

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

5020
77

TESE

PARA

O DOUTORADO EM MEDICINA

Apresentada e sustentada a 13 de Dezembro de 1852

POR

DOMINGOS DE LIMA FERREIRA DE BRITO

NATURAL DE PERNAMBUCO

FILHO LEGITIMO DO TENENTE-GENERAL

ANTERO JOSÉ FERREIRA DE BRITO



RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT

Rua dos Invalidos, 61 B

1852

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

DIRECTOR.

O SR. CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES:

1.º ANNO.

F. DE P. CANDIDO	Physica Medica.
F. F. ALLEMÃO	} Botanica Medica, e Principios elementares de Zoologia.

2.º ANNO.

J. V. TORRES HOMEM	} Chimica Medica, e Principios elementares de Mineralogia.
J. M. NUNES GARCIA	Anatomia geral e descriptiva.

3.º ANNO.

J. M. NUNES GARCIA	Anatomia geral e descriptiva.
L. DE A. P. DA CUNHA, <i>Examinador</i>	Physiologia.

4.º ANNO.

J. B. DA ROSA	Pathologia geral e externa.
J. J. DA SILVA	Pathologia geral e interna.
J. J. DE CARVALHO	} Pharmacia, Materia Medica, especialmente a Brasileira, Therapeutica e Arte de formular.

5.º ANNO.

C. B. MONTEIRO, <i>Examinador</i>	Operações, Anatomia topographica e Apparehos.
L. DA C. FEIJO	} Partos, Molestias de mulheres pejudadas e paridas, e de meninos recém-nascidos.

6.º ANNO.

T. G. DOS SANTOS, <i>Presidente</i>	Hygiene e Historia de Medicina.
J. M. DA C. JOBIM	Medicina Legal.

2.º ao 4.º M. F. P. DE CARVALHO	Clinica externa e Anat. Pathologica respectiva.
5.º ao 6.º M. DE V. PIMENTEL	Clinica interna e Anat. Pathologica respectiva.

LENTES SUBSTITUTOS.

A. M. DE MIRANDA e CASTRO	} Secção das Sciencias accessorias.
F. G. DA ROCHA FREIRE, <i>Examinador</i>	
A. F. MARTINS, <i>Examinador</i>	} Secção Medica.
M. M. DE MORAES e VALLE	
F. FERBEIRA DE ABREU	} Secção Cirurgica.
F. BONIFACIO DE ABREU	

SECRETARIO.

DR. LUIZ CARLOS DA FONSECA.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.

A MEU PAI.

A' MINHA MÃI.

A MINHAS IRMÃAS.

A MEUS PARENTES

B


A MEUS AMIGOS.

D. L. FERREIRA DE BRITO.

SCIENCIAS CIRURGICAS.

PONTO 50.

**Das Molestias dos Maxillares superiores
em geral,
e em particular
das degenerações destes ossos
e seu tratamento.**



CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS.

Os ossos *maxillares superiores* são dos mais consideraveis da face. Todos os outros, á excepção do maxillar inferior, como que são seus appendices. Elles concorrem em grande parte para a formação das cavidades orbitarias ou nasaes, das faces, do paladar, e supportão a ordem superior dos dentes.

Tem sido divididos em corpo e em apophyses frontal ou nasal, malar, alveolar e palatina.

Póde-se admittir quatro faces no corpo, a externa ou facial ou malar, a superior ou orbitaria, a inferior ou palatina, e a interna ou nasal.

Este osso apresenta no seu interior o *seio maxillar* ou *antro* de Highmor, que, occupando quasi a sua totalidade, é a maior de todas as cavidades, que se notão nos ossos da cabeça. A sua fórma é a de uma pyramide mais ou menos quadrangular, cuja base corresponde á região olfactiva interna, e cujos angulos e arestas são arredondados. Esta cavidade se abre, na parte superior do meato medio, por um orificio, e raras vezes por dous, cobertos pela corneta correspondente.

A membrana de Schneider se estende para o interior desta cavidade, e tornando-se mais fina sem perder um só dos seus caracteres, a forra em toda a sua extensão.

Cada uma das paredes do antro de Highmor tem uma espessura diversa: ordinariamente a anterior é a mais fina.

O osso maxillar superior se articula com dous ossos do craneo, e com todos os da face, formando quatro articulações ou grupos de articulações bem distinctas. A primeira é formada pela união da apophyse malar com o osso deste nome; a segunda pela união da apophyse nasal com os ossos

proprios do nariz, o frontal e o unguis, e pela do corpo com o ethmoide; a terceira é a articulação dos dous maxillares superiores entre si; a quarta, emfim, é formada pela sua união com o palatino e com o vomer. Estas articulações, posto que solidas, podem ser separadas facilmente.

DAS MOLESTIAS DOS MAXILLARES SUPERIORES EM GERAL.

I.

MOLESTIAS TRAUMATICAS.

FERIDAS, FRACTURAS E CONTUSÕES.

As feridas do maxillar superior, quando são simples, tem mui pouca importancia, e o seu tratamento consiste em reunir-se as partes molles que cobrem o osso, e que necessariamente devem ter sido interessadas: ellas podem ser complicadas de fracturas de que passo a tratar.

Em qualquer parte do maxillar superior póde se dar uma fractura, que é sempre acompanhada de maior ou menor contusão das partes circumvizinhas, quando a sua causa obra directamente; porém quando a causa obra indirectamente, como nos dous factos observados pelos Srs. Richerand e J. Cloquet: o primeiro produzido por uma forte percussão sobre o mento, o segundo por uma dupla pressão exercida sobre a base do maxillar inferior e sobre o craneo, a contusão se manifesta sobre a parte que recebe o golpe, e não sobre a parte fracturada.

Esta fractura póde occupar a abobada palatina, o bordo alveolar, ou qualquer outro ponto do osso: ella é facilmente conhecida pela simples vista, ou pela palpação.

Póde-se reduzir esta fractura unicamente com os dedos, ou ajudado de uma sonda introduzida nas fossas nasaes.

O apparelho será collocado segundo as necessidades.

Muitas vezes, apesar do bom tratamento, os fragmentos se consolidão viciosamente, o que póde produzir uma diformidade mais ou menos apparente, difficuldade para fallar, e mesmo lacrimear continuo; por causa da compressão do canal nasal.

As feridas, as fracturas e as contusões do osso maxillar superior podem dar lugar a um derramamento sanguineo dentro do antro de Highmor: mais tarde tratarei dos meios que temos para conhecer a existencia de uma collecção de liquido nesta cavidade, e sua natureza.

CORPOS ESTRANHOS.

Os corpos estranhos encontrados no seio maxillar, ou tem penetrado por sua abertura natural, ou por aberturas accidentaes, ou ahi se tem desenvolvido.

Os primeiros não podem ser numerosos, nem volumosos; por causa das pequenas dimensões da abertura natural.

Os segundos podem ser balas, estilhaços de armas de fogo, dentes e esquirolas introduzidas no seio em consequencia de pancadas ou de quedas, ou tambem podem ser peças de apparelhos, porções de fios, de compressas, &c.

Dos terceiros os mais notaveis são os dentes, que, em vez de se desenvolverem para o lado da bocca, o fazem para dentro do seio.

Tambem se tem fallado da existencia de vermes no seio maxillar: até hoje não está verificado que estes vermes se originão dentro do seio; pelo contrario, se suppõe que, originados fóra, entrão para esta cavidade, e isto mesmo depois da morte do sujeito.

Ha difficuldade em conhecer-se a existencia de corpos estranhos no antro de Highmor; entretanto os da segunda classe são mais facéis de diagnosticar; porque ordinariamente ha alguma abertura fistulosa, através da qual podem ser sentidos.

Todas as vezes que houver certeza da existencia de um corpo estranho no seio, deve-se praticar a sua extracção; porque podem produzir inflam-

mações, suppurações, fistulas, &c., que só poderão ser curadas depois de sua eliminação.

II.

MOLESTIAS VITAE.

DA OSTEITE E DA PERIOSTITE.

O periostio e o osso estando tão intimamente ligados, é mui difficil geralmente poder-se distinguir a inflammação de um da do outro, tanto mais que é raro soffrer um destes orgãos sem que o outro seja affectado. Comtudo, quando a osteite existe só, a lentidão de sua marcha a faz distinguir da periostite, cuja marcha é mais rapida.

As causas destas molestias, ou são locaes, como contusões, feridas, fracturas, o contacto de um corpo irritante e as inflammações dos tecidos vizinhos, ou são geraes como a syphilis, o rheumatismo, o escorbuto e as escrofulas.

A osteite e a periostite do maxillar apresentam dôr, calor, rubor e augmento de volume: podem resolver ou terminar por suppuração.

Deve-se combater as causas geraes com os meios apropriados, e localmente lançar mão dos antiphlogisticos.

CARIE.

A *carie* é mui rara nos ossos da cabeça. As suas causas são locaes ou geraes. As primeiras são contusões, feridas, fracturas, a denudação do osso, corpos estranhos implantados no osso, o contacto de pus, &c.; as segundas: o rheumatismo, a syphilis, o escorbuto, &c.

O modo de obrar de todas estas causas é identico, isto é, nenhuma dellas pôde produzir directamente a carie, todas necessitam da intervenção de uma inflammação, ou dos tecidos circumvizinhos, ou do periostio, ou do proprio osso.

Esta molestia ataca raramente o tecido compacto dos ossos; por con-

sequencia a parte do osso maxillar superior mais sujeita a ella deve ser a arcada alveolar.

Symptomas.—A carie principia por um augmento de volume do osso e das partes circumvizinhas, que é acompanhado ou precedido de dôr, sobretudo durante a noite. A parte cariada fornece pus, que se accumula pouco a pouco e forma um abcesso, cuja abertura torna-se fistulosa e fornece um pus fetido, mal elaborado e sanioso, contendo algumas vezes fragmentos de osso do tamanho de grãos de arêa. Então, sondando-se a fistula, reconhece-se que o osso está denudado, e o estylete penetra facilmente em sua espessura, fracturando suas laminas.

Tratamento.—As causas geraes devem ser combatidas com um tratamento proprio: localmente devem-se empregar os antiphlogisticos. Se a carie fôr muito limitada, a cauterisação com o ferro em brasa pôde aproveitar; porém se fôr vasta, deve-se lançar mão da resecção.

NECROSE.

Chama-se *necrose* a mortificação do tecido osseo. Esta molestia é produzida por causas externas e internas. As externas formão duas classes distinctas: as da primeira classe são mediatas ou indirectas, isto é, não obrão directamente sobre o osso, mas impedem o seu movimento vital, interceptando a circulação: taes são as queimaduras profundas, a congelação, a ligadura de grossos troncos arteriaes, pressões prolongadas por muito tempo, &c. As causas externas da segunda classe são immediatas ou directas: as fracturas comminutivas, a applicação do ferro em brasa, &c.

As causas internas de necrose são: a syphilis, o rheumatismo, o escorbuto.

Symptomas.—A necrose é precedida ou acompanhada de uma dôr continua ou intermittente, cujos caracteres varião segundo a natureza da causa que a produz. Depois de algum tempo apparece um tumor, que, a principio pequeno e duro, augmenta de volume, tornando-se gradualmente menos resistente, e apresenta emfim fluctuação manifesta.

A abertura, natural ou artificial, deste abcesso torna-se fistulosa e dá sahida constantemente a um liquido sero-purulento.

Introduzindo-se um estylete por esta abertura, encontra-se o osso desnudado, e sua superficie, mais ou menos lisa, resiste á ponta do instrumento, o que não acontece com a carie: tambem póde-se encontrar um sequestro, e então o diagnostico é claro.

Os ossos de tecido compacto são os mais sujeitos a esta molestia no adulto: na infancia, pelo contrario, ataca de preferencia os ossos esponjosos.

Pelo que precede vê-se que a necrose póde se manifestar em qualquer parte do maxillar superior; porém, segundo os autores, ella ataca de preferencia a arcada alveolar, e a abobada palatina. Tambem póde invadir todo o osso, e o Sr. Patissier viu no Hotel-Dieu de Paris, em 1814, um militar moço, que, depois de um typho, teve o maxillar superior inteiramente necrosado.

Tratamento.—Segundo as circumstancias, o tratamento da necrose varia e deve-se: 1.º combater as suas causas, afim de impedir que augmente; 2.º favorecer a separação do sequestro, moderando os symptomas locaes e geraes; 3.º determinar a eliminação da parte mortificada, quando o organismo não o poder fazer, lançando mão dos diversos meios que se possui.

EXOSTOSE.

A *exostose* é um tumor formado pelo desenvolvimento, mais ou menos exagerado e irregular, de um ou mais ossos, ou pela reunião de camadas novas de materia ossea sobre a sua superficie.

As suas causas não são bem conhecidas: póde apparecer depois de uma osteite, ou em individuos, que soffrem de escrofulas, de escorbuto, de rheumatismo, de syphilis, e tambem póde ser hereditaria. Boyer (*) cita o caso de Victorine Pélerin, que tinha varias exostoses, e cujo pai, irmãos, irmãs, sobrinhos e filhos soffrião de iguaes tumores.

Toda a exostose do maxillar superior faz saliencia para fóra, ou para dentro do seio, apresentando uma dureza igual á do tecido osseo, e está intimamente unida ao maxillar, cujos movimentos acompanha.

O seu volume é muito variavel; assim, partindo de uma pequena nodosi-

(*) *Traité des maladies chirurgicales.*

dade sub cutanea, póde tomar dimensões consideraveis, produzir compressões e desviações sobre as partes vizinhas, e mesmo sobre o cerebro, a ponto de causar a morte.

O crescimento deste tumor é geralmente muito lento, e parece estar na razão inversa de sua densidade. No principio de seu desenvolvimento ha dôr, que desaparece quando elle deixa de crescer.

Eis ahi o que ha de mais importante no desenvolvimento das exostoses, que não são entretidas por algum vicio geral.

Algumas vezes, em redor de uma exostose, apparecem phlegmasias, que podem terminar por suppuração. A mesma exostose póde suppurar, cariar e necrosar. Um caso curioso deste ultimo modo de terminação se acha consignado em uma gazeta ingleza (*Guy's hospital reports*): o tumor, desenvolvido no maxillar superior, foi atacado de necrose e completamente eliminado.

O tratamento desta molestia é *medico e cirurgico*. O medico varia: assim se a exostose é syphilitica, pertencendo ao periodo dos accidentes terciarios, deve-se empregar a medicação mais apropriada a este periodo, isto é, o iodureto de potassio. Quando a causa é o vicio escorbútico ou escrofuloso, deve-se empregar no primeiro caso a cochlearia e os amargos, e no segundo caso as preparações mercuriaes são as mais aconselhadas. Para apressar a resolução, póde-se empregar topicamente o unguento de Vigo, ou as pommadas de cicuta, mercurial e de belladona.

Tratamento cirurgico: denudação, cauterisação e excisão.

KISTOS.

Os *kistos* do maxillar superior são tumores formados na espessura do osso, á custa de sua dilatação; manifestão-se geralmente na parte esponjosa e podem tomar dimensões enormes.

Os productos contidos nestes *kistos* são liquidos ou solidos. Segundo Dupuytren, elles varião muito: assim póde-se encontrar todos os productos dos *kistos* das partes molles; porém o mais constante é uma materia fibro-cellulosa.

As causas destes tumores são geralmente muito obscuras. Podem ser violencias exteriores, a extracção incompleta de um dente, ou alterações

de suas raizes: quando a causa provém das raizes dos dentes, elles se desenvolvem nos alveolos.

Os kystos differem das exostoses pela consistencia de suas paredes, que, por causa de seu adelgaçamento, pôde-se comprimir, e produzem um ruido particular semelhante ao de um pergaminho secco, que se machuca.

Encontrão-se estes tumores geralmente em pessoas moças e bem dispostas, o que geralmente não acontece com as outras molestias, que podem ser confundidas com esta.

Conhecido um kysto, deve-se evacuar a sua cavidade, porque, além da diformidade e do incommodo que produz um tumor nesta região, as substancias nella encerradas podem degenerar.

INFLAMMAÇÃO DA MUCOSA DO SEIO.

A inflammação da membrana mucosa do seio é aguda ou chronica. Ella apparece depois de pancadas sobre a face e sobre os dentes, tambem pôde ser produzida por alguma affecção dos ossos, ou por corpos estranhos; porém a maior parte das vezes tem por causa a inflammação do periostio dos alveolos, ou da mucosa das fossas nasaes.

Manifesta-se por symptomas locaes e geraes.

Symptomas locaes.—Uma dôr viva, intensa e profunda na maxilla superior, se estendendo para o lado da cabeça e do ouvido, acompanhada de grande sensibilidade na visão, de lagrimejar, de ruido nos ouvidos, de dôr aguda nas raizes dos dentes, cujo simples contacto exaspera o mal, de intumescencia na face com persistencia da dôr.

Symptomas geraes.—Febre, cephalalgia, irritação nervosa, vomitos algumas vezes, e até mesmo delirio.

A inflammação do periostio alveolar muitas vezes pôde apresentar o grupo de symptomas já enumerados; porém a dôr, depois de algum tempo, diminue em vez de augmentar: na inflammação da membrana do seio, a dôr é mais intensa e mais duradora.

O tratamento antiphlogistico local e geral é o indicado para esta molestia depois de removida alguma causa que exista.

HYDROPSIA DO SEIO MAXILLAR.

Deschamps filho descreveu, em 1805, uma molestia formada por uma dilatação do seio maxillar por causa da accumulção de um liquido branco, ligeiramente amarellado e filamentoso, á qual deu o nome de *hydropesia do seio maxillar*.

Comprehende-se que a accumulção de um liquido no seio enquanto é em pequena quantidade não póde ser percebida; porém augmentando todos os dias, e comprimindo todos os pontos de suas paredes, deve necessariamente occasionar a sua dilatação e adelgaçamento. Esta distensão não se faz sempre no mesmo sentido, e igualmente em toda a periphèria: varias observações tem demonstrado que a hydropesia do seio maxillar se manifesta por um tumor de volume variavel, apparecendo para o lado da face ou da boca, tambem póde se desenvolver para o lado das fossas nasas ou da orbita.

Este tumor, a principio duro, indolente e immovel, sem empastamento, nem fluctuação, apresenta uma superficie lisa; depois, augmentando de volume pouco a pouco á custa do adelgaçamento de suas paredes, seu centro primeiro, e depois suas paredes, se deixão deprimir e voltão sobre si mesmo com um ruido semelhante ao de um pergaminho, que se machuca entre os dedos. Mais tarde, a pressão excentrica augmentando, as paredes continuão a ceder, e o tumor póde augmentar muito de volume.

É facil prever os symptomas, que se produzem nestas circumstancias. Se é a parede anterior, que é levada para fóra, nota-se um tumor arredondado na face; se é a inferior, a abobada palatina póde descer até ao nivel dos dentes; se é a interna, o nariz é lançado para o lado opposto, e a passagem do ar pela venta correspondente torna-se mui difficil ou impossivel: emfim, se é a parede superior, manifesta-se exophthmia ou compressão do globo do olho.

Tem-se dado varias causas a esta molestia: tem sido attribuida, ora á raiz de um dente, que faz saliencia para dentro do seio, ora á inflammção da mucosa, ora á obliteração da abertura natural do seio, &c., &c.; porém o certo é que o maior numero de vezes ella existe sem causa apreciavel.

A hydropesia do seio maxillar é formada por uma accumulação de liquido, que augmenta todos os dias; seu tratamento apresenta uma indicação tão precisa como racional: a evacuação do liquido contido em sua cavidade. Esta operação póde ser praticada pelas fossas nasaes, pela fossa canina, pela abobada palatina e pelos alveolos: destes pontos deve-se preferir o que estiver na parte mais desenvolvida do tumor, e só se praticará a abertura por um dos alveolos quando houver falta de algum dente, ou quando algum estiver cariado.

Póde-se servir de um bisturi ou de um trocate para dar sahida ao liquido por um dos pontos citados: no primeiro caso a operação consiste em uma incisão, que se conservará aberta o tempo preciso; no segundo em uma simples punção.

O tumor aberto, o liquido nelle contido é evacuado, suas paredes se retrahem pouco a pouco, e no fim de algum tempo desaparece completamente.

ABCESSO.

O *abcesso* do seio maxillar póde ter duas fontes differentes, ou o pus é formado dentro da cavidade ou fóra: no primeiro caso, elle provém da suppuração da mucosa do seio ou do osso, no segundo caso o pus só póde ir ter á cavidade depois de perforar suas paredes: é assim que se tem visto abcessos da orbita e da face abrirem-se para dentro do antro d'Highmor.

O pus accumulado na cavidade do seio ahi entretém a inflammação, e tambem póde dar lugar a phenomenos consecutivos desagradaveis para o lado dos ossos, taes como, caries, necroses, fistulas, &c.

Este abcesso é geralmente precedido de dôres vivas, intensas e persistentes: augmenta de volume e produz phenomenos de compressão. Quando data de algum tempo, e sobretudo quando não foi precedido de dôres, a sua distincção torna-se mais difficil, e poderia ser confundido com uma hydropesia do seio, excepto se a sahida de pus por uma venta, ou uma punção exploradora vier esclarecer o diagnostico.

Deve-se praticar uma larga abertura na parte mais inferior do abcesso, que será completamente evacuado por meio de injecções iodadas,

as quaes tem ainda a vantagem de modificar a superficie fonte do pus.

FISTULAS.

Póde dar lugar a fistulas do seio maxillar, uma carie, uma necrose, corpos estranhos, uma abertura natural ou artificial feita para dar sahida a uma accumulção de liquidos.

O tratamento destas fistulas deve ser regulado por suas causas: assim, se é uma carie do maxillar, deve-se alargar a abertura, ou praticar outra em um ponto mais inferior; se é uma porção de osso necrosado ou um corpo estranho, deve-se praticar a sua extracção: emfim, se é a abertura de uma hydropesia ou de um abcesso, deve-se evacuar completamente a cavidade e neutralisar a secreção do liquido.

TUMORES SOLIDOS OU POLYPOS BENIGNOS DO SEIO MAXILLAR.

Os elementos dos tumores benignos do seio maxillar tem uma perfeita semelhança com os elementos do corpo no estado normal.

Estes tumores, como as outras partes do corpo, nutrem-se, crescem, e, se não produzissem compressões e desvios nas partes vizinhas, por causa de seu volume, que ás vezes é enorme, poderião existir sem graves inconvenientes.

Esta classe de tumores é muito numerosa; comtudo as fórmas mais constantes são as seguintes:

Tumores fibrosos.—Lisars, Harren, Burgræve, Dupuytren, Knorz e Dubourg fallão de tumores de natureza fibrosa do seio maxillar, que, segundo estes autores, não são sempre identicamente organizados, porém ordinariamente são formados de um tecido fibroso, esbranquiçado, resistente e mais ou menos denso.

Estes tumores podem apparecer em individuos de todas as idades, e chegar a um volume enorme. O Sr. Stanley cita um exemplo de tumor deste genero, que pesava quatro onças. Por seu desenvolvimento distendem as paredes do seio, e em alguns casos chegão a fura-las em um ponto qualquer. Harren cita o caso de um doente de 51 annos, que apresentava um tumor molle debaixo da palpebra inferior, o qual se julgou ser um tumor fibroso da mesma palpebra. A operação mostrou

ser um tumor do antro d'Highmor, que tinha sahido através de uma abertura por elle praticada no osso.

Enchondromas.—Estes tumores são muitos raros, e conhecidos ha pouco tempo. Segundo J. Muller, que foi o primeiro que os descreveu, são de natureza cartilaginosa, desenvolvem-se muito lentamente e não causão a menor dôr.

Tumores fibro-cartilagosos.—Estes tumores apenas differem dos fibrosos e dos cartilagosos por sua estrutura: participão ao mesmo tempo dos caracteres de ambos. Segundo Liston, são formados de uma materia fibrosa branca, misturada de massas gelatinosas coagulaveis pelo calor e encerradas em cellulas. O Sr. Girdales (*) diz: « Dans un cas que j'ai eu
« occasion d'observer dans le service dont j'étais chargé à l'hôpital de
« la Pitié, en 1847, la tumeur était formée d'une masse arrondie,
« blanche, ayant l'aspect de cartilage et formée de cellules semblables
« aux aréoles d'un rayon de miel, et remplie d'une matière gélatineuse. »

Tumores fibro-kysticos.—Em alguns casos tem-se encontrado kystos na espessura de tumores fibrosos do seio maxillar. O Sr. Cruveillier (**) cita a autopsia de uma mulher da idade de 78 annos, que tinha um tumor fibroso muito volumoso no seio maxillar cheio de kystos.

Tumores gordurosos.—Ha dous annos O Sr. Viard apresentou á sociedade anatomica de Paris um caso de tumor gorduroso do seio maxillar, cuja descripção aqui reproduzo:

« Le maxillaire supérieur du côté droit présente le volume d'un œuf de
« dinde, et l'os est malade dans toute son étendue; sa consistance est
« diminuée, car il cède facilement sous les doigts. Une masse graisseuse
« a presque entièrement pris la place de cet os. Elle remplit complètement
« la cavité du sinus maxillaire; mais l'affection ne paraît pas avoir débuté
« par ce sinus, car, dans l'épaisseur de la tumeur, on trouve des lamelles
« osseuses entrecroisées, et séparées les unes des autres par du tissu
« adipeux. » (15 Mai 1850. Bull. Soc. anat.)

Tumores melanoticos.—Qualquer dos tumores já descriptos pôde conter uma maior ou menor quantidade de pigmento, ora disseminado uniformemente entre os seus elementos, ora accumulado em certos pontos: esta distribuição variavel altera muito a côr destes tumores.

(*) Thèse de concours.

(**) *Essais sur l'anat. patholog.*, t. 1, Paris, 1816, p. 393.

Tumores erectis. — Estes tumores são mui raros, e apresentam os signaes seguintes: dôr, calor, pulsações isochronas com o pulso, ruidos, diminuição de volume pela compressão da carotida, e algumas vezes fluctuação.

O seu tratamento consiste em impedir-se o sangue de chegar ao tumor, e na sua ablação.

Os tumores solidos benignos do seio maxillar nem sempre se apresentam debaixo das fórmãs que acabão de ser descriptas; podem variar mais ou menos de estructura. No maior numero de casos são formados de um só tecido; porém algumas vezes descobre-se em sua estructura diversos tecidos combinados, e em todas as proporções imaginaveis, o que dá lugar a variedades infinitas. Podem tambem ser envolvidos em uma camada ossea mais ou menos espessa; e então são chamados tumores *enkystados*.

As causas dos tumores de que trato são ainda muito obscuras. Elles apparecem em todas as idades, e são mesmo congenitaes.

Elles tem grande tendencia a augmentar de volume: enchem em primeiro lugar o seio, depois com o seu desenvolvimento tendem a destruir as cavidades, que o maxillar contribue a formar. E assim que o assoalho da orbita é levantado, e o olho lançado para fóra della, as fossas nasae são obliteradas, a abobada palatina é deprimida e transformada em um tumor; é assim tambem que a fossa canina desaparece, e em seu lugar se forma uma saliencia arredondada, e a arcada dentaria é lançada para um dos lados do tumor.

Estas modificações não se observão sempre em toda a periferia; podem se dar mais para este ou aquelle lado.

Durante este desenvolvimento, as paredes do antro de Highmor são adelgaçadas, em alguns casos perforadas e mais ou menos destruidas.

Um tal crescimento nesta região deve produzir dôres vivas e intensas em redor do tumor, a compressão da orbita e da trompa de Eustachio, perturbando necessariamente a visão e a audição.

Os tumores benignos do antro de Highmor, sobretudo quando são volumosos, podem por uma causa qualquer inflamar-se, suppurar, e mesmo degenerar; mas isto é raro e devido a circumstancias accidentaes, e não á sua propria natureza.

Darei mais tarde a descripção da maneira pela qual se pratica a ablação destes tumores.

DAS DEGENERAÇÕES

DOS MAXILLARES SUPERIORES EM PARTICULAR

E SEU TRATAMENTO.

Ha *degeneração* em um órgão quando elle se converte, ou é a séde de produções sem analogas na economia animal.

A *degeneração cancerosa* é a que se manifesta no maxillar superior : póde ter a sua séde no tecido osseo e nas partes molles.

As causas do cancro são ainda desconhecidas. Esta degeneração tem sido attribuida ao contagio, á herança, a alterações do sangue, &c.; porém o que é certo é que as affecções moraes tristes, a idade, o sexo predispoem para o cancro e favorecem o seu desenvolvimento. Tem-se julgado o mesmo a respeito das violencias exteriores, da alimentação, do clima, da habitação e da profissão.

DO CANCRO DO OSSO OU OSTEOSARCOMA.

O *osteosarcoma* nem sempre produz nos ossos as mesmas desordens, e nem sempre se manifesta pelos mesmos symptomas; comtudo, apesar de suas differenças, os caracteres essenciaes não varião: encontra-se sempre o cunho das affecções cancerosas.

As suas differentes fórmas, que podem ser reduzidas a quatro principaes, devem pois ser reunidas debaixo de uma mesma denominação geral.

Primeira fórmula.—Achão-se no interior do tecido osseo, quer compacto, quer esponjoso, nucleos de tecido canceroso, formando placas arredon-

dadas, contidas em escavações, que elles enchem completamente: o tecido osseo desaparece de todo nos pontos invadidos pelo tecido anormal, e é substituído pela materia cancerosa. Na vizinhança destes nucleos, o osso não parece soffrer alteração alguma; apenas nota-se algumas vezes uma injecção vascular um pouco maior do que no estado normal.

No principio o nucleo canceroso conserva exactamente a fórma da porção do osso destruída, parecendo que os progressos da degeneração são limitados pelo periostio: mais tarde a massa cancerosa toma mais desenvolvimento, e fórma uma saliencia, mais ou menos consideravel, na superficie do osso alterado.

Segunda fórma. — O tecido osseo soffre uma modificação profunda nesta fórma, que apresenta um tumor ordinariamente volumoso, cuja secção deixa ver um grande numero de cellulas com fórmas e dimensões muito variaveis, cheias de um tecido canceroso em diversos grãos de amollecimento. Esta variedade apresenta muitas vezes um volume consideravel: é a affecção a que ordinariamente se dá o nome de osteosarcoma.

Terceira fórma. — Esta fórma de cancro, *spina ventosa* dos autores, é mais rara que as precedentes: nesta uma massa cancerosa origina-se na espessura do maxillar superior, ordinariamente na sua parte esponjosa, desenvolve-se lentamente dilatando o osso: este, cedendo de uma maneira lenta e gradual, adelgaça-se pouco a pouco e forma um cavidade de paredes muito finas e muito friaveis, em cujo interior está encerrada a massa degenerada, que, augmentando de volume, chega a perforar as paredes osseas, sahe através da perforação, aproxima-se da superficie do corpo e tem a terminação de todos os cancros.

Quarta fórma (*). — Ainda mais rara que a precedente, esta fórma do osteosarcoma apresenta um tumor, applicado ao exterior do osso e coberto pelo periostio, formado por uma prodigiosa quantidade de prolongamentos osseos muito finos e flexiveis implantados na superficie do osso. Estes prolongamentos, que podem chegar a ter o comprimento de 15 a 20 linhas, são reunidos uns aos outros em fórma de grupos ou feixes, em cujos intervallos se encontra a materia cancerosa.

Taes são as fórmas mais constantes do cancro do osso: entre ellas existem differenças bem notaveis; comtudo sempre apresentam os carac-

(*) Esta fórma do osteosarcoma encontra-se geralmente nos ossos longos.

teres proprios das affecções cancerosas: assim, qualquer que seja a sua fórma primitiva, o tumor cresce de uma maneira constante, amollece-se, ulcera-se, reproduz-se algumas vezes depois da ablação, e enfim produz a cachexia cancerosa.

Symptomas. — As differentes fórmas de osteosarcoma não se manifestão por uma serie de symptomas exactamente semelhantes; comtudo, como ellas apresentam em sua symptomatologia um grande numero de pontos communs, e como a descripção dos symptomas de cada uma dellas em separado obrigaría a repetições fastidiosas, julgo que será melhor descrevê-las em um só artigo.

Alguns doentes sentem dôres mais ou menos vivas e prolongadas por um espaço de tempo maior ou menor, que apparecem espontaneamente, ou depois de uma fadiga ou de movimentos rapidos; entretanto no ponto dolorido nada se observa, e o tumor só principia a se manifestar depois de algum tempo. Em outros casos, pelo contrario, o tumor apparece em primeiro lugar, tendo um crescimento lento ou rapido, e seguido ou não de dôres.

Quando o tumor tem tomado um grande volume, a pelle, que o cobre, torna-se fina e luzidia, deixando perceber varias veias dilatadas, que algumas vezes estão alojadas em goteiras mais ou menos profundas, cavadas na superficie do tumor. O tumor apresenta em alguns casos uma superficie lisa, ora dura e resistente, ora molle e compressivel. Sua superficie depois de algum tempo torna-se desigual, e as saliencias formadas tem diversa consistencia, conforme o estado de sua maior ou menor degeneração.

Todos os movimentos communicados ao tumor propagão-se ao osso maxillar superior, e isto é facil de comprehender; porque o tumor está intimamente unido ao osso.

Pela compressão o tumor produz algumas vezes uma sensação particular, comparavel á que se obtem quando se amarrota um pergaminho secco; este signal, que pertence mais particularmente á terceira fórma do osteosarcoma, tambem pôde se apresentar na primeira quando o nucleo canceroso estiver coberto por uma lamina muito fina, ou na segunda se se comprimir uma das cellulas de que já fallei.

O osteosarcoma é séde de dôres lancinantes, que raras vezes podem deixar de existir.

Os tumores de que trato produzem sobre os órgãos vizinhos os phenomenos de compressão, descriptos mais acima. Além destes phenomenos, que já por si só podem ser funestos, o tumor apresenta outros muito mais terriveis : a pelle é invadida por uma erysipela ; formão-se sobre o tumor diversas placas gangrenosas, que destacando-se descobrem o tecido canceroso amollecido, e um liquido ichoroso corre das partes ulceradas : emfim manifesta-se a cachexia cancerosa, e o doente morre exausto pelas dôres e pelas perdas continuadas.

Diagnosticó.—As dôres, que algumas vezes se manifestão antes do desenvolvimento do tumor, podem ser tomadas por dôres rheumatismaes ou osteocopas. As rheumatismaes, porém, se distinguem facilmente, porque são erraticas, desapparecem e tornão a manifestar-se com intervallos mais ou menos longos, ao passo que as dôres do osteosarcoma são fixas e continuas. As dôres osteocopas podem ser conhecidas se se exacerbarem pelo calor do leito e se tiverem succedido a accidentes syphiliticos : neste caso devem ceder a um tratamento anti-syphilitico.

Quando o tumor principia a manifestar-se, póde ser confundido com uma exostose, da qual poderá ser differenciado, depois de algum tempo de observação, pelos signaes proprios do cancro. O mesmo acontece com os kystos; porém uma punção exploradora facilitará o diagnostico.

Tratamento.—O tratamento do osteosarcoma do maxillar superior, assim como o de todo o cancro, é palliativo ou curativo.

O tratamento palliativo póde apenas demorar a marcha do osteosarcoma e minorar os soffrimentos inherentes a esta affecção: tem sido empregados todos os calmantes. É preferivel quando o tumor é muito volumoso e envia prolongamentos para todos os lados, e quando a constituição está alterada.

O tratamento curativo consiste na ablação completa da parte degenerada, e convém quando a degeneração não é muito extensa, e sobretudo quando a cachexia cancerosa não existe.

A ablação ou resecção do maxillar superior póde ser parcial ou total : assim se o osteosarcoma fôr limitado, deve-se só extrahir a parte cancerosa, servindo-se da serra, do escopro, do trepano, &c. Se o osso maxillar estiver todo ou quasi todo degenerado, então se deverá praticar a sua resecção total.

Tem-se praticado a reseccão do maxillar superior por varios processos; porém como o primeiro foi apresentado por M. Gensoul, e como os outros são suas modificações pouco importantes, descreverei o deste cirurgião, indicando as alterações mais importantes, que tem sido feitas por alguns operadores notaveis.

Processo de M. Gensoul.—A operação se compõe de quatro tempos.

Primeiro tempo.—Denudar o osso. M. Gensoul procede da maneira seguinte: 1.º incisão perpendicular, partindo do grande angulo do olho até ao nivel do dente canino; 2.º incisão transversal, que começa no meio da primeira incisão na altura da aza do nariz, e se termina a quatro linhas diante do lobulo da orelha; 3.º incisão vertical, que de diante do lobulo se dirige para cima e acaba a cinco ou seis linhas para fóra do angulo externo da orbita. Estas incisões formão um retalho quadrado, que é diseccado e levantado sobre a testa: o osso assim descoberto póde facilmente ser atacado.

Segundo tempo.—Destruicão das articulações anteriores do maxillar. M. Gensoul só emprega o escopro e o martello: ataca a arcada orbitaria externa no ponto de união do osso malar com a apophyse externa do frontal; divide depois o mesmo malar da apophyse zygomatica. A apophyse nasal do maxillar, o unguis, o ethmoide, são depois separados. Destaca a aza do nariz do maxillar superior, arranca o primeiro dente incisivo e introduz o escopro entre os dous maxillares, não directamente de diante para trás, mas introduzindo-o pela bocca. Desta maneira separam-se facilmente os dous ossos.

Terceiro tempo.—Leva o dedo sobre o palatino para reconhecer o ponto onde cessa a porção dura e onde começa a porção molle, que, com um bisturi recto e pontudo, separa do palatino, o qual deve ser extrahido. Então com o escopro separa a tuberosidade molar e a apophyse pterygoide.

Quarto tempo.—Com uma forte pinça de Museau toma o osso e pratica a sua extracção, depois de ter dividido com cuidado alguns vasos e nervos aos quaes elle ainda adhire. Deve-se sobretudo cortar com todo o cuidado o nervo maxillar superior na fenda orbitaria inferior, perto da goteira sub-orbitaria.

Podem-se extrahir os dous maxillares repetindo a mesma operação no lado opposto.

Depois de extrahido o osso ligão-se os vasos, cauterisãm-se as partes suspeitas, e unem-se os retalhos com a sutura entortilhada.

Modificações do processo de M. Gensoul.—M. Velpeau pratica uma incisão, que, partindo da commissura dos labios, se dirige obliquamente para cima, para fóra e para trás até a fossa temporal, entre o angulo orbitario externo e o pavilhão da orelha.

M. Blandin faz partir do bordo livre do labio superior, a seis linhas da commissura correspondente, uma incisão profunda e perpendicular, que prolonga até a base da orbita; pratica uma segunda incisão horizontal abaixo da orbita, partindo da parte superior da precedente, até ao angulo posterior do osso malar. Forma assim dous retalhos, que disseca um para dentro e outro para fóra, afim de descobrir o osso.

Estas modificações produzem menos cicatrizes; porém não descobrem tão bem o osso; além disto, dividem os labios, que custão muito a se reunir.

Na divisão das articulações do maxillar superior tem-se empregado a serra de cadêa, serras flexiveis, tenazes incisivas, &c., que tem a vantagem de não abalar o cerebro.

Julgo escusado dizer que muitas vezes as alterações da região obrigão o operador a modificar o processo escolhido, e que a preferencia deste ou daquelle instrumento depende do habito a que o operador se tem dado.

DOS TUMORES SOLIDOS OU POLYPOS MALIGNOS DO SEIO MAXILLAR.

Os tumores malignos ou cancerosos do seio maxillar são compostos de elementos mais ou menos differentes dos do corpo humano: é de sua natureza passarem ao estado de amollecimento, e communicarem a degeneração ás partes vizinhas.

São tão numerosas as variedades destes tumores, e algumas vezes tão difficeis de se caracterisar, que podem ser confundidos com os tumores

benignos, sobretudo com os de natureza fibrosa; porém o amollecimento que mais tarde se manifesta nos malignos, os distinguirá dos benignos.

Os tumores malignos apresentam numerosas diferenças em seus caracteres anatomicos, em sua marcha e em sua duração.

Os caracteres anatomicos dos tumores malignos varião muito; muitas vezes elles differem nas diversas partes de um mesmo tumor, e varião nas diversas phases de seu desenvolvimento. O tumor ora é molle como a substancia cerebral, ora apresenta a consistencia lardacia ou cartilaginosa; pôde estar bem limitado ou confundido com as partes vizinhas, apresentando-se vermelho ou pallido conforme a sua riqueza em vasos sanguineos.

A marcha do amollecimento nestes tumores varia muito; porém sempre é lenta, exige semanas, mezes e mesmo annos.

Nas formações cellulosas a desorganisação é mais rapida, e tem-se notado que os canceros, principalmente formados de cellulas, levão tantos mezes quantos annos gastão os fibrosos para produzir a morte.

O amollecimento, terminação dos tumores malignos, começa ordinariamente nas partes profundas, principia em um ou mais pontos, e a sua marcha é lenta. O liquido canceroso augmenta sempre e acaba abrindo uma communicação com o exterior. A massa amollecida é decomposta, torna-se acre, toma um máo cheiro e uma côr livida: é o que se chama *ichor canceroso*.

Até ao momento de apparecer o ichor, o amollecimento era lento, e não se estendia aos tecidos vizinhos; porém logo depois a degeneração torna-se geral, e estende-se para todos os lados.

Os tumores malignos do maxillar superior podem apresentar muitas fórmas, que eu divido em dous grupos.

I.

TUMORES POUCO OU NADA ORGANISADOS.

Estes tumores, durante todo o tempo de sua duração, não offerecem ou apenas offerecem alguns signaes de organisação. A sua massa é amorpha, e, quando muito, notão-se algumas cellulas muito incompletas.

Parecem inteiramente destituídos de vasos sanguíneos, alguns que ás vezes podem-se encontrar em seu interior, pertencião á parte normal, em cujos interstícios se depositou a materia morbida.

Depois de algum tempo estes tumores, amollecendo-se, produzem um pus granuloso, que, sahindo pela abertura natural do seio, ou por alguma fistula, produzida por sua accumulção, revela a existencia de um tumor maligno no seio maxillar.

II.

TUMORES MALIGNOS ORGANISADOS.

Esta especie de tumores tem muitas variedades, as principaes são :

Tumores encephaloides.—O tecido cellular predomina aqui sobre os outros elementos dos tumores cancerosos. Aparecem em todas as idades e sexos. Algumas vezes só se encontra um cancro encephaloide, outras existem varios, e o seu volume é muito variavel; quasi sempre estão confundidos com os tecidos vizinhos, que participão mais ou menos da degeneração.

É esta a fórma de cancro, que cresce com mais rapidez, adquire maiores dimensões, e se amollece mais promptamente.

O tumor encephaloide é pois de todos os cancers o que percorre o mais depressa as diversas phases de desenvolvimento e de desorganisação, e que produz por consequencia mais promptamente a morte.

Apparecendo um tumor desta natureza, se não fôr logo extrahido, o individuo succumbe dentro de algumas semanas, ou pelos menos, dentro de poucos mezes.

Os caracteres physicos dos tumores encephaloides varião muito: assim a sua côr é esbranquiçada, amarellada ou acinzentada, comparavel á da substancia branca ou cinzenta do cerebro. Além destas, póde ter outras côres, mais ou menos avermelhadas, dependentes de maior ou menor numero de vasos sanguíneos, ou de sangue extravasado e mais ou menos decomposto.

Antes do amollecimento a sua consistencia varia desde a da substancia cerebral até a lardacia. Depois do amollecimento pela compressão o tumor

é quasi inteiramente convertido em um liquido lactecente muito semelhante ao pus. Em ambos os casos, tendo perforado o seio maxillar e estendendo-se para fóra, póde apresentar fluctuação.

Algumas vezes encontra-se nestes tumores algum tecido fibroso, dividindo-os em lobulos, que estão cheios de substancia cancerosa.

J. Muller distingue tres variedades de tumores encephaloides: 1.º a que consiste principalmente em cellulas arredondadas, entrelaçadas ou não de fibras delicadas; 2.º apresentando uma massa cerebriforme muito delicada, composta de corpusculos pallidos e arredondados; 3.º a que encerra corpusculos fusiformes.

Além destas variedades, esta fórma póde-se combinar com os elementos dos outros tumores malignos de que fallarei mais tarde.

Tumores squirrosos. — Cancro squirroso é aquelle em que predomina o tecido fibroso, o qual o torna mais duro que o da fórma precedente: muitas vezes tem sido confundido com os tumores fibrosos benignos.

O squirro manifesta-se ordinariamente depois de 40 annos, apresenta a fórma arredondada, e algumas vezes limites bem precisos; porém geralmente confunde-se com os tecidos que o cercão.

Desenvolve-se muito mais lentamente que o cancro encephaloide, e o seu volume não é tão consideravel. Tambem o amollecimento aqui é mais demorado e não se communica tão facilmente ás partes vizinhas: vê-se pois que é muito menos perigoso, e que produz a morte com mais demora. Póde existir annos sem se desorganisar.

Cortando-se o squirro, ringe debaixo do escalpello, e a sua secção, como nos tumores fibrosos, é translucida e brilhante de um branco azulado e leitoso; ás vezes é opaca, de um branco amarellado ou acinzentado; outras, porém raramente, avermelhado ou verdoenga.

Ordinariamente com a simples vista póde-se reconhecer que o tecido não é igual em todos os pontos. Este tumor póde fornecer pela pressão um liquido semelhante ao crême.

Tumores areolares gelatiniformes. — Esta fórma é essencialmente constituida, como seu nome o indica, pela transformação do tecido affectado em uma trama areolar fibrosa cheia de uma sorte de geléa transparente. Quando a alteração toca o seu mais alto gráo, toda especie de organização desaparece; não se descobrem mais vestigios dos vasos, e todos os tecidos parecem reduzidos a um typo morbido uniforme.

O cancro areolar se apresenta debaixo de duas fórmas bem distinctas; 1.º debaixo da de tuberculos disseminados, cujo volume varia desde o de um grão de milho ate ao de um ovo de perú; 2.º todo o tumor é transformado em uma massa areolar e gelatiniforme.

Tumores melanoticos.—O pigmento negro póde entrar na composição dos tumores cancerosos. A côr destes tumores varia desde a escura até a preta, segundo a quantidade de pigmento depositado.

Todas estas fórmas podem se combinar e formar tumores malignos compostos de differentes elementos em todas as proporções possiveis; de maneira que algumas vezes não se póde bem determinar a que variedade pertence: assim encontrão-se alguns em que as fórmas encephaloide e squirrosa estão em proporções iguaes, misturadas ou occupando cada uma de per si uma parte maior ou menor de um mesmo tumor. O mesmo acontece com os outros elementos.

Tratamento.—O tratamento destes tumores é curativo ou palliativo. O primeiro consiste na ablação completa do tumor, que se pratica da maneira seguinte: depois de aberto o seio no ponto em que a saliencia fôr maior, pratica-se a extracção do tumor, servindo-se da ligadura, do arrancamento, da excisão e da cauterisação.

A ligadura e o arrancamento raramente poderão ser empregados; porque estes tumores em geral tem uma base muito larga, e além disto, os tecidos vizinhos podem participar da degeneração.

A excisão deverá ser o mais completa possível, extrahindo-se mesmo a porção do osso sobre a qual estiver fixado o tumor: cauterisando-se depois para destruir algum resto degenerado, que tenha escapado; porque a menor parcella de massa cancerosa, poupada pelo operador, cresce com muito maior rapidez do que antes da operação.

O tratamento palliativo é o mesmo do osteosarcoma.

Consequencias do cancro.—Ellas varião segundo os periodos. Antes do amollecimento, os tumores malignos produzem os mesmos effeitos que os benignos, isto é, phenomenos simplesmente mechanicos, que estão em relação com a sua densidade: como compressões e desviações. Quando apparece o amollecimento, as consequencias são muito mais terriveis: é acompanhado de inflammação nas partes vizinhas e de grande augmento das dôres.

O amollecimento começando nas partes profundas do tumor, o pus

ichoroso fica muito tempo em contacto com as paredes dos vasos, ou com suas aberturas accidentaes, resultantes da desorganisação; introduz-se na lymphá e no sangue, e alterando estes liquidos, vai inflammando os vasos por onde percorre: finalmente produz uma cachexia geral, que póde manifestar-se mesmo antes da ulceração do tumor, e cujo resultado é a morte.

Quando a ulceração tem lugar, tudo o que cerca o tumor soffre a influencia terrivel do *ichor*: os vasos sanguineos, em parte destruidos, podem produzir hemorragias tão consideraveis, que ponhão a vida em perigo.

DIAGNOSTICO DOS TUMORES DO SEIO MAXILLAR.

A determinação da séde de uma molestia em uma região onde existem tantas causas de erro, não é cousa facil, como muito bem se deve prever. Póde acontecer que um tumor do pharynge, ou da parte posterior das fossas nasaes, penetre no antro de Highmor e se desenvolva nesta cavidade. Outras vezes, pelo contrario, tem origem no seio, e sahindo para a cavidade nasal, ahí se desenvolve; Dupuytren e Blandin citão destes casos. Outras vezes o tumor, furando o assoalho da orbita, vem se apresentar debaixo da pelle.

Eis-aqui pois uma serie de causas, que augmentão as grandes difficuldades já existentes, para se estabelecer a séde do mal. Afim pois de chegar a esta determinação é preciso ter em attenção os commemo-rativos, examinar bem o tumor por todos os pontos de sua extensão accessiveis á exploração. As fossas nasaes, a bocca, o pharynge serão examinados com cuidado, servindo-se do dedo ou de um instrumento rombudo, que permita percorrer estas cavidades sem ferir os tecidos.

Pela exploração destas cavidades poder-se-ha conhecer se o seu interior está ou não occupado por alguma massa morbida; e existindo alguma, se está livre ou envolvida em alguma camada ossea, podendo ou não ser compressivel e dar uma sensação particular. Reunindo os signaes obtidos pelo exame interno aos do externo póde-se chegar a determinar a séde do tumor.

Conhecida a séde do tumor, resta ainda determinar se é liquido ou solido. Nos casos ordinarios o diagnostico é simples; mas em outros é facil

errar. Assim M. Gensoul tomou uma hydropesia do seio com engrossamento das paredes por um tumor solido: tem havido muitos outros praticos abalisados que se tem enganado como M. Gensoul. Nestes casos, afim de precisar o diagnostico, deve-se praticar uma punção exploradora.

Estabelecida a distincção entre os tumores solidos e liquidos, é preciso determinar qual a sua natureza. A difficuldade agora ainda é maior. M. A. Petit cita a observação de um tumor da face que, apparecendo em consequencia de um couce, foi tomado por um polypo. Depois da abertura do seio reconheceu uma exostose esponjosa. Outras vezes os tumores, envolvidos em uma crosta ossea, podem dar a sensação de pergaminho, que se encontra nos kystos do maxillar. Deve-se pois evitar de se deixar enganar pelos caracteres communs a muitas especies de tumores.

A consistencia do tumor, sua fórma, seu volume, sua duração, assim como suas dôres, são dados, que se deverá ter muito em conta, todas as vezes que se quizer formar um diagnostico approximado na determinação da natureza de um tumor.

A consistencia pôde fornecer signaes importantes: assim os tumores fibrosos e osseos são duros e resistentes; os encephaloides pelo contrario offerecem uma elasticidade unida algumas vezes a uma molleza mais ou menos pronunciada em certos pontos de sua extensão.

Os tumores fibrosos, kysticos e osseos são muito mais lentos no seu desenvolvimento do que os encephaloides, que muitas vezes em pouco tempo dobrão e mesmo triplicão de volume.

As dôres tambem podem ajudar a esclarecer o diagnostico: assim as dôres lancinantes são constantes no cancro.



SCIENCIAS MEDICAS.



PONTO 8.

Dos Alimentos.



DOS ALIMENTOS.

I.

Alimentos são substancias, que, introduzidas no aparelho digestivo, vão ulteriormente reparar as partes solidas e solidificaveis ou extractivas do sangue, concorrendo assim para o entretenimento da vida (Bérard).

II.

Os alimentos são fornecidos pelo reino animal e vegetal.

Certas substancias porém, tiradas do reino mineral, como o *phosphato de cal*, o *ferro*, o *chlorureto de sodio*, &c., poderião ser collocadas entre os alimentos, por isso que são necessarias á constituição de nossos humores e solidos.

III.

Os animaes são uns *carnivoros*, outros *herbivoros*, outros *omnivoros*: o homem pertence a estes ultimos.

IV.

Os alimentos são divididos em alimentos *plasticos* ou *azotados*, e em alimentos *respiratorios* ou não *azotados*.

V.

São alimentos plasticos todas as substancias que contém a *protein* : taes são a *fibrina vegetal*, a *albumina vegetal*, a *caseina vegetal*, a *carne*, o *sangue* e o *leite* dos animaes.

VI.

Estes alimentos servem evidentemente para a formação dos principios immediatos do sangue, para a formação e reparação dos tecidos: emfim, dão tambem um certo contingente, que soffre a acção do oxygeneo, como os alimentos respiratorios.

VII.

Todos os alimentos plasticos são azotados; porém nem todas as substancias azotadas são alimentos plasticos: é assim que a *gelatina*, administrada isoladamente ou associada a outras substancias, é absolutamente impropria para a nutrição.

VIII.

A quantidade dos alimentos plasticos deve estar em relação com o trabalho executado ou a executar.

IX.

Os alimentos respiratorios são a *gordura*, o *amido*, a *gomma*, os *assucares*, a *pectina*, a *bassorina*, o *vinho*, a *aguardente*, &c.

X.

Os alimentos respiratorios não se incorporão aos tecidos do corpo; são submittidos nos capillares á acção do oxygeneo introduzido pela res-

piração, fornecendo principalmente o seu carbono como alimento da combustão lenta, que ali tem lugar.

XI.

A quantidade dos alimentos respiratorios se regula pelo numero de inspirações, pela temperatura do ar inspirado e pela porção de calor cedida pelo corpo.

XII.

O uso exclusivo de alimentos plasticos ou de alimentos respiratorios não póde manter a vida: devem ser administrados conjunctamente.

XIII.

Esta associação deve ser feita, pouco mais ou menos, nas proporções em que estas substancias estão no leite, isto é, uma parte de alimentos plasticos para quatro de alimentos respiratorios.

XIV.

Em todo o alimento deve-se examinar o seu *poder nutritivo* e a sua *digestibilidade*.

XV.

O poder nutritivo dos alimentos é duplo. Com effeito, de uma parte o alimento póde ou não conter principios immediatos, que se assimilem aos principios immediatos do sangue, e aos dos nossos tecidos; de outra parte póde fornecer materias á acção chimica, para a qual a respiração concorre com o outro elemento.

XVI.

A digestibilidade dos alimentos está na razão directa de sua solubilidade, e na razão inversa de seu poder nutritivo.

XVII.

A quantidade de alimentos necessaria durante vinte e quatro horas a um homem, segundo M. Dumas, corresponde quasi á ração do soldado de cavallaria em França (*).

XVIII.

Quando a quantidade de alimentos ingeridos é superior ás necessidades do organismo, o excesso é expulsado pelo vomito e pelas fezes antes de digerido, ou pelos diversos emunctorios depois de digerido e absorvido.

(*) Ration du cavalier français. (Bérard. — *Physiologie.*)

	Grammes.	Matières azotées seches.	Matières non azotées seches.
Viande fraîche.	125	70	»
Pain de munition.	750	64	595
Pain blanc de soupe	516	20	750
Légumineux.	200		
		154	745

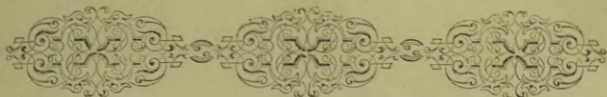


SCIENCIAS ACCESSORIAS.

PONTO 27.

**Existe perfeita identidade chimica entre a
fibrina e a albumina animal
e a fibrina e a albumina vegetal?**

Qual é a origem destes corpos no sangue?



EXISTE PERFEITA IDENTIDADE CHIMICA ENTRE
A FIBRINA E A ALBUMINA ANIMAL
E A FIBRINA E A ALBUMINA VEGETAL ?

I.

Existe perfeita identidade chimica entre dous corpos quando contêm os mesmos elementos , combinados nas mesmas proporções.

II.

A *fibrina animal* e a *fibrina vegetal* tem os mesmos elementos : oxygenio, hydrogenio , carbono , azoto e enxofre (*).

III.

Estes elementos estão combinados em ambas as fibrinas nas mesmas proporções.

IV.

A albumina tem os mesmos elementos da fibrina , apesar de não apresentar os mesmos caracteres.

(*) Knapp (*Chemical Technology*) cita uma analyse de fibrina contendo phosphoro.

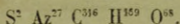
V.

A albumina animal e a albumina vegetal tem os mesmos elementos, combinados em iguaes proporções.

VI.

Póde-se pois concluir que chimicamente a fibrina e a albumina, tanto animal como vegetal, são perfeitamente identicas.

Podem ser apresentadas pela formula :



QUAL É A ORIGEM DA FIBRINA E DA ALBUMINA NO SANGUE ?

I.

- Os alimentos plasticos, *fibrina*, *albumina* e *caseina*, introduzidos no aparelho digestivo, são transformados em uma mesma substancia diferente de cada um delles; porém tendo tambem por base a *proteina*.

II.

Esta substancia de nova formação foi chamada por M. Mialhe *albuminosa*.

III.

A *albuminosa* é absorvida pelo systema chylifero, em cujos ganglios se transforma parte em *albumina* e parte em *fibrina*.

IV.

Quanto menor é a quantidade do chylo, mais *albumina* e *fibrina* nelle se encontra proporcionalmente.

V.

Dos vasos chyliferos a *fibrina* e a *albumina* passam para o sangue.

VI.

Alguns physiologistas supuzerão que as substancias ternarias se combinavão no sangue com os elementos que lhes faltavão para formarem a fibrina e a albumina.

A observação e a experiencia demonstrarão o contrario.

VII.

Póde-se pois concluir que a fibrina e a albumina são formadas nos vegetaes, que as fornecem aos animaes.



I.

Acutorum morborum non omninò sunt certæ salutis aut mortis prædictiones. — Sec. II, aph. 19.

II.

Lassitudines spontanæ morbos denunciant. — Sec. II, aph. 5.

III.

Ubi cibus præter naturam plus ingestus est, morbum facit, ostendit et sanatio. — Sec. II, aph. 17.

IV.

Facilius est repleti potu, quàm cibo. — Sec. II, aph. 11.

V.

Omnia secundùm rationem faciendi, si non succedant secundùm rationem, non est transeundum ad aliud, manente eo quod à principiis visum fuit. — Sec. II, aph. 52.

VI.

Extremis morbis extrema exquisitè remedia optima. — Sec. I, aph. 6.

Esta these está conforme os estatutos.

Rio, 30 de Novembro de 1852.

DR. THOMAZ GOMES DOS SANTOS.

ERRATAS.

PAGINAS.	LINHAS.	ERROS.	EMENDAS.
3	5	ou nasaes	e nasaes
"	24	os da face, formando	os da face menos o maxillar inferior, formando
10	11	nella encerradas	nelle encerradas
"	29	duradora	duradoura
11	27	exophthalmia ou compressão	a exophthalmia ou a compressão
20	24	separão-se	separa-se
"	35	podem-se	pode-se
21	1	ligão-se os vasos, cauterisção-se	liga-se os vasos, cauterisa-se
"	2	unem-se	une-se
"	14	os labios, que custão	o labio, que custa
23	2	podem-se	pode-se
"	23	pelos menos	quando muito
24	11	pode-se	pode se
"	27	avermelhado	avermelhada
"	35	descobrem	descobre
25	32	desviações	desvios
38	7	apresentadas	representadas
"	8	C ³¹⁶	C ³¹⁶
39	10 e 12	albuminosa	albuminose
41	9	praæpter	praeter

