

V.20/070

THESE

V. 20/071

DISSERTAÇÃO
Segunda Cadeira de Clinica Cirurgica

KYSTOS DERMOIDES DO CRANEO

PROPOSIÇÕES:
Tres sobre cada uma das Cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA

DO

RIO DE JANEIRO

Em 20 de Outubro de 1894

E SUSTENTADA

NO DIA 7 DE JANEIRO DE 1895

POR

PEDRO MARIA DE AZEVEDO VIANNA

Natural de Minas Geraes

AFIM DE OBTER O GRÃO
DE

DOUTOR EM SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

SENDO APPROVADA PLENAMENTE

RIO DE JANEIRO

Typ. de Pereira Braga & C., Rua Nova do Ouvidor n. 28

1894

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
 VICE-DIRECTOR.—Dr. João Pizarro Gabiso.
 SECRETARIO.—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs :

| | |
|---------------------------------------|---|
| João Martins Teixeira..... | Physica medica. |
| Augusto Ferreira dos Santos..... | Chimica inorganica medica. |
| João Joaquim Pizarro..... | Botanica e zoologia medicas. |
| Ernesto de Freitas Crissiuma..... | Anatomia descriptiva. |
| Eduardo Chapot Prevost..... | Histologia theorica e pratica. |
| Domingos José Freire..... | Chimica organica e biologica. |
| João Paulo de Carvalho..... | Physiologia theorica e experimental. |
| José Maria Teixeira..... | Pharmacologia e arte de formular. |
| Pedro Severiano de Magalhães..... | Pathologia cirurgica. |
| Henrique Ladislau de Souza Lopes..... | Chimica analitica e toxicologia. |
| Augusto Brant Paes Leme..... | Anatomia medico-cirurgica e comparada. |
| Marcos Bezerra Cavalcanti..... | Operações e apparatus. |
| | Pathologia medica. |
| Cypriano de Souza Freitas..... | Anatomia e physiologia pathologicas. |
| Albino Rodrigues de Alvarenga..... | Materia medica e therapeutica. |
| Luiz da Cunha Feijó Junior..... | Obstetricia. |
| Agostinho José de Souza Lima..... | Medicina legal. |
| Benjamin Antonio da Rocha Faria..... | Hygiene e Mesologia. |
| Carlos Rodrigues de Vasconcellos..... | Pathologia geral e historia da medicina. |
| João da Costa Lima e Castro..... | Clinica cirurgica, 2a cadeira. |
| João Pizarro Gabiso..... | Clinica dermatologica e syphiligraphica. |
| Francisco de Castro..... | Clinica propedeutica. |
| Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro..... | Clinica cirurgica, 1a cadeira. |
| Erico Marinho da Gama Coelho..... | Clinica obstetrica e gynecologica. |
| | Clinica ophthalmologica. |
| José Benício de Abreu..... | Clinica medica, 2a cadeira. |
| João Carlos Teixeira Brandão..... | Clinica psychiatrica e de molestias nervosas. |
| Candido Barata Ribeiro..... | Clinica pediatria. |
| Nuno de Andrade..... | Clinica medica, 1a cadeira. |

LENTES SUBSTITUTOS

Drs. :

| | |
|-----------------|--|
| 1.a secção..... | |
| 2.a "..... | Antonio Maria Teixeira. |
| 3.a "..... | Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos. |
| 4.a "..... | Philogonio Lopes Utiguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes. |
| 5.a "..... | Ernesto do Nascimento Silva. |
| 6.a "..... | Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares. |
| 7.a "..... | Antonio Augusto de Azevedo Sodré e Bernardo Alves Pereira. |
| 8.a "..... | Augusto de Souza Brandão. |
| 9.a "..... | Francisco Simões Corrêa. |
| 10.a "..... | Joaquim Xavier Pereira da Cunha. |
| 11.a "..... | Luiz da Costa Chaves Faria. |
| 12.a "..... | |

V. 20/073.

DISSERTAÇÃO

Segunda Cadeira de Clinica Cirurgica

PREFACIO

A impressão singular que nos causou a primeira observação que fizemos de kysto dermoide do craneo, levou-nos a tomar a firme resolução de escolher para ponto de nossa These, esta interessante especie de tumores.

No serviço da Policlínica onde, desde 1892, trabalhamos guiado pelo Dr. Pedro S. de Magalhães, ahí colhemos as observações por nós apresentadas nesta These.

Procuraremos seguir em nossa pratica as lições ahí hauridas, imitar os exemplos recebidos nos exercicios quotidianos e assim esperamos satisfazer rigorosamente o compromisso que vamos assumir para com a sociedade perante os nossos mestres.

Origem dos kystos dermoides do craneo

Está perfeitamente verificado que os kystos dermoides do craneo são de origem congenita, e que sendo elles o resultado da persistencia de restos das fendas embryonarias do craneo, nada mais representam que uma perturbação na evolução de uma destas fendas.

Já ha muito tempo era conhecido, de um modo geral, o mechanismo e a pathogenia de cada um dos kystos dermoides das diversas regiões do craneo; mas as condições especiaes, e a clinica propriamente dita destes tumores, baseando-se no character e agrupamento dos factos, só foram estabelecidas por Lannelongue, que no seu trabalho *Affections Congenitales*, mostrou-se um valente divulgador dos mais intimos segredos da natureza.

O nucleo primitivo dos kystos dermoides do craneo, sendo de origem congenita, destaca-se do tegumento externo em uma epocha bastante adiantada da vida fetal, ou mesmo durante o periodo embryonario. Nesta occasião, o fóco original do tumor, o futuro kysto, tem uma séde precisa e muito facil de ser determinada no embryão; mas, com o desenvolvimento do novo ser, isto é (do embryão e respectivamente do feto), as cousas pódem ter um character inteiramente diverso, devido á interposição de tecido muscular, fibroso ou mesmo osseo, que poderá fazer desapparecer as connexões primitivas que ligavam o kysto ao tegumento externo, sem que delle fique vestigio algum.

E' por este modo que poderemos explicar como um nucleo primitivamente ectodermico, isto é, muito superficial, poderá tornar-se profundo, chegando mesmo a ser intra-craneano.

Um rebentão, ou botão embryonario, nascendo no lugar onde se acha a ilhota ectodermica que mais tarde virá a ser um kysto dermoide, póde acarretar esta ilhota e transportal-a para uma outra região mais ou menos afastada da que occupava na sua origem.

Se o parasita cellular deslocado e encobertado nos tecidos da nova região, evoluir-se para constituir um kysto, não nos permittirá descobrir no individuo vivo, nem mesmo pela simples inspecção cadaverica, relação alguma entre elle e o ponto da sua partida.

Para exemplificar o que acabamos de dizer, citaremos os kystos dermoides do dorso do nariz; estes kystos tendo por origem a extremidade do sulco mediano posterior do embryão; dahi são deslocados e levados para baixo e para diante pela evolução do rebentão frontal. Elles tornam-se assim semelhantes, sob o ponto de vista pathogenico, aos kystos glabellares, bregmaticos, etc.

Até hoje têm sido baldados os esforços empregados para explicar a origem dos kystos medianos do nariz por meio de uma perturbação dada na evolução da face, está provado que elles são de origem craneana.

Estas considerações permittem fazer approximações dos kystos dermoides das diversas regiões do corpo, e mostram com clareza a sua genese uniforme.

Tanto os kystos dermoides do interior e do exterior do craneo, como os do dorso do nariz, têm por origem a gotteira dorsal do embryão.

Verneuil creou uma theoria, chamada inclusão, para explicar a formação dos kystos dermoides; mas vendo elle

que alguns factos escapavam do dominio desta theoria, resolveu admittir em 1855, que a formação destes tumores nos diversos pontos do corpo era resultante de dobras accidentaes da pelle do feto.

A palavra inclusão, empregada por Verneuil, prestan-do-se á confusão por causa do grupo morbido das inclusões fétaes, Lannelongue e Menard resolveram designar a theoria que explica a formação dos kystos dermoides, pelo nome de theoria do encravamento.

Na opinião destes dous sabios, aquillo que mais tarde pelo seu desenvolvimento virá a ser um kysto dermoide, é uma porção do tegumento externo que tendo sido encravada no seio dos outros tecidos ficou para traz, por assim dizer, durante o desenvolvimento fetal.

A parte encravada é transformada em um sacco completo ou incompleto, o que é mais raro e compõe-se não só de elementos epitheliaes, mas tambem de elementos subjacentes do derma cutaneo, isto é, ella comprehende o ectoderma duplo do derma embryonario.

E' o tegumento cutaneo e seus derivados que se acham aprisionados.

A principio, a pequena massa encravada é simplesmente um envolvimento do epiblasto, podendo acontecer que a pequena ilhota tornada independente do tegumento em consequencia do desenvolvimento das partes visinhas, detenha-se na sua evolução, e não tenha nenhum outro futuro; tambem póde acontecer que a parte encravada depois de ter ficado inerte e latente durante longos annos evolúa bruscamente convertendo-se em kysto; em uma palavra, ainda que a pequena colonia do tegumento externo venha a ser um kysto, não segue sempre a mesma marcha.

Um kysto dermoide que tenha passado desaperecebido

na infancia póde desenvolver-se subitamente aos 20 annos; outro que tenha sido notado desde o nascimento do individuo póde ficar estacionario durante muitos annos e adquirir no fim deste tempo um crescimento bastante rapido.

Dividindo os kystos dermoides do craneo segundo a sua origem embryonaria, temos :

I

Kystos desenvolvidos no territorio do arco posterior das vertebrae craneanas, comprehendendo :

a) Os kystos medianos que se dividem em :

1.º Kystos do dorso do nariz.

2.º Kystos glabellares ou inter-superciliares.

3.º Kystos bregmaticos ou da fontanella anterior.

4.º Kystos do inion ou da protuberancia occipital, formando dous grupos : os extra-craneanos e os intra-craneanos.

b) Kystos lateraes da abobada do craneo.

II

Kystos desenvolvidos na visinhança da orelha.

Kystos dermoides do nariz

Fazemos a descripção dos kystos dermoides do nariz no grupo dos kystos dermoides do craneo, e não no dos kystos da face, porque os do nariz originam-se das fendas do craneo ; ao passo que os da face, originam-se das fendas faciaes do embryão.

Não possuindo observação propria, de caso algum de kysto do nariz, vamos fazer o estudo destes tumores baseado em sete observações reunidas por Lannelongue, ás quaes elle ajunta mais tres que lhe pertencem.

A primeira das tres observações de Lannelongue refere-se a um menino com idade de quasi seis mezes, trazendo um kysto dermoide na extremidade livre do nariz.

Pouco tempo depois do nascimento do menino, a mãe notou que elle tinha uma mancha branca, pouco saliente, na ponta do nariz, e que no nivel desta mancha desenvolveu-se um tumor.

O tumor occupando exactamente o dorso da ponta do nariz, media dous centimetros e meio no sentido transverso e um centimetro no sentido longitudinal do orgão. A cor branca amarellada da pelle estabelecendo claramente o limite de divisão entre o kysto e as partes visinhas, era o que mais chamava a attenção. Na parte inferior da saliencia havia um pequeno orificio, só visivel com uma lente, o qual dava passagem á alguns pellos dispostos em dous feixes.

O tumor que era duro, elastico e movel sobre o dorso

do nariz, encerrava uma substancia parda esbranquiçada e pellos.

A segunda observação trata de uma menina, com 20 mezes de idade, trazendo um kysto dermoide na parte mediana do dorso do nariz e que estendia-se um pouco pelas faces lateraes deste orgão.

A pelle que cobria o tumor era de côr rosea, adelgada e não apresentava adherencia alguma com o kysto que era movel sobre os ossos do nariz e tinha o volume de um grão de feijão. Na parte a mais declive do tumor achava-se uma depressão, no fundo da qual havia um pequeno orificio circular que de tempos a tempos dava sahida a uma gotta de liquido transparente.

Obliterado o orificio, o tumor desenvolveu-se, exigindo assim a sua extirpação.

A terceira observação refere-se a um rapaz, que desde o seu nascimento trazia um tumor sobre o dorso do nariz, na união dos ossos deste com as suas cartilagens. Quatorze semanas depois de ter sido feita a operação, a permanencia de um trajecto fistuloso estendendo-se até á raiz do nariz, mostra que foi incompleta a extirpação do tumor.

Os caracteres communs que offerecem estes casos, são os seguintes : o tumor é sem duvida alguma de origem congenita ; sua presença tem sido notada desde o nascimento ou pouco tempo depois d'elle.

O tumor assestando-se sempre na linha mediana do dorso do nariz, póde occupar os diferentes pontos desta mesma linha.

Os kystos dermoides do dorso do nariz encerram uma substancia esbranquiçada e grumosa. No maior numero de vezes encontram-se pellos no interior destes tumores, e a presença dos pellos é uma prova sufficiente da natureza dermoide da affecção.

Quasi sempre um conducto fistuloso põe a cavidade kystica em communição com o exterior.

Pensamos que este conducto fistuloso, nada mais é que o resultado de um fechamento incompleto do sacco do kysto, permittindo com mais facilidade a suppuração do tumor, a sahida de uma porção mais ou menos consideravel do conteúdo, e só deixando que o seu desenvolvimento se dê, quando uma rolha de substancia qualquer vem obliterar o conducto ou este se estreite demasiadamente.

Os kystos dermoides do dorso do nariz originando-se dos elementos ectodermicos aprisionados na gotteira dorsal do embryão, não se deve suppor, por isto, que esta gotteira vá até á extremidade do nariz : ella chega apenas á extremidade frontal da cabeça, no ponto que será a glabella. Neste ponto nasce o rebentão fronto-nasal, que se desenvolve de cima para baixo, isto é, da frente para a parte média do labio superior. Se em consequencia de uma perturbação de desenvolvimento, uma ilhota *ectodermica* fica encravada na extremidade glabellar da gotteira dorsal, no ponto em que nasce o rebentão nasal, comprehende-se que, em consequencia do crescimento de cima para baixo deste rebentão, a ilhota encravada poderá ser deslocada e arrastada na mesma direcção, de tal maneira que em lugar de corresponder á raiz do nariz, ella occupará a parte média ou a ponta deste orgão.

Kystos dermoides da glabella

Começaremos o estudo dos kystos dermoides desta região, apresentando duas observações nas quaes fomos sempre guiados pelo Dr. Pedro S. de Magalhães, uma terceira pertencente á Lawrance e uma quarta pertencente a Panas ; deixando de lado muitas outras que não offerecendo interesse algum, só serviriam para augmentar o numero de paginas do nosso despretencioso trabalho.

A nossa primeira observação foi feita em uma moça de 22 annos de idade, que trazendo um kysto dermoide na raiz do nariz entre os dous supercilios, dirigiu-se ao serviço de cirurgia da Policlínica desta Capital, no dia 7 de Janeiro de 1892.

A paciente dizia que quatro mezes depois do seu nascimento, a presença de um tumor assestado na raiz do nariz entre os dous supercilios, começou a chamar a attenção das pessoas que lhe prestavam cuidados.

O volume deste tumor que era a principio o de um botão de camisa, augmentou pouco a pouco, não notando a paciente maior ou menor desenvolvimento d'elle, em nenhuma das phases de sua vida ; o que prova a lentidão e a progressão constante do seu desenvolvimento.

O tumor que já apresentava o volume igual ao de um pequeno ovo de gallinha, tendo a extremidade menor voltada para baixo, era indolente, não mostrava ter adherencia alguma com a pelle que era lisa e distendida ; até certo

ponto elle era movel sobre o esqueleto, tinha uma consistencia uniforme o que indicava uma só loja, não apresentava batimentos nem sopro e era irreductivel.

A extirpação do tumor, que exigia uma dissecção cuidadosa, por causa do adelgaçamento da pelle, veio confirmar o diagnostico de kysto dermoide.

O tumor apresentava implantação profunda e estreita que insinuava-se em uma estreita depressão no frontal perto da sutura deste osso com os ossos proprios do nariz, o que exigiu raspagem deste ponto com colhér de Volkmann e com espatula acerada.

Seis dias depois de feita a extirpação do tumor, levantou-se o curativo ; o estado local era bom, não apresentava reacção alguma, os pontos de sutura foram retirados e novo curativo foi applicado.

No fim de doze dias verificou-se que a cicatrização era perfeita.

Decorridos dous mezes e nove dias, a doente volta ao mesmo serviço, dizendo haver tres dias, que sentia doer e crescer a séde do antigo kysto.

Examinando-se, notou-se a existencia de inflammação e de uma pequena collecção liquida que sendo puncionada, dá sahida a uma substancia purulenta, contendo grumos caseosos.

Feita uma compressão, a doente retira-se, e só volta passados quatro mezes, trazendo a reproducção do tumor que já tinha o volume de uma cereja.

Aconselha-se nova extirpação, porém, a doente não voltou mais ao serviço.

A implantação profunda e imperceptivel do kysto, na linha mediana da articulação do frontal e dos ossos proprios do nariz, foi com certeza a causa da extirpação incompleta, e portanto da sua reproducção fatal.

A nossa segunda observação foi feita em um rapaz de 26 annos de idade, que apresentou-se no mesmo serviço de cirurgia na Policlínica, trazendo um tumor na raiz do nariz, entre os dous supercílhos, e que elle fazia datar de quinze annos.

O exame permittiu apreciar a normalidade da côr da pelle que cobria o tumor, e a sua lisura.

O seu volume era igual ao de um ovo de pardal.

Esta determinação do volume do kysto como outras indicadas em nossas observações, refere-se as taboas de Esmarch usadas no serviço do Dr. Magalhães.

A sua consistencia era mais ou menos molle e uniforme, e a sua mobilidade era pequena, fazendo prever que a sua séde era debaixo do periosteo, e que o tumor tinha algum ponto de adherencia com a linha mediana do osso frontal.

A extirpação confirmou o dignostico de kysto dermoide e as relações do tumor com os tecidos visinhos.

Feita a dissecção do tumor e a curetagem de sua adherencia com o osso frontal, suturou-se a ferida collocando-se, por cautela, um pequeno dreno de crina de Florença que sendo retirado seis dias depois da operação, deu lugar a cicatrização sem reacção e a uma cura radical.

Lawrance diz ter observado uma moça que tendo sido operada de um tumor assestado entre os dous supercílhos, dizia achar-se peor depois da operação, porque a ferida não cicatrisou-se mais, e formou-se uma crosta á qual succedia um escoamento. Lawrance introduzindo um estylete que sentiu penetrar até á espessura do osso, e sabendo que o operador tinha experimentado grande difficuldade em separar o tumor do osso, concluiu que uma parte do tumor tinha sido deixada. Fazendo uma incisão verificou a existencia de um fragmento do kysto intimamente adherente ao

frontal, denunciando-se pela sua côr branca, brilhante e presença de alguns pellos.

Extirpado o fragmento do kysto, uma cicatrização sólida teve lugar.

A observação de Panas é a mais notavel sob o ponto de vista clinico, por causa das grandes duvidas ás quaes o diagnostico deu lugar.

O doente era um moço formado, natural de Vienna, e que tinha consultado a diversos cirurgiões de sua terra natal, de Berlim, de Heidelberg e de Pariz. As opiniões tinham sido dividiãas entre um kysto dermoide, um encephalocèle e mesmo um tumor dos lobos cerebraes.

O tumor que tinha o volume igual ao de uma nóz, era molle, fluctuante e estava collocado sobre a linha mediana entre os dous supercilios.

Panas, depois de ter confirmado o diagnostico do kysto dermoide por meio de uma punção exploradora, que deu sahida a um pouco de materia sebacea, fez a extirpação do tumor.

O kysto achava-se adherente ao periosteo, tinha deprimido o frontal, e continha pellos louros posto que o doente fosse moreno.

Os kystos dermoides da glabella occupam sempre a linha mediana do frontal, e este facto não deve ser desprezado, quando se trata de estabelecer o diagnostico.

Nos casos que observamos, os kystos occupavam a glabella estendendo-se mesmo um pouco pela linha mediana do frontal.

A altura da linha mediana occupada pelos kystos dermoides da glabella não tem importancia que mereça a attenção.

Estes tumores são sempre subcutaneos, independentes da pelle e adherem por sua face profunda á superficie do

osso frontal. A maneira porque esta adherencia se faz differe de fórma ; ás vezes verifica-se que ella se dá por meio de um fino pediculo inserido em uma pequena depressão da superficie ossea, o que muitas vezes dá lugar a uma extirpação incompleta e portanto a reproducção mais ou menos proxima ; outras vezes a superficie ossea apresenta uma depressão cujo tamanho e profundidade dependem da fórma e volume do tumor.

A inserção dos kystos dermoides na substancia ossea é sempre primitiva. Se estes tumores exercem uma depressão na superficie ossea, esta depressão é proporcional ao desenvolvimento do tumor.

Os kystos dermoides da glabella podem permanecer em estado latente na espessura do frontal, ou podem crescer por sua evolução propria denunciando-se em um espaço de tempo mais ou menos longo, ou podem ainda crescer em consequencia de uma causa irritativa qualquer, que venha provocar o seu desenvolvimento e seu apparecimento rapido.

Pelo que ficou dito quando tratamos da origem dos kystos do dorso do nariz, não devemos ficar surprehendidos com a séde profunda dos tumores que nos servem de assumpto.

Attendendo ao mechanismo exposto, veremos que um kysto dermoide primitivamente glabellar póde ser arrastado para o dorso do nariz pelo desenvolvimento do rebentão fronto-nasal.

Em um caso observado por Cruveilhier, elle conseguiu penetrar, com um estylete, na espessura do osso frontal até ás proximidades das meninges.

Este facto vem provar a possibilidade do desenvolvimento de um destes tumores na espessura do osso, e até mesmo na superficie da dura-mater.

Reservaremos maior desenvolvimento sobre as perfurações craneanas para quando tratarmos dos kystos do bregma e do inion.

Os kystos dermoides inter-superciliares contêm, quasi sempre, materia sebacea e pellos.

Todos os kystos dermoides do dorso do nariz apresentam uma abertura, ou então o traço della, ao passo que os kystos da glabella não apresentam abertura nem traço, o que constitue uma differença clinica de grande valor.

O diagnostico dos kystos dermoides da glabella e do bregma, pontos que tambem são séde de encephalocèle, era até ha bem pouco tempo, cheio de difficuldades que foram postas de lado, graças a estudos perfectos e recentissimos.

A incerteza em que ficaram os mais celebres cirurgiões da Europa, na observação apresentada por Panas, é uma prova patente da ignorancia daquelles cirurgiões sobre este assumpto.

Hoje o diagnostico differencial entre kysto dermoide e encephalocèle, impõe-se ; e isto, graças á grande somma de caracteres physicos muito importantes, que a observação demorada deixou reunir, permittindo assim traçar linhas nitidas e precisas entre estas duas especies de tumores.

O encephalocèle é um tumor congenito e chama a attenção desde o nascimento do feto. O kysto dermoide ou não é apparente, ou ainda não chama attenção em consequencia do seu pequeno volume ; de ordinario quando o feto nasce o kysto dermoide está em estado de germen, desenvolvendo-se pouco a pouco na infancia, na adolescencia e mesmo mais tarde. Ora, um tumor que não apparece senão depois do nascimento, não é um encephalocèle.

O encephalocèle apresenta pulsações e modifica-se com

os esforços ou com a mudança de posição do indivíduo. O kysto dermoide não apresenta pulsações nem modifica-se com os esforços e com a mudança de posição do mesmo indivíduo.

O encephalocèle é reductível.

O kysto dermoide é irreductível.

Kystos dermoides do bregma ou da fontanella anterior

Ha bem pouco tempo os cirurgiões só conseguiam diagnosticar os kystos dermoides do bregma, depois de punccionarem o tumor; processo este, que além de ser muitas vezes inefficaz para o diagnostico, era perigoso, e até mesmo podia ser fatal, porque elles não sabiam a especie de tumor que punccionavam.

Picard foi o primeiro que fez um estudo completo desta especie de kysto, quando em 1880 autopsiou uma mulher de 70 annos de idade, na qual elle diz ter encontrado um kysto dermoide do bregma.

Muitos outros cirurgiões fizeram em seguida, estudos semelhantes, e mostraram que a frequencia da perfuração do craneo, por esta especie de tumores, dava-se em uma só e mesma região.

Esta perfuração corresponde sempre a parte superior e mediana do osso frontal, perto da sutura saggital. A reabsorpção do osso póde ser consideravel; mas o tumor tem sempre a mesma séde.

ESTUDO CLINICO — Os kystos dermoides da fontanella anterior affectam indifferentemente o sexo masculino e feminino.

Estes tumores sendo sempre de origem congenita são encontrados desde a idade de tres mezes até á de setenta e tantos annos. Em geral o tumor é muito pequeno na occasião

do nascimento do feto, e por isso, não chama atenção ; só mais tarde pelo seu desenvolvimento que tem a marcha de uma progressão crescente cuja razão não é a mesma em um igual espaço de tempo, é que elle torna-se sensível.

Affirma-se que a primeira infancia e a puberdade são idades as mais favoraveis para o desenvolvimento dos kystos dermoides, esta affirmação tem a sua razão de ser ; pois que ella basea-se sem duvida, na maior vitalidade do organismo em taes épocas da vida, e se ella falta uma outra vez, é isto com certeza, devido á condemnação do tumor a permanecer em estado latente, caso não venha uma irritação qualquer provocar o seu desenvolvimento mais ou menos rapido.

O encephalocèle, ainda que de pequeno volume, constitue quasi sempre um tumor evidente no recém-nascido.

A presença de um kysto dermoide não sendo reconhecida senão quando o menino tem dous ou tres annos, os parentes attribuem, quasi sempre, esta apparição a um traumatismo que é a cada instante invocado para explicar toda a especie de affecção.

O cirurgião nunca deve deixar-se levar por esta informação, e sim, fazer um interrogatorio minucioso, seguido de um exame tactil do qual elle não deve desprezar o menor auxilio que este exame lhe possa prestar.

Os kystos dermoides do bregma apparecem sempre nos primeiros annos da vida. Seja qual fôr a idade do individuo, o quadro clinico é sempre o mesmo, variando apenas de aspecto.

A fontanella anterior é a séde constante dos kystos dermoides bregmaticos.

O volume destes tumores é proporcional á idade do individuo.

Nos meninos, elles têm o volume igual ao de uma amendoa, de uma nóz ou de um ovo de pomba ; nos adultos, elles

têm muitos centímetros (33) de circumferencia e (8) de altura.

O kysto dermoide bregmagtico é arredondado, espherico ou ovoide de grande eixo antero-posterior; sua superficie é uniforme e sem bóça alguma; caracter este que é commum a maior parte dos kystos dermoides.

O tumor é applicado largamente por sua base sobre a parede craneana, sómente os dous terços da sua superficie exterior são superficiaes; o seu terceiro terço, que é a parte adherente, parece ser achatado sobre o cranio e penetrar na sua espessura.

O tumor não tem tendencia alguma a ser pediculado; isto é, qualquer que seja o seu volume.

A consistencia dos kystos dermoides é mais ou menos molle, nunca de consistencia solida, dependendo o gráo de mollesa da especie do conteudo e da distensão das paredes do tumor.

Algumas vezes pelo exame tactil encontramos uma certa consistencia pastosa do tumor, mas é ella devida á espessura dos tegumentos.

O conteudo dos kystos dermoides póde ser de duas naturezas: ou é constituido por um liquido limpido e transparente, ou por materia sebacea e detricos epitheliaes, ou ainda pelas tres ao mesmo tempo reunidas a pellos de varias côres.

Pela compressão exercida sobre os kystos dermoides notaremos sempre que o seu volume é irreductivel, augmentando sómente a sua distensão pelo achatamento.

A irreductibilidade destes tumores é um dos signaes clinicos que o cirurgião deve procurar com mais attenção; ella mostra a dependencia ou independencia da cavidade do tumor com a cavidade das meninges, produzindo ou não, convulsões, paralyrias, e estado comatoso como acontece na

meningo-encephalocèle, cujo pediculo estabelece uma comunicação com a cavidade meningéa.

A pulsação do tumor notada pelas pessoas que cercam o individuo desde o seu nascimento, como a verificação desta mesma pulsação pelo cirurgião, difficulta ainda o diagnostico.

O caracter pulsatil dos kystos fontanellares não é observado senão durante os primeiros mezes de vida da criança, quando a fontanella anterior apresenta dimensões quasi iguaes ás que ella possui na occasião do nascimento, elle desaparece a proporção que a fontanella se estreita, antes da idade de oito mezes, na opinião de Arnott, ou de dez mezes, na opinião de Lannelongue.

E' facil comprehender-se que os batimentos não pertencem ao tumor, e que a elle são transmittidos pelas pulsações normaes da fontanella durante os primeiros mezes da vida extra-uterina.

E' verdade que a translucidez, os batimentos e o augmento de volume, sob a influencia de esforços podem pertencer a meningo-encephalocèle, como a um tumor kystico; e então os principaes caracteres distinctivos do kysto, são: a irreductibilidade e a ausencia de perturbações cerebraes quando se faz a compressão do kysto.

Tambem só nos casos teratologicos o bregma tem sido séde de encephalocèle.

A pelle da superficie dos kystos dermoides conserva, quasi sempre, os seus caracteres normaes, mostrando sempre pelo exame a independencia entre ella e o tumor, e não diminuindo nem augmentando a quantidade de cabellos nella implantados.

As vezes esta especie de tumores deixa sobre a parede ossea uma depressão bastante apreciavel e que póde ser acompanhada de uma hyperostose nos seus limites externos.

Nada de anormal nota-se na vascularisação nem nos phenomenos funcionaes.

O volume e a deformidade são os unicos incommodos produzidos pelos kystos bregmaticos.

Resumindo, diremos : um tumor, que apparece pouco tempo depois do nascimento do individuo ; assestado na fontanella anterior, apresentando uma fórma espherica ou ovoide e um volume pequeno a principio, podendo attingir mais tarde a um volume igual ao de um punho de adulto ; fluctuante ou renitente ; irreductivel ; sem batimentos, sem intumecimento sob a influencia de esforços, salvo no periodo de começo, pouco tempo depois do nascimento do individuo ; independente da pelle que é normal e coberta de cabellos ; adherente do craneo que o engasta em um circulo saliente ; não occasionando perturbações cerebraes ainda quando comprimido ; não sendo doloroso senão quando sobrevem complicações inflammatorias, é muito provavelmente um kysto dermoide.

DIAGNOSTICO—E' difficil fazer-se o diagnostico preciso de um kysto dermoide do bregma, e esta difficuldade é devida a raridade dos kystos nesta fontanella ; quasi sempre os cirurgiões só possuem uma observação, e só conseguem diagnosticar fazendo uma punção.

Muitas vezes a distincção entre um kysto do bregma e um meningocele é muitissimo delicada. Um kysto póde ser fluctuante, transparente, apresentar pulsações isochronas com os batimentos do coração e intumecer-se com os gritos, a tosse e os esforços feitos pela criança. Um meningocele póde mostrar-se com caracteres analogos. Faltando as pulsações e o intumecimento durante os esforços, a semelhança é menor ; mas a fluctuação, a séde e a origem congenita ainda nos collocaram em duvida, fazendo-nos pensar em um

meningocele se o tumor é translucido, em um encephaloccele se o tumor não é translucido.

A irreductibilidade que é completa, tratando-se de um kysto, não faz desaparecer toda a especie de duvida, attendendo-se o que é difficil verificar se uma hernia congenita das meninges e do encephalo é ou não reductivel, e attendendo ainda mais, a que estas hernias podem parecer ou ser na realidade irreductiveis.

O estudo da teratologia nos mostra que os encephalocceles e os meningoceles são quasi sempre observados para traz, na linha mediana, desde o inion até o buraco occipital; e para diante, no nivel da raiz do nariz: estes tumores são ao contrario, muito raros no vertex, na sutura sagittal, no bregma e na parte superior do frontal.

Além da irreductibilidade absoluta e a ausencia completa de phenomenos cerebraes de que são dotados os kystos sob a influencia da compressão, deve-se considerar ainda a marcha desta especie de tumores.

O kysto quasi sempre passa desapercibido na occasião do nascimento do individuo, elle cresce lenta e progressivamente sem accidente algum que mereça attenção. O meningocele, ao contrario, quasi sempre evidente no recém-nascido, não tem esta marcha regular e inoffensiva. A pelle sempre normal na superficie do kysto, é muitas vezes distendida, adelgada e adherente á superficie da hernia encephalica.

A punção com o trocart nos leva a estabelecer um diagnostico seguro, mas nós a condemnamos, porque se ella é inoffensiva no caso de kysto, póde ser prejudicial e até mesmo fatal no caso de meningocele.

ANATOMIA PATHOLOGICA — A parede do kysto é sempre muito resistente, e mais ou menos espessa conforme a idade

do individuo ; a parte da parede do kysto que está immediatamente collocada abaixo da pelle é mais espessa e mais resistente que a parte que se acha em contacto com o craneo.

Quanto á estrutura, distinguiremos duas camadas : a superficial ou epithelial, e a profunda ou dermica.

A camada epithelial constituida por epithelio pavimento e estratificado é a que mais contribue para a maior elaboração do conteúdo sebaceo.

A camada profunda é constituida por uma membrana fibro-elastica, na espessura da qual se acha quantidade variavel de glandulas sebaceas com folicolos pilózos providos de pellos e, algumas vezes, glandulas sudoriparas. E' raro encontrar-se papillas.

O conteúdo differe bastante de natureza. No maior numero de vezes, a cavidade kystica é totalmente cheia de materia sebacea, que é composta de detritos granulózos, de pequenas gottas gordurosas mais ou menos abundantes, de cellulas epidermicas alteradas, e pellos, algumas vezes bastante longos.

O kysto sendo translucido, o seu conteúdo é transparente ; mas a sua composição chimica varia muito. A's vezes, o conteúdo é constituido por uma materia oleosa analoga por sua natureza á dos kystos oleosos ; outras vezes, o conteúdo é limpido como a agua, e dá pelo nitrato de prata o precipitado caracteristico de chlorureto de prata.

As relações que os kystos dermoides pódem ter com as partes visinhas, são : a independencia do coro cabelludo e a adherencia ao craneo.

O sacco do kysto além de ser subcutaneo, acha-se collocado abaixo da aponevrose epicraneana e directamente adherente ao periosteo craneano.

A pelle e o tecido celular subcutaneo não soffrem al-

teração alguma. A parede ossea, ao contrario, apresenta uma depressão regular e proporcional ao diametro do kysto.

No maior numero dos casos, um orificio osseo, mais ou menos consideravel, põe o kysto em contacto directo com a dura-mater. Esta solução de continuidade é o resultado de uma falta de ossificação completa da fontanella, e não de uma abertura secundaria produzida pela compressão do tumor em craneo perfeitamente ossificado. Para provar isto basta notar-se que tanto na criança como no adulto e mesmo no individuo já velho, a depressão é encontrada da mesma maneira e correspondendo exactamente á séde normal da fontanella bregmatica. A fórmula arredondada, os bordos um pouco irregulares e adelgaçados, parecem indicar o adelgaçamento da abobada craneana na região deprimida.

Os kystos dermoides bregmaticos são profundos, adherentes ao craneo, medianos, e assestam-se na fontanella anterior.

Esta situação profunda com adherencia ao esqueleto, pertence a todos os kystos dermoides da cabeça. Em geral esta adherencia se dá por meio de um pediculo tendo um orificio muito estreito, ou então por um simples filamento ou cordão fibroso.

Os kystos do bregma adherem ao craneo por uma base muito larga, e não têm tendencia alguma a pedicularem-se: este conhecimento é de grande alcance na pratica.

TRATAMENTO — O unico meio de tratamento dos kystos dermoides é a extirpação completa do tumor; e para isto, é necessario que seja estabelecido um diagnostico exacto.

Alguns cirurgiões têm lançado mãos de punções como meio de diagnostico; mas já dissemos que se estas punções são inoffensivas nos casos de kysto, são muito prejudi-

ciaes e podem mesmo ser fataes nos casos de encephalocete.

As injeções irritantes têm sido empregadas como meio curativo; mas ellas só servirão para provocar uma inflammação que poderá ser seguida de graves consequencias, conforme a sua terminação.

O processo de extirpação não tem difficuldade.

Aconselham alguns cirurgiões, que se faça, no interior do sacco do kysto, uma injeção de espermacete fundida em temperatura conveniente, com o fim de destender as paredes do tumor e tornar maior a sua consistencia pela solidificação do espermacete, o que facilitará a dissecção.

Pensamos que semelhante pratica offerecerá vantagens na dissecção da parte superior do tumor, mas quando fôr necessaria a dissecção da sua parte inferior as difficuldades serão augmentadas.

Quando o tumor fôr muito volumoso devemos inutilizar um pedaço da pelle, praticando uma incisão elliptica no apice do tumor: o excesso de pelle só póde trazer como resultado, nos melhores casos uma cicatriz deformada, em outros a demora da cicatrização e até predispondo a supuração.

Incisada a pelle em toda a extensão do tumor, e segundo a direcção do seu maior eixo, isola-se-o por meio de uma dissecção que geralmente é mais delicada na extremidade anterior do tumor, em consequencia de sua maior adherencia neste ponto. Algumas vezes torna-se necessaria a extirpação de parte do periosteo que fica muito adherente á parede kystica.

A dissecção da parte do tumor que está em contacto com a dura-mater não exige regra especial.

E' necessario que o cirurgião não feche a ferida, sem que tenha plena certeza da extirpação completa do tumor,

porque por menor que seja o vestigio deixado, o resultado será a sua reprodução.

Ainda mesmo que a operação tenha sido feita com todos os cuidados antisepticos devemos collocar, por cautela, um pequeno dreno na ferida, fazer a sutura da pelle e um curativo antiseptico ou aseptico.

Kystos dermoides do inion, extra e intra-craneeanos

A raridade de kystos dermoides do inion, extra e intra-craneeanos diminue a responsabilidade dos cirurgiões e os soffrimentos da humanidade.

Ainda não vimos um só caso de kysto dermoide do inion, e por esta razão, o que vamos escrever sobre este assumpto, é baseado em observações apresentadas por Morgagni, Clairat, Cæsar Hawkins, P. Ivrine e Laennec.

A protuberancia occipital ou do inion é uma região que offerece á observação clinica um grupo raro de kystos dermoides, de difficil diagnostico, de grande gravidade e muito interessante. Nesta região encontram-se kystos superficiaes como nas outras regiões do craneo, a importante variedade dos kystos intra-craneeanos, e ainda os kystos mixtos, isto é, intra e extra-craneeanos. Os kystos mixtos são constituídos por dous saccos ligados entre si por meio de um trajecto, que os põe em communicação, ou então ligados por um cordão fibroso e uniforme não apresentando trajecto algum na sua espessura. Os kystos superficiaes desta região são muito mais raros que os kystos profundos ou intra-craneeanos. Estes ultimos tumores occupam sempre, ao menos primitivamente, a fóssea cerebellosa, e só mais tarde quando adquirem um volume maior, é que invadem as regiões visinhas.

Kystos intra-craneeanos do inion

Já vimos que as regiões da glabella e do bregma só são sédes de kystos dermoides extra-craneeanos ; ao passo que a protuberancia occipital, ou o inion, é séde exclusiva de kystos dermoides intra-craneeanos.

Spring cita um caso de kysto dermoide extra-craneeano na região do inion ; mas este facto ainda necessita confirmação.

ANATOMIA PATHOLOGICA — A séde e as relações dos kystos dermoides intra-craneeanos da protuberancia occipital são sempre identicas. Estes tumores occupam constantemente a região do cerebello, as fóssas cerebellosas e mais especialmente a visinhança do lagar de Herophilo.

Os kystos do inion têm por séde o angulo reintrante formado pela tenda do cerebello e a dura-mater das fóssas cerebellosas.

Neste lugar, elles occupam o plano mediano, constituindo tumores symetricos e mais ou menos volumosos, podendo mesmo encher quasi completamente a fóssa cerebellosa.

O kysto está sempre em contacto com a dura-mater ; algumas vezes ha como que uma verdadeira fuzão entre a parede kystica e esta membrana, e em certos casos não se sabe dizer qual é a natureza do involucro do kysto.

As relações que o tumor póde apresentar com o ence-

phalo são muito differentes. Quando o kysto está collocado fóra da dura-mater tem as meninges interpostas á si e ao encephalo, e só se nota a depressão, na massa encephalica, produzida por uma compressão indirecta ou immediata.

Os kystos dermoides collocados para dentro da dura-mater só têm relações de contiguidade com os centros nervosos: o tumor acha-se na sua superficie, e não incluído na substancia nervosa. A expansão do kysto fazendo-se da parede para a cavidade craneana, o cerebello é a principio comprimido, depois soffre uma especie de atrophia em uma de suas partes, e quando o tumor é bastante desenvolvido, uma porção de cerebello torna-se extremamente reduzida, achatada e adelgada.

Como o kysto dermoide do inion é sempre mediano, elle desenvolve-se extraordinariamente no intervallo dos dous lóbos do cerebello, repellindo-os de traz para diante: quasi sempre um dos lóbos é mais comprimido do que o outro. A compressão se exerce sobre outros órgãos á proporção que o tumor augmenta de volume; a protuberancia, o bulbo e a medulla cervical não estão fóra do alcance desta compressão, e dahi resulta o grande numero de phenomenos que pódem ser observados. Os lóbos posteriores do cerebro podem tambem apresentar depressões produzidas pela compressão exercida pelo tumor.

A compressão dá-se ainda sobre os vasos do encephalo, e principalmente sobre os seios craneanos; esta é tanto mais consideravel, quanto mais importante fôr o confluente dos seios craneanos, como o lagar d'Herophilo ou seus principaes affluentes. A consequencia é uma hydropesia ventricular, uma hydrocephalia, o edêma cerebral e cerebelloso com amollecimento consecutivo; tudo isto devido, com certeza, á difficuldade da circulação de retorno que ainda produz a injecção das meninges e do cerebro.

v 20/88

As modificações do craneo são muito semelhantes ás produzidas pelos kystos dermoides extra-craneanos. A's vezes é uma fossêta de tamanho proporcional ás dimensões do kysto, para assim poder recebel-o ; outras vezes, a face interna do craneo apresenta uma depressão ou excavação em fôrma de cupula dando inserção a um pediculo do kysto : emfim, póde-se encontrar no centro da fossêta ossea, uma verdadeira perfuração craneana apresentando-se sob a fôrma de um canal obliquo de baixo para cima e de fóra para dentro. A presença deste canal não é o traço de um gasto provocado pelo kysto, assim como acontece com os kystos superficiaes do craneo ; ella mostra a origem cutanea do kysto intra-craneano, e é o resultado da falta de ossificação ao redor do pediculo do tumor, pediculo este que póde persistir ou desaparecer.

Quasi sempre os kystos dermoides intra-craneanos têm relações com os ossos do craneo.

Podemos encontrar casos de kystos intra-craneanos que tenham inserção no tegumento externo, e casos em que estes tumores sejam completamente independentes e mergulhados nas lojas craneanas.

A parede do kysto é em geral delgada, adherente ou mesmo fundida com a dura-mater, as vezes ligada aos ossos do craneo por um pediculo que póde ir até á pelle.

M. Vidal, fazendo o exame histologico da parede de um kysto, notou que ella tinha dous millimetros de espessura, e que era formada por tecido fibroso contendo muitas fibras elasticas, revestidas de epithelio pavimentooso disposto em tres, quatro, cinco e mais camadas. Na camada mais superficial via-se cellulas prestes a destacarem-se da parede : a estrutura normal da pelle não foi verificada nos diferentes córtes feitos por Vidal.

Massas caseósas ou grumósas de um branco amarella-

do, muitas vezes dispostas em camadas estratificadas, constituem o conteúdo do tumor; no centro destas camadas estratificadas podemos encontrar um liquido seroso, turvo, sero-sanguinolento e até purulento.

O microscopio tem mostrado, sempre, que os elementos do conteúdo kystico são cellulas sebaceas, e cellulas epitheliaes chatas.

Em todos os kystos dermoides do inion tem sido verificada a presença de cabellos que variam de côr, de fórma e de tamanho.

SYMPTOMAS — Esta affecção é essencialmente congenita: nunca ha manifestações nos primeiros tempos de vida da criança, nisto, os kystos dermoides intra-craneeanos muito se assemelham aos das outras regiões, os quaes ainda mesmo que sejam superficiaes, quasi nunca são apparentes senão depois de decorrido algum tempo de vida propria independente do individuo.

Os kystos intra-craneeanos não apresentam signaes physicos: as perturbações funcçionaes e subjectivas constituem os primeiros e os unicos caracteres da affecção. Nada se nota antes da idade de dous annos; isto é, antes da época da oclusão das fontanellas.

O periodo inicial é muito obscuro, concorrendo para isto a raridade de factos que traz difficuldades para o diagnostico; mas este sendo estabelecido com segurança, podemos dizer que a cirurgia não é impotente.

Só a antiguidade da affecção, e as vezes, o volume consideravel do tumor poderá fazer com que o cirurgião aprecie os primeiros symptomas. A hydrocephalia que apparece e persiste em uma idade mais ou menos avançada, sem motivo justificavel; a cephaléa repelida, intensa e localisada na parte posterior do craneo em um individuo moço,

sendo as vezes, acompanhada de movimentos convulsivos e de estado comatoso, podem prestar um auxilio de grande valor para o diagnostico.

Como no maior numero de casos o tumor occupa as partes centraes, a região da medulla allongada, os phenomenos que se seguem são, ou o resultado de uma excitação meningéa, ou de uma compressão dos centros nervosos.

As convulsões não falham e apparecem, em geral, depois das dôres de cabeça que são seguidas de nauseas, vomitos e até paralyrias.

Os quatro membros e os olhos podem ser séde de movimentos convulsivos.

As convulsões dão-se por crises mais ou menos repetidas, e de maior ou menor duração.

Algumas vezes, nas proximidades da determinação fatal, persiste uma contractura dos membros.

A paralyria e as convulsões desaparecem em quasi todos os casos, podendo a paralyria ser brusca ou augmentar gradualmente. Os membros inferiores são os primeiros affectados ; a principio apresentam fraqueza, um certo gráo de paresia ; a marcha é vacillante e semelhante a produzida pela embriaguez ; depois a paralyria torna-se completa.

Mais tarde, os membros superiores são affectados da mesma maneira, e em alguns casos a paralyria chega a attingir outros órgãos, taes como a bexiga, o intestino, os musculos do pharynge, do esophago e os da lingua : pela marcha progressiva da paralyria vê-se que o desenvolvimento mais rapido e completo da compressão dá-se na região dos centros occupados pelos conductores da motricidade dos membros.

As faculdades intellectuaes e a sensibilidade geral permanecem mais ou menos normaes.

A morte sobrevem no coma, em consequencia de violentos insultos convulsivos ou de perturbações multiplas, que trazem paralyrias tão intensas como as descriptas.

A perturbação de calorificação que póde deslocar a columna thermometrica até a 41° centigrado, parece ser de origem cerebral.

As complicações graves, como a suppuração do tumor, a meningite, etc., podem acarretar a morte.

O periodo em que notam-se os accidentes graves e confirmados da affecção varia de alguns mezes, até muitos annos.

Durante este espaço de tempo póde haver intervallos, durante os quaes as crises convulsivas cessam completamente e desaparecem os accidentes ; mas a paralyria progride sempre.

DIAGNOSTICO — A raridade de kystos dermoides intra-craneeanos, e a falta de um signal pathognomonic torna muito difficil o diagnostico desta affecção ; mas, reunindo-se um grupo de symptomas á observação attenta e demorada, tomando em grande consideração, a idade do individuo, poderá fazer com que o cirurgião chegue a estabelecer um diagnostico, que será confirmado pela operação.

Nos individuos moços a syphilis hereditaria cu os tuberculos dos centros nervosos são affecções que podem dar logar á signaes muito comparaveis aos produzidos pelos kystos dermoides intra-craneeanos, e o cirurgião não deve deixar-se levar pela facilidade, abraçando a idéa de uma affecção syphilitica e desprezando a de uma affecção kystica.

O exame cuidadoso mostrará as differenças que existem entre as gommias ou os syphilomas do encephalo, as osteoperiostites do craneo e os kystos dermoides intra-craneeanos.

As gomas são quasi sempre lesões meningéas ou meningo-corticaes ; isto é, essencialmente periphericas. A sua séde é quasi sempre a base do cerebro, no nivel da parte média ao redor da haste pituitaria, na visinhança immediata do chiasma, do terceiro, do quarto, do sexto pares, e tambem a extremidade anterior das circumvoluções frontaes. As gomas podem ser multiplas e reunidas em *bouquet*, disposição esta, que permite explicar a variedade e a multiplicidade das manifestações morbidas.

Nestas manifestações acham-se incluídas as perturbações intellectuaes, as nevrites do nervo optico, paralyrias isoladas ou associadas dos nervos do olho ; emfim, a epilepsia parcial ou generalizada.

Além dos symptomas proprios á evolução do neoplasma, deve-se considerar as provenientes da zona de irritação peripherica, como adherencias, hemorragias, amolecimentos circumscriptos, etc. O quadro pôde ainda tornar-se obscuro e complicado pelo apparecimento de phenomenos congestivos (vertigens, cephaléa, perda de conhecimento) e de phenomenos inflammatorios (excitações, espasmos, contracturas).

Tudo isto vem mostrar a semelhança que um caso de affecção syphilitica pôde apresentar com o de um kysto intra-craneano, e então a duvida sobre a natureza da affecção será o resultado inevitavel, se o cirurgião não empregar o tratamento especifico que virá arredar esta duvida, seja produzindo uma melhora rapida, podendo mesmo chegar a cura relativa, seja produzindo uma melhora e deixando o individuo sem intelligencia, sem movimento e aphasico, ou ainda sem as tres faculdades ao mesmo tempo.

As hyperostoses craneanas da syphilis hereditaria ou adquirida, as exostoses ou os osteophytos especificos pro-

eminando na cavidade craneana, tambem podem apresentar symptomas mais ou menos comparaveis aos dos kystos dermoides intra-craneanos ; mas a intensidade da cephaléa nocturna seguida de prostração e de uma anniquilação reunida á compressão cerebral, paralyrias localisadas, etc., são combatidas por um tratamento activo, e são sempre acompanhadas de outras manifestações syphiliticas.

Os tuberculos intra-craneanos são muito mais communs nas crianças que a syphilis. Elles são raros nas crianças que ainda não attingiram aos tres annos de idade, e bem como depois da puberdade.

Os hemispherios cerebraes, o cerebello, e algumas vezes, a protuberancia e o bulbo são ordinariamente a séde dos tuberculos, sendo quasi sempre respeitadas as camaras opticas e os corpos estriados ; não havendo predilecção apreciavel para a substancia parda ou branca.

Em geral os fócios são multiplos e disseminados.

O diagnostico differencial depende da historia do doente, e da evolução da affecção.

Nos casos de tuberculos póde-se encontrar accidentes, ou signaes certos de fócios já curados em epochas passadas ; e a evolução da molestia é rapida e fatal, em um espaço de tempo que varia de alguns dias a um mez e pouco.

Pathogenia dos kystos dermoides medianos da abobada do craneo, extra e intra-craneanos

Como já ficou dito os kystos dermoides assestados na linha mediana da face externa e interna da abobada craneana, como os kystos dermoides medianos do nariz, originam-se de um encravamento ectodermico que se dá entre os labios da gotteira dorsal do embryão. Esta formação tem lugar em consequencia de um accidente dado na oclusão da gotteira. Um pequeno sacco ou uma massa epithelial formada por um envolvimento do epiblasto fica para traz e aprisionado na espessura do folio vascular.

Com o desenvolvimento ulterior desta ilhota, a cavidade dermica apparece com uma parede gosando dos attributos do tegumento externo; desde então o kysto está formado, e occupa necessariamente a linha mediana.

A anatomia pathologica ensina que os kystos dermoides da abobada craneana adherem constantemente ao esqueleto, e que além disso, elles prendem-se frequentemente á dura-mater por uma superficie larga, ou por um pediculo estreito. A primeira disposição está em relação com um belliscamento superficial do kysto no momento em que o desenvolvimento dos tecidos subcutaneos o affasta da pelle, fazendo com que estabeleça-se então uma adherencia com o osso; a segunda indica que o futuro kysto, ou seu nucleo original, ficou em relação com envolucro fibroso do encephalo. Sabe-se que em um certo momento a dura-

mater do embrião, que póde ser considerada como o craneo primitivo, é immediatamente coberta pelo ectoderma. Por conseguinte, desde que effectue-se nesta epocha o encravamento de um nucleo ectodermico, elle achar-se-ha necessariamente em contacto com a dura-mater.

Geralmente o trabalho de ossificação consecutivo separa o kysto da dura-mater, não deixando persistir mais tarde senão o traço das connexões anteriores, sob a fórma de um pediculo inserido na superficie do osso, ou penetrando na espessura até a superficie da dura-mater. A formação dos kystos dermoides extra-craneeanos obedece a um mecanismo igual ao que foi invocado para a formação dos kystos do nariz e da glabella; sómente no nivel do bregma e do inion, a ossificação sendo muitas vezes embaraçada pelo kysto, a parede do tumor conserva suas relações primitivas com a dura-mater e fica adherente a ella.

Todos os kystos intra-craneeanos, que têm por séde a região do inion, procedem de uma evolução analogá a que ficou descripta para os extra-craneeanos. Seu ponto de partida no tegumento cutaneo apparece com grande clareza, sob fórma de canal osseo atravessando o craneo, ou de uma perfuração mais ou menos completa do envolvero osseo.

A adherencia constante do kysto com a dura-mater persiste sempre, ainda mesmo que o tumor encha as lojas cerebellosas, e se afaste por conseguinte dos envolveros do craneo; ella é, algumas vezes, tão intima, que ha uma fusão completa entre a parede do kysto e a dura-mater.

A ossificação tardia das fontanellas do craneo, poderia ser considerada como razão da predilecção dos kystos dermoides para estes pontos; mas a ausencia constante desta especie de tumores, na fontanella superior, e a sua presença no inion que é um ponto no qual a ossificação dá-se

em uma epocha muito anterior a de qualquer das fontanelas torna improcedente aquella razão.

Como os kystos dermoides da glabella e do bregma originam-se do tegumento externo, e são superfleiaes, a sua séde é sempre fóra da dura-mater.

A séde profunda dos kystos dermoides do inion, que tambem originam-se do tegumento externo, só pôde ser explicada pela disposição da dura-mater.

Lannelongue pensa que faz-se uma dobra tegumentaria na depressão bastante pronunciada, que existe no embryão entre a primeira e a segunda vesicula, ou entre a terceira e a segunda. Que um beliscamento do ectoderma realiza-se neste ponto, ou que uma adherencia amniotica se dê ahi ; a ilhota encravada, o futuro kysto, achar-se-ha necessariamente interposto entre o cerebro anterior e o médio, ou entre o médio e o posterior ; mas como o cerebro médio desenvolve-se muito pouco, e o cerebro posterior augmenta muito, vindo a cobrir aquelle, resulta que será na região do cerebro posterior onde vai ser achado o kysto.

A flexão pronunciada que existe no cerebro do embryão, neste ponto, pôde ainda contribuir para a formação de uma dobra tegumentar ; e o desenvolvimento da tenda do cerebello arrasta a porção encravada para as partes profundas.

Para justificar isto, Lannelongue cita a observação feita em um monstro, que apresentava entre os dous lóbos principaes da massa cerebral, uma golteira profunda, na qual insinuava-se uma lingueta cutanea coberta de alguns pellos. Diz elle, que é por um processo analogo que dá-se o encravamento do qual originam os kystos dermoides intra-craneeanos. ❖

Kystos dermoides lateraes do craneo

Kystos extra-craneeanos. A pouca frequencia de casos de kystos dermoides extra-craneeanos das regiões lateraes do craneo, e a grande semelhança que estes tumores apresentam com os das outras regiões do craneo, muito pouco nos deixa fallar sobre este assumpto.

Lannelongue só conseguiu reunir duas observações de kystos dermoides assestados na região lateral esquerda do occipital.

O primeiro caso diz respeito a uma criança affectada de encephalocelle, na qual pela autopsia verificou-se a presença de um kysto dermoide na sutura occipto-parietal esquerda. O tumor adheria a esta sutura e continha uma substancia liquida serosa misturada com materia sebacea. A parede do tumor apresentava epiderma, derma, papillas e folliculos pilosos.

O segundo caso foi observado em um menino de oito annos de idade, affectado de osteomyelite do homoplata, e no qual o tumor occupava a sutura occipto-temporal esquerda. O tumor existia desde o nascimento do menino, era movel e continha uma substancia sebacea, misturada com lanugem.

A parede do kysto era delgada e lisa, formada por epiderma e derma, apresentando em alguns pontos de sua superficie pequenas papillas curtas e rudimentares.

Pelo exame feito não foi possivel demonstrar a presença de glandulas sudoriparas.

Kystos intra-craneanos

Os kystos lateraes intra-craneanos são situados para traz e para cima da apophyse mastoide, por esta razão, não se póde attribuil-os a uma perturbação na evolução da extremidade superior das fendas branchiaes. Uma disposição anatomica favoravel ao encravamento nas regiões occipito-temporaes deve ser procurada na gotteira transversal, que existe na cabeça do embryão, entre o cerebro médio e o cerebro posterior, durante o espaço de tempo que vai do segundo ao quarto mez de vida infra-uterina.

E' no fundo desta gotteira, que a dura-mater emite por sua face interna o prolongamento que formará a tenda do cerebello; e já vimos, quando tratamos dos kystos medianos, a possibilidade de um encravamento com transporte do nucleo original do futuro kysto, na fossa cerebellosa pelo desenvolvimento desta tenda.

Tambem só William Turner teve occasião de observar um caso positivo de kysto lateral intra-craneano.

Kystos dermoides da visinhança da orelha

São estes os casos mais communs de kystos dermoides do craneo, e parece que vem dar força á esta nossa asserção, o termos conseguido observar quatro casos semelhantes desta especie de tumores.

A orelha externa, a caixa do tympano e a trompa de Eustachio desenvolvendo-se na extremidade superior da primeira fenda branchial era bem justo que fossem sédes de kystos dermoides, entretanto estes tumores só são encontrados em toda a extensão sulco peri-auricular.

E' principalmente para traz do pavilhão, na região mastoidéa ou em baixo na região parotidiana, que se observa maior numero de casos de kystos dermoides.

Estes tumores ainda são encontrados no sulco que separa o pavilhão da orelha da apophyse mastoide, ou na superficie desta saliencia ossea.

A nossa primeira observação foi feita em um homem de 24 annos de idade, trazendo um tumor na região mastoidéa esquerda, desde os primeiros annos de sua vida.

O tumor que teve um desenvolvimento vagaroso, conforme nos disse o individuo, já possuia um volume igual ao de uma bala de metralha, apresentava uma superficie lisa, era mais ou menos movel e de uma consistencia pouco accentuada.

Feita a dissecção e extirpação do tumor, foi necessario

para completar a operação, raspar com a colher de Wolkmann um pequeno pedicelo que internava-se na substancia do temporal.

O conteúdo do tumor, que era constituído por uma massa caseosa escura, de mistura com uma longa e linda madeixa de cabellos negros e finos, veio confirmar o diagnostico de kysto dermoide que já tinha sido estabelecido antes da operação. Devemos notar que o paciente tinha cabellos castanhos claros.

Suturada a ferida com dez pontos de crina de Florença applicou-se um curativo antiseptico que só foi levantado oito dias depois, sendo retirados os pontos dados.

A cicatrização era perfeita: o operado foi mantido em observação por espaço de um mez, verificando-se que não houve reprodução do tumor.

Constituiu objecto da nossa segunda observação um tumor que, um menino de 12 annos de idade, trazia na região mastoidéa direita desde os primeiros annos de sua vida. A fórma arredondada, a superficie lisa e normal, o desenvolvimento regular e demorado do tumor que já attingia a um volume igual ao de um olho de boi, a consistencia molle, a ausencia de pulsações, a irreductibilidade e a indolencia constituíam os caracteres objectivos e subjectivos apresentados pelo exame, e que combinados com a séde do tumor levaram a ser estabelecido o diagnostico de kysto dermoide.

No dia 9 de Julho de 1892, feita a extirparção do tumor por meio de uma dissecção minuciosa; mas sem difficuldade digna de nota, verificou-se pela divisão do sacco que o seu conteúdo era constituído por uma substancia caseosa não trazendo pellos apparentes a simples inspecção ocular.

O diagnostico foi confirmado pelo Dr. Pedro S. de Magalhães.

Suturada a ferida com cinco pontos de crina de Florença, foi applicado um curativo secco que só foi levantado no fim de sete dias, durante os quaes não houve reacção alguma.

Levantado o curativo, retirou-se os pontos, e o doente foi mantido em observação por espaço de um mez e tres dias, verificando-se que a extirpação foi completa.

A nossa terceira observação é incompleta pela recusa que apresentou a ser operado o individuo portador do tumor.

Era um homem de 40 annos de idade, que trazia assentado na região mastoidéa direita um tumor do volume igual ao de uma noz e que apresentava todos os caracteres semelhantes ao de um kysto dermoide.

O diagnostico foi feito pelo Dr. Pedro S. de Magalhães.

A nossa quarta e ultima observação refere-se a uma mulher de 32 annos de idade, trazendo um tumor ha 22 annos no sulco posterior do pavilhão da orelha esquerda.

O tumor que já tinha um volume igual ao de um ovo de pomba, era completamente molle e apresentava todos os caracteres de um kysto dermoide: pela dissecção notamos que elle tinha a fórma de um pequeno rim preso por um pediculo que foi extirpado com o cuidado exigido.

Quando fomos dividir o tumor chamou a nossa attenção o augmento da sua consistencia que agora era bastante pastosa.

O augmento da consistencia era devido a differença de temperatura entre o corpo da portadora do tumor e o am-

V. 20/095v

biente. A solidificação do conteúdo do kysto foi devida ao resfriamento.

O conteúdo tinha de mistura uma grande quantidade de pellos, e era muito semelhante a manteiga submettida á acção do gelo.

A parte superior da face interna do sacco apresentava uma mancha escura na qual implantava-se grande quantidade de pellos.

A ferida foi suturada com oito pontos que só foram retirados nove dias depois.

A doente foi conservada em observação durante o espaço de vinte e um dias, não tendo sido notado signal algum de reproducção do tumor.

Steibrugge apresenta uma observação feita em uma moça de 19 annos de idade, affectada desde a infancia, de otorrhéa e abcessos repetidos da apophyse mastoide do lado esquerdo. Aberto um dos abcessos, elle dá sahida a puz em abundancia, contendo massas caseosas.

No dia immediato sahem pedaços fetidos parecendo ganglios gangrenados, finalmente sahe uma massa esbranquiçada, composta de laminas concentricas trazendo um pequeno entumecimento hemispherico, provavelmente o molde da cavidade mastoidéa augmentada. Esvasiada a cavidade ossea apresentam-se dous orificios abertos, um no conducto auditivo externo, outro na superficie da apophyse mastoide. A membrana do tympano estava destruida, e a parede labyrinthica da caixa esbranquiçada.

Sob a acção de curativos boricados, a suppuração cessou; mas a cavidade persistiu com seu orificio situado para traz da inserção do pavilhão.

A massa expellida tinha a constituição dos «cholesteatomas». Ahi está um exemplo notavel de kysto dermoide intra-osseo, aberto para o exterior, provavelmente em uma

idade precoce, por um orificio mastoideano e por um outro auricular.

Os kystos dermoides do concavo parotidiano podem adquirir dimensões consideraveis, e chegar mesmo a invadir a região lateral do pescoço.

Flaubert cita o caso de uma mulher de 25 annos de idade, trazendo um kysto dermoide que já tinha o volume de um punho de adulto e descia até a uma pollegada acima da clavícula.

O conteúdo destes tumores varia muito de natureza: ora elle é constituido por um liquido semelhante a café com leite trazendo palhetas micaceas de cholestearina, ora encontra-se uma massa cartilaginosa adherente á parede para fóra do revestimento epidermico e das glandulas sebaceas.

Estudo microbiológico dos kystos dermoides

A microbiologia não deixou que os kystos dermoides escapassem ás suas investigações ; e se não foi o desejo de tudo explicar pela presença dos seres infinitamente pequenos, foi com certeza a falta de conhecimentos solidos que levou alguns dos representantes a bradarem— *eureka* — quando os seus gritos nada mais significavam do que a simples precipitação, filha de pesquisas pouco cuidadosas e pouco significativas.

Poncet e Garré foram os primeiros que em 1886 submitteram á exame microbiológico as diversas produções dos « atheromas » denominação esta que se dava particularmente aos kystos dermoides ; e, ou porque elles tenham tido a felicidade casual de só examinarem os kystos dermoides simples ; ou porque tenham feito com conhecimento de causa, o que é certo, é que o resultado das suas pesquisas era sempre negativo.

Verneuil e Clado continuando pouco tempo depois, as experiencias de Poncet e Garré, affirmam ter encontrado microorganismos no conteudo de tres dos quatro kystos dermoides por elles examinados, e ainda chamam attenção para a circumstancia interessante, de que os tumores por elles observados estavam em periodo de franco crescimento, parecendo assim pretenderem explicar o crescimento destes tumores pela pululação dos microbios, ou então terem es-

colhido este periodo de crescimento por acharem a occasião mais propria para encontrarem com mais facilidade os microorganismos por elles talvez preconcebidos.

Porque Verneuil e Clado não nos dizem a idade dos individuos portadores dos kystos dermoides por elles examinados, e não attribuem o desenvolvimento dos tumores á idade dos mesmos individuos ?

Lannelongue e Menard dispondo de todos os recursos necessarios para um estudo bacteriologico, e cercado-se de cuidados que os pozessem a coberto de qualquer causa de erro, examinaram nove kystos dermoides, notando que sómente dous destes tumores deram culturas de microorganismos. O conteudo destes tumores era representado por uma substancia liquida de côr amarellada, cremosa e purulenta.

Em um destes dous casos um conducto fistuloso punha a cavidade do kysto em communicação franca com o exterior; em outro caso, uma cicatriz deprimida e perfeitamente visivel denunciava a existencia de uma antiga abertura fistulosa.

Julgamos desnecessario apresentar qualquer argumento que justifique a presença dos microorganismos no interior destes dous tumores; porque, se o conteudo purulento não bastasse, excluindo estes dous tumores do numero dos kystos dermoides simples, e collocando-os no numero dos kystos dermoides suppurados; ali estavam os conductos fistulosos franqueando communicação entre as cavidades dos tumores e o exterior, verdadeiro oceano de microbios.

Lannelongue e Menard encontraram em suas culturas, bacillus de diferentes dimensões, entre os quaes um que muito se approximava do staphylococcus pyogenus.

Concluiremos esta nossa apreciação, dizendo que, a

presença de microbes no interior dos kystos dermoides denunciam uma suppuração, ou a existencia mais ou menos antiga de um conducto fistuloso, e pelo menos podemos affirmar a nenhuma correlação pathogenica daquelles microbes com a formação dos kystos dermoides.

v. 20/098

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

- I — Todos os corpos dilatam-se sob a acção do calor.
- II — Os corpos mais dilataveis são os gazes, depois os liquidos e em terceiro lugar os solidos.
- III — Nos corpos solidos distingue-se a dilatação linear, e a dilatação cubica ; ao passo que nos liquidos e nos gazes só distingue-se as dilatações em volume.

CADEIRA DE CHIMICA MINERAL E MINERALOGICA

- I — O iodo (I) é um metalloide de côr cinzenta do aço do grupo dos monoatomicos, e que muito raramente existe livre na natureza.
- II — O iodo tem a singular propriedade de tingir de azul a gomma de amido.
- III — Antigamente, o iodo por ser muito irritante, só era empregado em medicina externamente, quer sob a fórma de pomada, quer sob a fórma de tinctura ; hoje elle é tambem empregado internamente sob esta ultima fórma.

v. 20/099v

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

- I — As plantas como os animaes têm orgãos sexuaes.
- II — Os orgãos reproductores da planta não se apresentam senão na época em que a planta tem adquirido o seu desenvolvimento completo.
- III — O que na realidade constitue a flôr, são os orgãos sexuaes, reunidos ou separados.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

- I — Os musculos motores do côro cabelludo da cabeça são quatro reunidos pela aponevrose epicraneana, que lhes permite a collocação no numero dos digrasticos, e lhes dá o nome de musculo occipito-frontal.
- II — Os dous musculos frontaes são quadrilateros, delgados, largos, tendo os seus pontos fixos na aponevrose epicraneana, e os seus pontos moveis nos tegumentos das arcadas superciliares.
- III — Os dous musculos occipitales são tambem quadrilateros, largos e achatados, inserindo-se por suas extremidades inferiores nos tres quartos externos da linha curva superior do occipital, e por suas extremidades superiores no bordo posterior da aponevrose epicraneana.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

- I — Nas circumvoluções cerebraes, nós achamos, como na medulla, cellulas nervosas, fibras e prolongamentos de cellulas.

II — As cellulas nervosas das circumvoluções cerebraes são extremamente numerosas e dispostas em tres camadas perfeitamente visiveis a olho nú em um córte perpendicular.

III — As fibras nervosas da substancia branca atravessam a substancia parda, da face profunda para a face superficial, soffrendo modificações de estructura e de direcção.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I — A morphina existe no opio, succo espessado que se obtem pela incisão das capsulas do *papaver somniferum*.

II — A morphina é um corpo incolor, crystallizado em prismas rhomboidaes rectos, hemiedricos, contendo uma molecula d'agua de crystallisação.

III — A morphina mantida durante duas ou tres horas a 150° em presença de um excesso de acido chlorhydrico perde os elementos de uma molecula d'agua e transforma-se em *apomorphina*, base dotada de propriedades emeticas energicas.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

I — O cerebro é a séde do phenomeno da percepção, sob a influencia de um agente exterior cuja acção lhe é transmittida pelos nervos periphericos e pela medulla.

II — A percepção não se produz no somno, durante o qual o cerebro está fóra de serviço.

III — As sensações especiaes e as sensações geraes são phenomenos da percepção.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I — De todos os medicamentos, o opio é um dos mais uteis á arte de curar.

II — A importancia excepcional deste medicamento obriga o pharmaceutico a verificar a sua riqueza em morphina, e a não empregar senão o que offerece sensivelmente o titulo regulamentar.

III — O opio sendo uma substancia toxica, a sua dosagem deve ser rigorosa assim como a das preparações em que elle entra como base.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

I — Os tumores da abobada do craneo podem dividir-se em dous grupos: uns communicam com a cavidade craneana; os outros são independentes desta mesma cavidade.

II — Os que communicam com o interior da cavidade craneana têm signaes pathognomonicos, como: a reductibilidade pela pressão, os batimentos isochronos aos do pulso, a turgencia pelos esforços e movimentos de expiração, e as perturbações das funcções cerebraes quando se os comprime.

III — Os que não communicam com o interior da cavidade craneana apresentam-se sobre a abobada craneana com os mesmos caracteres que em outro qualquer ponto do corpo.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

I — Nas pesquisas do mercurio em casos de envenenamento deve-se empregar como ensaio preliminar o processo de electrolyse apresentado por M. M. Mayençon e Bergeret.

II — Este processo é de uma sensibilidade muito grande e póde ser applicado sem operação preliminar á pesquisa do mercurio em um liquido qualquer, ourina, leite, etc.

III — Consiste o processo em fixar sobre um metal o mercurio contido no liquido, converter este mercurio em bichlorureto, e tornar sua presença manifesta por meio do iodureto de potassio.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA E
COMPARADA

I — A pelle do craneo tem uma espessura mais consideravel do que na maior parte das outras regiões do corpo.

II — Esta espessura augmenta-se de diante para traz.

III — As glandulas sebaceas anexas aos folliculos pillozos são extremamente abundantes e, ao inverso do folliculo, assestam-se superficialmente.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

I — A trepanação dos ossos do craneo é uma operação que está entrando na pratica diaria da cirurgia.

II — E' graças ao estudo moderno das localizações cerebraes e da topographia craneo-cerebral, da pratica rigorosa da antiseptia que esta operação hoje se vulgarisa.

III — A trepanação é reclamada quasi sempre em casos de compressão cerebral.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

I — As meningites agudas dividem-se em duas grandes classes: 1ª, as meningites não tuberculosas; 2ª, a meningite tuberculosa.

II — As causas mais communs das meningites não tuberculosas, são: o traumatismo, a insolação, a carie dos ossos, as lesões do ouvido interno, a erysipela, o rheumatismo, a syphilis, a piohemia, a febre typhoide e a pneumonia.

III — As meningites não tuberculosas differem geralmente da meningite tuberculosa pela ausencia de um periodo prodromico, que se encontra sobretudo nos meninos.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I — A hemorrhagia cerebral apresenta-se sob duas fórmulas distinctas: 1ª, hemorrhagia capillar; 2ª, hemorrhagia em fóco.

II — A hemorrhagia capillar assesta-se nas circumvoluções ou nos nucleos pardos centraes.

III — A hemorrhagia em fóco póde resultar da reunião de muitas hemorrhagias capillares, mas, quasi sempre ella é devida a ruptura de um aneurysma das arteriolas cerebraes.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA

I — Experiencias de Cl. Bernard mostraram que a morphina era muito pouco toxica para os animaes.

II — A morphina é o mais toxico, o mais saporifico e o mais anexosmotico dos principios do opio para o homem.

III — A morphina apresenta o grande inconveniente de fazer desaparecer o appetite e de provocar nauseas e vomitos.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

I — Na apresentação de vertice a flexão accentua-se á proporção que a cabeça desce na bacia ossea.

II — O tocar permite apreciar a flexão pela altura relativa do bregma e do lambda.

III — A inclinação lateral tem por fim favorecer a passagem dos diametros transversaes da cabeça e em particular do biparietal.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

I — As fracturas do craneo do recém-nascido são produzidas por differentes maneiras.

II — Ora o craneo é fracturado por golpes dados directamente com um corpo contundente ; ora o menino mantido eu não pelos pés, é lançado contra uma parede, um movel, etc., de maneira que a cabeça choça violentamente ; ora as fracturas resultam de uma quéda ou da precipitação de uma certa altura.

V. 20/102v

III — As fracturas do craneo do recém-nascido podem também ser produzidas pela passagem forçada da cabeça através o furo das privadas ou através um cano.

CADEIRA DE HYGIENE E MESOLOGIA

I — O homem dorme raramente em decubitos dorsal, elle prefere a mais das vezes dormir em decubitos lateral direito.

II — A posição é quasi sempre um pouco curva para que haja relaxamento completo do systema muscular, e para que as grandes visceras como o figado em particular, repousem sobre um plano.

III — Os doentes affectados de hepatite ou de derrame pleural consideravel deitam-se cuidadosamente sobre o lado doente.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL E HISTORIA DA MEDICINA

I — O cerebro experimenta cada dia, como todos nossos orgãos, uma necessidade imperiosa de repouso ; esta necessidade traduz-se de ordinario por seis a oito horas de somno ; a duração deste periodo varia segundo o estado physiologico e mental do individuo.

II — O cerebro durante o somno, soffre na sua configuração mudanças que merecem attenção.

III — Os physiologistas admittem que o somno coincide com uma diminuição notavel na actividade da circulação cerebral.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

I -- A apoplexia cerebral constitue syndroma peculiar.

II -- A apoplexia é caracterisada pela rapidez dos accidentes, ataques, ictus, e pela generalidade dos phenomenos: perda de conhecimento, resolução muscular completa, abolição dos movimentos reflexos, abolição das percepções sensitivas, integridade relativa da respiração e da circulação.

III -- Deve-se distinguir a apoplexia da syncope, da asphyxia, dos pequenos ataques epilepticos, do coma diabetico, do alcoolismo agudo.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I -- Muitas vezes na meningite tuberculosa ha remisões notaveis com as quaes o medico não deve deixar-se illudir.

II -- Depois do delirio, das convulsões, do coma, vê-se subitamente a intelligencia renascer, as convulsões desapparecerem, e a familia que cerca o pequeno doente pensa na cura.

III -- Infelizmente, o estado de melhora dura pouco, os accidentes nervosos reaparecem de novo, e a terminação é fatal.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I -- Muitas vezes pela autopsia encontra-se a existencia de pequenos thrombos, nos seios cerebraes, que não provocaram symptoma algum apparente durante a vida do individuo.

II — O prognostico das thromboses dos seios é quasi sempre funesto, o que é devido a natureza da molestia fundamental, a gravidade dos symptomas cerebraes ou á pyemia secundaria.

III — A therapeutica é completamente impotente e apenas symptomatica.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

I — O craneo póde ser séde de um traumatismo, de uma inflammação, ou de uma lesão organica.

II — A contusão do craneo póde dar-se nos tegumentos, nos ossos, ou no encephalo.

III — A inflammação do craneo póde resultar de um traumatismo, e allingir os tegumentos, os ossos ou o encephalo ; póde tambem ser devida a syphilis ou a escrophula.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

I — Chamam-se affecções organicas do craneo os diversos tumores desta região.

II — Estas affecções procedem dos tegumentos, dos ossos ou da cavidade craneana.

III — Um tumor do craneo póde ser congenito ou adquirido, reductivel ou não; no caso de ser reductivel comunicar ou deixar de comunicar com a cavidade craneana ; no caso de ser irreductivel pertencer ao grupo dos tumores solidos, liquidos ou gazosos.

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E
SYPHILIGRAPHICA

I — O cerebro uma vez affectado de syphilis nunca mais fica absolutamente curado, elle guarda sempre algum signal.

II — As curas são sempre apparentes e quasi sempre seguidas de recahidas.

III — O prognostico das affecções syphiliticas do cerebro, considerado no seu conjuncto, é de uma gravidade extrema.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

I — Dá-se o nome de catarata a toda opacidade asses-
tando-se no apparelho crystallino.

II — A catarata chama-se lenticular, capsular, ou capsulo-lenticular, conforme o lugar em que ella reside.

III — Estas tres fórmãs são as das cataratas verda-
deiras ; sendo as capsulares as mais communs.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I — A craneotomia tem por fim perfurar a caixa cra-
neana, permittir o escoamento da substancia cerebral e re-
duzir por isto os diametros da cabeça.

II — A craneotomia é um meio muito efficaç de re-
ducção.

III — Executa-se a craneotomia com o fura-craneo de
H. Blot, com thesouras proprias ou com um qualquer in-
strumento solido perfurante e um pouco cortante na ponta.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

I — O unico signal certo de hydrocephalia chronica é o augmento de volume mais ou menos rapido da cabeça causado pela pressão crescente de um liquido que enche os ventriculos do cerebro.

II — Os casos de hydrocephalia em que não ha augmento da cabeça, escapam ao nosso diagnostico.

III — Uma cabeça de volume pouco commum não deve por isto só nos levar a acreditar em uma hydrocephalia.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I — Embora nem todas as localizações cerebraes sejam conhecidas, contudo se conhece que o manto cerebral divide-se funcionalmente, em territorios motores e sensitivos.

II — As lesões que o attingem devidem-se em funcio-naes, dynamicas e lesões de deficit, com substractum anatomico conhecido.

III — Os diferentes tumores cerebraes embora iniciem-se pela phase funcional, accentuam-se occasionando lesões de deficit; sua symptomatologia está em relação com a area cerebral lesada.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile.

(Sect. I aph. I)

II

Ad extremos morbos, extrema medicamenta exquisite optima.

(Sect. I aph. IV)

III

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II aph. I)

IV

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. II aph. II)

V

Ubi delirium somnus sedaverit, bonum.

(Sect. II aph. VI)

VI

Quæ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia reputare oportet.

(Sect. V. aph. VXXXII)

V. 20/105V

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,
20 de Outubro de 1894 — O secretario, Dr. *A. M. M. Maia*.