Dr. Raul Moreira

Formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre; ex-interno das clinicas cirurgica, medica e gynecologica e urologica, assistente de clinica da referida Faculdade; medico da S. Casa de Misericordia; bacharel em sciencias e lettras; membro correspondente da "Sociedade Brazileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal" e da "Sociedade Brazileira de Pediatria", do Rio de Janeiro.

These de concurso

á secção de

Clinica Pediatrica medica e hygiene infantil e Clinica Pediatrica cirurgica e orthopedia

apresentada á

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Meningo-encephalocéles congenitas

T
M 838m

1918

BARCELLOS, BERTASO & C. — Successores de L. P. Barcellos & C.
LIVRARIA DO GLOBO
Matriz: Porto Alegre — Filiaes: Santa Maria e Cruz Alta

Bib.Fac.Med.UFRGS
T-0657
Meningo-encephaloceles congeni

CAPITULO I

Definição. Historico. Etiologia. Divisão.

A) Definição

Quando se enunciam attributos que distinguem o ponto que se procura estudar, quando se define um objecto que autores varios já perlustraram em paginas de tratados, é na voz dessas autoridades que vamos encontrar a verdadeira explicação da materia que nos prende.

« São tumores caracterisados pela sahida do encephalo ou de seus envolucros por um orificio anormal do craneo. » Assim define as meningo-encephalocéles, o Dr. Alvaro Guimarães, em artigo publicado no « Brazil Medico », em 22 de Dezembro de 1904.

« La meningo-encéphalocèle, diz Forgue, est une malformation crânio-cérébrale caractérisée par *un arrêt du développement,* portant sur un point de la coque membraneuse aux dépens de laquelle se forment le crâne osseux et la dure-mère ».

Completando sua definição, accentúa o mesmo autor um caracter importante dessa deformidade congenita, isto é, « la présence, au niveau du défaut de la voûte osseuse, d'une tumeur composée, de façon variable, par les méninges (arachnoide et pie-mère), par le liquide céphalo-rachidien et par la substance nerveuse ». 1)

1) *Forgue* (loc. cit.) — Précis de Pathologie externe. (Vol. II). Pag. 54.

A definição de Forgue é bastante exacta e completa para não se exigir o accrescimo de outras.

Emtanto, não será inutil citar palavras de outros autores, mesmo para maior realce do assumpto.

Já Holmes, o antigo cirurgião do Hospital dos «Sick Children», de Londres, na obra traduzida por Larcher e publicada em 1870, assim se expressava:

« Par ces deux noms (meningocèle et encéphalocèle) on désigne deux formes ou degrés d'une malformation, qui est la même en réalité, et que caractérise l'existence d'une tumeur, communiquant avec la cavité crânienne, et contenant, soit une poche formée par les membranes du cerveau distendues elles-mêmes par du liquide (meningocèle), soit seulement une portion quelconque du cerveau (encéphalocèle) ». 1)

E Kirmisson, com maior simplicidade, conclúe:

« Sous le nom d'encéphalocèles et des meningocèles on décrit des tumeurs qui sont constituées par la présence d'une certaine partie de l'encéphale et de ses enveloppes en dehors de la cavité crânienne ». 2)

Synthetisando as expressões enunciadas, deve-se entender por *meningo-encephalocéles:* tumores congenitos, que se distinguem por uma ectopia meningo-encephalica, sobre a linha de soldadúra das partes embryonarias do esqueleto craneano ou da união craneo-facial, contendo, em consequencia, além do liquido cephalo-rachideano, uma parte do encephalo e de seus envolucros.

B) **Historico**

Embora a raridade extraordinaria, a meningo-encephalocele constitue um ponto de pathologia bastante estudado pelos observadores.

1) *Holmes*, (loc. cit.) — Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants — Pag. 77.

2) *Kirmisson* (loc. cit.)—Précis de Chirurgie infantile—Pag. 25.

Ainda que se possa encontrar traços, vagos aliás, desta affecção, em obras de Albucasis e de Paul d'Égine, é necessario, comtudo, chegar aos trabalhos de Ledran e de Corvinus, de 1749, para encontrar a expressão de encephalocéle. Louis attribuia-a a um *fungus* da dura-mater.

Afóra o trabalho de Geoffroy de Saint-Hilaire, apparecido em 1820, o primeiro que tratou, com minucia, da delicada questão, podem ser assignalados, entre as obras do seculo XIX, a de Naegelé pae, a de Cloquet, sobretudo os estudos pathogenicos de Meckel, no «Deutsche Archive», em 1822, os de Vrolik, Cruveilhier, Rokitansky, Virchow e Serres, nas «Recherches d'anatomie transcendente», em 1832.

Apparecem, em seguida, uma serie de memorias importantes de Niemeyer, Langenbeck, Breschet, Adams, em 1833, Nivet, em 1838, Lyon, em 1843, Malgaigne, em 1844.

Devem ser lembrados ainda o artigo de Gosselin, no *Compendium*, e a volumosa «Monographie de la hernie du cerveau», de Spring, como «Mémoire de l'Académie Royale de Belgique», em 1854. E' nesse estudo detalhado do assumpto que Spring discute e sustenta a sua theoria pathogenica, hoje vencida pela theoria embryonaria, ponto esse que em detalhe tratarei, no attinente á pathogenia das meningo-encephalocéles.

Sobre esta curiosa anomalia, ainda nos legaram paginas de valor, Houel que as escreveu em 1859, as theses de Radou, em 1865, a de Charrier, em 1869, a de Le Courtois, em 1870, a de Leriche, em 1871, trabalhos todos esses defendidos em Paris.

Na Allemanha, convem assignalar os artigos de Bruns, Volkmann, Talko e Heinecke.

Porfim, o trabalho muito estudado de Larger, em 1877, e intitulado «De l'exencéphale», o de Berger, publicado em 1890, na «Revue de Chirurgie» e de collaboração com Périer, vêm firmar a phase mais moderna dos estudos classicos sobre taes tumores craneo-encephalicos.

Os estudos de Berger foram ampliados por Guibert, Muscatello e Fenger.

Em Porto Alegre, segundo informações que colhi, o assumpto tem sido estudado por Olinto de Oliveira, Sarmento Leite, Victor de Britto, Josetti e Eduardo Barcellos.

C) *Etiologia*

Sendo a meningo-encephalocéle, em que me detenho, um vicio congenito, claro está que o estudo de sua causa principal reside nas linhas que tratam da pathogenia da affecção. Lá, ao descrevel-a, ficará conhecido o verdadeiro alicerce em que se apoiam as doutrinas dominantes, tendendo á explicação do complexo problema. Taes são as theorias, fetal e embryonaria.

Sem embargo, não é raro encontrar, em differentes autores, a asseveração de que a deformidade reside nos diversos accidentes ou incidentes da gravidez, no alcoolismo, nas diatheses, no rachitismo dos paes, mas em tudo isto, assim como para todos os defeitos congenitos, reina uma incerteza de descorçoar.

Um ponto em que se póde depositar mais confiança, no estudo etiologico, é que a meningo-encephalocéle, confórme varias estatisticas, parece ser mais frequente no sexo feminino, na proporção de $^{3}/_{1}$, segundo Larger.

A anomalia é de uma raridade excepcional. Confirmam este facto as estatisticas de todos os tempos e de todos os paizes, em que a questão tem sido ventilada.

Em licções na Faculdade de Medicina de Paris, Trélat expoz a porcentagem de 5 casos sobre 12.900 partos.

No Hospital de crianças, de Santa Olga, de Moscou, foi averiguado, em 1895, apenas um caso por 1553 doentes.

A estatistica de Müller dá 1 por 300 e a de Vigne, 1 por 5000 nascimentos.

Afóra informações, bondosamente, dadas pelo Prof. Olinto, a tal respeito, encontrei ainda, no artigo do Prof.

Sarmento, no «Brazil Medico,» de 15 de Setembro de 1907, a affirmativa da extrema raridade do mal, entre nós, pois até áquella data, entre 45.000 crianças, o Prof. Olinto encontrou sómente 5 casos!

D) Divisão

Pode-se deparar, em paginas que precederam, que as denominações de *meningocéle*, *encephalocéle* e *hydroencephalocéle* vivem confundidas pelos autores que dedicaram cuidados a esse vicio congenito.

Por isso, para maior clareza da exposição, adoptei o termo generico de *meningo-encephalocéle* que, em casos, onde o exame anatomo-pathologico não foi feito, é sufficiente para englobar aquellas expressões.

Verdade é que Tillaux acha o de *encephalocéle* o mais applicavel, pois affirma a impossibilidade do cerebro sahir do craneo, sem ser acompanhado daquillo que o envolve, isto é, das membranas e do liquido.

A divisão desses tumores faz-se conforme o conteúdo, muito variavel, de sua cavidade.

Acceita pela maioria dos autores, é a classificação de Spring a que melhor elucida a questão, evitando incertezas. Elle os divide, simplesmente, em *meningocéles*, *encephalocéles* e *hydroencephalocéles*.

Nas *meningocéles*, o tumor constitue-se á custa do prolongamento das meninges, pia-mater e arachnoide, que se distendem, dando-lhe a apparencia de um sacco, onde se accumúla o liquido cephalo-rachideano, em quantidade variavel.

Nas *encephalocéles*, o conteúdo é formado principalmente, por parte da substancia cerebral, afóra pequena quantidade de liquido. Tal variedade era considerada, outr'ora, como hernia do encephalo.

Nas *hydroencephalocéles*, enfim, o liquido cephalorachideano, encontra-se no interior de uma porção encephalica,

tal por ex. um corno do cerebro, distendendo essa cavidade, com energia mais ou menos accentuada, de tal sorte que a substancia cerebral é reconhecida, pelo exame interno do tumor, apenas com o auxilio do microscopio.

Abordarei mais em minucia o assumpto, estudando os caracteres de cada fórma em particular, em tratando da parte deste estudo referente á anatomia pathologica.

Não será ocioso notar algumas variedades interessantes. Vezes ha em que se nota, na necropsia ou na operação, um notavel aspecto retrocessivo do centro do tumor, donde mais uma variedade, denominada *cystoencephalocéle.*

Finalmente, Berger propoz chamar-se de *encephaloma* aos tumores dessa natureza, apresentando, como no caso que publicou, de collaboração com Périer, e estudado histologicamente por Suchard e Ranvier, cujo conteúdo apresentava uma massa, denotando estructura analoga a do cerebro e a do cerebello, simultaneamente.

Ainda Piéchaud e Denucé dividiram as meningo-enphalocéles, de maneira mais complexa, repartindo-as em tres divisões.

1) a *craniochisis* ou anencephalia, comparavel á myelomeningocéle de Recklinghausen.

2) a *encephalocystocéle*, analogo á myelocystocéle.

3) a *encephalocystomeningocéle*, lembrando o myelocystomeningocéle.

Quanto á meningocéle craneana pura, negam-lhe a existencia, como aliás varios autores, assim como não admittem haver uma meningocéle rachideana, propriamente dicta.

CAPITULO II

Noções de embryogenia. Pathogenia. Anatomia pathologica.

A) Noções de embryogenia

O estudo pathogenico das meningo-encephalocéles seria inconcebivel, sem o conhecimento, ao menos, de noções de embryogenia do craneo e do encephalo. Ha uma unidade indissoluvel das duas partes. Questões como essas, intimamente presas ao terreno do desenvolvimento do individuo, remontando ao periodo embryonario, trazem comsigo tal obrigação. A materia, porém, póde e deve ser, tão sómente, esplanada em resumo, sem extensões superfluas, tocando apenas aquillo capaz de esclarecer duvidas, de eliminar indecisões.

Uma das primeiras partes que surgem no embryão é o eixo cerebro-espinhal. O cerebro constitue, simplesmente, a expansão superior da medulla. No eixo central da mancha germinativa, começa a desvendar-se uma linha obscura, denominada *gotteira primitiva*. Logo, ao lado, desenham-se duas cristas longitudinaes, estabelecendo as *laminas medullares*, rudimentos do systema nervoso. O desenvolvimento se faz de modo progressivo, até que as laminas medullares recurvam-se, enrolam-se, reunem-se uma á outra, de maneira a constituir o eixo cerebro-espinhal. Em seguida, tres tumecências superiores, separadas por porções estreitadas, respectivamente, vêm fundamentar o que

se chamam *vesiculas cerebraes primitivas*, distinctas em anterior, media e posterior.

Estas vesiculas cerebraes primitivas, mais tarde, subdividem-se em outras vesiculas cerebraes secundarias, inflectindo-se umas sobre as outras, assim que as duas, anterior e posterior, bipartem-se em duas secundarias, e a media permanece unica. Dahi o numero de cinco, substituindo as tres primitivas.

Vejamos, agora, o que taes vesiculas fornecem, por seu desdobramento, conforme as descreve Kirmisson.

A vesicula cerebral primitiva anterior apresenta:

a) O cerebro anterior, ponto de partida dos hemispherios cerebraes e dos ventriculos lateraes.

b) O cerebro intermediario, origem do ventriculo medio.

A vesicula cerebral primitiva posterior fornece:

a) O cerebro posterior ou vesicula cerebellosa, origem do cerebello e da protuberancia.

b) A vesicula do bulbo.

A vesicula cerebral primitiva media, indivisa, é a que contem o aqueducto de Sylvius e os tuberculos quadrigemeos.

Como já acima assignalei, simultaneamente a taes subdivisões, effectua-se no encephalo o phenomeno das inflexões, em numero de tres:

1) A inflexão cephalica anterior, produzindo-se na união do cerebro anterior e medio.

2) A inflexão da nuca, na união do bulbo e da medulla.

3) A inflexão da ponte de Varole.

Acompanhando taes estados que evoluem para o lado da massa nervosa, o craneo tambem começa a tomar apparencia, iniciando o desenvolvimento.

Podemos affirmar, pelas investigações de varias autoridades, na materia, que elle passa por tres estados successivos, taes o membranoso, o cartilaginoso e o osseo.

Assim como o cerebro, o craneo é egualmente representado por tres vesiculas, subdivididas em cinco, como as vesiculas cerebraes.

A primeira vesicula craneana, ou frontal, corresponde ao cerebro anterior.

A segunda, intermediaria, corresponde ás camas opticas.

A terceira, ou media, está em relação com o cerebro medio (tuberculos quadrigemeos, pedunculos cerebraes, aqueducto de Sylvius).

A quarta, ou posterior, ao cerebro posterior (cerebello).

A quinta contem o bulbo.

O craneo tem por origem principal as laminas protovertebraes ou laminas de Koelliker, cujos bordos se vão lentamente inflectindo, recurvando-se, dirigindo-se ao encontro um do outro, até que se ajustam intimamente, firmando o craneo primitivo.

A base, menos extensa, é cartilaginosa; a abobada, mais consideravel, é membranosa.

E' no meiado do segundo mez do evoluir do embryão que se mostra o craneo osseo, sob a apparencia de pontos de ossificação. Mas antes de se tocarem, estes separam-se por espaços que nada mais são que as *fontanellas*.

Geralmente em numero de seis, adquirem consideravel importancia para o pediatra e o cirurgião.

Distinguem-se duas superiores, na linha mediana do craneo; quatro lateraes, collocando-se duas de cada lado.

Das fontanellas superiores, resalta a de maiores dimensões, que traz o nome de *fontanella anterior* ou *bregmatica*, de fórma losangica. Resulta da reunião das suturas sagittal e fronto-parietal.

Vem depois a *fontanella posterior* ou occipital, de fórma triangular. Muito menor que a anterior, chamam-lhe, outrosim, de *lambdoide*.

Das lateraes, a anterior é a *fontanella pterica*, a posterior é a *asterica*, denominações que nasceram, em virtude dos pontos de união dos ossos do craneo, onde ellas se assestam.

Excepcionalmente podendo conservar-se até á idade adulta, a fontanella bregmatica é, comtudo, a mais persistente, pois desapparece, mais ou menos, pela idade dos dois annos.

A lambdoide conserva-se menos tempo, e as lateraes, em breve, desapparecem, com os progressos da ossificação.

Entre os ossos proprios do nariz e o frontal, póde ser encontrada, embora com bastante raridade, uma pequena fontanella. Assim tambem, entre o buraco occipital e a protuberancia occipital externa, isto é, ao nivel do *inion*, é possivel, em casos excepcionaes, a existencia de outra, baptisada por *fontanella cerebellosa.*

O conhecimento destas ultimas, apezar de tocarem o terreno do excepcional, trazem, não obstante, grande auxilio ao estudo do assumpto deste trabalho.

Ainda que succintamente descripta a embryogenia craneo-encephalica, é obvio que, com essas noções, mais desembaraçadamente poderei abordar as questões da

B) Pathogenia

Eis o ponto mais relevante da materia que enche as paginas desta obra.

No estudo da pathogenia da meningo-encephalocéle surgem duas theorias, de real importancia, a fetal e a embryonaria, nellas se apoiando differentes mestres.

Pela mais perfeita adaptação aos factos scientificos, de accordo com os dados anatomo-pathologicos, trazendo maior clareza na explicação do phenomeno desenvolvido nas meninges e no encephalo, a segunda sobrepujou, dando por vencida a primeira.

I) Theoria fetal

Defendida principalmente por Spring, esta, a mais antiga das doutrinas, faz da meningo-encephalocéle uma modificação, presa intimamente ao periodo fetal.

Póde ser chamada: theoria das alterações pathologicas.

Emtanto, autores que a defendem, longe estão de pensarem da mesma maneira.

Observadores, como Corvinus, já em 1749, Niemeyer, no seu trabalho « De hernia cerebri congenital », de 1833, e Klementowsky, em 1862, attribuiam a anomalia *á ossificação retardada e irregular dos ossos do craneo,* verdadeira craneo-tabes fetal, graças á qual, o cerebro conseguiria fazer hernia por pontos fracos da abobada craneana.

Talko, Hirschpring, Kürster, consideravam antes o phenomeno, como resultado da *ossificação precoce das suturas do craneo*, impellindo, dest'arte, cerebro e membranas, á procura de sahida por logares outros, onde a soldadura não se tivesse effectuado ainda.

Já Ackermann, no « Die Schädeldifformität bei der Encephalocele congenitale », encarava o facto de modo diverso, affirmando que, no caso de tratar-se de um hydro-encephalocéle, o liquido, contido no tumor, seria a causa da reunião incompleta das paredes do craneo e, considerada uma encephalocéle pura, a massa encephalica faria hernia por lacunas craneanas.

Bruns tambem sustenta que «il est encore possible que, même avec un développement normal du cerveau, la formation des enveloppes crâniennes, et en particulier l'ossification des os occipital et frontal, sur la ligne médiane, aient été rétardées ou soient demeurées imparfaites, sous l'influence de quelque cause étrangère au cerveau. Dans ces conditions, le cerveau en se développant normalement,

n'a pas rencontré à ce niveau la résistence normale, et il a pu en résulter pour lui une hernie partielle.» (1)

Pensa, egualmente, o mesmo autor que rupturas produzem-se na capsula membranosa molle que contem o cerebro, no periodo primitivo da vida fetal, e que sobrevêm como resultado de violencias exercidas sobre o abdomen materno, durante a gravidez. E é a favor dessas alterações que se constitue a hernia do encephalo.

Nas «Memorias,» apresentadas á Academia de Medicina da Belgica, em 1853, Spring, de Liège, propoz a sua theoria, a mais notavel das doutrinas das alterações pathologicas.

Resultante de inflammações, occorridas nas meninges ou na cavidade ventricular, perturbações que adquirem um caracter circumscripto, uma *hydropisia enkystada* se desenvolve, derramamento este intraventricular ou meningeo. Como consequencia, o cerebro e seus envolucros fazem hernia, obrigados á sahida pela distensão do liquido produzido.

Nutrindo suas idéas, para mais evidenciar uma alteração pathologica do feto e não uma parada do desenvolvimento do embryão, Spring accentúa que taes tumores jamais occupam a região das fontanellas, não se assestando sobre a linha media do craneo.

A seguinte nota de Giraldès, no antigo livro de 1869, apoia a proposição de Spring:

«Pendant longtemps on s'imaginait que l'encéphalocèle se développait à travers les sutures et les fontanelles. Une étude attentive des faits a demontré que cette idée était erronée. Dans la grande majorité des cas, on a vu que la hernie s'éffectuait à côté des sutures, par un trouée des os du crâne. C'est là un point acquis maintenant à

(1) *Bruns, apud Holmes* — Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants — Pg. 78.

la science et parfaitement indiqué par plusieurs anatomistes, en particulier par M. Spring.» (1)

Entretanto, o que sustenta Spring é combatido por observadores mais modernos, e mesmo, quando abordar questões anatomo-pathologicas da meningo-encephalocéle, ser-me-á dado mostrar que, embora raramente, o tumor póde assestar-se nas fontanellas, tendo a séde sobre a linha mediana, quasi sempre ao nivel da região occipital.

Partidario da theoria de Spring, Holmes assim se expressa: «La préexistence de l'accumulation du liquide hydropique dans les cavités du cerveau ou de ses membranes me paraît être la seule cause évidente de le difformité qui nos occupe. (encéphalocèle).» (2)

II) *Theoria embryonaria*

A theoria embryonaria ou a da parada do desenvolvimento, ligada a phenomeno analogo, que se passa na medulla, a *spina bifida,* é hoje a mais applicavel aos casos surgidos na sciencia, e como tal, a universalmente acceita.

Atacadas por Larger, na memoria de 1877, por Houel, por Leriche, na these de 1871 e por outros ainda, as idéas de Spring subtituiram-se pelo que, em 1822, enunciou Meckel e que, em 1827, foi mais acuradamente estudado por Geoffroy de Saint-Hilaire, exaltando a supremacia da doutrina embryonaria.

Por suas investigações, adoptaram a doutrina de Meckel numerosos autores, salientando-se, entre elles, Cruveilhier, Malgaigne, Richet, Gosselin, e, modernamente, filiam-se a ella, Kirmisson, Muscatello, Larger e Chipault. No magnifico «Traité d'anatomie topographique», Tillaux manifesta sua predileção pela theoria embryonaria, pois teve ensejo de confessar: «Nous dirons que la theorie de l'arrêt

---

(1) *Giraldès* (loc. cit.)—Leçons cliniques sur les Maladies Chirurgicales des enfants — Pag. 373.

(2) *Holmes* (loc. cit.) — Pag. 78.

du développement rend une compte plus satisfaisant des faits observés et s'applique surtout mieux à leur ensemble.»[1])

De facto, o exame anatomo-pathologico completo de um desses tumores que constituem as meningo-encephalocéles, vem confirmar a importancia de tal theoria.

Sabe-se, pelas noções de embryogenia, atraz descriptas, que a abobada craneana cresce á custa das laminas protovertebraes ou laminas de Koelliker, que, por seu augmento progressivo, chegam um dia a unir-se, architectando assim a caixa do craneo. Redundam as encephalocéles, desde que tal juncção não se realize.

Juntamente, porém, com essa suspensão do desenvolvimento, as vesiculas cerebraes primitivas e as meninges, desde o inicio ectopicas, estabelecem um obstaculo, atalhando a soldadura dos ossos.

A differença entre a theoria embryonaria e fetal está, pois, estabelecida.

Emquanto a segunda, ligando o facto a alterações pathologicas, durante o periodo fetal, faz do encephalo uma hernia secundaria, a theoria embryonaria explica não haver hernia secundaria, mas bem uma ectopia primitiva, visto que o encephalo e as meninges não tendem a sahir, mas permanecem sempre fóra do craneo. Isto é devido á parada da soldadura ossea, havendo ausencia tanto da dura-mater, como da parêde craneana em um ponto determinado.

Tal anomalia identifica-se com a *spina-bifida*, tanto que já Cruveilhier a cognominára de *spina-bifida craneana*.

Nesse estudo pathogenico da meningo-encephalocéle devemos levar em consideração, não sómente os casos cirurgicos, mas tambem um grupo de monstruosidades, apresentando-nos o cerebro mais ou menos fóra do craneo e que Geoffroy de Saint-Hilaire incluia em familia unica,

---

1) *Tillaux* (loc. cit.) – Traité d'anatomie topographique – Pag. 68.

com o epitheto de *exencephalias*. Nada mais são que um gráo elevado da encephalocéle congenita, pois ahi encontrar-se-ão caracteres que identificam as duas deformidades: uma abertura entre dois ossos mal desenvolvidos, um tumor, contendo parte do encephalo e serosidade.

«Un cerveau mal conformé, conclúe Geofroy de Saint-Hilaire, plus ou moins complet, et placé au moins en partie hors la cavité crânienne, elle-même très imparfaite.» [1])

E é por isso que em mestres, como Broca, encontram-se affirmações como estas:

«Il y a développement ectopique d'une partie cérébrale plus ou moins grande, avec toute la série entre les petits cas chirurgicaux et l'exencéphalie totale.» [2])

Mas, qual a explicação a dar a tal ectopia primitiva, sustentada pela theoria embryonaria?

De origem ectodermica, as vesiculas cerebraes derivam de um folheto, posto em contacto intimo com o amnios, donde a interpretação que a ella dá Geoffroy de Saint-Hilaire, para quem as encephalocéles são o resultado *das adherencias do amnios e das vesiculas cerebraes primitivas*, adherencias que, quanto mais extensas, mais capazes serão de produzir exencephalias accentuadas.

Tal é a primeira hypothese, tambem abraçada por Cruveilhier e Lannelongue.

Dareste faz a deformidade dependente da parada do desenvolvimento do amnios que viria *comprimir a vesicula encephalica*, as adherencias, nessas circumstancias, desempenhando um papel de segunda ordem.

Finalmente, a terceira hypothese estabelece a *theoria neoplasica*.

As vesiculas cerebraes primitivas podem ser a séde de uma hypertrophia circumscripta, de uma especie de

---

1) *Geoffroy de Saint-Hilaire*, apud Duplay e Reclus — Traité de Chirurgie.— Pag. 593

2) *A. Broca* — Chirurgie infantile. — Pag. 784

neoplasma, em torno do qual se organisa o craneo. São tumores de formas originaes, cuja textura histologica, como já antes referi, parece-se, ao mesmo tempo, com a do cerebro e do cerebello, possuindo cellulas da corticalidade cerebral, unidas ás cellulas de Purkinje.

E' preciso notar ainda que, pelo facto do volume dessa tumecência, dessa protuberancia, dessa neoformação, emfim, as parêdes craneanas, em estado de desenvolvimento, não chegam a recobril-a, mas a constringem em sua base e dão-lhe assim a forma pedunculada.

E ahi resaltam dois pontos capitaes e iniciaes da constituição das meningo-encephalocéles congenitas: a ectopia primitiva, pela adherencia amnio—encephalica, e a ectopia primitiva pela protuberancia exencephalica, brotando de uma hypertrophia circumscripta.

C) Anatomia pathologica

No tocante ao estudo das lesões anatomicas das meningo-encephalocéles, vou atacar tres partes principaes: a séde do tumor, sua parêde e seu conteúdo.

a) Séde

Ha localizações bem definidas, na caixa craneana, para as meningo-encephalocéles.

A séde de predileção do tumor é a região occipital.

Já Mecker tinha assignalado esta frequencia, e n'uma estatistica de John Laurence, sobre 75 casos de encephalocéles, achou 53 naquelle ponto.

Entre nós, o mesmo acontece, pois observações, encontradas em outra parte deste trabalho, envidenciam tal asserção.

Para explicar as situações diversas que o tumor póde

occupar nessa região, nem mais é preciso do que lembrar a maneira como evolúe o osso occipital.

Em sua evolução, possue um ponto osseo para a apophyse basilar, dois para os condylos e quatro que, superpondo-se, architectam a escama.

Por consequencia, occupará o tumor a linha mediana ou as partes lateraes, desde que appareça na união das duas metades do occipital ou no logar de separação dos dois pontos superpostos que dispõem cada uma das metades do osso.

Sacerdote da theoria embryonaria, Kirmisson affirma que a meningo-encephalocéle «occupera la ligne médiane ou les parties latérales, sans qu'il soit nécessarie pour cela de faire intervenir une lésion pathologique.»

Dahi se comprehende a séde do orificio da meningo-encephalocéle. Occupa sempre, no craneo, a linha mediana, o que foi contestado por Spring, ao lançar a theoria das alterações pathologicas.

Logo, electivamente, o tumor surge ou acima da protuberancia occipital externa, chamado, neste caso, de meningocéle superior, ou abaixo della, correspondendo ao buraco occipital e denominado de inferior. Em casos mais raros, é encontrado na fontanella posterior.

Em uma observação de Rousseau, o tumor occupava o centro de uma membrana que substituia os dois parietaes.

Acontece, por vezes, que o pediculo da meningo-encephalocéle é separado do *foramen magnum* por uma ponte ossea e, em outras occasiões, por uma ponte membranosa.

O orificio, no craneo é, quasi sempre, arredondado ou ovalar, de bordos regulares e lisos, jamais anfractuosos.

Num artigo de Berger, encontrado na Revista de Cirurgia, de 1890, são apontados 3 casos, em que o orificio era tão largo, que por elle se podiam passar um ou muitos dedos. Taes observações, de sobejo originaes, pertencem a Billard e Talko. Uma dellas se acha no museu de Insprunck.

Na normalidade dos casos, porém, o orificio é de pequeno calibre e por elle se consegue apenas introduzir uma sonda canellada.

Vimos que, quasi sempre, o tumor se assesta na região occipital. Em casos excepcionaes, póde localizar-se ainda na região frontal, ficando no trajecto de uma linha que, como explicou Larger, corresponde á primeira fenda branchial, isto é, á raiz do nariz. Na altura do angulo interno do olho, no nivel do conducto lacrimo-nasal e do sulco naso-geniano, na cavidade orbitaria e até nas fossas nasaes, póde ser encontrado.

Traz a denominação de naso-frontal, si surgir em correspondencia com a glabella, ácima dos ossos proprios do nariz; chama-se naso-ethmoidal, quando, passando acima de um dos ossos proprios do nariz, vem apparecer no angulo interno do olho; finalmente, orbital, assestando-se no angulo interno ou angulo externo da orbita, franqueando a fenda esphenoidal.

E' atravez da lamina crivada do ethmoide que essas tres ultimas variedades sahem do craneo.

Finalmente, em factos mais curiosos ainda, a meningo-encephalocéle nasce na base do craneo, entre os dois ossos, ethmoide e esphenoide, na cavidade naso-pharyngéa, de onde é possivel prolongar-se até á cavidade buccal.

Giraldès falla ainda desses tumores congenitos, capazes de se fixarem no parietal e no temporal.

b) Parêde

O que é mais digno de nota, no estudo dos envolucros do tumor, é a ausencia, quasi constante, da dura-mater.

Recklinghausen estabeleceu essa anomalia na *spina-bifida*, e Muscatello e Berger puderam constatar a mesma eventualidade, em casos de meningo-encephalocéle.

Peças operadas por Périer e Berger, não permittiram a Ranvier verificar a presença da dura-mater, pelo exame

histologico. Kirmisson, em meningocéle por elle extirpada, no Hospital Trousseau, não conseguiu encontrar essa meninge dura, essencialmente protectora.

Pelo exame attento da deformidade desvenda-se, pois, debaixo da pelle frouxa e delgada, tão sómente a meninge molle, descripta na Allemanha, como uma só, e dividida, em França, em pia-mater e arachnoide.

Não é raro acontecer que o tecido de taes membranas soffra espessamento consideravel, de modo tal a estabelecer uma substancia de consistencia gelatinosa, de malhas cheias de serosidade, de aspecto myxomatoso.

A carencia da dura-mater nas meningo-encephalocéles não é de difficil interpretação, visto, como é sabido, ella não é propriamente uma meninge, mas antes um periosteo interno, chamado o endo-craneo, e, por conseguinte, deve faltar no ponto em que o craneo não existe.

c) **Conteúdo**

No attinente á divisão desses tumores congenitos, foi-me dada a occasião de algo dizer sobre o seu conteúdo. Sem embargo, o accrescimo de algumas notas complementares se impõe.

Vezes ha, e não raro, em que se percebe, no tumor, os batimentos das arterias cerebraes, o que prova a existencia d'uma porção consideravel das circumvoluções, immediatamente abaixo do envolucro. Assim aconteceu no tumor que M. Schaw descreveu, e que era situado na raiz do nariz.

Na *meningocéle* se encontra apenas liquido cephalo rachideano. Em paginas passadas, acentuei que Piéchaud e Denucé negam, como aliás outros autores, existir uma meningocéle pura, isto é, que, na cavidade do sacco, apenas se possa achar liquido, apezar de sua apparencia translucida, lembrando bem uma hydrocele ordinaria.

E este facto só será elucidado pela intervenção cirur-

gica, demonstrando exactamente a presença de pequena parte do encephalo, ao menos, pois os processos exploradores, de que se serve a clinica, são incapazes de tal affirmação.

«On ne sait pas, par conséquent, lembra Holmes, s'il ne s'agit pas d'un encéphalocèle, recouvert et masqué par un meningocèle». 1)

A *encephalocéle* contem, como vimos, no seu interior, massa nervosa cheia, e cuja estructura nem sempre corresponde a porção bem determinada do encephalo, visto que sóe apparecer elementos, pertencendo, ao mesmo tempo, ás circumvoluções cerebraes e ao cerebello. E é por isso que Berger, com justa razão, propoz-lhes o nome de *encephalomas.*

A *hydroencephalocéle*, porfim, é constituida por uma bolsa de meninges, trazendo, internamente, substancia nervosa que se distende pelo liquido cephalo-rachideano.

1) Holmes (loc cit.) — Pag. 82.

CAPITULO III

Symptomatologia. Diagnostico differencial. Prognostico. Tratamento

A) Symptomatologia

Em geral, o conjuncto dos signaes que caracterisam a meningo-encephalocéle conduzem o clinico á via do diagnostico.

E' uma criança recem-nascida, ou de poucos dias, e que apresenta, mais commumente na região occipital, sobre a linha média, ou adiante, na união do craneo e da face, um tumor arredondado, liso, egual em superficie, sessil ou pedunculado, de varias dimensões. Simultaneamente, associam-se outras deformidades. Está em primeiro logar a *spina-bifida*, citando-se ainda o labio lepurino, a ausencia dos globos oculares, as anomalias das extremidades, de modo geral, todos os outros vicios de conformação que a teratologia assignala.

Não é frequente que se observem soffrimentos do pequeno paciente. Não nos admiremos, comtudo, dadas connexões varias do systema nervoso, que a criança appareça paralytica, flaccidamente, ou ao contrario, denotando convulsões e contracturas. Mas o diagnostico é firmado, sobre bases inabalaveis, pelo exame physico do tumor.

Essa deformidade congenita é, quasi sempre, arredondada, tomando porém, apparencias varias, curiosos as-

pectos que os observadores não se furtaram a descrever, nas paginas de seus trabalhos.

Pois, vezes ha, em que é irregularmente espheroide, surgindo, em outras occasiões, de fórma ovoide ou cylindrica. Outras vezes, a encephalocéle é estreitada, em varios pontos, lobulada, portanto.

Giraldès falla de um caso, assaz interessante, cujo tumor revestia uma apparencia estranha, digna de curiosidade.

Era uma criança que fazia suppôr tivesse duas cabeças. O pequeno doente repousava sobre o tumor que lhe servia, por assim dizer, de travesseiro!

Geralmente a meningo-encephalocéle é pedunculada, maximé a da região occipital, que tem um pediculo longo e estreito, cujo comprimento tende a augmentar, pela acção da gravidade, podendo obliterar-se, com o correr do tempo. Taes são as meningo-encephalocéles operaveis.

Essa particularidade tem, em todos os tempos, arrastado ao erro, observadores que assim tomaram encephalocéles por cystos ou por uma *spina-bifida* da parte posterior do pescoço.

Solly, no « Pathological Transactions », volume IX, refere um caso dessa natureza, em que o recem-nascido foi examinado por varios medicos, diagnosticos multiplos foram propostos, e a maioria dos cirurgiões considerou o tumor, como uma *spina-bifida*. Sobreviveu o doente, e só com a idade de 29 annos foi operado, tendo-se, nesse momento, descoberto um pediculo perfeitamente solido, resaltando, nitido, o traço da antiga communicação entre a deformidade e a cavidade craneana.

E' muito variavel a dimensão da meningo-encephalocéle. Varia seu volume, em media, desde o tamanho de uma ervilha e de uma pequena nóz, até ás proporções da cabeça de criança. As encephalocéles que adquirem volumes exaggerados são, na maioria dos casos, pedunculadas e constituem causa de dystocia muito seria.

O tumor é, na generalidade, desprovido de pellos no apice, sendo, muitas vezes, cercado na base, por uma zona de hypertrichose. A pelle é delgada, de matiz azulado, com manchas, não raro, de placas angiomatosas avermelhadas.

Um dos caracteres particulares da meningo-encephalocéle é constituido pelas expansões, ligadas intimamente aos batimentos cardiacos e aos movimentos respiratorios, por isso que ha um movimento synchronico, com os actos da respiração. Tal particularidade distinctiva das encephalocéles é, sobretudo, notavel nos pequenos tumores, assestados na região craneana anterior.

A percepção de um sopro ao nivel da saliencia, não é facto excepcional.

São tumores de consistencia molle, fluctuantes ou pastosos.

A reducção é um signal de grande valor. Apenas parcial, é raramente possivel e, quasi sempre, incompleta. Dupplay e Reclus fallam de um caso em que só era permittida a reducção, desde que se collocasse a criança, de cabeça para baixo.

Tentativas mais pronunciadas e prolongadas, por algum tempo, pódem arrancar gritos do pequeno paciente e phenomenos cerebraes notaveis, originando convulsões.

A fluctuação experimenta mudanças, dependente do conteúdo e da variedade do tumor, sendo, está claro, mais pronunciada nas meningocéles.

Uma palpação minuciosa e uma radiographia perfeita deixam, ás vezes, perceber o circuito do orificio que deu passagem á massa encephalica e ao liquido cephalorachideano. A transparencia, muitas vezes, é tal, que é possivel constatar, por ella, a presença do cerebro.

A tal respeito, são uteis as palavras de Kirmisson: « A propos de la transparence, je dois indiquer une particularité capable d'induire en erreur. Il m'est arrivé de voir, à la région occipitale, une tumeur parfaitement trans-

parente, et qui ne possédait cependant ni cavité, ni liquide libre dans son intérieur; elle était entièrement composée d'un tissu d'apparence myxomateuse, comparable à ce qu'ontrouve dans certaines formes de spina bifida signalées par Mathews Duncan, et appelées par lui spina bifida myxomateux». 1)

Sobretudo si fôr volumosa, a meningo-encephalocéle traz irregularidades de conformação do craneo. Em sua parte superior, este é achatado, torna-se a fronte fugidía, e as regiões parietaes, de pouca saliencia. E' o disforme, tocando as raias da monstruosidade!

Os symptomas geraes são incertos; falham, na quasi totalidade das observações.

Pode-se mesmo affirmar que, de modo geral, si o tumor não augmentar de volume, sem tendencias ao crescimento, esses signaes passam despercebidos.

Ao contrario, desde que a deformidade manifesta crescer, rompem, então, convulsões que, pela violencia adquirida, pódem ser fataes para o doente.

A compressão natural, exercida pelo tumor sobre a massa encephalica, é capaz de acarretar comsigo paralysias, mais ou menos accentuadas, graves, vertigens notaveis, paresthesias varias.

Casos têm sido verificados, onde o liquido transúda, sem ser encontrada a menor solução de continuidade.

Si houver, porém, uma sahida na pelle distendida, o liquido se escapará, de maneira consideravel, infectar-se-á o sacco, e a morte ha de sobrevir, n'um paroxysmo doloroso, em convulsões violentas.

B) Diagnostico differencial

Affecções varias vêm á baila, suscitando duvidas, no tocante ao estudo diagnostico.

---

1) Kirmisson (loc. cit.)—Précis de Chirurgie infantile—Pag. 32.

E' preciso que se accentúe, antes de proseguir, que, si os dados anamnesticos nos faltam, si reina obscuridade nos antecedentes do caso diante de nós, é necessario distinguir, nestas circumstancias, uma encephalocéle congenita de uma adquirida. Demais, dois casos conhecidos na sciencia, um de Billroth, outro de Saint-Germain, datavam os tumores do nascimento, pois tinham sido produzidos pelos ramos do forceps.

Mas, desde que se olhe para a symptomologia, atraz descripta, ficará concluida a differença. A encephalocéle adquirida é geralmente sessil, reductivel, pulsatil. Não tem séde fixa, determinada. São os bordos do orificio bem irregulares; não contem meninges. Resumidos, estes signaes são bastantes, creio, para evitar toda confusão.

Depois, vem, em primeira linha, o *cephalo-hematoma*. A fluctuação, apparente ou real, que lhe distingue, a margem endurecida que se adverte no seu circuito, limitando a abertura congenita dos ossos craneanos, são caracteres que poupam incertezas, no diagnostico dos dois tumores congenitos.

A questão principal reside, porém, na situação que elle occupa no craneo. Quasi sempre fica collocado na visinhança do angulo postero-superior do parietal, principalmente á direita, emquanto que as suturas e as fontanellas são a séde de predileção das meningo-encephalocéles. Além disso, o cephalo-hematoma surge no segundo ou terceiro dia, após o nascimento, raramente ao nascer, ao contrario da meningo-encephalocéle que acompanha a criança, já no momento do parto.

O cephalo-hematoma não é pediculado, nem reductivel, e diminue rapida e expontaneamente de volume, sem a intervenção cirurgica, por consequencia.

E' como fazem notar Finkelstein e Meyer, no magnifico «Trattato di Pediatria» (edição italiana) de Feer:

«Nelle settimane successive lo stravaso regredisce lentamente ed il periostio aderisce nuovamente con l'osso,

residuando infine un ispessimento che persiste per molto tempo. Se il riassorbimento avviene a poco a poco, si forma sul tumore uno strato osseo sottile, che si origina dal periostio scollato. Alla palpazione si percepisce in questi casi il cosidetto «crepitio di pergamena.» (1)

Demais, o volume do cephalo-hematoma é maior; n'elle faltam pulsações, batimentos que acompanham a meningo-encephalocéle. Ao mesmo tempo, ha um caracter importante, capaz, por si só, de distinguir os dois tumores. E' o facto que, circumscrevendo o cephalo-hematoma, descobre-se uma orla ossea, estabelecendo contraste, por sua dureza, com a parte central da tumecência que permanece molle e mesmo fluctuante. Si, com um golpe secco do dedo, se percute o tumor, pode-se advertir os ossos, sotopostos ao liquido, signal nunca perceptivel nas meningo-encephalocéles. Vêm, em seguida, os *cystos dermoides*.

Diz Chipault que estes podem apparecer em todos os pontos onde soem existir as encephalocéles. De onde, maior gráo de confusão, maior difficuldade no diagnostico.

Apezar da accentuação de Chipault, os factos dessa natureza, occorridos na litteratura medica, mostram que, de facto, os cystos dermoides podem ter a mesma localização das encephalocéles, mas são frequentes, antes de tudo, na fontanella anterior, sitio rarissimo das meningo-encephalocéles.

Ha outros caracteres differenciaes mais notaveis, porém.

Os cystos dermoides apparecem e se desenvolvem alguns mezes após o parto. Espherícos ou ovoides, os tumores são sem boças, de consistencia molle, irreductiveis, parecendo encravados, pela base, sobre o craneo ou na espessura dos ossos. Comprimindo-os, jámais dão nascimento a perturbações cerebraes. Não têm pulsações, são

1) *Finkelstein e Meyer*, apud Feer — «Trattato di Pediatria» — pag. 124.

sesseis e não pedunculados; a pelle que os cobre não é, nem espessada, nem transparente.

Tendo em memoria os symptomas das encephalocéles, a confusão torna-se impossivel entre as duas especies de tumores congenitos

Uma encephalocéle pulsatil, de aspecto angiomatoso, pode-nos deixar em embaraço, ante a idéa de um *angioma* verdadeiro.

Mas os angiomas são mal circumscriptos, e, com raridade, localizam-se sobre a linha mediana.

Sem pedunculo, frequentemente, ficam independentes dos planos profundos, o que jámais acontece e poderá acontecer com as meningo-encephalocéles.

O angioma tende a augmentar e augmenta, de facto, sob a influencia dos gritos da criança, dos esforços violentos e da posição baixa da cabeça.

Nunca os tumores congenitos, que fazem o assumpto deste meu trabalho, occupam a situação mais frequente dos angiomas, isto é, ao longo da sutura sagittal.

Si a encephalocéle é de origem traumatica, mais difficil é a distincção. Mas a materia desta óbra é constituida pelas meningo-encephalocéles congenitas, e não precisaria, pois, tocar nesse ponto.

Notemos, comtudo, para concluir, que as mais das vezes, o angioma é encontrado em correspondencia com o frontal e o parietal, sendo que, quando se examinam os bordos do orificio osseo, esses jámais se apresentam regulares como os da meningo-encephalocéle, assemelhando-se antes á fenda de fractura longitudinal.

A incerteza, no diagnostico differencial, seria muito mais difficil ainda, com o chamado *caput succedaneum*, resultado do edema e da infiltração das partes constituintes da presentação do feto.

Tal tumor, em breve, desapparece e, com elle, nada de pathologico sobrevem. Evidencia-se, por sua consistencia molle, pastosa, pela côr azulada dos tegumentos que o

recobrem, por limites diffusos e, ainda mais, pelo caracter edematoso, deixando a impressão do dedo que o recalca. Além disso, não é nas suturas, nem nas fontanellas que elle se assesta, mas em parte qualquer do craneo.

Os *abcessos quentes e frios*, além de não existirem nos recem-nascidos, possuem ainda caracteres proprios, unicos, que os distinguem. Pela circumstancia, porém, de serem fluctuantes e circumscriptos, não seria de admirar que fizessem surgir um certo gráo de duvida com as encephalocéles.

Sem embargo, são os abcessos quentes, dolorosos, vermelhos; os abcessos frios, indolores e os tegumentos sempre normaes, ficando ambos, por conclusão, independentes das suturas e das fontanellas.

C) Prognostico

As meningo-encephalocéles têm a propensão de crescerem sempre, após o nascimento do pequeno enfermo. E n'isso mesmo redunda a gravidade do seu prognostico. A sua evolução é geralmente fatal. Decorrido um tempo mais ou menos longo, o tumor, em consequencia de traumatismos, de ulcerações, torna-se infectado, dando logar ao cortejo alarmante da meningo-encephalite que arrasta o individuo á morte inevitavel.

São, na verdade, excepcionaes, casos como aquelle que me foi dado referir em paginas passadas, no attinente á symptomologia, onde se viu o paciente alcançar a idade de 29 annos!

Não é, porém, um caso isolado na litteratura. Manuseando varios compendios, consegui descobrir factos semelhantes.

Assim, no livro do cirurgião inglez Edmund Owen, vae-se encontrar a citação de um doente do doutor Lambinon, que alcançou 14 annos de vida.

Nas «Memoires de l'Académie de Chirurgie», em 1774, um paciente, referido por Guyenot, viveu 30 annos!

Giraldès falla ainda de uma rapariga do serviço do Hospital da Salpêtrière, que já contava 23 annos, quando foi operada em 1813, por Lallemand.

No «Journal de chirurgie» de Graefe e Walther, de 1826, Wedmeyer e R. Adams, no «Dublin medical Journal», relatam ainda exemplos de varios enfermos que attingiram idades avançadas.

São, entretanto, casos de bastante raridade nos annaes da litteratura medica. Ao termo de alguns dias, de algumas semanas, de alguns mezes, surgem accidentes caracteristicos da meningo-encephalite mortal.

E dahi se conclúe ser o prognostico das meningo-encephalocéles extraordinariamente grave.

A anomalia congenita condemna os doentinhos á morte rapida ou á uma idiotia, segundo affirmação de Broca e Maubrac.

Em certos individuos, é compromettido o desenvolvimento de todo o encephalo e resaltam, então, signaes lamentaveis, taes as convulsões, a cegueira, as paralysias.

Em conclusão, toda a criança que nascer com qualquer das variedades de meningo-encephalocéle, trará em si uma fonte perenne de perigos, mais ou menos imminentes, seja qual fôr a séde do tumor.

D) *Tratamento*

Naturalmente, desde que o estudo desses tumores congenitos começou a despertar a curiosidade, pelo apparecimento das primeiras observações, tratamentos varios foram propostos por differentes autores.

Remontando aos prodromos do exame das meningo-encephalocéles até nossos dias, vê-se que o numero de processos operatorios tem sido vasto.

Citam-se a compressão, o sedenho, a incisão simples, a cauterisação, as injecções, as puncções successivas, a in-

jecção de tintura de iodo ou de glycerina iodada, a ligadura e a excisão ou extirpação.

A descripção de taes methodos, em suas minuciosidades, seria fastidiosa, inutil mesmo. Reservarei um estudo mais attento ao methodo da extirpação, o preferivel, hoje universalmente empregado. Aos outros, apenas passarei ligeira revista.

A *compressão* moderada, methodica, poderá ser prodiga em bons resultados, seja reduzindo o tumor, seja impedindo-lhe o crescimento, maximé si antes se evacuar o liquido que, por ventura, possa existir. Este methodo, segundo dados bibliographicos, será util nos pequenos encephalocéles faciaes, como lembram os casos de Houel, Vincent e Ollier.

A reducção que se procura obter por tal processo é quasi irrealizavel, podendo dar logar a phenomenos muito serios, pela compressão da massa encephalica.

O *sedenho* e a *cauterisação* são systemas condemnaveis, defeituosos, não produzindo melhoras no estado do tumor.

A *incisão simples*, praticada, pela vez primeira, por Corvinus, em 1749, deu um successo quasi incrivel a Held, em 1777, em um caso de encephalocéle propriamente dicta, seja embora um methodo, deixado hoje ao abandono, pelo motivo simples, dos raros successos a que deu logar.

Horsley apresentou, ao Congresso de Berlim, em Agosto de 1890, uma observação, em que a cura foi obtida, mediante á *electrolyse*. Falleceu o doente desta observação doze mezes mais tarde de cholera e, pela necropsia, poude Horsley verificar a regressão completa da encephalocéle de que era portador o paciente.

A electrolyse é empregada, notadamente, no tratamento das encephalocéles pequenas.

As punccões successivas, seguidas de injecção de tintura de iodo ou de glycerina iodada tem dado logar antes a revezes, a insuccessos frequentes. Tal processo foi preconizado sobretudo por Holmes, nas suas «St. George's Hospital

Reports», em 1866, e, no seu livro sobre Doenças cirurgicas das crianças, cita duas observações onde manifesta não escondido enthusiasmo por tal systema de tratamento. Embora os exitos obtidos, tambem por Adams, Rizzolli e outros, é necessario notar um ponto capital, nesse methodo das puncções: é que, afóra sua inefficacia reconhecida, expõe, com facilidade, o tumor á infecção.

A *ligadura*, favoravel nas mãos de Lagrari, de Thompson, de Leasure, tem o perigo de favorecer a inflammação, durante o periodo cicatricial da encephalocéle.

Actualmente, o verdadeiro methodo cirurgico, applicavel não só ás meningocéles, como ás encephalocéles e ás hydroencephalocéles, é o da *extirpação* ao bisturi.

Firmado sobre pedestal inquebrantavel, este processo tem a affirmação da sua supremacia, nas observações que seguem a este estudo e nos casos occorridos na litteratura medica extrangeira.

Embora pequena, esta estatistica, que coordenei, evidencia a efficacia, do methodo da *excisão:*

Operadores	Casos operados	RESULTADOS:	
		Cura	Exito letal
Mme. Deloff	80	55	25
Chipault	50	41	9
Larger	6	6	—
Sarmento Leite	3	3	—
Horsley	2	1	1
M. Cavalcanti [1]	1	—	1
Josetti [2]	1	—	1

Os casos de Mme. Deloff, discipula de Kirmisson, foram relatados em sua these, de 1900; concluiu por uma

1) Refiro-me ao caso publicado, ignorando a existencia de outros.
2) Idem.

mortalidade de 30, 25 %, sendo que as meningocéles dão 21, 2 %, ao passo que as encephalocéles fornecem um algarismo de 39,01 %.

Ainda podem ser assignalados os casos de cura, pelo processo da extirpação, obtidas por Alberti, Celli, Bergmann, Périer e Berger.

O primeiro doente, ao qual foi adoptado esse methodo, referido na litteratura, é o de Thiébault, no anno de 1792, onde havia, na região occipital, um duplo tumor, transparente um, de consistencia lipomatosa outro.

O assumpto foi adquirindo maior vulto, após o trabalho de Larger, de 1877, e depois da discussão travada na Sociedade de Cirurgia de Moscou, a proposito da communicação memoravel de Sklifasowsky, em 1881, e ainda pelas apresentações de Alberti e de Bergmann, no Congresso de Cirurgia allemã, em 1888, e pelos casos curiosos de Périer e Berger.

O necessario já foi relatado, para que não me estenda, por mais tempo, na valiosa questão.

Sendo, comtudo, o methodo contemporaneamente acceito, aqui transcrevo, na integra, a technica da cura operatoria, adoptada por Berger, seguida pelos cirurgiões: «L'enfant étant maintenu dans l'anesthésie chloroformique, la région ayant été rasée et lavée avec soin, on trace, de part et d'autre du pédicule de la tumeur, deux lambeaux latéraux, que l'on dissèque rapidement jusque vers sa base en pratiquant une hémostase aussi complète que possible. Ces lambeaux ne comprennent que la peau. Le pédicule membraneux du sac méningé est alors reconnu et isolé jusqu'à ce qu'on sente le contour tout entier de l'orifice osseux au travers duquel il se prolonge; au ras de cet orifice, on traverse le pédicule avec une aiguille mousse, armée d'un fil de catgut double, qui permet d'étreindre le pédicule, dans l'orifice osseux lui-même, au moyen de deux ou de plusieurs ligatures entrecroisées, disposées en chaîne. Toute la partie du sac qui

déborde la ligature est alors enlevée d'un coup de ciseau, la surface de section du pédicule est touchée avec une solution antiseptique et l'on ramène sur elle les lambeaux cutanés, qui sont réunis et maintenus exactement au contact par un certain nombre de points de suture assez serrés au crin de Florence. Tout drainage doit être rejeté ; on recouvre la ligne de réunion de salol ou d'iodoforme et d'une occlusion collodionnée, mieux encore d'une compression ouatée assez épaisse.» (1)

Poucas e insignificantes modificações têm sido introduzidas á technica de Berger. Citam-se, entre os que tocaram no assumpto: Larger, Sklifasowsky, Mittendorf, Kowalzig, Hapersberg, Manega, Fegen, Trechsel, Lea, Bayer, Temoin.

E' preciso notar que, no caso de meningocéle, a intervenção se torna mais grave, desde que não se evite a perda brusca do liquido cephalo-rachideano. Deve-se temer, além disso, uma hydrocephalia chronica ulterior.

Impéde-se a perda brusca do liquido, «en liant, segundo diz Broca, le pédicule au catgut après dissection de la peau à la base et avant ouverture des meninges. L'exérèse devient alors assez bénigne.» 2)

A idade, na qual as crianças são operadas desse vicio congenito é, em extremo, variavel. Enfermos de menos de um mez succumbem, na maioria das vezes.

Em outras occasiões, é a falta de asepsia e de antisepsia e a hemorrhagia, as causas do insuccesso.

Não é possivel fixar a idade, em que se deve intervir. Alberti e Koenig operaram desde o decimo dia do nascimento.

Périer opera no 28º dia. Parece, entretanto, de bôa prudencia, que se espere até o sexto ou setimo mez, fican-

---

1) *Berger*, apud Chipault — Chirurgie opératoire du système nerveux — Pag. 730.

2) *A. Broca* — (loc. cit) — Chirurgie infantile — Pag. 787.

do a intervenção sob a dependencia do estado geral da criança.

Deve-se, egualmente, tomar conta das dimensões do tumor, de sua tendencia ao crescimento, da imminencia de ruptúra.

Aos tumores pequenos, cobertos de pelle sadia e que não crescem, oppõem-se-lhes meios de contensão, comprimindo-os ou mantendo-os em apparelho protector.

Aos grandes, expostos a accidentes graves e que augmentam de volume, procede-se á extirpação.

Accentue-se que tumores sem pediculos, continuando-se, por assim dizer, confundindo-se com o resto do craneo, formam a classe das meningo-encephalocéles inoperaveis.

CAPITULO IV

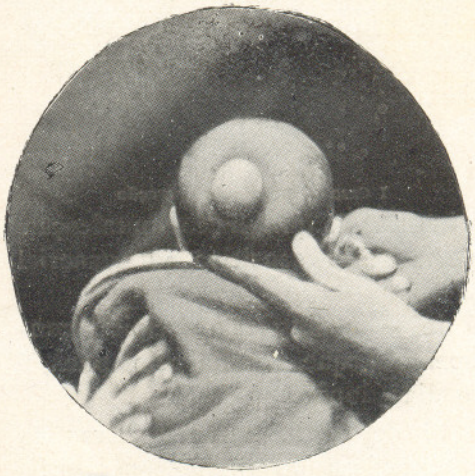
Casos clinicos

I Caso

Meningocéle occipital congenita [1])

«A... filho de V. B., de dois mezes de idade, branco, brazileiro, residente na Conceição do Arroio, é trazido, a 6 de Abril de 1902, ao dispensario do Prof. Olinto, na Santa Casa, onde é registrado sob o numero 703.

HISTORICO — Nenhuma importancia tem os antecedentes hereditarios e, quanto aos *pessôaes*, são estes quasi nullos, pois apenas o doentinho apresenta diarrhéa verde, datando de pouco tempo. De um parto normal nasceu esta criança, em quem foi logo notada a existencia, na cabeça, de um pequeno tumor, regulando mais ou menos o tamanho de um ovo de pomba. Dia a dia augmentava o tumor de volume, parecendo doloroso, segundo dizem os paes, visto o doentinho chorar continuamente.



I Caso — Antes da operação

1) Observação do Prof. Sarmento Leite, publicada no «Brazil Medico», em 15 de Fevereiro de 1907.

STATUS PRESENS — Criança bem disposta, relativamente bem desenvolvida, sem outra malformação fóra daquella pela qual procurou os socorros medicos. Na cabeça, bem na linha mediana, ao nivel da fontanella posterior, existe uma saliencia irregularmente pyriforme, do volume de um ovo de gallinha, em cuja pelle, bastante delgada, completamente desprovida de pêllos e de côr rosea ligeiramente arroxeada, desenha-se tenue arborescencia vascular.

I Caso — Depois da operação

Tal tumor, bem liso, depressivel, fluctuante, irreductivel, bem transparente, torna-se excessivamente tenso pelo chôro, a ponto de parecer que vae romper-se, e apresenta um largo e curto pediculo, em volta do qual percebe-se uma abertura circular na capsula craneana com o interior da qual ha communicação. A pressão nenhuma perturbação sensitiva ou sensorial determina.

Feito o diagnostico de — meningocéle occipital congenito — proponho a operação, que, acceita pelos paes, é reduzida a effeito quatro dias depois.

INTERVENÇÃO — A 10 de Abril, pelas 9 horas da manhã, feita a asepsia minuciosa do campo operatorio, chloroformisado o doentinho pelo Dr. Octavio de Souza e auxiliado pelo Dr. N. Flôres, circumscrevo o tumor, um pouco acima do pediculo, por duas incisões semi-lunares unidas nas extremidades e interessando tão sómente os planos supra-meningêos, os quaes são dissecados o mais rapidamente possivel, offerecendo este tempo certa diffi-

culdade, não só pela forte adherencia, como tambem pela pouco espessura de taes planos, graças ao adelgaçamento da pelle, á dissociação do epicraneo e á pobreza do tecido cellular.

Chegado á superficie craneana, transfixo o pediculo bem isolado, rés-vés o plano osseo, com uma agulha romba armada de um duplo fio de catgut, com o qual faço o nó de Lawson-Tait e acima secciono o pediculo. Extirpado assim o *tumor*, suturo os tegumentos por tres pontos separadas á sêda. Curativo de gaze e algodão hydrophilos, mantido por uma *cappeline*.

Durou 40 minutos toda a intervenção, á qual estiveram presentes os Drs. João Abbott, S. Mariante e A. Franco.

O sacco do tumor, formado pelas meninges, era mui delgado e só continha liquido cephalico.»

(Vêm depois as sequencias da operação, denotando o exito mais feliz, pois, no dia 29 do mesmo mez, o doentinho teve alta, completamente curado).

II Caso

Meningocéle occipital congenita [1])

«Trata-se da menina D... filha de C... contando 25 dias de idade, de côr mixta e residente em um suburbio da capital.

ANAMNÉSE

ANTECEDENTES HEREDITARIOS — Das referencias feitas pela mãe da doentinha, mas, sobretudo, pelos estygmas da syphilis observados em uma irmã sua de 5 annos, mais ou menos, concluimos que o pae da nossa observada é um syphilitico.

---

[1]) Observação do Dr. Basil Sefton, quando ainda academico, em 1908.

Quanto á mãe, essa refere ter sido sempre forte; fôra accommettida aos doze annos de uma pneumonia. Houve, de partos a termo, 2 filhos; o primeiro uma menina robusta e bem proporcionada, o segundo, o caso da nossa observação, apresentou, ao nascer, um tumor situado na linha mediana, ao nivel do foramen magnum, de proporções eguaes ás de um ovo de pomba.

ANTECEDENTES PESSOAES — Nada accusa de pathologico a não ser o já referido tumor que desde o nascimento, de dia a dia, ganhava volume até que 17 dias após o nascimento, precisamente a occasião em que fôra trazida ao dispensario de crianças do Hospital desta cidade, mostrava fórma e dimensões comparaveis ás de um ovo de gallinha.

ESTADO ACTUAL

ESTADO GERAL — Em vista do exame dos apparelhos respiratorio, circulatorio, digestivo e nervoso, que se procedeu, pode-se dizer que o estado geral é satisfactorio.

ESTADO LOCAL — O tumor occupa a região posterior do craneo, ou si quizermos, occipital, ao nivel da linha mediana, coincidindo com a fontanella lambdoide com a qual communica.

A reducção, posto que mui limitada, é obtida por manobras prudentes. Apresenta um largo pediculo, quasi sessil, não é bossado nem accidentado e em sua parte culminante é coberto por uma pelle fina, glabra, pallida e de côr amarellada, tendo em destaque uma zona ecchymotica, mercê talvez da farta irrigação, em imminencia de ruptura, pela exaggerada tensão verificada.

Em sua base, provida de finos e luzidios pêllos é o tumor, além disso, transparente, molle, fluctuante e incompletamente reductivel. O seu volume augmenta com a respiração, a tosse, o chôro. A reciproca tambem é verdadeira. Pulsações visiveis ou tactis ausentes.

Diagnostico differencial — Tratando-se, no presente caso, de uma affecção congenita, podemos abandonar ou deixar de lado os tumores accidentaes do craneo (quer intra ou extra).

Assim é que o nosso diagnostico se limitará apenas aos tumores congenitos e isso mesmo não a todos, aos mais semelhantes apenas.

Portanto differencia-se :

I) Do kysto dermoide cuja séde mais frequente é o angulo externo da orbita, que tem a fórma arredondada, tal uma avelã, forte tensão, é renitente, movel a pelle que o recobre, fraca mobilidade sobre o esqueleto onde determina de ordinario uma depressão que o encastôa.

II) Do encephalocéle que é pulsatil, só em parte transparente, etc.

III) Do hydroencephalocéle que é mais commum na região supra-occipital, emquanto que outros tumores são mais communs na região infra occipital.

Finalmente a existencia de um tumor congenito, coincidindo com a fontanella lambdoide, transparente, cuja «tensão póde augmentar nos paroxysmos do chôro e diminuir na paz do somno», impõe o diagnostico de *meningocéle*, puro, não o affirmo, pois, a priori, semelhante asserção é difficil, sinão impossivel e sobretudo ousada.

Prognostico — Reservado, attendendo de um lado á affecção em si, de outro, á tenra idade da paciente.

Marcha — A infecção secundaria, que não é de duvidar em gente da classe a que pertence a nossa paciente, pouco aceiada e cuidadosa, póde dar origem a uma meningo-encephalite, fatal, que se deixa vêr. Além disso, tendo em vista a forte tensão a par da finissima espessura da pelle, deve-se receiar, antes de tudo, a ruptura que é imminente e cujas consequencias não serão menos funestas que as precedentes.

Tratamento — Não passam de meios palliativos a compressão e a puncção quer simples, quer seguida de injecção e que além disso expõem ao risco de infecção. O unico processo que deve ser empregado é o de Périer e Berger, mórmente no presente caso, isto é, a excisão do sacco, á qual recorremos.

Operação — A convite do nosso chefe, Prof. Olinto, o professor cirurgião Sarmento Leite,, auxiliado por nós e collega Carlos Leite, procedeu ás 9 horas a.m. do dia 10 de Julho do corrente anno, á extirpação do tumor. Anesthesiada a criança, depois de feita a asepsia completa da região, foram traçados no pediculo dois retalhos lateraes que foram dissecados rapidamente até á sua base, fazendo-se da melhor maneira possivel a hemostasia. Esses retalhos não comprehenderam sinão a pelle. Foi em seguida reconhecido e isolado o pediculo membranoso do sacco meningeo, até que sentiu-se todo o contorno do orificio osseo, atravez do qual elle se prolongava. Ao nivel desse orificio atravessou-se o pediculo de uma agulha rhomba de fio de catgut duplo, estrangulando-se o pediculo no proprio orificio osseo, por meio de ligaduras entrecruzadas, dispostas em cadêa. Ao depois, com o auxilio de uma tesoura, aquem da ligadura, cortou se o pediculo, tocando-se a superficie de secção com uma esponja embebida em uma solução de sublimado; foram os retalhos cutaneos reunidos e mantidos exactamente ao contacto, por meio de seis pontos de sutura á sêda, isolado e applicado apparelho algodoado occlusivo.

A operação durou 28 minutos.

O sacco de parêdes translucidas, excessivamente delgadas continha cerca de 44 c. c. de liquido cephalo-rachideano normal; massa cerebral não encerrava.

A anesthesia que prolongou-se por 21 minutos esteve a cargo do Prof. Moysés que empregou o inhalador

Vernon. Não foi registrado nenhum accidente nem incidente.»

(As sequelas da intervenção cirurgica indicam, no final da observação, que a criança passou sempre nas mais vantajosas condições, ficando curada).

III Caso

Meningo-encephalocéle occipital congenita

Maria, com idade de 15 dias, de côr branca, natural deste Estado. Registrada sob o numero da papeleta nº 1648 e de ordem 64, entrou para a 1ª secção [1]) da Santa Casa de Misericordia desta cidade, em 25 de Abril de 1916, fallecendo em 10 de Junho do mesmo anno.

N. B. — A convite do Professor Sarmento Leite tirei a photographia dessa doentinha, assim como a do caso seguinte. De ambas não foi feita observação, não sendo procedida a intervenção cirurgica, por serem ambos os tumores inoperaveis. O exame clinico, porém, determinou, em ambos os casos, a presença da meningo-encephalocéle.

---

[1]) A cargo, então, do Dr. Dyonisio C. Silveiro.

IV Caso

Meningo-encephalocéle occipital congenita

José, de 4 dias de idade, de côr branca, natural do Rio Grande do Sul.

Entrou para a 1ª Secção [1]) da Santa Casa desta capital, em 16 de Maio de 1916, morrendo em 20 do mesmo mez e do mesmo anno. Foi registrado sob o numero da papeleta nº 1799 e de ordem 70, no livro de matricula.

(Veja-se a nota no caso precedente.)

V Caso

Encephalocéle congenita [2])

«J... filha de A. F., 3 annos, branca, brazileira, residente em Caxias, dá entrada no serviço do Prof. Olinto a 21 de Novembro, de 1903, sob papeleta 3.465, recebendo no livro de matricula o n.º 50.

Anamnése — Os paes sempre foram fortes. Do casal houve 4 filhos, sendo tres bem perfeitos e gozando bôa saúde e o quarto (o doente em questão) nascido de um *parto natural*, com um tumor, muito pequeno na cabeça,

1) Então a cargo do Dr. Dyonisio C. Silveiro.
2) Observação do Prof. Sarmento Leite, sahida á luz, em 15 de Fevereiro de 1907, no «Brazil Medico.»

o qual, a principio muito molle, cresceu um pouco nos primeiros tempos, ficando depois estacionario e tornando-se mais consistente, um tanto *duro*. A não ser isso, que não produzia soffrimentos, a criança foi sempre bem sadia.

Estado presente. — Bem disposta, alegre, bem desenvolvida e proporcionada era a paciente e sem outra qualquer malformação. O que despertava a attenção logo, nessa criança, era a cabeça, pela presença de uma saliencia branca, emergindo do meio da basta cabelleira castanha-escura. O tumor, occupando, na região occipito-parietal, a linha mediana, ao nivel do lambda, era arredondado, do tamanho de uma pequena bergamota, não bossado, quasi sessil, pela insignificancia do pediculo. A pelle, que o revestia, era perfeitamente lisa, de côr normal e totalmente desprovida de pêllos. Indolente, irreductivel, elastico, era de consistencia firme, lipomatosa.

Ao redor do pediculo, pela pressão digital, percebia-se, com certa difficuldade, ligeira depressão, notando-se que elle communicava ou melhor continuava-se com a cavidade craneana. Afóra isso, via-se que o craneo attingira completo e perfeito desenvolvimento relativo. — Posto, por exclusão, o diagnostico de encephalocéle congenita — no que foi accorde o Prof. S. Mariante, levei a effeito a intervenção a 4 de Fevereiro de 1904, pelas 10 horas da manhã.

Presentes os Profs. S. Mariante, Dias Campos e Freire Figueiredo, chloroformisada a doente pelo Dr. Galeno de

Revorêdo, então quinto-annista de medicina, procedi, auxiliado pelo Dr. N. Flôres, a excisão do tumor, usando o mesmo methodo seguido na Obs. I, isto é, o de Périer e Berger. Na sutura cutanea, devido á exiguidade do retalho, empreguei, para evitar a secção da pelle pelos fios, a sutura encavilhada, por meio de rolinhos de gaze. (Lejars). Durou toda a intervenção 25 minutos, por occasião da qual foi possivel vêr-se, no craneo, diminuto orificio, por onde emergia o pediculo meningeo, sob o aspecto de um cordão fibroso, de calibre excedente de millimetros ao do ligamento arterial.

Macroscopicamente o tumor, ao córte, assemelhava-se a tecido esclerosado, deixando vêr no centro insignificante cavidade, verdadeira forreta, com umas tres gottas de liquido amarello citrino. Infelizmente a peça perdeu-se, de modo que não foi possivel sujeital-a a exame microscopico, o que, aliás, pouco ou nada adeantaria sob o ponto de vista do tecido nervoso.»

(Diz o resto da observaçao que, a 10 de Março, do mesmo anno, a criança é retirada do Hospital, totalmente curada.)

VI Caso

Meningocéle occipital, pelo Dr. Josetti [1])

Narra o autor a observação de uma criança de 8 mezes, branca, natural deste Estado, residente na Volta Grande, municipio de S. Leopoldo. Deu entrada na 5ª secção da Santa Casa desta capital, no dia 21 de Setembro de 1906, ficando registrada sob a papeleta nº 3704.

Quanto aos antecedentes hereditarios, nada de importancia.

---

1) Esta observação foi publicada na these do Dr. Eduardo Barcellos. Faço-lhe o resumo.

A pequenina nasceu com um tumor molle, do volume de um pequeno limão, na parte posterior da cabeça.

Tal circumstancia obrigou a mãe da pequena paciente a trouxesse, com 18 dias, a Porto Alegre, para ser examinada por um medico que a aconselhou voltasse 6 mezes mais tarde, para a intervenção, caso persistisse o tumor.

Ao cabo de 8 mezes, como peiorasse o estado da tumecência, veiu ao dispensario do Prof. Olinto, de onde foi enviada ao Dr. Josetti.

Criança muito debil, apresentando, na região occipital, sobre a linha mediana, um tumor do volume de uma laranja grande de umbigo, de pediculo estreito, longo e delgado, tenso, fluctuante, indolente. Muito fina a pelle, com venosidades, lisa, completamente desprovido de pellos, mostrando no apice do tumor, pequena placa irregular. Nota-se a communicação com a cavidade do craneo, por meio de uma depressão ossea.

Não provoca nenhum phenomeno nervoso a compressão. Completa a transparencia. Radiographado o tumor pelo Dr. Nogueira Flôres, evidenciou-se a franca communicação do tumor com a caixa craneana.

O autor procedeu á operação no dia 23 de Setembro de 1906, sendo chloroformisador o Dr. Nogueira Flôres, e auxiliado pelo Prof. Sarmento Leite, pelo Dr. Galeno de Revoredo, pelos então internos Drs. Carlos Leite e Alberto Göetze, com assistencia do Prof. Moysés e alguns estudantes.

Foi empregado na operação, que durou 55 minutos, o processo de Périer e Berger.

O sacco era unicamente formado de meninges, sendo o liquido contido, amarello claro, citrino e bem fluido.

No dia 16 de Outubro do mesmo anno, morre a doentinha.

VII Caso

Hydro-encephalocéle congenita, pelo Dr. Alvaro Guimarães [1])

Trata-se da menina L... com 1 anno, de côr parda.

Declara a progenitora, só ter tido peste bubonica. Teve 14 filhos e 4 abortos, tendo dois partos gemeos. A criança nasceu de um desses partos duplos, fallecendo seu irmão gemeo, com convulsões, sem apresentar nenhuma anomalia ou deformação. L... apresentou, logo ao nascer, um tumor do tamanho de um ovo de pomba, e que foi gradativamente adquirindo maiores proporções, até chegar ao tamanho de uma laranja.

E' o tumor molle, indolente, irreductivel, pouco tenso, não dando logar, pela compressão a phenomeno cerebral algum, nem é animado de batimentos. Foi estabelecido o diagnostico de hydro-encephalocéle congenita.

Foi indicada a intervenção cirurgica, que foi acceita pelos paes.

E' uma criança forte, bem desenvolvida, de constituição regular. Aos 2 mezes de idade teve varias convulsões. Foi operada pelo Prof. M. Cavalcanti, do Rio, segundo o processo de Berger modificado, tendo auxiliado a operação os Drs. A. Damasio e A. Vasconcellos que anesthesiou a doentinha pelo keleno.

Dizem as sequelas da observação que a pequena paciente falleceu, não podendo ser feita a necropsia.

---

1) Resumo da observação publicada no «Brazil-Medico» em 8 de Janeiro de 1905.

VIII Caso

Meningocéle orbitaria dupla, *pelo Prof. Victor de Britto* [1])

O Prof. Victor de Britto descreve o caso de uma criança de 5 annos que foi registrada em seu serviço de olhos do Hospital desta cidade, em 3 de Março de 1903.

De antecedentes, traz apenas a descripção de sua mãe que declarou ter seu filho nascido com dois tumores situados sobre o limite interno das palpebras superiores, acima do ligamento palpebral interno. Sem apresentar o menor signal de irritação da pelle, nem provocar soffrimentos, os tumores, comtudo, augmentaram de volume.

Quanto ao *status presens*, narra que a criança, nascida a termo, é bem conformada, apresentando tão sómente a deformidade com que nasceu. Esta é constituida por um tumor oblongo no sentido vertical, mais pronunciado á direita e que parte da extremidade interna da palpebra superior, de cada lado, até ao nivel do sulco naso-labial. E' duplo, portanto. Os tumores occupam inteiramente as faces lateraes do nariz.

São absolutamente indolores, irreductiveis e não accusam pulsações. A pelle que os reveste é normal. A palpação não deixa nenhuma duvida sobre a natureza liquida do tumor. Do lado dos globos oculares, nenhuma lesão digna de ser mencionada.

O autor passa em revista affecções varias, capazes de suscitar duvidas, no tocante ao diagnostico differencial. Assim, visto a presença do liquido cephalo-rachideano, continuamente renovado, depois da aspiração, a origem congenita do tumor, situado entre o grande angulo das palpebras e a raiz do nariz, conclúe tratar-se de uma meningocéle orbitaria. Elimina a encephalocéle, a hydropisia do sacco lacrymal e o cysto da orbita.

A paciente não foi operada.

(1 Resumo da observação, escripta em francez.

LE
SABi
UFRGS
05343279

Em conclusão

1º — A meningo-encephalocéle constitue uma das affecções congenitas mais raras da litteratura medica. A estatistica entre nós e no extrangeiro confirma tal asserção.

2º — A divisão em meningocéle, encephalocéle e hydro-encephalocéle provem do conteúdo do tumor.

3º — Berger conclúe chamar-se a taes tumores de cephalomas, pois, pela diversidade de sua estructura, constituem verdadeiros neoplasmas.

4º — A deformidade tem levado á discussão numerosos autores, tendendo ao estúdo completo e decisivo de sua pathogenia. Das duas theorias existentes, a fetal e a embryonaria, prevalece, pela melhor adaptação aos disturbios anatomicos, a theoria embryonaria.

5º — O diagnostico póde ser facilmente resolvido, levando em conta differenças, ás vezes, bem nitidas, com o cephalo-hematoma, com os cystos dermoides, com os angiomas, etc.

6º — Dos varios methodos empregados na cúra das meningo-encephalocéles, aquelle mais fecúndo em casos de successo e que, por isso, permitte concluir pela benignidade da intervenção, é o da extirpação, cuja technica foi descripta por Périer e Berger.