; isto é, a esplanchnomégalia ou gigantismo visceral.

De tudo o que observaram, concluem assim P. Marie e Marinesco: «a synthese d'estas lesões prova que se trata d'uma affecção geral, progressiva, systematisada, de localisação principal nas diversas especies de tecido conjunctivo das extremidades, das mucosas e de certos orgãos.

A razão d'esta localisação reside nas condições particulares de circulação e de nutrição dos membros e n'uma predisposição embryonaria. Os musculos que se inserem á face profunda da pelle ou das mucosas alteradas são invadidos pelo processo de hyperplasia con-

junctiva. É provavel que um mecanismo semelhante presida á degenerescencia dos nervos.

Em consequencia d'estas perturbações de nutrição certas glandulas, como por exemplo o rim, reagem e são tomadas consecutivamente».

## ETIOLOGIA E PATHOGENIA

Actualmente nada se sabe ainda quanto á etiologia da acromégalia e quasi o mesmo se poderá dizer quanto á sua pathogenia.

De todos os factores que se tem estudado podendo influir como causas predisponentes d'esta affecção — um só parece ser verdadeiro — é a idade. Na verdade, de todas as observações colhidas até hoje se conclue que a acromégalia não é uma affecção congénita, escolhendo de preferencia a idade adulta para se desenvolver. É isto tudo quanto se sabe da etiologia da doença de Marie!

Investigando a ascendencia d'estes doentes têm-se encontrado taras hereditarias as mais variadas: doenças diathesicas (gôtta, rheumatismo) ou nervosas (chorêa, hysteria, tabes, etc). Nos seus antecedentes pessoaes, a mesma diversidade: doenças infecciosas (sarampo,

variola, escarlatina, febre typhoide, paludismo, syphilis, etc.) intoxicações (alcoholismo).

O traumatismo, a que hoje muitos querem ligar grande importancia especialmente como causa occasional, até esse tem sido incriminado; e a verdade é que só n'um caso de Unverricht a acromégalia se teria desenvolvido consecutivamente a um traumatismo.

Já fallamos no capitulo da symptomatologia no valor que a hereditariedade neuro-arthritica teria para certos auctores, mas a verdade é que tal influencia bem como a das emoções moraes não foi decidida na maior parte dos casos.

Teriamos agora d'entrar em consideração com a frequencia d'acromégalia segundo os sexos, as raças e o clima; mas de todas as observações que se conhecem se conclue que esta doença intalla-se indifferentemente nos dois sexos, sem predilecção para determinada raça e evolucionando da mesma fórma sob qualquer clima.

D'esta forma, continua ainda obscura toda a etiologia da doença de Marie.

Sobre a sua pathogenia pouco elucidada ainda, resumiremos as theorias mais dominantes actualmente, cada qual a mais exclusivista, e porfiando todas em rasgar o véo mysterioso que occultará porventura tanta surpresa.

Enumeremos em primeiro logar as diversas theorias. Uma d'ellas quer explicar tudo por um desenvolvimento exagerado do systhema vascular sob a dependencia do thymo.

Uma theoria ha tambem que quer attribuir esta doença a uma inversão na evolução da vida genital.

Para outros auctores, Recklinghansen por exemplo, a acromégalia seria uma affecção trophonevrótica.

Mais modernamente P. Marie seduzido pela constante hypertrophia da hypophyse n'esta doença faz da acromégalia uma dystrophia systematisada. Esta theoria que apresenta muitos defensores, pode visar a variadas hypotheses—uns querendo vêr na doença de Marie um syndrôma exclusivamente pituitario, emquanto outros querem incluir relações com as outras glandulas vasculares sanguineas.

Tratar-se-ha ainda d'um hyperfuncionamento da hypophyse ou d'um hypofuncionamento?

Uma outra theoria admite como primitivas as alterações nutritivas as quaes determinando um acrescimo de trabalho á hypophyse, produziriam secundariamente a hypertrophia d'aquella glandula.

—A primeira das theorias que enunciamos formulou-a um distincto anatomo-pathologista, Klebs, para quem a acromégalia seria o resultado d'um desenvolvimento anormal, insolito do systema vascular.

Seduzido pela existencia do thymo no seu caso, este auctor quer attribuir áquelle orgão da vida fetal um papel muito nobre e muito complexo: para Klebs o thymo fabricaria elementos endotheliaes.

Estes endothelios que se destacariam das paredes dos pequenos vasos do thymo, cahem no sangue onde irão desempenhar o papel de cellulas vaso-formadôras. D'aqui resultaria um augmento de vasos e, consequentemente, uma hypernutrição e um augmento das partes terminaes onde é mais fraco o curso do sangue.

Esta theoria é inaceitavel porque as modificações epitheliaes e os phenomenos vasculares que Klebs invoca, existem tambem nos casos de hypertrophia dos membros, além de que o excesso de vascularisação não é a característica d'acromégalia.

Massalongo quiz aproveitar com ligeiras modificações a theoria de Klebs adduzindo a seu favor a persistencia das funcções do thymo e da hypophyse além do periodo de crescimento terminado, isto é dos 20 aos 25 annos.

— A theoria que quer attribuir a acromégalia a uma inversão na evolução da vida genital foi admittida por Freund e acceite mais tarde por Verstraeten.

Para não alterar de qualquer fórma o sentido das palavras d'aquelle auctor traduzo para aqui textualmente o que elle diz: «N'um certo numero d'individuos, diz Freund, o modo ordinario de desenvolvimento está alterado ou ficando para traz da normal ou, ao contrario, passando esta normal no tempo e no espaço; as deformações que d'ahi resultam acompanham as perturbações do desenvolvimento da puberdade e tambem, mais tarde, das funcções genitales. Como exemplo de desenvolvimento atrazado encontra-se o infantilismo, o nanismo; como exemplo de desenvolvimento exagerado o gigantismo, a acromégalia.

Todos estes estados anormaes que acabam por se estabelecer d'uma maneira fixa procedem do mesmo fundo, todos estão ligados d'uma maneira enigmatica á vida genital.

«A acromégalia é uma anomalia de desenvolvimento que provavelmente principia já na epocha da 2.<sup>a</sup> denti-

ção e certamente se estabelece energicamente com a epocha do desenvolvimento da puberdade.

Se já nos anões e nos gigantes se pode reconhecer uma participação do *systema genital*, esta torna-se ainda mais evidente nos *acroméglicos*. Está bem estabelecido pela experiencia que em todos os casos regularmente observados até aqui d'*acromégalia* as funcções genitales estavam annulladas.

D'outra parte ha, a meu vêr, indícios que permitem admittir que a funcção genital é n'estes individuos des-pertada d'uma maneira precoce não tardando a attingir um desenvolvimento superior á normal».

Para responder á argumentação de Freund bastará repetirmos o que já por mais d'uma vez aqui dissemos; isto é, que a *acromégalia* é uma doença esperando quasi sempre a segunda metade da adolescencia ou o inicio da idade adulta para se desenvolver; além de que em poucas observações das muitas que o Snr. Sousa Leite teve o cuidado de colligir se fazia referencia a alterações profundas das funcções genitales precedendo a manifestação da doença. É verdade que entre o desenvolvimento do esqueleto e o desenvolvimento dos órgãos genitales ha relações intimas, tendo o ultimo certa influencia sobre o primeiro.

Bastará attender ás mudanças que se dão do lado dos órgãos genitales quando se dá a actividade do crescimento no periodo da puberdade, e como a castração parece influir sobre o alongamento dos ossos, questões estas que seria muito interessante tratar mas que se desviam já um do pouco da indole do nosso trabalho. Mas, consideremos: muito embora existam casos bem averiguados d'*acromégalia* com perturbações genitales,

faltar-nos-ia explicar por que artificios essas alterações iriam influenciar no crescimento do esqueleto; e, esta hypothese, embora a possamos até certo ponto aceitar, nunca por si só ella será sufficiente para explicar a pathogenia da doença de Marie.

—Para os que querem, como Rechlinghausen, que a acromégalia seja uma affecção tropho-nevrótica resultante d'alterações do *systema nervoso central* e *peripherico*, a *hypertrophia* das extremidades soffreria aquella influencia por intermediario dos *vaso-motores*. Esta theoria que até certo ponto é suggestiva não se apoia em algum dado seguro porquanto nada nos prova até hoje a prioridade das alterações nervosas.

A opinião de P. Marie fundamentada na observação clinica e nos resultados d'autopsia—que revelam uma *hypertrophia* constante da *hypophyse*—merece consideração, vista, é claro, como simples hypothese emquanto novas descobertas não a permittam completar, modificando-a ou interpretando o seu sentir ao sabor ou ao talante dos conhecimentos futuros.

P. Marie diz-nos que «na acromégalia se trata d'uma especie de *dystrophia systematica* cujo logar em nosologia seria bastante *symetrico* do *myxedema* e que affectaria com um órgão ainda desconhecido de funcção trophica (*corpo pituitario*) relações analogas ás que ligam o *myxedema* a certas lesões ou á ablação do *corpo thyroideó*».

Não parece haver duvida que P. Marie andou com talento dirigindo as suas attenções para a *glandula hypophysaria*; e, em vista da constancia das alterações d'aquelle órgão em todos os casos d'esta affecção, so-

mos forçados a attribuir áquella glandula o papel primordial na pathogenia da acromégalia.

Infelizmente a physiologia experimental ainda não nos ilucidou sobre o funcionamento da hypophyse e da sua ablação operada em animaes não colhemos os menores esclarecimentos. Por isso, muito embora estejamos em face dos conhecimentos actuaes auctorisados a dizer que a acromégalia é um syndroma pituitario, desconhecendo o mechanismo intimo da glandula, não poderemos prever que influencias exercerão as suas alterações sobre o desenvolvimento do esqueleto.

Alguns auctores, entretanto, procuram correr o véo: assim Rogowitsch diz que a ablação da glandula thyroidêa provoca uma hypertrophia compensadora da hypophyse. Rogowitsch pensa tambem que aquellas duas glandulas destroem substancias toxicas para o systema nervoso central.

Realmente — devemos dizel-o — nada mais seductor do que esta hypothese mas infelizmente ella, como todas as outras que até ao presente se têm emitido a este respeito, não assentam sobre algum fundamento solido.

E, de mais, ainda que todos os casos d'acromégalia sejam acompanhados d'uma intumescencia da hypophyse, esta pode acompanhar outros estados morbidos que não a doença de Marie: — a bibliographia recente se refere a estes casos (Babinski, Fröhlich, Touche, Cestan). O proprio tratamento opotherapico não nos fornece esclarecimentos. No doente de que eu adeante faço uma observação a opotherapia fez ceder bastante as cephalalgias. N'uma d'estas curas, Schiff encontrou nas urinas um augmento d'acido phosphorico devido á decomposição do tecido osseo rico em phosphoro; d'esta maneira

a ingestão da hypophyse determinaria um effeito desnutritivo.

Ao lado da theoria que quer fazer depender da hypophyse todas as alterações na doença de Marie, outra ha que põe ao lado da influencia exercida por aquella glandula todo o trabalho realisado pelo conjuncto das glandulas vasculares sanguineas.

Para os partidarios d'esta theoria as glandulas de secreção intensa possuem uma synergia funcional e funcções compensadoras.

As autopsias confirmam de certa fórma esta maneira de vêr porque se têm visto lesões d'hyperplasia coexistirem em varias glandulas fechadas; thymo, corpo thyroideô, capsulas supra-renaes, pancreas, etc. Por outro lado, e a isso já nos referimos, as glandulas genitae influem na actividade ostéogénica das cartilagens de conjugação; o extracto thyroideô possui uma acção analogá.

Ainda que não seja para rejeitar o concurso das outras glandulas de secreção interna, especialmente da thyroideá, é mais prudente em face dos conhecimentos actuaes considerar por emquanto a acromégalia apenas como um syndrôma pituitario.

Mas, então, tratar-se-ha d'um hyperfuncionamento da hypophyse? seria, então, necessario admitir que o succo hypophysario, normalmente frenador da nutrição, vae aqui exagerar a actividade do periosseo conduzindo ás deformações acroméglicas.

As experiencias que já citamos sobre a acção desnutritiva do tratamento opherapico fallam a favor d'esta hypothese.

Tratar-se-ha, ao contrario, d'um hypofuncionamento

da hypophyse? Então seriam fundadas as conjecturas de Rogowitsch e assim teríamos d'attribuir á glandula hypophysaria uma funcção muito especializada — a de segregar um succo neutralizador de substancias nocivas. O mecanismo d'esta perturbação dar-se-ia assim: a glandula deixava de segregar em quantidade sufficiente para completa neutralisação das substancias toxicas, as quaes em excesso, iriam actuar sobre os centros trophicos dos tecidos cartilagineo e osseo, ou directamente sobre aquelles tecidos, e determinar a producção de manifestações acroméglicas. Ou porque se attribuem as perturbações da hypophyse a um hyperfuncionamento, ou a um hypofuncionamento, a alteração inicial d'aquella glandula pode resultar de causas multiplas — intoxicação, infecção, etc.

Já fizemos referencia a uma theoria que pretende serem as desordens nutritivas a determinante da hypertrophia da pituitaria, carregando-a com um excesso de trabalho com que ella não pode. Para Vassale, que é o auctor d'esta theoria, o tumor da hypophyse é sempre «uma hypotrophia simples caracterisada por uma grande abundancia de cellulas eosinophilas traduzindo uma grande actividade funcional.»

## DIAGNOSTICO

Fallamos quando se tratou da pathogenia n'uma theoria emittida por Recklinghausen e depois accete por Mauclair para quem as deformações acroméglicas resultariam d'alterações do systema nervoso. Para esses auctores, a acromégalia faria grupo com as osteites tropho-nervoses e como tal seria classificada e estudada. N'essa classe d'osteites, onde entrariam affecções de natureza muito differente, mas que o estado actual da sciencia não permittiu ainda destrinçar, encontramos typos morbidos muito diversos—uns caracterizados por variedades atrophiantes—outros, ao contrario, em que a hypertrophia era a caracteristica. N'esta ultima variedade ficava incluída a doença de Marie considerada com outras lesões como uma hypertrophia ossea systematisada e das quaes compete fazer o diagnostico. São essas outras lesões: a osteite deformante de Paget,

a ostéo-arthrite hypertrophiante pneumica e a «leontiasis ossea» de Virchow.

Todas estas affecções longe de constituirem formas clinicas diferentes d'uma mesma doença conservam, ao contrario, a sua individualidade no grupo das hyperostoses multiplas.

Façamos com ellas o diagnostico differencial da acromégalia e apressemo-nos em dizer que esse diagnostico, muito embora em certos casos d'extrema simplicidade, não deixa, comtudo, ás vezes de causar certos embaraços ainda ao clinico mais precavido.

Comecemos pela osteite deformante. Esta affecção da qual Paget foi o primeiro a dar uma descripção methodica, pelo que tambem é conhecida com o nome de doença ossea de Paget, mereceu depois estudos especiaes por parte d'outros auctores: Thibierge Crétien, P. Marie, Gilles de la Tourette, Robin, Meunier. Em 1903 Lannelongue estudando esta affecção via n'ella uma fórmula d'heredo-syphilis, explicando-se os seus caracteres especiaes pela idade dos individuos attingidos.

Fournier foi mais longe chegando a incluil-a no grupo das affecções parasyphiliticas.

Encontra-se n'esta doença um augmento consideravel de volume e uma curvatura accentuada dos ossos longos dos membros e dos ossos do tronco e da cabeça.

Um certo gráu d'amollecimento dos ossos contribue para lhes produzir deformações. Portanto, hypertrophia (ordinariamente em toda a dyaphise) e amollecimento relativo taes as lesões que predominam na affecção de Paget e que contribuem a dar a taes doentes um aspecto curioso. Com as pernas afastadas por uma cur-

vatura symetrica, muito longas e desproporcionadamente delgadas; o tronco e o pescoço fixos n'uma flexão anterior pronunciada, em razão de lesões analogas do rachis, a attitude simiesca, diz Pozzi, é das mais características.

Em alguns casos d'esta doença, as curvaturas dos ossos pronunciam-se tanto que as pernas quasi se cruzam em X e os doentes não podem andar, ficando condemnados para sempre á immobildade dos membros inferiores. Geralmente a hypertrophia começa pelos ossos do craneo que podem chegar a attingir 2 ou 3 centimetros d'espessura.

Descripta d'esta fórma a symptomatologia da doença de Paget comparemos com ella a doença de Marie, estabelecendo o contraste entre os seus signaes fundamentaes. Assim veremos que na doença de Paget são sobretudo os ossos do craneo que por hyperostose produzem o augmento de volume da cabeça; emquanto que as lesões da face, tão notaveis na acromégalia, quasi faltam na outra doença. Na doença de Paget, de facto, não se encontra o prognatismo tão frequente e por vezes tão exagerado da doença de Marie, nem se vê que as partes molles participem d'aquella hypertrophia. Esta é, demais, quasi limitada ás extremidades e n'isto consiste por assim dizer toda a característica da doença sobre que dissertamos; o contrario succede com a osteite deformante na qual as modificações mais importantes de volume dos ossos se dão do lado dos membros.

Ainda com mais um elemento differencial podemos argumentar: a deformação dos ossos longos por vezes tão pronunciada que acompanha a evolução da doença

de Paget não determina para a acromégalia as inflexões e curvaturas que descrevemos para a osteite deformante.

Quando mais não houvesse, até a propria epocha d'apparição das duas doenças servir-nos-ia para as distinguirmos — sabido que a doença de Marie é uma affecção da adolescencia, emquanto que os medicos que tem tratado enfermos da doença de Paget dizem-n'os que elles têm passado já a idade de 40 annos. O modo d'invasão das differentes partes do esqueleto não é tambem o mesmo; nos acroméglicos o desenvolvimento é regularmente symetrico — as duas mãos ou os dois pés são tomados ao mesmo tempo. Na osteite deformante a invasão effectua-se d'uma maneira mais dissociada, os ossos são attingidos sem ordem, sem symetria: ou é uma tibia ou um fémur primeiramente attingido, com conservação do osso do outro membro, que poderá conservar-se são durante toda a duração da doença.

Feita assim a comparação, não será facil depois d'uma observação um tanto cuidadosa confundir as duas doenças.

— É com a «ostéo-arthropathia hypertrophiante pneumica» que a acromégalia apresenta mais serias difficuldades de diagnostico.

Foi P. Marie que em 1890 deu a esta affecção uma individualidade propria e uma pathogenia especial.

Affecção bastante frequente, permittindo recentemente a Alexander reunir 83 observações, ella apresenta-se nos com uma diversidade de symptomas, alguns tão frequentes na acromégalia, que só n'um exame detalhado se permite fazer a destrição das duas doenças. Entretanto, cuidadosamente, ser-nos-ha possivel conhe-

cel-as e etiquetal-as com todo o conhecimento; para isso vejamos primeiro quaes os caracteres do syndroma clinico — osteo-arthropathia.

A face não exhibe a oval alongada do acromégalico nem o nariz apresenta as dimensões que se vêem n'estes doentes. Ausencia de prognatismo. A amenorrhêa falta tambem. O maxillar superior está deformado; consistindo esta deformação n'um maior ou menor espessamento do bordo alveolar, o que determina uma certa modificação na configuração da abobada palatina. Não se observa tão pouco o «ectropion» do labio inferior nem o pescoço grosso da doença de Marie.

A cyphose que se observa é dorso-lombar em logar de ser cervico-dorsal; ella pode, de resto, faltar—o que nunca succede na acromégalia—ou constituir um phenomeno tardio. Mas onde as alterações por parte do esqueleto são mais notaveis e reclamam do clinico uma observação mais meticulosa é nas mãos. Ellas attingem na ostéo-arthropathia dimensões enormes, tão grandes ou mesmo excedendo as que se têm observado em acromégalicos; mas emquanto as mãos d'estes ultimos doentes chamam a attenção apenas por serem grandes, as dos individuos portadores da outra doença são além d'isso mãos deformadas.

Estabeleçamos a comparação: na osteo-arthropathia a forma dos dedos apresenta de particular que a ultima phalange está por tal fórma intumescida, que na realidade, ella fica sendo de todas as phalanges a mais volumosa; d'ahi resulta para os dedos um aspecto especial simulando baquêtas de tambôr.

Na acromegalia cada segmento digital conserva as

suas justas proporções: hypertrophia-se com regularidade.

As unhas que nos acroméglicos são achatadas e pequenas, mal coifando a extremidade das phalanges, são nos doentes portadores da outra affecção estriadas longitudinalmente e fendilhadas, largas e sobretudo encurvadas em bico de papagaio.

Isto quanto aos dedos que a região carpo-metacarpica offerece-nos diferenças de dimensões e de forma nas duas doenças de que agora nos occupamos. Assim emquanto na acromégalia o desenvolvimento da região carpo-metacarpica é grande—mesmo relativamente mais consideravel que o dos dedos—na ostéo-arthropathia aquella região não se afasta muito das dimensões e da forma d'uma mão normal, salvo um pouco d'hypertrophia das cabeças dos metacarpianos.

Vejamos agora o que se observa do lado do punho. Aqui tambem a distincão é bem nitida e pelo simples aspecto se pode decidir d'uma maneira facil a natureza da affecção. Na verdade, se podermos comparar a região do punho n'um doente acroméglico e n'outro com ostéo-arthropathia hypertrophiante, e se quizermos completar a observação com o exame radiographico, seremos surprehendidos no 2.º caso com um alargamento mais ou menos pronunciado d'aquella região, acompanhando uma hyperostose muito accentuada das extremidades inferiores dos dois ossos do ante-braço. Verificamos assim que este segmento do membro thoracico está mais grosso na extremidade distal que em todo o resto da sua extensão. Além d'isso notar-se-hão os punhos visivelmente deformados. Tal não succede nos acroméglicos, nos quaes a região do punho se é mais espessa

que a d'um individuo normal está, comtudo, em relação com o desenvolvimento de todo o membro superior.

Distingamos agora os pés e, por methodo, façamos como para as mãos a comparação dos tres segmentos componentes: — os artêlhos, nós reconheceremos que estão, como os dedos na ostéo-arthropathia hypertrophiante, um pouco alongados mas sobretudo desproporcionadamente largos á custa especialmente da phalangêta. D'ahi resulta um aspecto identico ao da mão e caracteristico d'esta affecção — as phalangêtas em baquêta de tambor — que as unhas enormes e encurvadas mais fazem salientar.

Ao contrario, o tarso e o metatarso estão relativamente intactos, o que contrasta com o que dissemos da acromégalia.

Quanto á região malleolar — correspondente á do punho — está hypertrophiada em todas as suas dimensões sendo esta hypertrophia, por vezes enorme, acompanhada de deformação da região, a tal ponto, que o segmento inferior da perna é mais grosso do que a porção media. Não é isto o que se observa na acromégalia.

Devemos esclarecer que se é aos ossos que cabe o principal papel n'este augmento de volume, as partes molles tambem por sua parte acompanham este crescimento mas parecendo tão somente ceder a uma especie de distensão. Na acromégalia, ao contrario, as partes molles participam directamente da hyperostose ossea desenvolvendo-se por si só, parallelamente ao esqueleto.

Demais, na ostéo-arthropathia todos os ossos longos dos membros são volumosos — mais na perna e antebraço do que na côxa e braço; quer dizer os ossos dos

segmentos periphericos dos membros estão relativamente mais hypertrophiados que os da raiz dos membros.

As articulações participam d'estas alterações; muito tumefactas, ellas conhecem-se lesadas no seu funcionamento normal, em vista do obstaculo dos seus movimentos activos e da limitação dos passivos. Já fizemos referencia á cyphose nas duas affecções, deformidade que deve estar sob a dependencia de lesões das articulações intervertebraes; e diremos tambem que independentemente das articulações metacarpo ou metatarso — phalagianas, outras articulações podem tambem participar do processo morbido como succede para os cotovelos e joelhos, que os osteo-arthropaticos conservam permanentemente n'um grau mais ou menos pronunciado de flexão, sendo-lhes impossivel a extensão completa.

Estas duas ordens de lesões—osseas e articulares —justificam bem o nome d'ostéo-arthropathia. A observação d'alguns casos em que antecedentes existiam d'affecções pulmonares ou de lesões bronchiticas variaveis, fez com que se accrescentasse o termo «pneumica.» O exagero de volume das partes osseas explica a denominação d'hypertrophiante.

— Entremos agora no diagnostico differencial da acromégalia com a *leontasis ossea de Virchow*.

D'esta affecção facilmente se conhecerão os limites e a symptomatologia com a simples definição proposta por Mauclaire: «uma hyperostose diffusa, bilateral e symetrica localisada sobretudo na face e consecutivamente no craneo». Depois de numerosos estudos feitos por Virchow, Malpighi, Cruveilhier, etc., appareceu a descripção do prof. Le Dentu discutindo a natureza

d'esta singular affecção. Emquanto que na acromégalia se trata especialmente d'uma hypertrophia dos ossos da face, na osteite de Virchow pode haver participação de todos os ossos da cabeça. Estas hyperostoses, ou dizendo melhor exostoses, constituindo verdadeiros tumores osseos de aspecto e de fôrma muito irregulares, permitem conhecer esta doença não deixando confundil-a com a acromégalia. Quando todos os ossos da cabeça são alvejados e se transformam em verdadeiras bossas, a physionomia de taes doentes é, então, curiosa mas verdadeiramente disforme.

A fronte enorme; os malaras, salientes, occultam a apophyse nasal enterrada entre as duas massas lateraes proeminentes:—um certo desenvolvimento do maxillar inferior completa tão extranho «faciès» que bem se cognominou de leonino.

A extremidade cephalica attingida por esta hyperostose diffusa pode ter um peso 8 vezes maior que o normal. Ao lado d'este typo outros existem em que a hyperostose ou attinge apenas as partes media e inferior da face ou tão somente os maxiliares inferiores; n'estes casos o «faciès» leonino não existe.

Falta, todavia, na «leontiasis ossea» um symptoma essencial e que vimos ser constante na doença de Marie:—a hypertrophia das mãos e pés acompanhando um desenvolvimento correspondente das partes molles. Na «leontiasis elephantiasica nostras» ou syphilitica, as lesões são limitadas ás partes molles bem como na elephantiasis leprosa da pelle.

— Com o myxedêma costuma tambem fazer-se o diagnostico differencial, ainda que aquelle syndroma se apreste pouco a confusões. Na verdade, o «faciès», e o

estado de todo o organismo no myxedêma é bastante característico. Examinando um myxedematoso nós verificamos, é certo, um augmento de volume do corpo e das extremidades, mas n'este caso trata-se apenas d'uma simples infiltração edematosa das partes molles.

A pelle é immovel sobre os planos sub-jacentes fazendo corpo com os tecidos sub-cutaneos e adherindo-lhes fortemente; ao inverso do que se vê nos acroméglicos onde os tegumentos conservam a sua mobilidade normal. O «faciès» inchado, em meia lua, dos myxedematosos, com as palpebras edemaciadas occultando os olhos, differe essencialmente do «faciès» ovalar dos acroméglicos. Ausencia de prognathismo e de cyphose. O myxedematoso não tem a dupla bossa dos acroméglicos. Além d'isto, e sobretudo, a coexistencia de perturbações mentaes mais ou menos accentuadas fallam a favor do myxedema, muito embora um auctor inglez quizesse impôr que a acromégalia póde ser considerada como uma variedade ou fórma do estado cretinoidé ao lado do cretinismo endemico. Tal conceito não passa d'uma conjectura arriscada, sem base, que além de não encontrar apoio em qualquer observação da doença de Marie, se exclue absolutamente porquanto as alterações anatomicas principaes da acromégalia são muito differentes das do myxedêma. Onde estão, então, no syndrôma myxedematoso as alterações da hypophyse ou as alterações características do esqueleto, sobretudo quanto ás extremidades? Vemos, então, que o diagnostico differencial das duas affecções é de tal modo simples que não nos merece mais longas referencias.

— Haverá difficuldades de diagnostico entre a acromégalia e a elephantiasis dos arabes? Não será facil a confusão visto a elephantiasis ser uma doença dos paizes tropicaes, attingindo com predilecção os membros pelvicos especialmente as pernas e os pés. De resto, a deformação é muitas vezes uni-lateral sendo interessados n'essa hypertrophia apenas a pelle e o tecido cellular. Ordinariamente a sua causa é uma lymphangite d'origem parasitaria.

Geralmente as producções elephantiasicas respeitam a pelle da face, e muito embora se tenham observado casos em que ellas escolhem aquelle local para sua implantação, devemos consideral-os como muito raros.

D'esta fórma, se depreheende a facilidade de diagnostico entre as duas affecções de que fallamos e difficil será commetter o erro de as confundir.

— Certas fórmas de rheumatismo chronico produzem do lado das extremidades dos membros um augmento de volume, que no inicio ou n'um exame ligeiro, poderia fazer pensar na acromégalia, seduzido o observador em alguns casos por uma deformação bastante accentuada dos dedos e d'algumas articulações.

Porém, as dôres por vezes muito violentas com séde nas articulações, as quaes começam a apresentar os signaes classicos da inflamação; os estalidos das arthrites chronicas; a amyotrophia e em certos casos mesmo um certo grau de impotencia funcional, tudo isto completado com o exame da marcha do doente e dos seus antecedentes, permittirá resolver qualquer difficuldade de diagnostico.

Certos individuos que reúnem os caracteres do rachitismo e do lymphatismo podem apresentar symptomas que permitem a confusão d'aquelle estado com a acromégalia. Póde haver n'esses doentes um volume exagerado das mãos e pés; um espessamento do labio inferior, ás vezes em «ectropion», em certos casos mesmo um pouco de «bouffissure» da physionomia, uma apparencia d'edema palpebral. Mas um exame cuidadoso mostra-nos as mãos nodosas e sem os bordalêtes carnudos tão característicos da acromégalia, além da falta de cyphose e de prognathismo. Se alguma duvida ainda ficasse, ella desappareceria observando depois a evolução d'aquelles phenomenos.

## TRATAMENTO

Nada se conhecendo ainda da etiologia d'esta doença e sendo dada a incerteza da sua pathogenia, não podemos ainda actualmente assentar n'uma therapeutica efficaz, que preenchendo as indicações causaes, tivesse o character de racional e fosse de resultados mais ou menos seguros. Infelizmente, como vimos, tudo o que se conhece d'esta doença é muito pouco e as discussões levantadas sobre ella em conferencias scientificas e as interpretações as mais subtis e engenhosas dos auctores que se tem dedicado a estes assumptos, não deixam ainda satisfeito o espirito do medico pratico—do clinico—que se vê na dura necessidade d'exercer n'um caso d'estes uma therapeutica symptomatica, quasi empyrica e porventura irracional.

Como dissemos, é a hypophyse o orgão da economia que parece sentir com mais intensidade o effeito da causa mórbida; e, d'esta forma, parece ser muito logico que para aquella glandula dirijamos a nossa

atenção não só sob o ponto de vista anatomo-physiologico como tambem visando a therapeutica. Mas, é esta a grande duvida: tratar-se-ha d'um hypofuncionamento do corpo pituitario ou ao contrario d'um hyperfuncionamento? No primeiro caso teria justificação o tratamento opherapico pela hypophyse procurando supprir o que a economia alterada não pode fornecer; mas a verdade é que tal therapeutica não tem dado aos seus precusores os resultados que elles a principio apregoavam.

Algumas melhoras se tem registado, allivio das cephalêas, uma certa correção da visão, mas isto realisando-se com muita inconstancia sem que de certo modo se possa fazer da opherapia um tratamento d'acção. Dentro da organotherapia tem-se ensaiado sem successo os succos glandulares do thymo e da thyroidêa.

D'esta fórma, diziamos nós, teremos de nos cingir a uma therapeutica symptomatica; estando indicado, é claro, combater os symptomas mais penosos. Assim nas dôres daremos a antipyrina, a exalgina, etc. Contra a insomnia, o sulfonal, o trional, o chloral, etc.

Modificar a nutrição geral tem sido o cuidado de muitos medicos e com este fim se prescreve o arsenio sob a forma de licôr de Fowler, começando por dôses muito pequenas que se elevam gradualmente. Preenchendo a mesma indicação contaremos com os preparados marciaes, o phosphoro, os iodetos, etc.

A hydrotherapia quente, refere Bissaud ter dado um grande allivio a uma sua doente.

A glycosuria, observa Marie, parece ser influenciada pelo regimen.

O gigantismo nas suas relações com a acromégalia. Dualistas e unicistas. A concepção moderna do gigantismo.

Seduzido pela leitura que fiz sobre estes assumptos e informado pela descripção de numerosas observações, que constituem um repositório de profundas e sabias investigações, fui-me interessando pela relação dos dois estados mórbidos—gigantismo e acromégalia—sobretudo no ponto de vista da identidade de causa que parece haver nos dois casos que sujeitamos agora ao confronto.

Faremos por definir o que se deve chamar um gigante em linguagem medica, procurando não confundir aquella accepção com a que vulgarmente se lhe dá. Referir-nos-emos ao criterio dualista de P. Marie, contrapondo-lhe a doutrina unicista de Brissaud e Meige, seguida actualmente por Launois e Roy.

—Enumerando as variedades de gigantismo, terei em vista apenas uma exposição mais detalhada da sua forma acroméglica.

—O que devemos entender por um gigante? Em

primeiro lugar qual é accepção vulgar do termo gigante? Na Encyclopedia do snr. prof. Maximiano Lemos lê-se: gigante «individuo d'extraordinaria estatura» e é sob esta accepção que nós fallamos e ouvimos fallar d'algum individuo que achamos exageradamente grande em relação aos que conhecemos.

A definição do novo dictionario Larousse e outras esparsas em varias encyclopedias nada acrescentam ou modificam á precedente.

Geoffroy-Saint-Hilaire n'uma sua definição entra com um novo elemento, e estabelece já uma distincção entre o gigantismo endemico e o gigantismo esporádico. Assim diz aquelle sabio: «gigantes são individuos de dimensões muito superiores aos da sua raça».

F. Delisle querendo ser mais preciso, diz: «os gigantes são seres cuja altura na idade adulta é muito superior á dos individuos da mesma especie e collocados em condições analogas d'existencia».

Este auctor entrando em consideração com a idade do individuo, procura assim estabelecer a distincção entre o gigantismo passageiro das creanças ou adolescentes e o gigantismo verdadeiro, definitivo, dos adultos.

Outras definições se succedem vendo o individuo sob o ponto de vista medico e anthropologico; e, n'este proposito é interessante fazer o confronto d'algumas, que formando um verdadeiro contraste, exteriorisam bem o modo de vêr dos auctores a respeito da concepção do gigantismo.

Assim, Hermann diz: «o gigantismo é caracterisado pelo desenvolvimento excessivo de todo o corpo com conservação maior ou menor da harmonia geral das fórmas.

Larcher, para quem um gigante seria um ser isempto de todo o defeito, apresenta-o com uma tal harmonia de fórmias e d'estructura, solidarias as suas funcções para a realisação d'actos tão precisos, possuidos — esses felizes — d'um tal vigor physico, d'uma resistencia organica admiravel, que os torna seres verdadeiramente ideaes.

Seriam estes os gigantes de que nos falla a mythologia grega e ainda as lendas da Edade Media.

Seguindo outra orientação, apparece Henry Meige, que fazendo estudos especiaes sobre o gigantismo, procurava estabelecer a existencia d'aquelle syndrôma pathologico.

Diz-nos aquelle auctor; «a simples observação auctorisa-nos a separar os individuos de grande estatura em dois grupos: 1.º os que são simplesmente homens chamando a attenção pela sua altura muito superior á média e completamente normaes. É a minoria. 2.º os que além d'estatura elevada apresentam um certo numero d'anomalias teratologicas ou pathologicas.

São os mais numerosos. Os primeiros, quaesquer que sejam o numero de centimetros passando da normal, tendo uma conformação, uma constituição e uma saude normaes, não poderiam formar um grupo nosologico distincto á semelhança dos individuos cuja estatura é inferior á média. São seres normaes, homens muito grandes ou muito pequenos, a estatura experimentando na especie humana amplas variações segundo as raças, os paizes e innumeradas condições exteriores — variações pertencendo á anthropologia. Os especimens do 2.º grupo são muito differentes. Representam um desvio do typo humano são e normal, caracterizado por

anomalias morphologicas e perturbações incompatíveis com o estado de saude. São ao mesmo tempo monstros e doentes. Seria para desejar que a denominação de gigantes lhes fosse reservada».

Seguindo a orientação de Henry Meyge — Mr. Roy acceita e defende a significação nitidamente pathologica do termo «gigante» propondo a seguinte definição: «O gigantismo é uma anomalia de crescimento do esqueleto traduzindo-se por uma estatura excessiva do individuo em relação ás dimensões medias da sua raça, e determinando uma desharmonia morphologica e funcional característica d'este estado mórbido».

Vê-se que Mr. Roy eliminando muito propositadamente o gigantismo normal, inquestionavelmente raro e menos interessante sob o ponto de vista médico do que anthropologico, faz ao contrario salientar as anomalias ou irregularidades que existem em taes individuos, considerados como verdadeiros doentes. Esta definição assenta sobre numerosas observações que o seu auctor com escrupuloso cuidado poude reunir com a collaboração de Mr. Launois, aggregado da faculdade de Paris.

Os resultados das suas autopsias são confirmativos de tal conclusão e demonstrativos, sobretudo, da relação de causa e de typo clinico dos dois estados mórbidos — acromégalia e gigantismo. De facto, diz-nos Mr. Roy, que em nenhum dos gigantes que autopsiou deixou d'encontrar deformações acromégalicas ou intumescencia da hypophyse.

Referindo-nos primeiramente aos gigantes — sêres normaes — comprehendidos no 1.º grupo de Henry Meige, diremos que elles não constituem privilegio d'uma determinada raça, raras vezes soffrendo a in-

fluencia da hereditariedade. Não ha nem nunca houve raças de gigantes.

Os casos que se lhes referem são isolados, esporádicos. São muito numerosos os gigantes nas lendas orientaes que os representam como os primeiros sêres da criação. As lendas da Edade Média tambem se lhes referem. Essas lendas, na maior parte bebendo a inspiração da mythologia e eivadas das fabulas dos poetas, falham muito de verdade. Assim Heriodo faz nascer os gigantes do sangue que sahia da ferida d'Omanos.

Muitos d'esses gigantes seriam como a maior parte dos que modernamente se têm observado — individuos marcados d'anomalias physicas e mentaes. Sabe-se da historia que o imperador romano Maximino, d'uma estatura desmedida, apresentava indiscutíveis alterações somaticas e psychicas.

A Biblia cita ainda um gigante com dedos supra numerarios. Modernamente o gigantismo entrou na phase medico-scientifica; têm-se estudado os seus caracteres, a sua pathogenia, as suas relações com a acromégalia. Estudos d'essa ordem emprehendidos corajosamente por Brissaud e Meige, Woods Hutchinson, Launois e Roy, marcam um grande avanço no conhecimento d'aquelle estado pathologico, ao mesmo tempo que fazem uma enumeração, com descripção pormenorizada, dos gigantes da actualidade.

Todas as observações colligidas por Mr. Roy acompanhando umas onze autopsias comprehendem individuos desmedidamente altos. O gigante K, acromégalico e diabetico, media 2<sup>m</sup>,12. A gigante acromégalica de Hutchinson media 2<sup>m</sup>,02 d'altura, e apresentava um alongamento desproporcionado dos membros inferiores

e atrophia das glandulas mammarias. Um egypcio, victimado em Palermo por uma nephrite parenchymatosa, tinha a extraordinaria altura de 2<sup>m</sup>,40, mas não accusava appetites sexuaes e á autopsia foi-lhe encontrada atrophia dos lobos frontaes do cerebro.

Mas ainda mais curiosos são um caso d'acromégalo-gigantismo n'um chinez encontrado e descripto por Matignon, com a altura de 1<sup>m</sup>,83 apezar d'uma enorme incurvação da columna vertebral. Havia além d'isso uma hypertrophia caracteristica das mãos e pés, do maxillar inferior e da lingua. Atrophia dos orgãos genitales. Ausencia d'erecção. O outro caso curioso é o do gigante João de Montastruc—um dos mais populares que correm os grandes circos do mundo em exhibição das suas phenomenaes dimensões. N'este gigante, a sua altura primitiva de 2<sup>m</sup>,20 foi reduzida a 1<sup>m</sup>,86 por doença e o rosto e extremidades apresentavam proporções verdadeiramente monstruosas.

Ultimamente exhibia-se em Paris o gigante Machnow, reputado o maior gigante do mundo: media d'altura 2<sup>m</sup>,84.

Devemos accrescentar que se alguns d'estes gigantes apresentavam deformações acromégalias bem evidentes, os resultados das autopsias confirmaram do lado de base do craneo—como na acromégalia—o mesmo alargamento da fossa pituitaria com a correspondente hypertrophia da hypophyse.

Além d'isto, todos estes individuos eram seres intellectualmente deficientes, com atrazo de memoria, fracos de vontade e d'affectividade, creaturas molles, apathicas, pueris nas suas concepções—asthenicos—revelando bem um atrazo no seu desenvolvimento psychico e somático.

## Theorias sobre a reciprocidade de relações entre o gigantismo e a acromégalia

P. Marie é o sectario mais tenaz da theoria dualista á qual Georges Guinon presta todo o seu apoio. Estes dois auctores defenderam sempre e mantem ainda a distincção entre a acromégalia e o gigantismo, sustentando que «a acromégalia e o gigantismo não são estados pathologicos identicos mas sim que a acromégalia é pura e simplesmente um dos factores do gigantismo.» E invocam a favor do seu modo de vêr as razões seguintes: 1.º muitos acromégalicos estão longe de ser exageradamente altos; 2.º no gigantismo o aspecto não é o que se observa na acromégalia — os diferentes segmentos dos membros e da face conservam em relação uns aos outros as dimensões ordinarias; 3.º a idade em que apparecem estas modificações no volume dos membros, a maneira progressiva como ellas apparecem, tudo revela que não só se trata de dois estados absolutamente differentes, mas ainda que contrariamente ao gigantismo, a acromégalia é uma verdadeira doença.» Este

modo de vêr não se conforma com a definição de gigante proposta por M. Roy a qual, de resto, se harmonisa com as ideias dominantes de Brissaud e Meige. Estes auctores expõem d'esta fórma a sua opinião a proposito da relação d'acromégalia e gigantismo. Dizem elles: «são uma só e mesma doença ou pelo menos trata-se de duas doenças nosographicamente differentes parecendo provocadas pela mesma causa— causa esta que lhes dirige a evolução. N'esta como n'aquella, a hypertrophia primitiva do esqueleto e a hypertrophia secundaria das partes molles, produzem-se n'um lapso de tempo determinado, depois do qual o processo ostéogenico pára. Se esta epocha de tempo, durante a qual a exhuberancia da ossatura se effectua, pertence á adolescencia e á juventude, o resultado é o gigantismo e não a acromégalia.

Se pertence, ao contrario, ao estado adulto, o resultado é a acromégalia.

Se, emfim, depois de ter pertencido ao tempo da juventude— durante o qual o individuo ainda cresce— ultrapassa essa epocha de desenvolvimento ostéogenico, o resultado é a combinação da acromégalia e do gigantismo.— A acromégalia é o gigantismo do adulto; o gigantismo é a acromégalia do adolescente.»

Esta maneira de vêr que encontra um forte apoio nos resultados d'autopsias de gigantes que, como já referimos, nos mostram— como na acromégalia— um alargamento notavel da fossa pituitaria com a correspondente hypertrophia da hypophyse, é ainda fortalecida pelo exame d'esqueletos d'antigos gigantes conservados em museos, e nos quaes se encontraram todas as deformações características da acromégalia.

Com Brissaud e Meige está a opinião de Woods Hutchinson, — uma auctoridade no assumpto — porque fazendo d'estes estudos uma especialidade, conseguiu observar e colligir grande numero de casos, alguns dos quaes depois autopsiou.

Eis como Hutchinson traduz o seu modo de vêr: «a acromégalia e o gigantismo são simplesmente expressões diferentes d'um só e mesmo estado mórbido, a hypertrophia do corpo pituitario sendo a sua base pathologica commum.»

A este resultado conduzem tambem, como vimos, os estudos de M. M. Launois e Roy completados com o exame radiographico de gigantes vivos mostrando-nos a desigual espessura das paredes do craneo, a dilatação dos seios frontaes, o augmento da sella turca, etc.

E concluiremos este esbôço d'historia dizendo que em vista da identidade de lesões observadas nos dois estados pathologicos de que vimos fallando, parece tratar-se d'uma só e mesma doença ou pelo menos se são dois estados pathologicos diferentes, parecem estar ligados pela mesma causa mórbida.

Gigantismo acromégalico: Defini-o assim, M. Roy: «esta fórma clinica do gigantismo em que a desharmonia morphologica e funcional caracteristica reproduz n'um gráu mais ou menos accentuado os symptomas e as deformações acromégalicas depois da soldadura, retardada ou não, das epiphyses.» Já fallamos e descrevemos alguns gigantes acromégalicos dos quaes o mais curioso e popular era o Montastruc e fizemos salientar como em alguns eram bem accentuados os traços caracteristicos da doença de Marie: — as mesmas deformações da face e das extremidades dos mem-

bros; o prognathismo maxillar; o desenvolvimento dos seios frontaes e a cypho-scoliose.

Mas nos gigantes acromégalicos existe uma característica anatomica e é ella a seguinte: a soldadura definitiva das epiphyses ás diaphyses dos ossos longos. A radiographia mostra-nos n'estes doentes a ossificação das cartilagens inter-diaphyso — epiphysarias.

Chegados a este estado, dizemos que estes gigantes se acromégalisam o que sugeriu a Brissaud e Meige dizer o seguinte: «a acromégalia nunca precede o gigantismo seguindo-o, ao contrario, em metade dos casos; e quando ha associação dos dois, o gigantismo é sempre anterior á acromégalia.

Em summa: a distincção entre o gigantismo e a acromégalia faz-se pela epocha da sua apparição; a acromégalia sendo uma affecção do periodo de crescimento terminado, e o gigantismo resultando d'um crescimento anormal do esqueleto effectuado na juventude ou na adolescencia; isto é, antes da soldadura das ephyses.

Ao lado d'este typo de gigantismo, haveria que falar d'outras variedades: o gigantismo passageiro ou precoce; o gigantismo dos eunucos e o gigantismo infantil, de que dispensamos a descripção por a julgarmos já fóra do ambito d'este trabalho.

## ETIOLOGIA. PATHOGENIA

### ANATOMIA-PATHOLOGICA

Como para a doença de Marie diremos que é muito obscura a etiologia do gigantismo. Apenas sabemos que elle é mais frequente no homem do que na mulher, sem predilecção de raças ou de climas, apparecendo no estado esporádico, conhecendo-se, todavia, alguns casos em que o gigantismo seria hereditario. Não nos detemos sobre a etiologia do gigantismo precoce, de que se não póde negar a influencia exercida pelas intoxicações e infecções—especialmente de parte da febre typhoide.

Não ha duvida que grande influencia deve haver do lado das glandulas de secreção interna, especialmente da hypophyse, cujo papel na economia humana ainda por ora desconhecido, deve comtudo ser d'uma notavel importancia.

Seja qual fôr a causa que determine alterações no funcionamento da glandula hypophysaria— a verdade é

que profundas perturbações existem, e pela sua constancia em todos os casos, e pelo extraordinario desenvolvimento d'aquelle orgão — isto bastará para que façamos do gigantismo definitivo — como fizemos da acromégalia — um syndrôma pituitario.

É, então, na glandula pituitaria que nós vamos encontrar a lesão anatomica primordial.

Esta lesão é absolutamente constante no gigantismo.

Assim o confirmam as autopsias de M. M. Launois e Roy: a intumescencia da hypophyse existia sempre e com ella as mesmas lesões histologicas que se encontram na doença de Marie. Com a glandula pituitaria podem coexistir alterações da glandula thyroidêa e a hypertrophia d'este orgão tem sido encontrada em algumas autopsias, o que muito interessa sob o ponto de vista pathogenico, attenta a synergia funcional entre todas as glandulas vasculares sanguineas.

No gigantismo os ossos estão augmentados em todos os sentidos sobretudo no sentido longitudinal.

A hypertrophia, de resto, não se limita ao esqueleto podendo dar-se tambem nas principaes visceras: figado, rim, baço, pancreas, etc.

Este gigantismo visceral, comparavel ao da acromégalia, foi observado por Fritsche e Klebs, Dallemagne, Launois e Roy, etc.

Este capitulo naturalmente se completa com os que sob os mesmos titulos deixamos na descripção da doença de Marie.

## OBSERVAÇÃO

A. O. de 24 annos d'idade, solteiro, jornaleiro, natural e residente em Villa Bôa de Quires, concelho do Marcó de Canavezes. Tem de altura 1m,70 e de peso 79, k 500.

Deu entrada para o hospital da Misericordia d'esta cidade no dia 21 d'abril do corrente anno, sendo passado para a clinica medica a 29 do mesmo mez.

Este individuo, bastante corpulento, passeava na enfermaria quando o vi pela primeira vez, e já de longe a fôrma da marcha e a attitude que n'ella tomava nos prendia a attenção. Com o tronco pendido para a frente, desenhando-se-lhe no dôrso uma accentuada curvatura cyphotica, caminhava com certa indolencia, deslocando-se com uma triste indifferença, sem a firmeza e sobretudo o desembaraço d'um homem são. (fig. 1)

Áquella cyphose cervico-dorsal havia ainda a accrescentar lesões importantes das extremidades, adeante descriptas, e que com outros symptomas conduziram ao diagnostico de — *Acromégalia* —.

Entretanto, a nossa attenção era especialmente chamada para as mãos, cujo desenvolvimento enorme tanto me admirou e a todos os meus condiscipulos.

Os dedos (fig. 2) eram notavelmente grossos, as unhas chatas e largas, as eminencias thénar e hypo-thénar salientes, as prégas da palma da mão desenvolviam-se com grande nitidez. Convem dizer que este desenvolvimento era regular, não dando lugar a deformações, embora os punhos participassem d'algum modo d'aquella desmedida hypertrophia. As duas mãos soffreram indifferentemente aquelle crescimento, mais accentuado em largura, o que as mensurações confirmaram, verificando-se além da proliferação ossea um exaggero correspondente das partes molles.

N'este primeiro exame summario iamós percorrendo todo aquelle organismo que nos pareceu desde então curioso, e mais por isso, merecedor d'um exame completo para o qual dirigimos toda a nossa attenção.

Na extremidade cephalica notava-se um augmento de volume do craneo por desenvolvimento anormal do occiput, asymetria facial, nariz desenvolvido, com as azas espessas e volumosas, sobretudo na parte inferior, e o labio inferior bastante hypertrophiado. Os cabellos eram espessos e oleosos, e a lingua mais larga e mais grossa que nos individuos normaes.

Os dentes superiores eram mais salientes, e o pilar direito do véo do paladar, bastante desenvolvido, encostava-se á uvula, cujas dimensões eram normaes.

Continuando na nossa exploração, observamos um pescoço relativamente curto, mas sobretudo grosso, que assentava n'uma ampla base formada pelas clavículas hypertrophiadas, especialmente a direita, e que com o omoplata formavam volume bem accentuado á palpação. Por esta reconhecemos tambem a participação do osso hyoide na hypertrophia do systema osseo, e o es-

pessamento da larynge, em especial da cartilagem thyroideã, de cuja lamina direita se observou a ossificação.

As costellas espessas diminuïam a largura dos espaços intercostaes; as cartilagens costaes tambem por sua parte estavam fortes e ossificadas.

Os pés apresentavam a mesma exauberancia d'ossatura que notamos para as mãos, com a correspondente participação dos tecidos molles. (fig. 3) Este desenvolvimento accentuava-se no sentido da largura, o que dava a tal pé o approximado aspecto de pata d'elephante. As massas musculares salientavam-se, separadas por nitidos bordaletes cutaneos.

Para melhor accentuarmos o desenvolvimento do systema osseo que o nosso doente apresentava, nas extremidades dos membros, na caixa thoracica, na cabeça, damos os numeros obtidos na sua mensuração.

#### CABEÇA

Altura da frente . . . . .	46mm
Abertura dos olhos {	D. . . . . 34mm
	E. . . . . 33mm
Distancia entre os 2 olhos . . . . .	36mm
» entre as saliencias ma- lares . . . . .	126mm
Cada ramo do maxillar inferior . . . . .	117mm
Nariz . {	comprimento . . . . . 63mm
	largura . . . . . 40mm
	altura . . . . . 27mm
	espessura do septo . . . . . 16mm
Labios (altura) . {	Superior . . . . . 11mm
	Inferior . . . . . 11mm

Diametros das orelhas	D.	V.	66mm
		T.	65mm
	E.	V.	67mm
		T.	37mm

## DIAMETROS CEPHALICOS:

Mento-occipital. . . . .	249mm
Antero-posterior maximo . . . .	204mm
Transverso maximo . . . . .	151mm
Entre as apophyses mastoidêas .	131mm
Entre as apophyses zygomaticas .	128mm

## THORAX

Perimetro do pescoço . . . . .	450mm		
Claviculas. . . . .	D.	comprimento .	182mm
		largura. . . .	125mm
	E.	comprimento .	163mm
		largura. . . .	117mm
Esterno (altura) . . . . .	197mm		
Diametro transverso mamillar. . . .	350mm		
Diametro esterno-rachidiano . . . .	250mm		

## MEMBROS:

*Superior:*

Envergadura . . . . .	1m,81	
Comprimento do ante-braço (D. e E.) .	288mm	
Circunferencia do pulso .	D. . . . .	192mm
	E. . . . .	195mm

Comprimento da mão. . .	{	D. . . . .	192mm
		E. . . . .	198mm
Circumferencia da mão ao nível da parte média dos metacarpianos (D.). . .			240mm
	{	Pollegar . . .	71mm
		Indicador . .	111mm
Dedos (comprimento) . . .	{	Medio . . . .	124mm
(mão D.)		Annular . . .	118mm
		Minimo . . . .	106mm
Comprimento do antebraço e mão (D.)			480mm

*M. inferior:*

Pés (comprimento) . . .	{	E. . . . .	259mm
		D. . . . .	251mm
Dedo grande. . . . .	{	D. . . . .	115mm
		E. . . . .	115mm
Circumferencia tirada pela linha metatarso phalan- giana . . . . .	{	E . . . . .	290mm
		D . . . . .	280mm
Circumferencia ao nível da linha supra- malleolar (D. e E.) . . . . .			220mm
Dynamometria . . .	{	Mão D. . . .	43 k.
		Mão E. . . .	30 k.

Este conjunto de signaes, que a simples observação e a mensuração forneceram, era já impressionante, mas outros e importantes phenomenos apresentava o doente ao nosso estudo.

Se não havia anomalia a registar do lado dos appa-  
relhos respiratorio, circulatorio e digestivo; se os senti-  
dos do gosto e olfacto eram normaes; se os reflexos

não apresentavam apreciáveis alterações; o mesmo não succedia ao sentido da vista.

Como já acima fica registado, a attitudo do doente na marcha accusava alterações de visão, carecendo elle de andar com cuidado para se equilibrar, fixando os olhos em pontos do soalho para sua orientação.

O exame ophtalmologico a que procedeu o snr. professor Placido da Costa permite-nos o registo das anormalias encontradas do lado da funcção visual.

Este exame feito no dia 29 de abril revelou o seguinte:

— No olho direito grande reduccão temporal do campo de visão absoluta, como mostra a (fig. 4); e na parte nazal livre a agudeza visual estava reduzida a  $\frac{3}{1000}$  do normal.

— No olho esquerdo reduccão temporal do campo de visão absoluta, porem muito menor do que no olho

O.D.

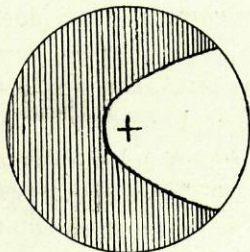


FIG. 4

O.E.

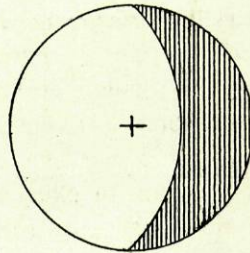


FIG. 5

direito (fig. 5); e na parte nazal livre a agudeza visual estava reduzida a  $\frac{1}{200}$  do normal.

Em ambos os olhos a percepção do verde era nulla.

A pelle do doente apresentava um accentuado dermographismo, deixando nitidá e por muito tempo, em linhas de intensa congestão cutanea, os traços produzidos.

Desde quatro mezes que o doente havia notado o seu enfraquecimento na potencial sexual, e desde muito tempo que intensas cephalalgias o atormentavam persistentemente, não o deixando socegar, impedindo-o de trabalhar, e tirando-lhe o apetite.

Foram estas cephalalgias, que como um circulo lhe abraçavam a cabeça, da região frontal á nuca, juntamente com as anomalias visuaes, que o levaram a procurar a sua hospitalisação.

Dos antecedentes pessoas do doente nada ha digno de registo. Foi sempre homem de saude, bem como toda a sua familia, e por uma irmã fomos informados de que a robustez dos irmãos era demonstrada com frequencia em scenas de pancadaria pelas romarias, com vantagens para elles.

Não foi possivel precisar a epoca em que começou a notada hyperthrophia das extremidades, e o doente só referiu que dos 16 para os 18 annos é que *se tornou mais alentado*, como em palavras suas elle nos disse.

Pesquizada e discutida a symptomatologia apresentada pelo doente em uma lição de Clinica Medica, assentou-se no diagnostico de *acromegalia*, e resolveu-se submeter o doente ao uso da glandula da dy-pophyse. D'esta lição, bem como do relatorio do nosso condiscipulo Noronha e Vasconcellos colhemos os dados necessarios para se constituir a historia d'este inte-

ressante caso clinico. As photographias devêmo-las ao nosso condiscipulo Adalberto Teixeira.

Logo após a entrada do doente na enfermaria de Clinica Medica, isto é, em 30 de abril, foi iniciado o tratamento opotherapico, sendo-lhe administrada a hypophyse cerebral secca, em pó, fornecida pela casa Merck, e na dose de 0,10 gr. cada capsula, tomando o doente 2 capsulas por dia. Esta dose foi no fim de alguns dias elevada a 3 capsulas, mas no fim de 10 dias de tratamento surgiu uma urticaria, talvez originada no uso do medicamento, e que obrigou a interrompê-lo.

A urticaria cedeu facilmente a um purgante salino e ao regimen lacteo, voltando o doente no fim de 6 dias de interrupção ao uso da glandula pituitaria, subindo de 2 a 4 capsulas por dia, de 0,10 cada uma, dose em que se manteve até sair do hospital, no dia 27 de julho.

A influencia do tratamento opotherapico foi das mais manifestas. Já no primeiro periodo, antes da intercorrença da urticaria, o doente accusava uma diminuição sensível nas cephalalgias, e uma melhoria accentuada na função visual.

Com a suspensão do medicamento voltaram as cephalalgias e estreitou-se de novo o campo da visão. Recomeçado o tratamento, as cephalalgias foram diminuindo até desaparecerem, não as sentindo o doente, nem de dia, nem de noite, e a visão apresentou notáveis melhoras, como foi constatado em segundo exame ophtalmologico, feito em 30 de maio.

No olho direito a agudeza subiu de  $\frac{6}{1000}$  até  $\frac{1/3}{200}$ , e no olho esquerdo subiu igualmente a  $\frac{7}{200}$ , e emquanto ao campo de visão, em ambos os olhos, mas sobretudo no direito, houve grande alargamento na area sensível da

retina. A percepção do verde, essa continuou nulla nos dois olhos.

Não se conseguindo demover o doente do proposito de recolher á sua aldeia, não foi por isso possivel verificar pela continuação até onde o tratamento pela hypophyse levaria os beneficios iniciados.

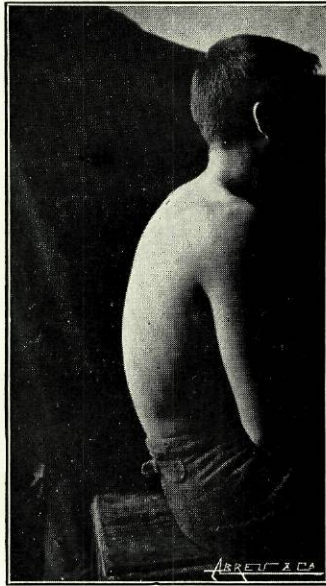


Fig. 1

Cypho—scoliose cervico-dorsal

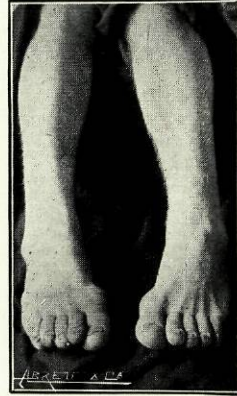


Fig. 3

Hypertrophia dos pés



Fig. 2

Hypertrophia das mãos

(Photographia de ADALBERTO TEIXEIRA)

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia**—A disposição das laminas vertebraes explica-nos porque os ferimentos no dorso são menos graves do que nas regiões cervical e lombar.

**Histologia**—A hypophyse é ainda no ponto de vista da sua estructura um órgão muito desconhecido.

**Physiologia**—A educação e o habito exercitam os «centros» na realização das suas funcções.

**Pathologia geral**—A hereditariedade domina a etiologia de todos os estados degenerativos.

**Pathologia externa**—A ausencia de dôr é uma das características da arthropathia tabética.

**Anatomia pathologica**—O ensino d'esta cadeira nada utilisa deixando de ser essencialmente pratico.

**Materia medica**—Em realidade, não existem emmenagôgos.

**Medicina operatoria**—A castração praticada no periodo de crescimento produz um alongamento dos membros inferiores.

**Pathologia interna**—O syphilitico é tambem um neurasthenico, pelo menos durante os dois primeiros periodos da evolução da syphilis.

**Hygiene**—Sem uma larga e rigorosa reforma dos serviços e funcionarios de saude, a hygiene rural será sempre uma utopia.

**Obstetricia**—Sempre que o medico seja chamado a assistir a uma grávida, deve proceder á analyse da sua urinã.

**Medicina legal**—A consanguinidade, só por si, não constitue uma má condição de geração.

---

*Visto :*

O Presidente,

*Luiz Viegas.*

*Póde imprimir-se :*

O Director,

*Moraes Caldas.*