

Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

Trabalho da 2.<sup>a</sup> Clinica Cirurgica

# Contribuição ao estudo dos

# Cystos congenitos do pescoço

DR. ALIPIO CORRÊA NETTO

(Ex-interno de cirurgia - serviço do  
prof. Alves de Lima. Ex-interno do  
Hospital Militar da II Região). —

THESE INAUGURAL

Approvada com distincção

AO  
CENTRO DE MEMÓRIA  
DA MEDICINA DE  
MINAS GERAIS

Oferece



*Doação  
do Dr  
Nevantino Santos  
Alves*

Data..... / ..... / .....

N.º..... SÃO PAULO.....

SEÇÃO DE OBRAS D' "O ESTADO DE S. PAULO"

1924

# FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE S. PAULO

DIRECTOR — Prof. dr. Adolpho Lindenberg  
VICE-DIRECTOR — Prof. dr. João Alves de Lima  
SECRETARIO — Dr. Domingos Goulart de Faria.

## LENTEs CATHEDRATICOS:

| Profs. drs.:                     | Cadeiras:                              |
|----------------------------------|--|
| Edmundo Xavier . . . . .         | Physica Medica                         |
| Guilherme Bastos Milward . . .   | Chimica Medica                         |
| Celestino Bouroul . . . . .      | Historia Natural Medica                |
| Alfonso Bovero . . . . .         | Anatomia Descriptiva                   |
| Cantidio de Moura Campos . . .   | Physiologia                            |
| Ascendino A. Reis . . . . .      | Pharmacologia e Materia Medica.        |
| Alfonso Bovero . . . . .         | Histologia                             |
| Adolpho Lindenberg . . . . .     | Clin. Dermatologica e Syphiligraphica  |
| Henrique Lindenberg . . . . .    | Clin. Oto-rhino-laryngologica          |
| Carmo Lordy . . . . .            | Microbiologia                          |
| Sergio Paiva Meira Filho . . . . | Anatomia Medico-Cirurgica Op. e Appar. |
| Robert A. Lambert . . . . .      | Anatomia e Historia Pathologica.       |
| Domingos Rubião Meira . . . . .  | Clin. Medica (1.ª Cadeira)             |
| Antonio Candido de Camargo . .   | Clin. Cirurgica (1.ª Cadeira)          |
| J. P. da Cruz Britto . . . . .   | Clin. Ophthalmologica                  |
| Antonio Paula Santos . . . . .   | Pathologia Geral                       |
| J. Aguiar Pupo (interino) . . .  | Therapeutica e Arte de Formular        |
| Ovidio Pires de Campos . . . .   | Clin. Medica (2.ª Cadeira)             |
| J. Alves de Lima . . . . .       | Clin. Cirurgica (2.ª Cadeira)          |
| Sylvio Azambuja de Oliva Maia    | Clin. Obstetrica                       |
| Delphino P. de Ulhôa Cintra . .  | Clin. Pediatrica                       |
| Geraldo de Paula Souza . . . .   | Hygiene                                |
| Flaminio Favero (interino) . . . | Medicina Legal                         |
| Nicolau de Moraes Barros . . . . | Clin. Gynecologica                     |
| (Vago) . . . . .                 | Clin. Psychiatrica                     |

## LENTEs SUBSTITUTOS:

| Profs. drs.:                       | Cadeiras:  |
|------------------------------------|--|
| Raphael Penteado de Barros . . .   | Physica e Hist. Natural.                               |
| J. Aguiar Pupo . . . . .           | Chimica, Pharmacol. e Therap.                          |
| B. Montenegro . . . . .            | Anat. Descriptiva, Anat. Med. Cir Oper. App.           |
| Ludgero Cunha Motta . . . . .      | Histologia, Microbiologia e Hist. e Anat. Pathologicas |
| (Vago) . . . . .                   | Physiol. e Pathol. Geral                               |
| Antonio de Almeida Prado . . . .   | Clin. Medica.  |
| A. R. de Oliveira Fausto . . . . . | Clin. Cirurgica.                                       |
| Flaminio Favero . . . . .          | Hygiene e Med. Legal.                                  |

NOTA: — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nesta these.



**Aos meus Pais**

**Com o maior reconhecimento e amizade**

**AO  
CENTRO DE MEMÓRIA  
DA MEDICINA DE  
MINAS GERAIS**  
Ofereço

*Luzia Carmo Santos*

Data 28 / 08 / 90

N.º \_\_\_\_\_

**A Odette,**

*minha noiva,*

*com a significação maxima do meu affecto*

***Aos meus irmãos e cunhados***

***A expressão de amizade***

***Aos collegas***

***Votos sinceros de felicidade***

As Vantagens  
offerecia, como lembranças,  
o *Slipis*

V. Pardo, 22-VI-924

## DUAS PALAVRAS

---

Em obediencia ás disposições regulamentares da Faculdade empregamos a feitura do presente trabalho. E' uma these inaugural para obtenção do titulo de doutor em Medicina e Cirurgia. Só a muito custo, debatendo-nos em meio de mil e uma difficuldades, logramos attingir a nossa meta. Não cremos que o fizesse-mos bem, nem era de se esperar que, depois de seis annos de curso, em que o entendimento se abre soffrego a variados ensinamentos, nessa phase acquisitoria da intelligencia, sobrassem calma e madureza necessarias para obtenção de um bom trabalho razoavel sobre qualquer ramo da medicina. Não cremos ser capazes de produzir cousas de respeitavel valor.

Emfim mais sábia do que nós é a preceituação da Faculdade; obedecemos-la, mas não cresceu em nossa alma a pretensão de pensar attingimos o que disse Dante:

"In piciol tiempo um gran dottor si feo". (1).

\*

\* \*

Em meio das incertezas da escolha da materia andavamos quando o prof. Alves de Lima nos indicou o caminho, inspirado

---

(1) La Divina Commedia — Canto XII — V. 85 (Paradiso).

pelo apparecimento na enfermaria de um individuo portador de cysto dermoide no pescoço. Obtivemos outras observações pelo intermedio do illustrado mestre, entre as quaes figurava a de um caso de cysto seroso congenito; em vista disto, dilatamos mais o trabalho, juntando este novo assumpto, e englobamos tudo sob o titulo — *CYSTOS CONGENITOS DO PESCOÇO*.

Sendo casos difficeis de cura ficou-nos no pensamento houvessemos contribuido de algum modo para facilitar a tarefa dos medicos nesse sentido; pelo menos a intenção era esta.

Dividimos o trabalho em quatro capitulos. Nos dois primeiros resumimos modestas noções sobre as inclusões cellulares e o sistema branchial, para estarmos mais a vontade quando tratassemos da parte clinica — nos dois ultimos capitulos. A titulo de supplemento traçamos duas linhas sobre os cystos multiloculares.

No fim estão as observações que nos serviram de base no estudo. De tudo concluimos algumas proposições.

\*  
\* \*

Antes de mais sejam as nossas palavras expressão do melhor agradecimento ao emerito mestre prof. Alves de Lima pelo apoio que nos tem dado na feitura desta these bem como, e principalmente, pelo muito que nos ha ensinado durante o tempo precioso que tivemos a ventura de trabalhar como interno na sua enfermaria. Ao prof. Oliveira Fausto sou tambem agradecido e, assim, ao illustrado dr. Raul Briquet pela solicitude e attenção com que ouviram os nossos pedidos e o proveito com que nos aconselharam.

O AUTOR

## CAPITULO I

### INCLUSÕES CELLULARES

---

Sob tres titulos se rotulam as affecções congenitas do pescoço: as deformidades, os cystos serosos congenitos e aquellas resultantes de inclusão de tecidos.

\*  
\* \*

Originada da permanencia de restos de tecidos que, na vida embryonaria, se deslocaram do lugar proprio, as inclusões podem permanecer latentes a vida toda ou obedecerem a desconhecido impulso e reavivar-se a actividade formadora.

Antes, porém, de entrarmos no estudo pormenorizado do assumpto, em obediencia ás boas normas da comprehensão, recordemos as noções que nos permittem admittir a supposição de inclusões cellulares.

“Toda cellula que concorre para o desenvolvimento possui uma potencia, uma capacidade formadora que vemos realizar-se nas divisões successivas, até o acabamento do individuo. Cada estado evolutivo corresponde a uma geração cellular, que se distingue da precedente por notavel differenciação; quer dizer



que cada cellula adquire pouco a pouco especificidade mais rigorosa, porque perde, em cada geração nova, um pouco da capacidade formadora que possuía. Portanto cada cellula apparece como um *capital cellular* que se dispende em cada estado novo do desenvolvimento”. (Okinczyc).

Assim sendo comprehende-se que as cellulas incluídas no interior dos tecidos e que ali permanecem como adormecidas conservem, em estado estacionario, o poder de formação. As outras, que lhes eram semelhantes, seguiram o seu caminho, diferenciaram-se ao mesmo tempo que se lhes foi restringindo, na especificidade que adquiriram, a sua potencia formadora.

O organismo é derivado duma unica cellula — a cellula ovo. Esta entra em divisão, fende-se, e dá origem a muitas outras cellulas semelhantes reunidas em amontoado — é a morula. O desenvolvimento avança e estas cellulas se grupam em dois folhetos juxtapostos, mettido um dentro do outro — ectoderma, o de fóra, endoderma, o de dentro — é a gastrula. Pela subdivisão continua, novo folheto apparece entre os dois primeiros — é o mesoderma.

Estas rusticas noções, chamadas a titulos de exemplo, bastam para dar luz ao entendimento no que diz respeito á potencia-lidade formadora das cellulas.

A cellula ovo, bem como os blastómeros da morula, é cellula totipotente, isto é, tem a capacidade de formar quaesquer tecidos, deste ou daquelle orgam. As cellulas dos folhetos, ao contrario, já são especializadas; ellas não poderão formar quaesquer orgams ou tecidos, apenas um certo numero delles. O mesmo se dá com o meso e o ectoderma. Estes mesmos folhetos, de accôrdo com o progresso do desenvolvimento, conforme a região em que se acham, ficam, de sua vez, especializados na formação do tecido localizado.

Desta succinta digressão depreheende-se que as cellulas sendo incluídas nesta ou naquella epoca, ao reaparecer a capacidade formadora que dormitava, darão origem a neoformações mais ou menos complexas, mas sempre contrarias á harmonia organica.

A sorte das inclusões pôde ser também menos perigosa para o organismo, pois que podem ser absorvidas.

Escapa-nos ao conhecimento o agente etiologico que excita a actividade latente destas cellulas.

Em diversas epochas da vida embryonaria pôde verificar-se a inclusão. As cellulas guardarão, algo modificada, a potencia formadora desta epocha, de modo que, quando voltam á actividade, em epocha muito posterior, já encontram o organismo em estado de desenvolvimento tal que as formações dellas promanadas não encontram mais oportunidade e não entram na formação da economia — são elementos indesejaveis, são parasitas verdadeiras. Quanto mais cedo se dá a inclusão tanto mais complexa será a estructura do tumor que ella originou, por isso que maior era, então, a sua capacidade formadora.

Tres são os typos de tumores desta origem.

a) *Teratomas* — quando a inclusão originaria se fez nos primeiros estados de segmentação da cellula ovo. Será, pois, este tumor a consequencia do despertar extemporaneo dum blastomero. Tal é o poder desta cellula que ha formação de orgams capazes de ser reconhecidos, sem nenhuma localização regional; quer isto dizer serem os orgams formados independentes do lugar em que o tumor está.

b) *Embryomas* — quando menos poderosa será a capacidade das cellulas incluídas, pois, mais tarde foi que se efectivou o encravamento — sendo as cellulas mais diferenciadas. O tumor consiste de cystos e partes solidas onde se mesclam os tecidos mais variados, sem haver formação de orgams.

c) *Tumores mixtos*. — Em periodo mais adiantado da evolução do individuo houve o encravamento.

Não se formarão orgams nos tumores dahi provenientes; e os mesmos tecidos, algo modificados, mas perfeitamente reconhecíveis, têm a feição regional, como indice de haver maior diferenciação quando foram encravados, isto é, quando, desviadas do seu

ambito, sustaram as cellulas o trabalho de multiplicação até que novo e desconhecido estímulo as veiu despertar.

Para o pescoço estes ultimos encravomas (enclavome — Okinczyc) são de origem branchial.

\*  
\* \*

Pelo só titulo deste modesto trabalho já se comprehende que os tumores que nos preocupam são aquelles originarios do transitorio systema branchial, que passaremos a descrever, no seguinte capitulo, para boa orientação do nosso estudo; e os tumores serosos congenitos.

---

chamadas bolsas branchiaes pharingéas. O nome de fendas vem da antiga supposição de que houvesse de facto uma fenda communicativa do interior com o exterior, como se dá em alguns animaes. Hammar provou que entre a betesga da bolsa pharingéa e a depressão externa, ectodermica, existe uma lamina do mesoderma que separa inteiramente as duas cavidades — é a membrana obturadora de His. Esta imperfuração, comtudo, não póde ser tomada em sentido tão absoluto; pelo menos no que se refere á segunda bolsa. Achamos merecer fé a opinião de Otto Grosser, que diz: “Perfuration has, however, being frequently observed, most frequently in the case of the second pouch, which possesses the longest closing membrane”. (Manual of Human Embryology — Keibel and Mall — pag. 455).

Entre as fendas branchiaes, que deprimem os tecidos, ha elevações recobertas externamente pelo ectoderma e pelo endoderma internamente, com um esqueleto mesodermico — são os arcos branchiaes. Elles são arredondados em corte transversal e estendem-se da implantação dorsal para a parte ventral; são paralelos e as suas extremidades tendem a approximar-se da linha mediana.

Os arcos branchiaes são cinco, portanto ha um arco a mais das fendas. É' como diz O. Grosser: “Behind the last branchial cleft lies the last branchial arch, the number of archs being one more than that of the cleft” (Obra citada, pag. 446).

Os arcos branchiaes são numerados de cima para baixo: I-II-III-IV-V. O primeiro, o superior, é tambem denominado arco mandibular e o segundo — arco hyoide; os outros apenas se indicam pelo numero.

Rapidamente os sulcos branchiaes externos e as bolsas branchiaes internas regridem e desaparecem.

Assim é que o primeiro sulco branchial externo, num embryão de 11 mm. attenua-se e dá a fossa angular de His ou conducto auditivo externo. A bolsa pharyngéa correspondente transforma-se em conducto, que é a cavidade tympanal.

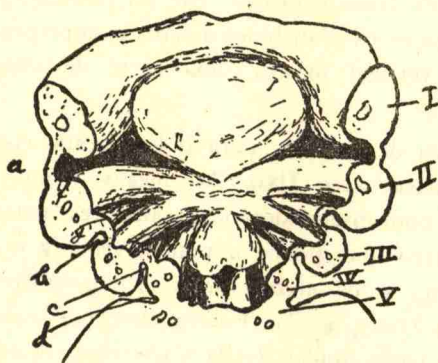


FIG. 1

Systema branchial do embrião  
(Corte longitudinal) (Keen).

Indicações na figura 3.

A mesma transformação atinge o segundo sulco externo que se torna, no embrião de 9 a 11 mm., em fenda — canal de Rabl. A segunda bolsa pharyngéa transforma-se no sacco amygdaliano.

O terceiro sulco externo vae dar a vesicula thymica de Kastschenko. Em correspondencia, da bolsa interna temos o ducto thymo-pharyngeo.

Ainda em obediencia ao mesmo facto, no embrião de 10 mm., a quarta fenda externa fórma o ducto thyreo-cervical. A bolsa interna correspondente forma o ducto thyreo-pharyngeo.

Não é só esta transformação. Até ao primeiro mez da vida embryonaria os arcos branchiaes acham-se superpostos de modo que o corte vertical mostra uma serie de empolas ligadas entre si.

Dahi começa de inclinar para o lado esta columna, mantendo-se o quarto arco fixo. Ao mesmo tempo esses arcos se encacham com preponderancia cada vez mais accentuada do segundo arco que, pouco a pouco, recobre o III e o IV. Entre o thorax e os arcos forma-se um golfo — é o seio precervical de His (fig. 2). Porém, descendo mais ainda o II arco, pela sua parte caudal, fecha a abertura do seio formando, assim, o operculo. O seio precervical fica então fechado formando a vesicula precervical. A união do arco hyoide com o thorax origina o sulco cervical que é a primeira marca entre a cabeça e o thorax. (O. Grosser).

“E” necessario comprehender que nesta occasião o pescoço não existe: no embrião a cabeça está presa ao thorax. E’ progressivamente e pela deflexão da cabeça que o pescoço vae desenvolver-se. O arco hyoide, pelo seu desenvolvimento dominante, encrava os arcos III e IV; estes ultimos são, por consequencia, aniquilados e incluídos no mesoderma”. (Fig. 2).

No seio precervical vêm desembocar a 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> fendas branchiaes externas; apenas o conducto auditivo externo se abre no exterior. No embrião de 13 mm. já desapareceu o

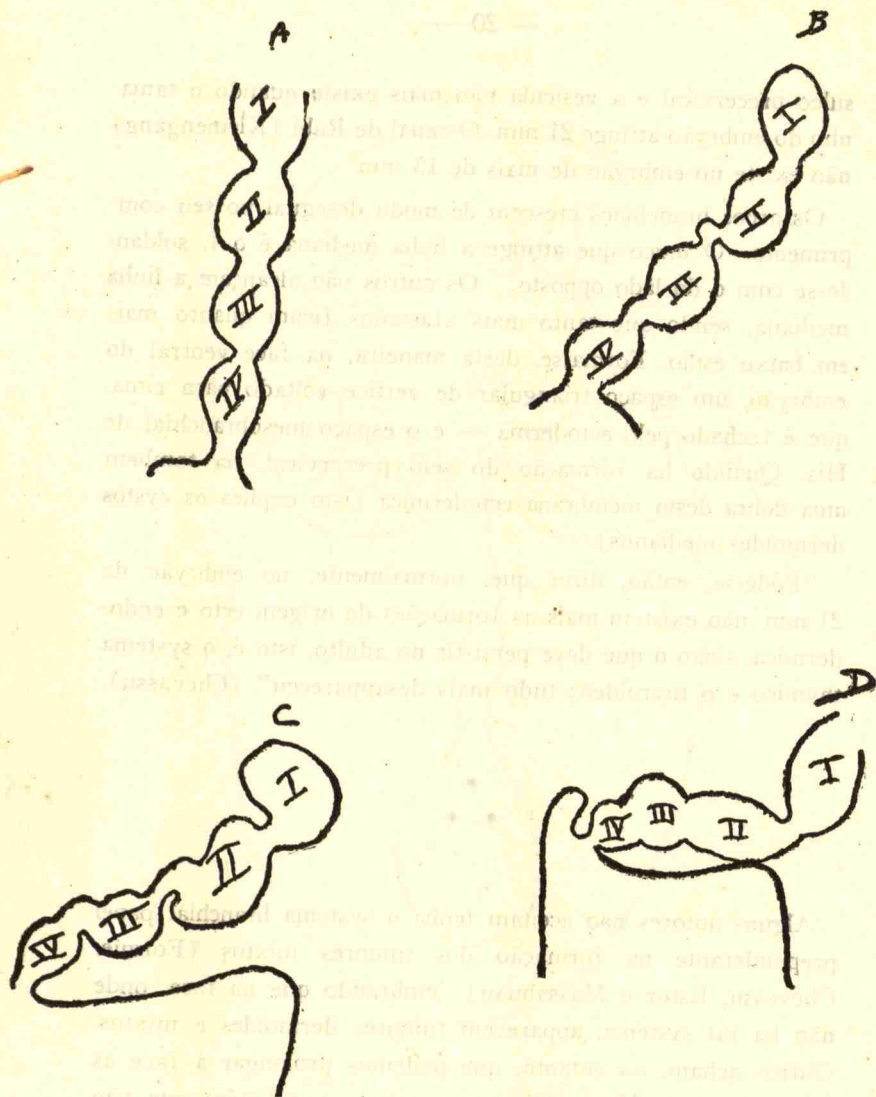


FIG. 2

Mostram estas figuras a formação do sulco e do seio precervical de His (Forgue)

sulco precervical e a vesicula não mais existe quando o tamanho do embrião attinge 21 mm. O canal de Rabl (Kiemengang) não existe no embrião de mais de 13 mm.

Os arcos branchiaes crescem de modo desigual no seu comprimento. O unico que attinge a linha mediana é o I, soldando-se com o do lado opposto. Os outros não alcançam a linha mediana, sendo que tanto mais afastados ficam quanto mais em baixo estão. Forma-se, desta maneira, na face ventral do embrião, um espaço triangular de vertice voltado para cima, que é fechado pelo ectoderma — é o espaço mesobranchial de His. Quando ha formação do seio precervical, ha tambem uma dobra desta membrana ectodermica (isto explica os cystos dermoides medianos).

“Póde-se, então, dizer que, normalmente, no embrião de 21 mm. não existem mais as formações de origem ecto e endodermica, sinão o que deve persistir no adulto, isto é, o systema thymico e o thyroideo; tudo mais desapareceu” (Chevassu).

\*  
\* \*

Alguns autores não aceitam tenha o systema branchial papel preponderante na formação dos tumores mixtos (Forgue, Chevassu, Estor e Massabuau), lembrando que na face, onde não ha tal systema, apparecem tumores dermoides e mixtos. Outros acham, no entanto, que podemos prolongar á face as formações branchiaes (Okinczyc), vistas nos botões que vão constituir o arco maxillar superior, o arco orbitario, etc. A bocca, as orbitas, os orgams olfativos resultam da atrophia de fendas branchiaes que limitam os arcos.

Não fica, pois, o systema branchial limitado apenas áquellas formações reconhecidas em embryologia — vae mais alem.



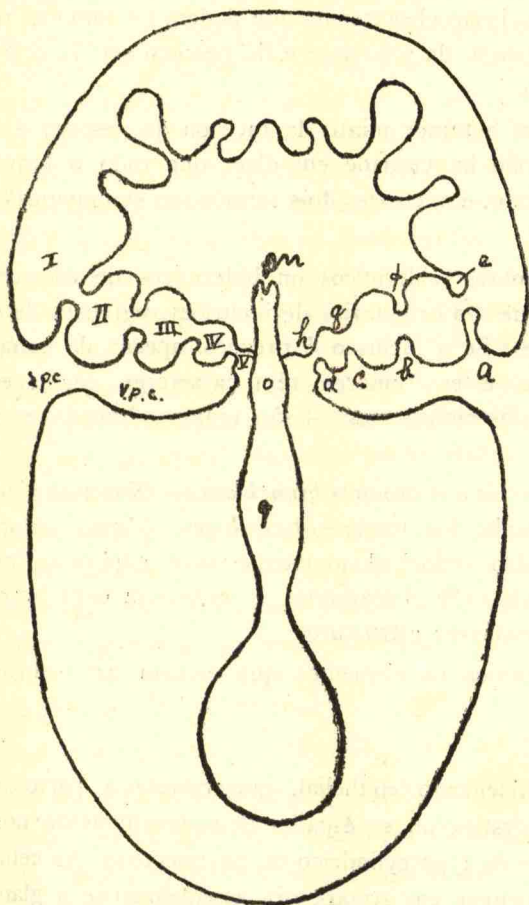


FIG. 3

*Corte eschematico frontal de embryão (Okinczyc)*

V. P. c. — seio precervical

S. p. c. — vesicula precervical

a — conducto auditivo externo

b — canal branchial de Rabl

c — vesicula thymica de Kastschenko

d — conducto thyreo-cervical

e — cavidade tympanica

f — bolsa amygdaliana

g — conducto thymo-pharyngeo

h — conducto thyreo-pharyngeo.

I, II, III, IV, V — Arcos branchiales.

Em conclusão chegaremos que podem os tumores mixtos da face, da bocca, da pharynge e do pescoço ser de origem branchial.

“Mas se o tumor mixto da face ou do pescoço é um branchioma, não ha verdade em dizer que todo o branchioma é tumor mixto, e que esses dois termos são synonymos”. (Okinczyc).

Ha tumores tridermicos ou bidermicos de estrutura complexa e que são originarios de inclusões regionaes de elementos branchiaes. Se a inclusão é precoce, apesar de complexos na estrutura, estes tumores têm caracteres regionaes que os afastam dos embryomas — são tumores branchiaes mixtos.

*Pathogenia dos tumores branchiaes.* — Não está ainda assente a pathogenia dos tumores branchiaes. Alguns autores acham o aparelho branchial impotente para explica-lo, outros que só partindo delle chegaríamos á verdadeira explicação da complexidade da sua estrutura.

Conheçamos os elementos que entram na formação destes tumores.

I) O elemento epithelial, que reveste a parte interna da capsula cystica ou se espalha desordenadamente nos tumores solidos, é de typo cylindrico ou pavimentoso. As cellulas cylindricas unem-se em grupos, ora assemelham-se a glandulas, ora espalham-se em superficie mais ampla; as cellulas chatas podem formar epithelio simples ou estractificado, podem ser keratinizadas ou não; tambem podem as cellulas ser de typo thyroideo, formando vesiculas com conteúdo colloide ou do typo das para-thyroides.

II) O elemento conjunctivo consta de tecido mucoso (myxoma), de tecido cartilaginoso, osseo ou osteoide, fibras conjunctivas e musculares.

*Cellulas epitheliaes.* — Antes de mais, saibamos que as *cellulas epitheliaes* affectam as mais diversas modalidades — quer pela sua origem (do endo ou do ectoderma), quer pelo seu estado mais ou menos diferenciado de accôrdo com a época em que se verificou a inclusão originaria. Podem esses grupos *cellulares* affectar a forma de glandulas salivares, podem ser *epithelio* pavimentoso *estructificado* com camada cornea (ectoderma) e sem *keratinização* (endoderma); podem ser *epithelio cylindrico* simples ou *estructificado*, com ou sem *cilios vibrateis*, ou *dispostas* em *vesicula* com *conteudo colloide*; podem ainda ser *cellulas chromophilas*, *para-thyroidéas*.

Para interpretação destes elementos ha duas theorias:

A theoria que filia estas *cellulas* ao mesoderma, dando-lhe origem *conjunctiva*, isto é, são ellas provenientes do revestimento interno dos vasos. E' a theoria allemã.

A outra theoria quer sejam esses elementos provenientes do endo e do ectoderma. E' a theoria francêsa.

Os *elementos conjunctivos* apresentam-se de fôrma variada sem a nitidez *estructural* do tecido correspondente.

De onde provêm estes elementos?

Quatro theorias procuram explica-lo:

- 1.<sup>a</sup>) Os tumores são de origem glandular.
- 2.<sup>a</sup>) Proviriam os tumores de restos glandulares encravados.
- 3.<sup>a</sup>) Os tumores mixtos seriam consequentes ás inclusões *branchiaes* que retomassem actividade.
- 4.<sup>a</sup>) Seriam estes tumores resultantes de inclusões mais precoces, isto é, seriam *embryomas*.

Na opinião de Okinczyc a unica theoria que melhor explica o *polymorphismo* do estroma *conjunctivo* e das diversas modalidades do elemento *epithelial* é a que attribue ao tumor origem *branchial*. As modalidades das *cellulas epitheliaes* seriam explicadas de dois modos: pelo estado de *diferenciamento* do nucleo

de inclusão — a idade variavel em que se deu a inclusão; e o destino reservado ao ponto do epithelio incluido — séde variavel da inclusão.

\*  
\* \*

De posse desses elementos podemos tentar classificação dos tumores branchiaes.

Elles podem ser a consequencia do pinçamento de elemento no qual entram tres folhetos, que se deu em estado precoce da formação branchial, e o tumor resultante apresenta cellulas epitheliaes de natureza embryonaria; ha formação de vesiculãs thyroides, de presença de cartilagem, de tecido osteoide. E' o cysto branchiogeno multilocular de Estor e Masabuau, que suppõem elles ser um embryoma.

Outras vezes encontramos apenas elementos epitheliaes que limitam a cavidade cystica — podendo ser pavimentoso estratificado com revestimento corneo (origem do ectoderma), ou pavimentoso sem keratinização, com ou sem cilios vibrateis (originarios do endoderma).

As bolsas branchiaes endodermicas, tendo destinos diversos, explicam a diversidade de cellulas desta origem. Por exemplo, a inclusão do endoderma pharyngo-buccal pouco diferenciado conservará este aspecto embryonario ao desenvolver-se para a formação do tumor. Quando a inclusão se faz em partes que já se orientam para as formações glandulares — thyroides, parathyroides, thymus, gland. salivares — de certo que estes aspectos serão reproduzidos nos consequentes tumores branchiaes.

Se houve inclusão ao nivel da 2.<sup>a</sup> ou 3.<sup>a</sup> bolsa branchial o elemento epithelial do tumor terá parencças com a estrutura da amygdala, como mais tarde veremos.

\*  
\* \*

Recapitulando lembraremos que é ao nível das fendas branchiaes que as inclusões se fazem. Seja pela soldadura precoce de um arco branchial a outro immediatamente inferior, pinçando assim uma dobra do endo ou do octoderma, seja pelo phenomeno do encaixamento já estudado, em que se formam muitas pregas nas paredes branchiaes. A presença do seio precervical, que póde não evolver, será tambem uma outra inclusão. A permanencia de uma bolsa interna ou externa dá origem á fistula cega. Si ha perfuração da membrana de His e communição das duas bolsas juxtapostas pelos fundos, a fistula será completa.

Ha difficuldade para explicação da origem dos cystos da linha mediana ou para-mediana da região anterior do pescoço. Até ahi não chegam os sulcos branchiaes (espaço mesobran-chial). A explicação é dada por His — quando os arcos I e II, em se soldando ao thorax, encravam os arcos III e IV ha formação duma dobra ectodermica no campo mesobran-chial, em correspondencia a estes dois ultimos arcos.

A formação dos cystos branchiaes thyroideos medianos ou paramedianos depende da dilatação empolar do canal thyreo-glosso.

Alguns autores acham que este canal é independente das formações branchiaes (His, Wyllys Andrews), O. Grosser pensa que não é cousa estabelecida; outros pensam que o referido tracto seja dependente do aparelho mesobran-chial.

---

### CAPITULO III

## CYSTOS BRANCHIAES

Ao nosso ver, a melhor classificação dos tumores congenitos do pescoço é a de Delbet: *cystos congenitos*, *fistulas branchiaes* e *branchiomas*.

\*

\* \*

*Cystos congenitos*. — Duas variedades de *cystos congenitos* do pescoço são conhecidas: *cystos branchiaes* e *cystos serosos*.

Neste capitulo trataremos dos primeiros, deixando os segundos para o proximo capitulo.

\*

\* \*

*Cystos branchiaes congenitos*. — Até aos trabalhos de Terrier e Lecène (1908) estes tumores estavam divididos em *cystos dermoides*, *cystos mucoides* e *cystos dermo-mucoides* ou *mixtos*; estes autores, ao estudarem mais detidamente a questão, sob o ponto de vista histo-pathologico, substituiram as duas ultimas denominações citadas pelas de *cystos amygdaloides* e

*thyroideos*. Assim foi que a classificação de Lannelongue e Kirmisson, tida como classica, ficou modificada.

Trataremos juntamente dos *cystos branchiaes dermoides*, *amygdaloides* e *thyroideos*, obedecendo ao criterio da sua comunidade de origem, pensando facilitar a concatenação dos conhecimentos sobre o assumpto.

\*

\* \*

1 — *Cystos branchiaes dermoides*. — Raros são estes *cystos* na região do pescoço, pois, mais commumente são encontrados acima do musculo mylo-hyoideo; não devem ser contados como pertencentes á região do pescoço, que, de facto, pertencem ao soalho da bocca.

Segundo a situação, os *cystos* são medianos ou lateraes (Lannelongue).

Entre os medianos notam-se ainda os que se localizam acima do osso hyoide e os que estão abaixo delle. Aquelles estão juxtapostos aos ventres dos musculos digastricos e adherem ao osso hyoide. São particularmente raros.

Os *cystos* infra-hyoideos são mais encontrados. Quando se approximam do osso hyoide a elle adherem: quando se localizam mais para baixo ficam recobertos pela aponevrose cervical que envolve os musculos infra-hyoideos. Podem estar proximos do esterno, com o qual contraem adherencias; podem adherir á trachêa; ás vezes insinua-se atraz do esterno e podem enviar prolongamentos ao mediastino (Broca); encontram-se tambem na frente do esterno.

Na opinião de Le Dentu e Delbet os *cystos branchiaes dermoides* lateraes são excessivamente raros. Para justificar este modo de pensar lembram seis casos colleccionados por Lannelongue, dos quaes apenas um (estudado por Vierchow) tem a autenticidade absoluta. Este se desenvolveu na região parotidiana,

na parede do qual o exame histologico chegou a identificar glandulas sebaceas sob epithelio de cellulas chatas estractificadas. Os outros ou não tinham o “verdictum” do anatomo-pathologista ou apresentavam constituição diversa da exigida para a identificação de cysto dermoide. Conclue por isso que pôde considerar excepcionaes os cystos dermoides lateraes do pescoço, crendo que essa localização mais se adapte aos cystos amygdaloides. A observação n. 1 deste trabalho é de um caso de cysto positivamente dermoide que estava lateralmente no pescoço, acima do osso hyoide, e tão profundamente situado que atravessava os planos musculares, indo fazer saliencia no interior da pharynge.

A affirmação de Le Dentu e Delbet está em desencontro com a aprioristica ideia de que possam ser mais frequentemente lateraes os cystos dermoides, porque não se pôde negar possam elles originar-se do seio precervical lateralmente situado. “The vesicula cervicalis leis lateral to the third pharyngeal pouch” (O. Grosser).

Podem ser provenientes de um pinçamento de ectoderma ao nivel das fendas branchiaes que não attingem a linha mediana — como se vê pela presença do campo mesobranchial de His. Podem ainda provir do canal de Rabl — lateral.

Assim diz Chevassu: “Cependant, embryologiquement, on peu dire *a priori* que *toutes les malformations branchiales sont laterals*”.

Nas questões medicas, porém, supposições ha que precisam modificadas pela verdade das estatisticas.

\*

\* \*

*Anatomia pathologica.* — O conteúdo desses cystos ora é liquido de aspecto puriforme, contendo crystaes de cholesterina que nadam em meio do muco; ora é substancia pastosa,



esbranquiçada, assemelhando-se a gordura em estado solido; podem conter, ás vezes, fios de cabelo e cellulas epitheliaes chatas. As paredes são lisas, humidas e brilhantes pela face interna.

Pelo exame histopathologico verificamos que a capsula é constituída de duas camadas; uma camada dermica, cujo exterior revestimento é de cellulas chatas estractificadas, keratinizadas, apoiando-se no tecido sobdermico — que é constituído de tecido conjunctivo entremeado de fibras musculares. Ahi encontramos glandulas sebaceas e sudoriparas e, o que é mais caracteristico, folliculos pilosos.

A pigmentação é geralmente quasi nulla.

\*  
\* \*

*Cystos branchiaes amygdaloides.* — Sob a rubrica de cysto mucoides estudavam-se estes cystos de mistura com os thyroideos.

Terrier e Lecène dividiram-nos. Baseados em dois casos fazem esses autores estudos pormenorizados da estructura da parede desses cystos e dão-lhes a verdadeira significação.

Para comprovar o estudo recapitulam os trabalhos apparecidos sobre o mesmo assumpto, mas que não tinham, na sua orientação, attendido ainda ao criterio que os guiou.

O primeiro trabalho a este respeito pertence a Zucke (1861), que estudou um cysto profundo do pescoço, atrapalhando-se, contudo, na interpretação da grande quantidade de tecido lymphatico encontrado na parede do cysto. Creu tratar-se de ganglio lymphatico juxtaposto á parede dalgum cysto atheromatoso.

Schede (1872) ministra mais materia á discussão quando vê um epithelio pavimentoso estractificado que repousa sobre tecido lymphoide. Escapa-se do embaraço concebendo a idéa de

tratar-se do “englobamento de um ganglio lymphatico pela parede do cysto”, mas não attinge a verdade.

Mais tarde (1877) Neumann e Baumgarten estudaram dois casos mais complicados porque dois epithelios, um pavimentoso e outro cylindrico ciliado, assentavam-se sobre tecido lymphoide.

Outro cysto de epithelio pavimentoso estractificado que descança sobre tecido lymphoide levou Albarran (1885) concluir, semelhantemente a Schede, por um cysto desenvolvido dentro do ganglio lymphatico.

Como esses citam os autores observações da snha. Sulicka (1894) e de Sautan (1898).

A seguir percorrem os autores os livros classicos e vêm apenas indecisas referencias a esses tumores.

Do estudo accurado do assumpto, comparando ao tecido pharyngeo primitivo, justamente entre o terceiro e segundo arcos branchiaes, de onde se invagina a mucosa para dar origem á amygdala, concluem pela origem amygdaliana do tumor, consequente ao pinçamento duma dobra da mucosa quando da formação da amygdala.

A sua localização é mais commumente lateral e profunda.

\*

\* \*

*Anatomia pathologica.* — O conteúdo desses cystos é liquido, mucoso, escorregadio ou pastoso e esbranquiçado, sendo o producto de secreção das glandulas. Jamais contém pêlos. A capsula é uma membrana dermo-epidermica de epithelio pavimentoso estractificado sem tendencia a keratinização; pôde haver cellulas ciliadas.

O ponto caracteristico destes cystos é a presença do tecido lymphoide sobdermico, com ou sem formação de folliculos fechados.

Não ha glandulas sebaceas nem sudoriparas.

\*

\* \*

*Cystos branchiaes thyroideos.* — A'quelles cystos referidos por Neumann e Baumgarten que tinham na parede epithelio pavimentoso estractificado repousando sobre tecido lymphoide e epithelio cylindrico ciliado deram Terrier e Lecène este nome. Desta maneira ficou substituida a denominação de cysto mucoide, desdobrada em duas outras, como já vimos.

Estes cystos são sempre medianos, ora estão acima, ora estão abaixo do osso hyoide.

A estrutura da capsula é dermo-epithelial; consta de epithelio pavimentoso sem keratinização ou epithelio cylindrico ciliado. Na parede encontram-se frequentemente restos de glandulas thyroides. O conteudo é mucoide, liquido, opaco.

Ha duvidas, consoante vimos na pathogenia, em serem esses cystos classificados como cystos branchiaes, porque o canal thyreo-glossso não é de origem branchial, para alguns autores, sendo-o para outros.

\*

\* \*

Não ha de admirar encontrarem-se na parede desses cystos, qual seja elle, eventualmente, fragmentos de cartilagem, fibras musculares lisas e estriadas, o que se comprehende facilmente pela sua pathogenia (Terrier e Lecène).

\*

\* \*

*Pathogenia.* — A pathogenia dos cystos branchiaes, posto que geralmente admittida, não está definitivamente elucidada, como é de prova andarem os autores em desaccôrdo.

Pela theoria do encravamento, admittida por Verneuil, parece haver explicação plausivel. Vialleton (citado por Le Dentu e Delbet) procurou demonstrar a pouca contribuição dos arcos branchiaes na formação do pescoço, e que, do outro lado, a precoce desaparição deste systema (não é mais encontrado no embrião de 21 mm.) não justifica a filiação dos cystos dermoides a elle.

Os cystos branchiaes thyroideos, segundo o que vigora, provêm de restos do canal thyreo-glosso de His, que vae da base da lingua até abaixo do osso hyoide. Quando este canal permanece elle está entre o *foramen cæcum* e a pyramide de Lalouette, passa atraz do osso hyoide, por debaixo dos musculos mylohyoideos e entre os genihoideos.

Comprehende-se, portanto, possam os cystos tyroideos ser supra ou infrahyoideos.

Os cystos branchiaes amygdaloides têm origem pharyngæa. Provêm de uma inclusão da mucosa consequente ao pinçamento deste tecido quando da invaginação que vae formar a amygdala ao nivel da segunda bolsa branchial endodermica. Tal é a razão por que o tumor é profundo, subjacente ao musculo esterno-cleido-mastoideo. São quasi sempre lateraes pela origem esses tumores.

Os cystos dermoides obedecem ao facto das inclusões remanescentes, que se despertam por estimulo desconhecido, em qualquer epoca da vida. Responsavel por esses cystos é o canal de Rabi, que é formado por uma dobra do ectoderma; tambem o seio precervical, si a involução do ectoderma, incluido pela soldagem do processo opercular ao thorax, não é completa, pôde originar um cysto dermoide.

Já vimos no II.º capitulo a pathogenia dos cystos dermoides medianos.

Tambem podem ser os cystos secundarios, quando consequentes ao fechamento do pertuito de uma fistula cega ou completa. A secreção das paredes do trajecto não tendo por onde se escoar

accumula, e ha formação do cysto secundario. O fechamento do pertuito fistuloso pôde ser consecuencia de entupimento ou de retracção cicatricial depois de um ferimento ou infecção.

\*

\* \*

*Symptomatologia.* — Posto que de origem congenita, só excepcionalmente é que, ao nascer, alguém traz consigo o tumor branchial. Commumente elle apparece na puberdade, raramente mais tarde; já se tem visto apparecer em individuos de cincoenta annos. Sem nenhuma causa apparente surge um tumor, quer na região mediana quer na região lateral do pescoço. O tamanho raramente passa ao de um ovo de gallinha. Si é mediano deforma rapidamente a região, ou permanece pouco apreciavel si tem localização lateral. Geralmente é arredondado ou ovoide, liso, recoberto de pelle inteiramente sã. A pelle é movel sobre o tumor, não lhe adhire; o tumor é indolor tanto á pressão como expontaneamente. Nalguns casos podemos tomar o tumor entre o pollegar e o index e juxtapor as suas paredes oppostas, noutras vezes é de consistencia pastosa e, fazendo-se pressão sobre elle, deixa-se a impressão da polpa do dedo — facto que muitos consideram como signal pathognomonic. Pôde apresentar franca fluctuação, consequente ao seu conteudo liquido. E' movel sobre os planos profundos tanto no sentido horizontal como no vertical, porém, esta mobilidade é limitada pelas suas adherencias com o osso hyoide, a larynge e os musculos. O tumor é irreductivel e pôde apresentar batimentos transmittidos quando está em intima relação com as carotidas.

A evolução do cysto é irregular, mais commumente é lenta e progressiva. Permanece, ás vezes, estacionario certo tempo para depois readquirir dimensões maiores, em novo periodo evolutivo; outras vezes augmenta subitamente, o que traz rapida deformidade á região, e é quando o seu portador mais se in-

quieta, porque não se habituou o espirito progressivamente com a deformidade.

As perturbações funcionaes são raras e pouco intensas: compressão do pneumogastrico e da pharynge, sem produzir dysphagia, póde, no entanto, produzir pequeno incommodo no deglutir (Okinczyc). O que mais atormenta ao portador duma affecção destas é o desarranjo esthetico, principalmente por estar em lugar facilmente visivel. Muita vez é a vaidade individual que se acha offendida; não raro tambem é a chocota, são os appellidos que obrigam o paciente a recorrer á habilidade do cirurgião para que se lhe restabeleça a normalidade physica prejudicada.

Os cystos lateraes sendo mais profundos são de mais difficil exploração.

Podem ser ainda os cystos branchiaes a séde de transformações que são: a infecção, a fistulização e a degeneração maligna.

Pela infecção o tumor augmenta rapidamente de volume, torna-se doloroso expontaneamente e á pressão, a pelle ruboriza-se, advem febre, calafrios, a dysphagia costuma ser absoluta. O conteúdo liquido transforma-se em puz.

Aberto o cysto, por meio do bisturi ou expontaneamente, a abertura póde permanecer, deixando correr sempre liquido mucoso — é a fistula secundaria.

A transformação maligna dá origem aos branchiomas. Este é novo ponto em que se desencontram as opiniões. Emquanto uns têm-na como coisa liquida outros (John Blan-Sutton) crêm estar ella mais no espirito dos clinicos que na realidade.

\*  
\* \*

*Diagnostico.* — Para se chegar ao diagnostico de um cysto branchial do pescoço precisamos explora-lo com technica e cautela. Hamilton Bailey aconselha ficar o medico atraz do

paciente e manda-lo forçar o queixo contra a palma de sua mão, de modo que o esterno-cleido-mastoideo se torne tenso. Com a outra mão explora-se a borda anterior e a borda posterior do musculo á procura dos signaes physicos já descriptos.

Para se chegar ao diagnostico devemos proceder de accôrdo com as seguintes regras (H. Bailey):

- 1.<sup>a</sup> — Anamnése e inspecção geral do paciente.
- 2.<sup>a</sup> — Pesquisa dos signaes physicos.
- 3.<sup>a</sup> — Reflexão por parte do medico sobre o que ha observado, afim de chegar a uma conclusão logica.
- 4.<sup>a</sup> — Diagnostico differencial.
- 5.<sup>a</sup> — Prova scientifica para confirmação — raios X, exames histologico e bacteriologico.

As primeiras partes estão estudadas, resta saber o diagnostico differencial e as provas confirmatorias.

Si a situação do cysto é mediana o diagnostico será facilitado. Poderiamos encontrar ahi um tumor frio, consequente a supuração dum ganglio — o que é muito raro e mais abaixo encontraremos o modo de differença-lo.

Um *cysto sebaceo* seria adherente á pelle, mais duro, mais resistente e mais movel.

Um *lipoma* seria menos regular, mais achatado, sendo molle sem apresentar fluctuação, de evolução mais lenta.

Quando é lateral o cysto branchial as difficuldades serão outras e maiores, principalmente quando está profundamente situado.

*Ganglio tuberculoso suppurado.* Póde apresentar todos os signaes dos cystos branchiaes — é um tumor indolor. Para esclarecer devemos procurar outros ganglios enfartados na região, palpando cuidadosamente os ganglios sobmentaes, sobmaxillares, a cadeia da jugular, os supraclaviculares, os auri-

culares posteriores e os preauriculares (H. Bailey). O enfartamento de outros ganglios fala em favor da tuberculose. O exame dos apices pulmonares não deve ser descuidado, como também se devem procurar lesões tuberculosas em qualquer dependencia da cabeça.

Por fim a punccão confirma ou nega o diagnostico, como veremos.

O diagnostico certo entre essas duas affecções é difficil.

Le Dentu e Delbet dizem que muita vez só depois de extirpado o tumor se pôde estabelecer a exactidão do diagnostico.

H. Bailey cita seis casos de cystos branchiaes que foram diagnosticados como ganglios tuberculosos, sendo o engano verificado a posteriori.

Nos casos que vimos, a punccão confirmou plenamente o diagnostico — dois abcessos frios e um cysto branchial.

*Lipomas congenitos* lateraes do pescoço podem simular perfeitamente fluctuação e embaraçar o diagnostico. Com o palpar cuidadoso chega-se a perceber lobos de gordura, a punccão será branca.

*Os branchiomas* solidos ás vezes dão fluctuação e podem ser causa de enganos. Ao lado desta parte molle ha sempre partes endurecidas que os caracterizam.

*Os bocios aberrantes* differenciam-se com alguma difficuldade (Okinczyc). Estão em geral ao pé do corpo thyroide, sofrem movimento pela deglutição por estarem presos á larynge.

*Os cystos serosos congenitos* estão presentes desde o nascimento, são lobulados, de maior volume.

Quando, porém, o cysto seroso é unico a difficuldade será maior, mormente porque, tal como o cysto branchial, costuma apparecer apenas na puberdade. Como signal differencial ha o de ser elle translucido enquanto são opacos os cystos branchiaes (H. Bailey).

*Os hemagiomas venosos* profundos distinguem-se pelo signal do esvasiamento (sign of the emptying); que consiste em fazer



pressão sobre o tumor. Si é hemangioma elle esvasia-se, si é cysto branchial isso não se dá. Acautelar-se, no entanto, pela falsa impressão causada pelo cysto que tem muitos prolongamentos profundos por onde se póde escoar o liquido.

O *aneurysma* extrema-se pelos caracteres auscultarios do duplo sopro e pelo batimento em expansão, o fremito catario, que o tornam inconfundivel.

H. Bailey acha possivel a confusão com os abscessos retropharyngeos chronicos; cita um caso de Coakley (1904) em que foi feito o diagnostico de abscesso tuberculoso retropharyngeo, depois de tres vezes aberto o cysto. O exame histo-pathologico revelou tratar-se dum cysto branchial amygdaloide.

O exame microscopico do liquido cystico é de real vantagem para a firmeza do diagnostico. No liquido obtido por punção com agulha grossa vamos encontrar cellulas epitheliaes descamadas da parede do cysto e crystaes de cholesterina.

\*

\* \*

*Tratamento.* — O tratamento racional dos cystos branchiaes é a sua extirpação. Este problema não é, porém, dos mais faceis em cirurgia. Quando o cysto é mediano e superficial a extirpação se faz com relativa facilidade, podendo-se usar da anestesia local. Quando é caso de cysto profundamente situado o trabalho de dissecação da capsula é difficil e penoso. De um lado tem de avir-se o cirurgião com a fragilidade de capsula, quasi sempre muito friavel, dilacerando-se facilmente nos dentes da pinça ou rasgando-se sob o dedo desde que se exceda na tracção. De outro lado acresce a essas difficuldades intrinsecas do tumor o receio que habita a alma do cirurgião ao trabalhar em região tão perigosa como seja o pescoço. Póde o cysto contrahir adherencias com os vasos e nervos da região, de modo que os cuidados redobram.

A região é muito vascularizada de tal arte que as repetidas sangrias identificam todos os tecidos na mesma côr vermelha e a capsula cystica perde-se neste meio.

Antes de emprender a operação deve o cirurgião conhecer bem a localização do cysto.

H. Bailey dá quatro typos diferentes de localização: 1.º) está debaixo da aponevrose cervical superficial. 2.º) Vae mais profundamente e attinge os grandes vasos do pescoço. Precisa ser cuidadosamente separado da jugular. 3.º) Estende-se até a parede da pharynge e passa a cavalleiro da bifurcação da carotida. 4.º) Situa-se adeante das vertebrae cervicaes.

O prof. Alves de Lima (sob cuja orientação trabalhamos) usa processo muito engenhoso e que dá optimos resultados. Feita a punção no cysto injecta-se pela mesma agulha um soluto a 25 % de brometo de sodio, que é impermeavel aos raios X. Manda-se fazer a radiographia e tem-se sciencia da extensão e situação do tumor.

A nossa observação n. 1 esclarece perfeitamente o que acabamos de dizer.

A curetagem das paredes do tumor não pôde dar resultado satisfactoria. Algumas cellulas que escapam á acção da cureta reproduzem o cysto.

A simples incisão dá resultados negativos porque, de duas uma, ou a abertura se fecha, reproduzindo-se o cysto, ou permanece e dá origem a uma fistula branchial secundaria.

As injecções de substancias modificadoras já passaram para o historico, porque não têm dado bons resultados.

Não ha de surprehender-se e contrariar-se o cirurgião que interveio num cysto branchial do pescoço por ser requerida nova intervenção, pois, não ha nisso desdoiro para a sua technica nem attestado de incapacidade.

Este tratamento, no entanto, posto que falho, se impõe por duas razões principaes, as quaes põem em perigo a vida do

doente: a infecção, que traz consigo os perigos dos fleimões e abscessos do pescoço; depois a transformação maligna, de cuja gravidade se não deve esquecer, “même les branchiomes benins sont susceptibles de se transformer en tumeurs malignes” (Okinczyc).

## CAPITULO IV

### CYSTOS SEROSOS

---

Os cystos serosos do pescoço são também conhecidos pelos nomes de lymphangioma cystico ou hygroma coli. São conhecidos desde 1809 (C. Howkens). Mais tarde Boucher (1868) retomou o assumpto e recapitulou tudo que sobre elle se havia escripto. Assim foi que a affecção teve a sua identidade.

O cysto seroso localiza-se frequentemente no pescoço, onde toma seu maior desenvolvimento. Raramente se encontra na parte posterior da região; situa-se, em geral, na sua parte antero-lateral.

São, na quasi totalidade, muito volumosos e multiloculares. Ha também cystos serosos congenitos uniloculares (H Bailey, Le Dantu e Delbet).

Quando são muito volumosos os cystos vêm até á linha mediana, podendo chegar á região carotidiana do lado opposto. Ha alguns que chegam a attingir a região da nuca; outros pequenos, não são maiores que um ovo de gallinha. Entre esses dois limites estão todas as variações.

Em casos de se tratar de tumores de maior volume não ficam elles situados apenas no pescoço, invadem a região facial e o thorax. Profundamente o seu desenvolvimento póde ser identicamente desordenado.

Os maiores enviam prolongamentos para o mediastino, para as axillas, por baixo das claviculas, envolve os vasos, adhire á larynge e á pharynge; em summa, invadem toda a região. Ao lado desses ha outros pequenos, localizados — superficiaes ou profundos.

A tunica externa dos vasos póde confundir-se com as paredes cysticas; a parotida está quasi sempre augmentada de volume e apresenta dilatações cysticas; os nervos não são interessados no desenvolvimento do tumor; o corpo thyroide está sempre indenne.

*Pathogenia.* — Abandonadas as velhas theorias, hoje apenas se fala em duas — uma que vincula estes cysticos ás transformações dum angioma (é a theoria de Holmes); a outra, sustentada por Wagner, Middelodorff e Lannelongue, é pela origem lymphatica do tumor — lymphangeoma cystico.

A theoria de Holmes diz que em principio havia um verdadeiro angioma “secundariamente o angioma cessa, em certos pontos, de communicar com os vasos da região; estas partes se isolam; seu conteudo, principalmente formado de sangue puro, se modifica, e acaba por ser nada mais que um liquido seroso” como o existente no cysto (Le Dentu e Delbet). Esta theoria foi abandonada, está hoje de pé a theoria do lymphangeoma cystico.

Basea-se esta ultima na estrutura das paredes do cysto, que é semelhante á dos vasos lymphaticos e dos lymphangeomas positivamente reconhecidos como taes. Por exemplo, os lymphangeomas da lingua têm identica estrutura á dos cystos serosos congenitos.

Estor e Massabuau dizem que, segundo os estudos de Veau, ha tendencia em se poder dar uma base anatomica a esta theoria. Veau baseou-se no que dissera Wirchow e Nasse, isto é, pensa que os cystos serosos são devidos a “uma parada do desenvolvimento do systema lymphatico da região cervical”.

Nos embriões de quatro meses Veau viu lacunas lymphaticas normaes, que estão situadas para fora dos feixes vasculo-nervosos e recobertas pelo esterno-cleido-mastoideo.

Essas lacunas devem normalmente involuir até atingirem o calibre dos vasos lymphaticos; quando não ha esta involução formam-se os cystos serosos congenitos. A abundancia e disposição dos vasos informa da variedade destes cystos e da multidão de cavidades que os forma.

Mais difficil seria a adaptação desta explicação aos cystos congenitos monoculares que só fazem o seu apparecimento na puberdade.

*Estructura. — Aspecto macroscopico.* — Duas especies ha: cystos multiloculares (mais frequentes) e cystos monoculares (mais raros). Os primeiros compõem-se de varias bolsas cheias de liquido que se unem em grupo, em que se encontram cystos de todos os tamanhos. A's vezes os septos entre os cystos são incompletos, como pregas das paredes.

A parte interna da cavidade é semelhante ás serosas — lisa, brilhante, de cor de perola.

O conteudo é geralmente liquido, escorregadio, amarellado, mais ou menos espesso. Podemos tambem encontrar massa pastosa como sendo o conteudo cystico. Neste liquido observaremos cellulas endotheliaes chatas descamadas das paredes; tambem ahi são encontrados crystaes de cholesterina e de hematoïdina, globulos brancos e hematias. A reacção do liquido é alcalina.

*Aspecto microscopico.* — As paredes do cysto têm na estrutura tecido conjunctivo lameloso, ora mais ora menos frouxo; ahi podemos encontrar fibras musculares e abundantes vasos sanguineos e lymphaticos; tambem encontram-se filetes nervosos.

Sobre esta camada repousa um endothelio de cellulas chatas em uma só camada. Impregnadas pelo nitrato de prata as cel-

lulas deixam transparecer a constituição do endothelio lymphatico. Ellas são achatadas. Apenas em algumas dobras são cubicas ou cylindricas. O nucleo é bem visivel.

*Symptomatologia.* — Já vimos que ha dois typos principaes de tumores cysticos serosos do pescoço: multiloculares e uniloculares. Os primeiros existem desde o nascimento — são verdadeiramente congenitos; com os segundos, ou acontece o mesmo factó, ou elles apparecem subitamente na puberdade, sem provocar nenhuma dor. (H. Bailey, observação nossa — III).

Os multiloculares podem ser, na occasião do nascimento, já de volume consideravel ou apenas pequenos cystos. Quando são pequenos estão geralmente situados na região lateral do pescoço. A deformidade da região é patente.

Os cystos têm fórmula irregular, bocelados, recortados de depressões lineares. Augmentam de volume em occasião de um esforço ou durante a tosse. A pelle que recobre o cysto. é sã e não lhe adhire.

Ao palpar elle se apresenta molle e ás vezes tenso, onde não se póde perceber bem a sensação de fluctuação. Só nos uniloculares a fluctuação se torna bem perceptivel. Os tumores são parcialmente reductiveis porque o liquido escorre de uma loja para outra.

O esterno-cleido-mastoideo, sobre o tumor, divide-o em dois lobos.

Pelo palpar devemos procurar os prolongamentos cysticos para a axillas; pela percussão procuramos estes prolongamentos no mediastino.

As perturbações funcionaes são poucas; ellas podem difficultar a mastigação e a fala quando se tornam excessivamente grandes.

O crescimento é lento e progressivo; quando ha hemorragia intra-cystica, esse crescimento é subito.

O diagnostico do cysto multilocular congenito é facil. Um tumor volumoso, que cresce lentamente, de forma irregular-

mente bocelada, que existe desde o nascimento, cujo conteúdo é líquido não padece duvidas tratar-se de um cysto seroso e congenito. Podem confundir-se com o angioma venoso profundo, que é reductivel, irregular e augmenta de volume quando ha esforço por parte do paciente. A punção esclarecedora complica, ás vezes, mais o diagnostico porque o conteúdo cystico pode ser hematico e, portanto, confundir-se com o do angioma.

O diagnostico é feito de pormenores juntados na attenção com que se observa o sangue punccionado e os outros signaes.

O cysto monocular que apparece na puberdade tem todos os caracteristicos do cysto branchial. Segundo Bailey a unica differença é serem os cystos serosos invariavelmente translucidos, como já vimos noutra parte.

A nossa observação numero III é caso de causar confusão no espirito dos clinicos mais experimentados. O diagnostico exacto se faz geralmente a posteriori. Até a regra clinica de se votar pela frequencia maior falaria nesse caso.

*Tratamento.* — Antes de entrarmos nesta parte devemos dizer que os cystos podem suppurar e produzir symptomas alarmantes, que exigem a sua abertura como se fora um abcesso.

O tratamento radical e razoavel desta affecção é a sua extirpação cirurgica cuidadosa. A localização do cysto pela radiographia é de se aconselhar no caso em que seja elle monocular.

As difficuldades operatorias e os insuccessos do tratamento são identicos ao que já se viram em referencia aos cystos branchiaes. (Cap. III).

No caso do cysto seroso, sendo maiores as connexões vasculares, sendo maior a extensão do tumor, maior será o perigo e mais difficil a operação. A capsula, como vimos, é uma pellicula extremamente friavel. A indicação operatoria depende do estado geral do paciente, pois, que a operação deve ser feita em optimas condições.



Quando ha perigo de vida para o doente e a operação não se indica, pode-se recorrer á punção evacuada que, aliás, é uma therapeutica aleatoria.

Iniciada a operação da extirpação do cysto e não se conseguindo a extirpação total, seja pelas condições inherentes á propria natureza do tumor, seja pelas condições do operado, faz-se a marsupialização que, não sendo processo curativo, allivia o doente.

O tratamento pelos raios X não deu resultado no paciente da observação n. III. Não temos conhecimento de outras applicações.

Em casos raros esses tumores têm soffrido transformações adiposas e a cura é expontanea.

---

## NOTA

---

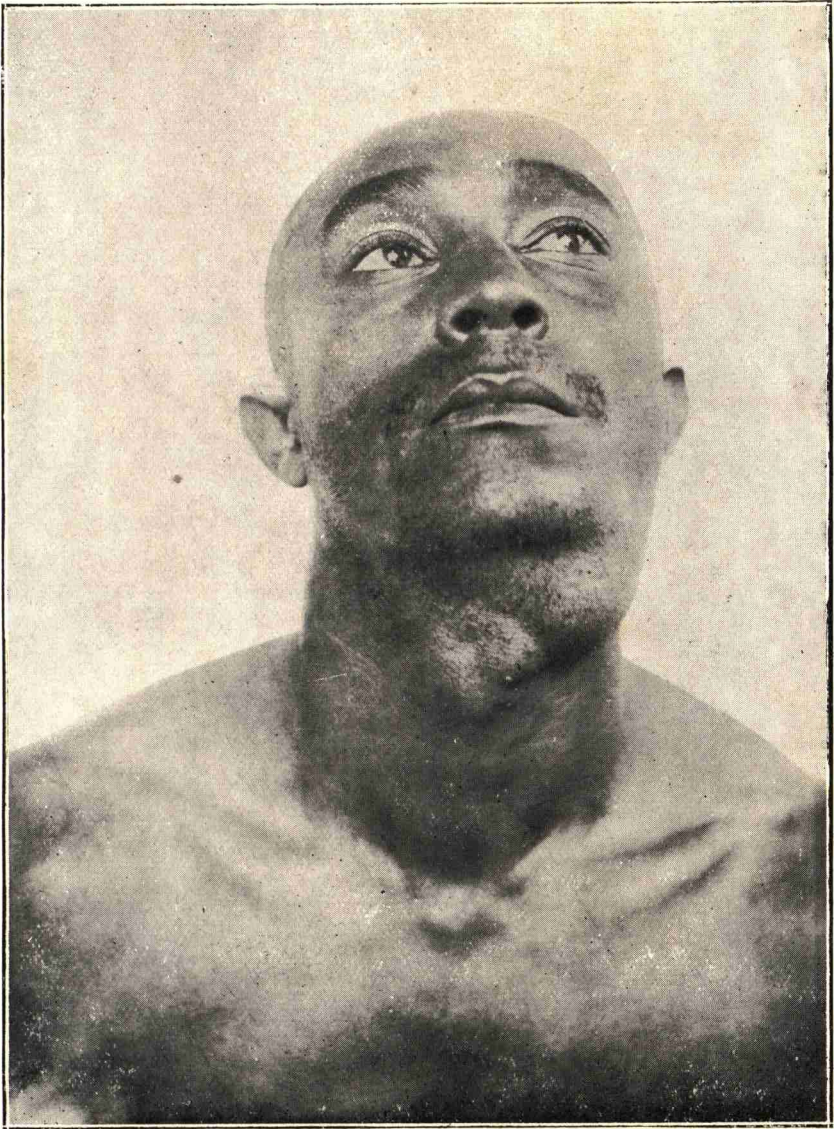
### CYSTOS BRANCHIOGENOS MULTILOCULARES

Sob esse titulo Estor e Massabuau estudaram alguns tumores congenitos do pescoço que se caracterizam por uma complexa estructura. São partes solidas proximas a pequenos cystos que formam massa onde os tecidos originarios dos tres folhetos embryonarios se encontram.

A origem desses tumores é uma inclusão de tecido. Alguns acham que têm uma origem branchial outros que a inclusão originaria seja anterior á existencia do systema branchial.

Não se tratando de um cysto puro, pensamos em não collocar este tumor nas nossas cogitações, neste trabalho, mesmo porque não passaria de um estudo theorico, visto como não observamos nenhum caso.

---



Photographia que mostra o tumor do pescoço.

## OBSERVAÇÕES

---

OBSERVAÇÃO N.º 1. — J. F., operario, brasileiro, casado, pardo, com 26 annos. Procedente de Tatuhy. Entrou para a enfermaria (II — E. C. H. — Santa Casa) aos 8 de maio de 1923.

Dos antecedentes hereditarios nada ha que interesse.

Soffreu de sarampo na infancia; adquiriu maleita ha dois annos, de que se curou. Certa occasião, faz alguns annos, padecceu de horriveis dores de dentes; nesta occasião doeu-lhe um tumor que tem no pescoço. Cessada a dor de dente tudo voltou á normalidade.

*Queixa* de um tumor no pescoço que apenas o incommoda pelo volume. Não pode o paciente referir a epoca exacta que descobriu o tumor; sabe que o traz desde a infancia. Uma vez o tumor perforou-se dando vasão a liquido amarello como puz.

Procurá meios de livrar-se desta affecção porque duas preoccupações o affligem: 1.º teme que com o crescer continuo do tumor, que já faz saliencia na garganta, sinta algum dia perturbacões da deglutição e da respiração; 2.º pela offensa á esthetica que a deformidade lhe traz.

Cançado já está de usar pomadas, remedios diversos e, até, “feitiços e sympathias”, therapeutica de insuccesso manifesto na progressão do mal.

*Exame do doente.* — A' inspecção notamos um tumor situado no pescoço, que tem inicio a um dedo transverso acima da cartilagem thyroide e vae terminar ao nivel da borda inferior do ramo esquerdo do maxillar inferior; para diante chega até á linha mediana, para atraz vae até encontrar uma perpendicular baixada da commissura esquerda da bocca. Compõe-se de duas partes: uma anterior, arredondada, outra situada mais para cima, separada da primeira por uma depressão da pelle. O tumor é liso e arredondado, a pelle que o cobre está inteiramente sã. Quando o paciente engole o tumor augmenta de volume, como que impellido para fóra.

Ao palpar notamos ser elle de consistencia molle, depressivel, perfeitamente elastico, apresentando fluctuação. A pelle não lhe adhere. E' pouco movel na parte maior e mais movel na parte menor. Tomando a parte saliente entre dois dedos facilmente conseguimos a juxtaposição das paredes oppostas da cavidade.

E' inteiramente indolor tanto expontaneamente quanto á pressão. Não ha ganglios lymphaticos enfartados na região do pescoço.

No exame da pharynge notou-se a presença de tumor arredondado, hyperemico, que occupa a loja amygdaliana anterior e recalca para diante o pilar anterior e a amygdala para traz. Quando se comprime o tumor externo mais saliente se torna a protuberancia na pharynge, e vice-versa.

Apparelho respiratorio. — Normal. Foram examinados os ápices pulmonares.

Apparelho circulatorio. — Normal. Pulso, 75 batimentos por minutos.

Reflexos tendinosos e oculares — Normaes.

( ) exame de urina nada revelou de anormal.

*Wassermann* — negativo.

Diagnosticos — *Cysto branchial*.



Radiographia do cysto injectado de soluto de brometo de sodio (Reduzida).

No dia 20 de maio punccionou-se o tumor. A agulha cahiu numa cavidade donde se retirou sem difficuldade um liquido denso, amarellado e opaco. Pela mesma agulha injectaram-se na cavidade cystica 3,cm<sup>3</sup> de soluto de bromureto de sodio a 25 %. Mandou-se fazer a radiographia, cujo resultado juntamos.

O exame do liquido revelou a presença de crystaes de cholesterolina e cellulas epitheliaes chatas.

Tratamento — cirurgico.

---

*Operação.* — Dia 29 de maio. Operador, prof. dr. J. Alves de Lima; auxiliar interno Alipio Corrêa Netto.

Anesthesia geral pelo chloroformio. Anesthesista — interno Vicente de Azevedo.

Incisão da pelle parallelamente á borda do ramo esquerdo do maxillar inferior. Secção do musculo cuticular. Dissecando com a tentacanula attinge-se a glandula salivar sobmaxillar esquerda, que recobre o tumor. A glandula é afastada para cima. Descobre-se a parede fina do cysto, procura-se dissecal-a. Esta rompe-se e escoo grande quantidade de liquido puriforme. Com uma espatula retira-se grande quantidade de uma substancia plastica amarellada do interior do cysto. Percebe-se que o tumor é muito profundo e unilocular.

Continua-se a dissecção da capsula cystica, apezar da difficuldade, por ser ella extremamente fina e muito friavel. Consegue-se retirar-la até sentirem-se as vertebraes cervicaes. Para cima disseca-se até á face interna do maxillar inferior; para diante vae-se até ao osso hyoide. Verifica-se a hemostasia. Ligam-se pequenos vasos. Fecha-se a incisão da pelle com pontos separados de crina de Florença. Drena-se com tubo de borracha. Curativo secco.

---

*Periodo post-operatorio.* — Primeiro dia, temperatura 38°. No segundo dia advem dysphagia absoluta. A saliva secretada em abundancia escorre da bocca do doente, elle não a consegue engulir. Fez-se injeccão de 300 grs. de sôro physiologico. A temperatura baixa para 37°. No terceiro e quarto dias melhora a dysphagia que só desaparece no sexto dia. Para combater a sede faz-se injeccão de sôro. No fim de 48 horas suspende-se o curativo, retira-se o dreno; ha pequena quantidade de pus. O pus augmenta no terceiro e no quarto dia e vae dahi por diante progressivamente diminuindo até desaparecer no fim de 15 dias. No dia 16 o doente teve alta, curado.

---

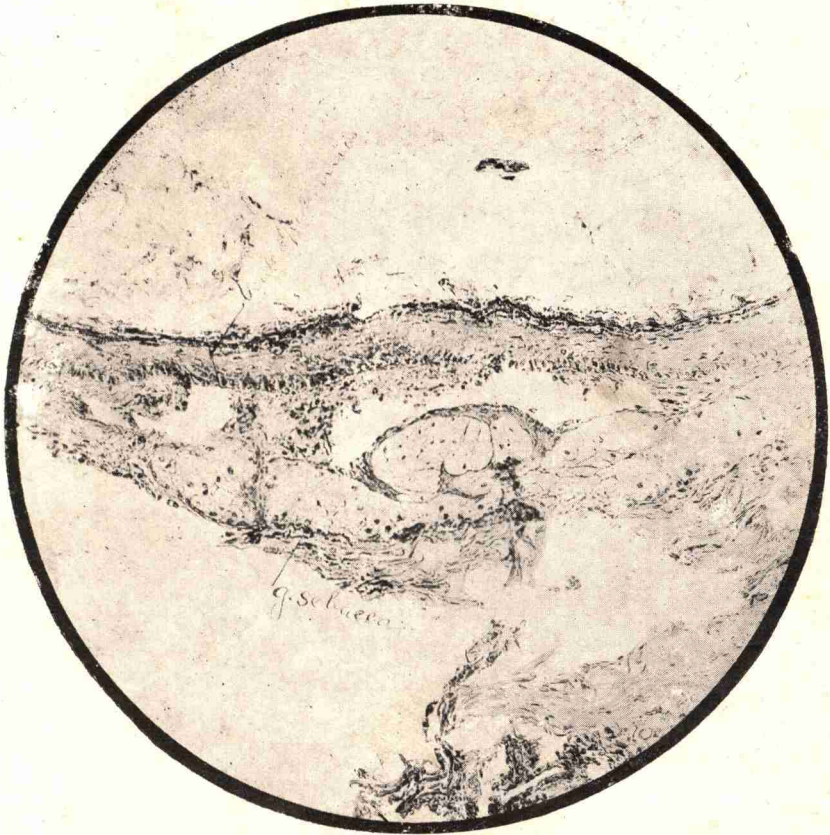
Resultado do exame anatomo-pathologico. — “Exame microscopico. — O material é constituido por um fragmento da capsula clinicamente diagnosticada como cysto mucoide. Este fragmento mede 6,5 x 3,8 x 0,6 cms. A superficie correspondente ao cysto é de côr vermelho-escura e se apresenta toda enegrecida e com depositos de uma substancia de aspecto sebaceo. A superficie em relação com a parte sã nada apresenta de interessante.”

“Exame microscopico. — O corte é constituido por um estroma de tecido conjunctivo maduro recoberto por uma fina camada de epithelio pavimentado estractificado, provido de numerosas dobras e cheio de grandes glandulas sudoriparas sebaceas e folliculos pillosos.

Em um dos pontos do corte existe um nucleo de formações glandulares, de luz muito ampla e revestido de um epithelio de cellulas cubicas e claras, aparentemente um tanto degeneradas. Num outro ponto vêm-se alguns feixes musculares estriados conservados.”

“Diagnostico. — Cysto dermoide”.





S - 678 Ocul Ap. Zeiss 4 Object B&L 8mm, 150 D.

Microphotographia da capsula ceptica que mostra o revestimento epidermico e uma glandula sebacea.

registro da folha 678.

Juntamos a microphotographia de uma das partes do corte desta peça, onde se pode ver muito bem o revestimento epithelial e uma volumosa e característica glandula sebacea.

\*

\* \*

OBSERVAÇÃO N.º 2. — I. M., 40 annos, mulher, solteira, branca, brasileira. Desde a infancia gosou perfeita saude.

Pela primeira vez em Junho de 1895 sentiu fortes dores no pescoço, onde poude perceber a existencia de um tumor, que augmentou rapidamente de volume. Facto que lhe produziu dysphagia absoluta por tres dias.

Na supposição de tratar-se de simples abcesso foi o tumor incidido. Curou-se do abcesso.

Em abril do anno immediato repetiram-se os mesmos phenomenos. Nova incisão foi o remedio que fez voltar tudo á apparente normalidade.

Em fevereiro do anno seguinte voltou identicamente o mal. Mas o abcesso veiu a furo expontaneamente.

Tres annos pareceu curada, quando, em 1901, reapareceu a inflammação acompanhada de dysphagia. Mais uma vez incidiu-se o abcesso.

Em 1907 e 1908 estes factos reproduziram-se de modo identico. Seguiu-se um periodo de calma. Em 1913 os descriptos symptomas appareceram mais intensos que nunca. A dôr era violenta e a dysphagia absoluta. Então fez-se uma operação mais larga, procurando-se extirpar o cysto. Depois disso persistiu uma fistula que deixava escoar liquido puriforme constantemente. No anno immediato voltou a paciente á mesa de operações e foi feita extirpação mais cuidadosa do tumor. Seguiu-se uma grande hemorrhagia post-operatoria, que foi difficilmente sustada. Este facto trouxe a infecção ao ferimento. A cicatrização fez-se por segunda intenção.

De então para cá a paciente parece curada.

Apresenta a enferma uma cicatriz em faixa em toda a altura do pescoço, attingindo a região sobmaxillar. Está situada a dois dedos transversos para fora da linha mediana. Mede mais ou menos 2 cms. de largura por 10 cms. de comprimento.

\*

\* \*

OBSERVAÇÃO N. 3. — I. U., brasileira, sexo feminino, branca, casada, com 18 annos de idade.

*Antecedentes hereditarios* — Nullos.

*Antecedentes pessoaes* — Nada de interessante. Gosou sempre perfeita saude.

*Molestia actual.* — Na puberdade appareceu subitamente, sem que houvesse nenhuma perturbação da saude, um tumor na região lateral do pescoço, abaixo do osso hyoide. O apparecimento desta affecção fez-se sem nenhum signal doloroso. Cresceu rapidamente até attingir o tamanho de um ovo de galinha. Tinha a fórma arredondada, saliente, deformava visivelmente a região. A pelle que o recobria estava inteiramente sã. Ao palpar apresentava nitida impressão de fluctuação, não estava adherente á pelle e tinha mobilidade em todos os sentidos.

*Diagnostic*o — Cysto.

A indicação therapeutica era cirurgica.

*1.ª operação.* — Fez-se a incisão do cysto esvasiando-o. Cicatrização por primeira intenção.

Resultado: *recidiva* no fim de *dois* mezes.

*2.ª operação.* — O operador procurou retirar a capsula cystica. No fim de dois mezes *reappareceu* o cysto. Formou-se um keloide na cicatriz.

Voltando novamente ao medico, depois de exame cuidadoso, o diagnostico foi ampliado e firmado em *cysto branchial*.

A paciente estava gravida de seis mêses.

3.<sup>a</sup> operação. — Incisão da pelle em dois cortes que se encontram nas extremidades com o fim de se retirar o keloide cicatricial. Attinge-se a capsula cystica que se rompe deixando escoar liquido amarello, gelatinoso. Procura-se dissecar as paredes do cysto, que são muito delgadas e extremamente friaveis. Percebe-se que o tumor vae até além da carotida, onde adhere. Sutura da pelle e drenagem.

Não havia certeza por parte do cirurgião si toda a capsula cystica fora retirada. A recidiva era esperada.

No fim de dois mêses e meio reapareceu o tumor.

Como a gestação fosse já muito adeantada e não se devendo submitter a doente a nova operação neste periodo, ella o aproveitou para fazer a röntgentherapia.

O *insuccesso* deste tratamento foi manifesto.

\*  
\* \*

Alguns mêses após o parto nova operação foi tentada.

4.<sup>a</sup> operação. — Foi feita em Paris pelo prof. dr. J. L. Faure.

De oito mêses para cá a senhora se acha curada.

\*  
\* \*

Resultado do exame *anatomo-pathologico* da capsula cystica retirada na terceira operação (7-1-922):

“Macroscopico. — O material consiste de duas partes. A primeira é constituída de uma tira estreita de tecido branco

amarellado em cuja superficie se vêem alguns fios finos como cabelo curto. Por baixo desta tira vê-se o tecido subcutaneo de côr amarellada, tendo algumas partes amarello-avermelhadas constituidas por tecido adiposo. A segunda parte consiste de uma fina membrana de superficie lisa e ramificada por arteriolas.

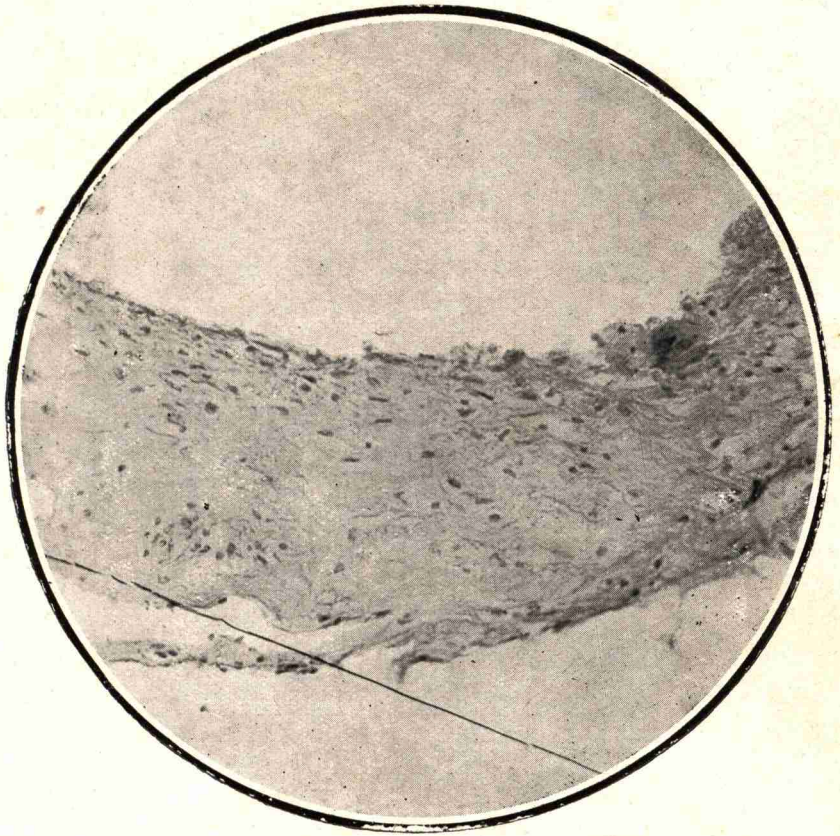
*Microscopico.* — O especimen consiste de uma tira de tecido conjunctivo mais ou menos compacto que constitue a parede de um cysto. A membrana que reveste esta parede é quasi toda descamada, apenas uma ou outra cellula ou pequenos grupos de cellulas restam adherentes á superficie interna; essas cellulas são mais ou menos redondas, têm um cytoplasma claro e um nucleio redondo bem corado.

*Diagnostico:* *Hygroma coli.*

Registo da folha 295. (Santa Casa).

Juntamos uma micro-photographia de um corte da capsula cystica.

---



Microphotographia da parede do cysto que mostra o revestimento endothelial.

# CONCLUSÕES

---

## I

Os cystos congenitos do pescoço têm duas origens:

1.º) Provêm de restos de tecidos branchiaes encravados — são os cystos branchiaes.

2.º) Provêm da dilatação dos vasos lymphaticos fetaes — são os cystos serosos.

## II

O unico tratamento dos cystos congenitos é o cirurgico, isto é, a sua extirpação cuidadosa. Em ambos os casos é o mesmo.

## III

Para facilitar a extirpação do cysto devemos ter exacto conhecimento da sua situação. Para isso deve-se radiographa-lo quando houver diffusão no seu interior de liquido opaco aos raios X.

## IV

Apezar disso a extirpação dos cystos profundos é particularmente delicada e demorada. A capsula muito fina pode romper-se e não offerece ponto de apoio á disseccção.

V

Os cystos branchiaes estão sujeitos a duas complicações graves: podem ser infeccionados, produzindo fleimões cervicaes que são sempre perigosos; podem soffrer transformação maligna — como affirmam alguns autores.

VI

São, pois, duas razões que impõem o tratamento dos cystos branchiaes.

VII

A cura dos cystos congenitos do pescoço é difficil. Elles recidivam frequentemente, porque é custoso retirar-se totalmente a capsula cystica. A cura já tem sido obtida em muitos casos.

---