

1904

1196

ALGUNS APONTAMENTOS

SOBRE

TUMORES ARTICULARES E JUXTA-ARTICULARES

121/9 ENC

J. CUNHA MACEDO

N.º 9

ALGUNS APONTAMENTOS

SOBRE

Tumores articulares
e
juxta-articulares

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

PAPELARIA E TYPOGRAPHIA AZEVEDO

18 — Largo dos Loyos — 20

1904

121/9 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO INTERINO

JOSÉ ALFREDO M. DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrauticos

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos S. Pinto.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiotica e historia da medicina.	Alberto Pereira d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica	João Lopes da S. Martins Junior.
14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral	José Alfredo M. de Magalhães.
15. ^a Cadeira—Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.
Pharmacia	Nuno F. Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Vaga.
	{ Vaga.
Secção cirurgica	{ Antonio J. de Souza Junior.
	{ Vaga.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

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

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

À MEMORIA

DE

MEU BOM E EXTREMOSO PAE

Joaquim Antonio da Cunha Guimarães

Gratidão e saudade.

A minha Mãe

A MEUS TIOS

D. Josepha Candida Machado Ferreira

E

Manuel Joaquim da Cunha

À MEMORIA DOS MEUS AVÓS

D. Maria Mathilde Candida de Freitas

E

Joaquim José d'Azevedo Machado

A MEU AVO

José Antonio da Cunha

A meus Irmãos

A MEUS TIOS

D. Maria Amalia Ferreira Machado

E

Custodio José d'Azevedo Machado

A MEU PRIMO

Joaquim Augusto Machado

Á MEMÓRIA

DO MEU TIO

Antonio Joaquim d'Azevedo Machado

E

DO MEU AMIGO

Anastacio José da Silva

AOS

Meus Condiscipulos

AOS

Meus Amigos

Ao Corpo Docente

da

Escola Medico-Cirurgica do Porto

O discipulo reconhecido.

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

O ILL.^{MO} E EX.^{MO} SNR.

Dr. Roberto B. do Rosario Frias

O discipulo reconhecido.



Tendo uma certa difficuldade em escolher assumpto para este meu ultimo trabalho escolar, foi-me suggerido este—*Os tumores articulares e juxta-articulares* das grandes articulações dos membros pelo ex.^{mo} snr. dr. Roberto Frias, depois da observação que cito em primeiro logar.

Este trabalho, como s. ex.^a m'ò indicou, era bastante arduo para as minhas forças; assim como o fiz conheço a sua nullidade, pelo que peço toda a benevolencia ao dig.^{mo} Jury.

I

1.^a observação (pessoal)

J. da S., da idade de 20 annos incompletos, filho d'um carregador dos caminhos de ferro a quem auxiliava no seu mister, natural do concelho de Louzada, entrou para a enfermaria n.º 1 do Hospital Geral de Santo Antonio, no dia 20 de fevereiro de 1904, queixando-se d'um enorme tumor da parte superior da coxa direita.

EXAME LOCAL.—O tumor occupava, na sua parte posterior, toda a região nadegueira e a metade superior da coxa; adeante, estendia-se pela região inguinal desde o nivel da espinha iliaca

anterior e superior, até á união dos terços superior e medio da coxa. O tumor, mais volumoso que a cabeça d'um homem, era doloroso á pressão, *bosselado*, duro, apresentando partes mais molles, mas sem fluctuação; a pelle que o cobria era arroxeadada, luzidia, adherente e deixava vêr uma rede venosa sub-cutanea muito rica, com grandes dilatações que pareciam formar lagos sanguineos. A perna correspondente estava bastante oedematizada.

EXAME A DISTANCIA.— O doente estava magro, pallido, e falava com custo. Tinha dyspnea (25 inspirações por minuto). Não se observavam focos d'hepatização nem outros signaes de generalisação pulmonar. Tinha diarrhéa alternada com constipação e difficuldade de defecar e a emissão d'urina era igualmente difficultosa e feita á custa de grandes esforços do doente.

HISTORIA DA DOENÇA.— Tinha-lhe começado 8 mezes antes, por dores no

joelho direito, com impotencia do membro, não havendo nenhum indício de lesão no logar agora occupado pelo tumor. O doente não se lembra de ter soffrido qualquer acção traumatica no sitio do tumor.

Consultou, sendo-lhe diagnosticado rheumatismo, pelo que foi para umas thermas. Então começaram-lhe as dores da nadega, apparecendo-lhe ao mesmo tempo dois tumores: um na virilha e outro um pouco adeante da região trochanteriana. As dores do joelho desapareceram-lhe então.

A partir d'esse momento o tumor foi-lhe crescendo sempre, produzindo dores fortes.

HISTORIA DO DOENTE.— Nada havia que merecesse menção.

HISTORIA ANCESTRAL.— Pae e mãe vivos e bastante saudaveis, assim como os irmãos. Não pude descobrir nenhum caso de tumor na familia.

DIAGNOSTICO.— Foi diagnosticado

um osteo-sarcoma da epiphyse superior do femur.

PROGNOSTICO.—Fatal, visto a impossibilidade de operar, pois era de crer que já tivesse invadido a cavidade abdominal.

TRATAMENTO.—Sustentar as forças do doente por todos os modos, e combater a diarrhéa.

MARCA DA DOENÇA.—O doente conservou-se no Hospital 15 dias e durante esse intervallo a decadencia geral accentuou-se apparecendo-lhe suores. A diarrhéa persistia. O tumor tornara-se-lhe mais volumoso.

O doente sahiu, vendo que o não operavam, e não pude obter mais informes a seu respeito.

2.^a observação (pessoal)

A., da idade de 40 annos, viuvo, empregado do commercio, do Porto,

apresenta o membro inferior direito amputado pelo terço inferior da coxa, onde tem applicado um apparelho prothetico que lhe facilita a marcha, apenas com o auxilio d'uma bengala.

Sentia já antes de agosto de 1902 um certo mal estar no joelho direito, quando n'essa epocha, seguidamente a um traumatismo d'essa região, peiorou, sentindo dores ligeiras quando se fatigava mais a andar.

Em dezembro seguinte, tendo ido para Gaya proximo ao Natal, tropeçou com o pé esquerdo, e, firmando-se mais na perna direita, sentiu no joelho doente uma dôr violenta que o fez cahir, e, sem se poder firmar em pé, foi levado em braços para o leito. Então o joelho, em alguns dias, tumefez-se muito, augmentando-lhe os soffrimentos. Veio para o Porto, onde o ex.^{mo} dr. Sousa Oliveira diagnosticou uma arthrite de natureza syphilo-tuberculosa, mas inclinando-se mais a que a tuberculose fosse a principal causa.

Receitou-lhe creosotal e iodeto de

potassio internamente, e pontas de fogo com compressão localmente, mas nada lhe abrandou o mal e a compressão parecia-lhe ainda augmentar mais as dores. O tumor, comtudo, pareceu estacionar; não applicando a compressão, as dores tornaram-se mais toleraveis, chegando a poder andar de muletas.

Em abril, em conferencia medica, o ex.^{mo} snr. dr. Carlos Lima, confirmou o diagnostico do dr. Souza Oliveira e resolveu-se immobilisar o membro por meio d'um aparelho gessado, com o fim de se obter a ankylose da articulação affectada.

A collocação do apparelho, com a compressão, augmentou-lhe de tal modo as dores, que só o pôde supportar dois dias, arrancando-o elle mesmo.

Vendo então que não melhorava, e o tumor tendia a desenvolver-se mais resolveu fazer a amputação do membro no caso de não poder fazer-se a reseção articular.

Reconheceu-se então, no acto operatorio, que se tratava d'um osteosarcoma.

HISTORIA DO DOENTE.—Teve syphilis aos 20 annos e mais nenhuma molestia que merecesse menção.

HISTORIA DA FAMILIA.—O pae morreu da idade de 70 annos, cardiaco, e a mãe ainda vive, é saudavel, contando 80 e tantos annos.

II

Articulação é um conjuncto de tecidos que unem entre si as extremidades de dous ou mais ossos, modificadas para esse fim.

Ha muitas especies de articulações, podendo todas agrupar-se em tres classes: umas mantem os ossos em contacto sem lhes permittir movimento algum; são as *suturas* ou *synarthroses*; outras permittem que os ossos ligados tenham um certo movimento, um em relação ao outro, mas limitado á elasticidade dos meios d'união; são as *symphyses* ou *amphiarthroses*; outras, finalmente, são caracterisadas pela existencia d'uma cavidade entre os meios

ligamentosos e as superficies osseas em contacto, o que permite movimentos francos aos ossos; são as *diarthroses*.

N'estas ultimas, as superficies osseas estão revestidas por uma camada de tecido cartilagineo que lhes dá o polido necessario ao facil deslissamento. Nos ossos compridos essas superficies formadas á custa das epiphyses, são muito augmentadas pelo engrossamento d'essas extremidades osseas, que, além d'isso, se tornam rugosas e irregulares, em virtude da inserção dos meios ligamentosos.

Os meios d'união d'esta ultima classe d'articulações são: uma *capsula fibrosa* de desigual espessura, apresentando aberturas por onde se escapam fundos de sacco d'uma outra capsula que a tapeta interiormente, e pontos reforçados por ligamentos, em parte confundidos na sua massa, que limitam os movimentos da articulação, e insere-se ás duas extremidades osseas, alguns millimetros para fóra da superficie revestida de cartilagem.

A membrana que tapeta esta ca-

psula interiormente, adherindo-lhe em pontôs, exerce as funcções de serosa, segregando ao mesmo tempo um liquido lubrificador. É a *synovial*. Esta membrana, muito vascularizada e com numerosos nervos, que lhe dão uma sensibilidade muito viva, é formada por duas tunicas, que adherem intimamente: uma externa, fibrosa, e outra interna, forrada interiormente d'uma camada cellular, como o endothelio das grandes serosas, mas de estructura muito differente. As cellulas d'esta camada não são achatadas; são raras vezes dispostas em uma só camada e estão em contacto com os capillares sanguineos, não assentando n'uma membrana basal. A sua configuração assemelha-as muito ás cellulas epitheliaes, sendo cylindricas, quando dispostas em uma só camada; algumas ha semelhantes ás cellulas caliciformes do tubo digestivo que, segundo alguns auctores, seriam até mais especialmente affectadas á secreção da synovia.

As diaphyses são formadas por tecido osseò esponjoso, em cujas areo-

las está contida a medulla vermelha, ou tambem chamada embryonaria, por encher as cavidades osseas do feto.

Esta medulla, um dos principaes orgãos hematopoieticos, é formada por um reticulo delicado, de natureza conjunctiva, em cujas malhas estão os elementos medulares, em constante proliferação. Estes elementos são de varias especies, tendo, além das cellulas vermelhas de Neumann, que produzem por gemmação os globulos vermelhos, outras cellulas, lymphaticas, medullocelles, e myeloplaxes, de menos importancia que as primeiras.

Na espessura das epiphyses ha ainda as cartilagens de conjugação, á custa de quem se fórma o crescimento do osso até aos 25 annos.

Nas epiphyses osseas predomina pois o tecido embryonario, mesmo no adulto, havendo ainda além da medulla, aqui mais abundante, a camada cellular sub-periostica, muito rica igualmente em cellulas embryonarias.

Pelo contrario, nas partes molles que as cercam, assim como no tecido

articular predominam os tecidos adultos na grande variedade de órgãos que as constituem, tal como os músculos, tendões, as aponervoses, os nervos, os vasos, os ganglios e por fim a pelle, servindo alguns de reforço aos meios ligamentosos da região. Ha ainda grande abundancia de tecido cellulogorduroso que enche os espaços vazios.

III

Todos estes tecidos são mais ou menos affectados primitivamente pelas neoplasias, sendo as epiphyses as partes osseas mais frequentemente affectadas.

Depois dos ossos, os outros órgãos são menos affectados, sem que se possa estabelecer a proporção certa de neoplasias de cada órgão, em resultado de serem um pouco raras.

Ha comtudo, nas articulações e tecidos junctos, mais frequencia de neoplasias malignas que benignas, o que resulta da frequencia dos sarcomas epiphysarios.

Explica-se esta maior frequencia

por condições etiologicas varias ahi reunidas, taes como: os traumatismos muito frequentes, a abundancia de tecido embryonario, em constante actividade formativa, como a medulla, e certa frequencia de lesões inflammatorias, taes como as d'origem tuberculosa e outras.

Na synovial articular ha raras observações de carcinomas primitivos; muitos auctores duvidam da authenticidade de muitos dos casos descriptos antes do advento da escola micrographica. É natural que o seu epithelio de revestimento interno possa soffrer a degenerescencia carcinomatosa, dada a sua analogia com os epithelios.

Os sarcomas seriam ahi egualmente raros.

Os symptomas dos tumores malignos da synovial seriam os do tumor branco, até que ou a ulceração produzindo-se só com maior volume do tumor, e a nenhuma tendencia a formar trajectos fistulosos depois da fluctuação ou a edade avançada do doente, a côr

amarello-palha dos tegumentos e os caracteres especiaes da ulceração, fariam suspeitar da natureza do tumor.

Dos tumores benignos ha apenas observações de duas variedades de lipomas no joelho: a arborescente e a não arborescente. A arborescente seria considerada como uma lipomatose das franjas synoviales, prolongamentos destinados a encher os espaços que as superficies articulares dos ossos em contacto deixam vazios nos seus movimentos. Esta especie de lipomas téem, como condições etiologicas, a sua frequencia nos individuos de tecido cellulo-adiposo muito desenvolvido, e a existencia de synovites anteriores de marcha lenta.

Em algumas d'ellas tem-se incriminado o bacillo da tuberculose como causa. Seriam até para alguns auctores estas especies de tumores uma nova fórma de tuberculose. Tem-se de resto observado a tuberculose dos pulmões e d'outros órgãos em individuos portadores d'estas lesões.

Os não arborescentes seriam produzidos pela penetração de tecido gor-

duroso na cavidade articular, causada ou por ruptura da synovial, por uma acção traumática violenta, ou por invaginação d'esse tecido por pressão lenta. Póde o tumor ou parte do tumor ser pediculado, e d'ahi, por ruptura do pediculo, a formação de um corpo solido intra-articular. Os seus symptomas são os seguintes: ao principio, em seguida ou não a um traumatismo, apparece a dôr articular que ás vezes precede desde muito os outros symptomas acompanhada ou não da sensação de corpo solido intra-articular. A hydarthrose póde acompanhar ou preceder a dôr, e, á palpação, sente-se o engrossamento da synovial e a presença ou não d'um corpo estranho. A sua symptomatologia seria, portanto, analoga á dos corpos estranhos intra-articulares, que, de resto, estes tumores frequentemente originam, precedida ou não de symptomas analogos aos do rheumatismo. Não se tem feito o diagnostico senão depois da abertura da synovial articular.

Nas epiphyses ha tumores malignos

como já disse, bem como tumores benignos.

O sarcoma é o mais frequente, tendo como condições etiologicas as que já aponteí, e que mais dizem respeito a estes tumores que a outros, como a frequencia de traumatismo, e lesões inflammatorias e a abundancia de tecido embryonario. Mais especialmente é maior a sua frequencia nos homens e nos membros do lado direito, o que talvez ainda seja devido á frequencia dos traumatismos.

Nas observações que aponto no principio dá-se precisamente o caso de serem ambos do lado direito e em homens.

Podem ser periossicos ou centraes.

Nos periossicos téem-se observado todas as variedades de sarcomas, com predominio dos encephaloides. Estes tumores são notaveis pela sua tendencia á ossificação e formação mais rara, de nucleos cartilagineos na sua massa.

Estas ossificações apresentam-se como massas osseas, que irradiam do osso como eixo, cercadas pelo tecido

embryonario. Téem estructura semelhante á do osso formado á custa do periosseo, sendo constituidas por cellulas osseas com os canaes anastomoticos em menor numero e mais volumosos que o tecido osseo normal. Não téem nada que vêr estas producções com outras analogas, em que ha apenas calcificação da substancia intercellular, ficando as cellulas contidas na massa calcarea com contornos regulares e sem canaes anastomoticos.

A variedade mais frequente de sarcomas centraes é a de myeloplaxes, apparecendo as outras em menor numero. Estes tumores, desenvolvendo-se, recalcam o periosseo com a sua camada osteogenica, que, irritada, produz osso, que vae sendo destruido por o accrescimo do neoplasma, formando uma camada delgada, que á palpação produz, deixando-se deprimir, o ruido do pergaminho.

O tumor, quer periossico quer central, revela-se á palpação por dôr e tumefacção do osso apreciavel quando o não rodeiam camadas espessas de par-

tes molles. Quando central, em casos raros póde revelar-se por uma fractura quasi espontanea.

A tumefacção acompanhada de dôres violentas vai sempre crescendo, ás vezes com elevação de temperatura local e geral, até adquirir enorme volume, produzindo-se então a ulceração.

Na minha primeira observação, revela-se a neoplasia por phenomenos de compressão nervosa a distancia do ponto da sua localisação.

Os caracteres do tumor são varios; ordinariamente *bosselados*, de consistencia desigual, ás vezes com pontos fluctuantes ou pulsateis e a pelle que os cobre deixa vêr uma rede venosa muito rica.

Merecem, pelos seus caracteres, especial menção, os sarcomas de myeloplaxes. São constituídos por cellulas ao principio confundidas com os myeloplaxes da medulla e actualmente consideradas differentes, sendo para uns cellulas semelhantes ás gigantes, para outras cellulas vaso-formadoras, o que está em relação com a sua tendencia

a tornarem-se excessivamente vasculares. Têm um caracter de benignidade muito marcado, crescendo mais lentamente e nunca chegam a tamanho volume como as outras variedades.

É notavel a resistencia que os sarcomas encontram á sua marcha invasora da parte das cartilagens: Schwartz, em 103 casos de sarcomas das epiphyses que formam o joelho, onde os sarcomas são mais frequentes, só notou doze vezes a invasão da articulação.

Este facto deu-se no meu segundo caso, parecendo-me que talvez fôsse devido á fractura da cartilagem pelo segundo traumatismo, pois desde então a tumefacção da articulação tornou-se visivel, desenvolvendo-se rapidamente.

A marcha dos sarcomas é variavel de alguns mezes a muitos annos, ficando ás vezes estacionarios por muito tempo, até que um traumatismo lhes venha accelerar a marcha.

O cancro epiphysario primitivo tem sido observado por alguns auctores, o que é contestado por outros, havendo observações de cancros osseos que, jul-

gando-se primitivos, eram a generalisação de cancros visceraes occultos, que só a autopsia revelou. De resto, nas epiphyses osseas, a que alguns pathologistas attribuem a origem do cancro, não se dão as inclusões fetaes que se podem dar mais facilmente em outros ossos, onde elle é mais frequente.

É difficil explicar ahi a sua presença pelo principio de Bard: *Omnis cellula cellula ejusdem naturæ*, segundo o qual o carcinoma só pôde ser originado por proliferação do tecido epithelial.

Na sua etiologia só se encontra a idade avançada. Tem-se observado duas fórmas de carcinoma das epiphyses: a circumscripta e a diffusa. A circumscripta, pôde apresentar todas as variedades predominando a fórma encephaloide. Tem os mesmos caracteres que o sarcoma, desenvolvendo-se, comtudo, mais rapidamente, tem contornos menos nitidos que elle e tende mais rapidamente para a ulceração. Quando central, é frequente revelar-se por uma

fractura, quasi espontanea, tem crepitação menos nitida que os sarcomas e desaparece mais depressa.

A fôrma diffusa infiltra-se nas malhas do tecido esponjoso, fazendo-as desaparecer, pelo que os ossos se tornam molles e depressiveis, como na esteomalacia, vindo-lhe d'ahi o nome de osteomalacia carcinomatosa. A cartilagem, como no sarcoma, oppõe-lhe uma barreira efficaz.

Nos ossos tambem apparece muito raras vezes o lymphadenoma, primitivamente.

Tumor originario do tecido lymphatico e formado pela sua proliferação desenvolve-se na medulla ossea onde tem de resto os seus elementos d'origem.

Póde ser diffuso ou circumscripto e apresenta os mesmos symptomas do osteo-sarcoma, não havendo, comtudo, a crepitação apergaminhada.

É notavel a precocidade com que se desenvolve o periodo de cachexia, que ás vezes precede o apparecimento da lesão local. A sua marcha e generalisação são rapidas, notando-se a hy-

peritrophía ganglionar e a do baço e hyperleucocytose muito exaggerada.

Nas epiphyses osseas das grandes articulações dos membros os tumores benignos são pouco frequentes. D'entre todos, o mais notavel pela sua frequencia e character de transição entre tumores benignos e malignos é o chondroma.

Este tumor póde ser constituido pelas varias especies de tecido cartilagineo, formando lobulos separados uns dos outros por paredes fibrosas que quando espessas dão logar a um tumor mixto o fibro-chondroma. É quasi sempre capsulado.

O chondroma é muito mais frequente nos ossos que nas partes molles, o que se vê pela estatística de Lebert, que em 125 casos de chondroma, 104 eram nos ossos e os restantes nas partes molles. Mas metade dos chondromas dos ossos localisam-se nos dedos e nos metacarpianos, vindo, portanto, a ser pequena a sua frequencia nas epiphyses que formam as grandes articulações,

A respeito dos chondromas dá-se igualmente o caso de se desenvolverem em logares onde não ha normalmente o seu tecido d'origem, admittindo-se, para explicar este caso, que sendo o osso formado á custa do tecido cartilagineo ficaram no seio da sua massa, nucleos de cartilagem que deram origem ao tumor. Nada mais se sabe da sua etiologia a não ser o desenvolvem-se os dos ossos na juventude.

Podem ser periosticos ou centraes, e quando periosticos a sua base de implantação é pequena e ás vezes reduzida a um delgado pediculo.

Quando centraes são cobertos durante muito tempo por uma camada ossea que, quando o tumor por degenerescencia amollece, póde deixar sentir a crepitação apergaminhada.

Os traumatismos, que não téem acção sobre o seu apparecimento, podem, pelo contrario, acelerar a sua marcha quando já desenvolvidos. São tumores *bosselados* e duros, quando não degenerados, desenvolvendo-se sem dores, muito lentamente, e podendo che-

gar a um enorme volume. Apresentam frequentemente alguns lobulos amollecidos, raras vezes todos, fluctuantes muitas vezes, devido a degenerescencias da massa tumoral, dando logar á formação de kistos serosos ou sanguineos. Quasi sempre apresentam, apesar de degenerados, um ou outro nucleo cartilagineo, o que permite distinguil-os de outros tumores benignos molles.

É notavel um caracter de malignidade que ás vezes apresentam, e é a sua tendencia a generalisar-se pelos vasos sanguineos, que se téem encontrado invadidos interiormente pelo tecido morbido. Esta eventualidade não se póde prever por qualquer caracter clinico, notando-se só que é mais frequente nos que encerram na sua massa nucleos calcificados.

Os tumores erecteis dos ossos, são tumores benignos apesar da sua rapida evolução de alguns mezes. Também chamados aneurismas osseos, são cavidades mais ou menos anfractuosas, formadas no interior da substancia os-

sea, mais frequentes nas epiphyses, tapetadas por uma membrana fibrosa, cheias de sangue e em communição directa com os vasos, que n'elle desembocam directamente por varios orificios.

Os auctores, na sua maior parte, consideram estes tumores como a transformação ultima das variedades telangiectasicas de tumores de myeloplaxes, por desaparecimento dos elementos cellulares e ruptura e desagregação dos vasos.

A sua marcha, como já disse, é rapida, acompanhando-se o seu desenvolvimento ás vezes d'uma dôr que pôde produzir a impotencia do membro. Não recidivam nem tendem para a generalisação e infecção dos tecidos visinhos.

As exostoses osteogenicas são notaveis entre os tumores osseos epiphysarios. São tumores benignos em extremo, ás vezes multiplos e symetricos, desenvolvidos ao nivel das cartilagens de conjugação na sua face diaphysaria durante o periodo de desenvolvimento do esqueleto, apresentando fórmias va-

riaveis. São inseridos ao osso por uma base ás vezes reduzida a um pediculo.

Parecem desenvolver-se nos pontos onde as partes molles exercem menor pressão ao nivel da cartilagem de conjugação, resultando d'uma perturbação evolutiva d'ellas. A hereditariedade tem certa influencia sobre a sua etiologia.

São formados por uma camada cartilaginea, coberta pelo periosseo dilatado, envolvendo um nucleo osseo que, quando o tumor attinge certo desenvolvimento, se torna esponjoso nas suas partes mais centraes, chegando ás vezes a formar-se uma cavidade medullar em communicação com a da diaphyse.

Estes tumores téem uma grande gravidade clinica quando desenvolvidos juncto a vasos ou nervos importantes, pois a sua fórma achatada tende a produzir perfurações ou ulcerações graves. Causam inflammação nos tecidos molles que os cobrem e perturbam o jogo das articulações algumas vezes.

Outros tumores benignos se téem

observado nos ossos, mas muito raros, taes como os fibromas, mais frequentes no periosseo, os lipomas, que ás vezes revelam a sua origem periostica pela sua prisão ao osso por um delgado pediculo, os angiomas tambem pouco importantes e d'origem congenita, desenvolvendo-se nos primeiros annos da vida.

IV

Os tumores primitivos das partes molles, muito menos frequentes que os dos ossos são no seu maior numero constituídos por tumores benignos, tendo cada orgão ou tecido os seus tumores proprios, e com symptomatologia propria do orgão em que se desenvolvem. Assim ha a considerar tumores dos nervos, dos ganglios, etc.

Nos nervos, os tumores são pouco frequentes. Ao principio confundidos na designação de nevromas, com os progressos da analyse histologica, verificou-se serem formados por tecidos differentes do nervoso e que tinham origem no tecido conjunctivo que une

as fibras nervosas e c erca o nervo, formando o nevrilema. As especies observadas nos nervos, juncto das articula es, s ao por ordem de frequencia: o myxoma, o fibroma, o sarcoma e por fim cancros epitheliaes raros, e de observa es contestadas. Estes tumores podem formar kystos, o que tem feito descrever uma variedade kystica.

Como se v e, nos nervos s ao mais frequentes os benignos.

Estes tumores podem ter origem, quer no nevrilema, ficando collados lateralmente ao nervo, ou, mais raras vezes, cercal-o ou ficarem-lhe presos por um pediculo, quer no tecido conjunctivo que reune entre si as fibras nervosas, que podem ser dissociadas na massa do tumor ou espalhadas   sua superficie. Algumas vezes o tumor desenvolve-se no centro do nervo, ficando ahi como enkystado.

No primeiro caso os phenomenos de compress o n ao s ao graves e  s vezes n ao existem; no segundo s ao mais precoces.

As fibras nervosas nos tumores be-

nignos não são alteradas, ainda quando dissociadas, o que se não dá nos malignos, em que ás vezes são destruidas.

A etiologia dos nevromas é obscura, tendo-se incriminado os traumatismos, diversas doenças infecciosas como a syphilis, a lepra, a existencia de inflamações chronicas em pontos visinhos, etc. Parecem observar-se de preferencia no sexo masculino e em individuos adultos.

Os myxomas são neoplasias formadas por tecido mucoso. Este tecido no adulto só existe no corpo vitreo. Observam-se nas suas duas fórmas: a diffusa e a circumscripta ou enkystada. Na primeira fórmula espalha-se o tecido neoplasico nos intersticios dos órgãos, formando uma variedade recidivante e que póde invadir o nervo em grande extensão.

Quando enkistados ás vezes multiplos, não recidivam, attingem ás vezes enorme volume, e formam um tumor ou *bosselado*, molle e transparente ou duro e resistente quando a capsula fibrosa é resistente, o que tambem póde ser

devido a vir associado aos tecidos gorduroso ou fibroso.

A sua marcha é lenta.

Os fibromas apresentam-se como tumores de pequenas dimensões, ovoides e allongados, com o grande eixo na direcção do nervo com que fazem corpo, ou collados lateralmente.

Téem sido observadas duas espécies de sarcomas: o fasciculado e o encephaloide, mais ou menos associados. Apresentam-se, segundo a especie, ou molles ou consistentes, com kistos sanguineos ou outros.

Os ganglios lymphaticos dão origem igualmente a neoplasias primitivas.

Tem-se observado n'elles: sarcomas, lymphadenomas, carcinomas e kystos.

O sarcoma tem sido observado na fórma encephaloide e alguns casos rarrissimos na fórma melanica.

O lymphadenoma é excepcional nos ganglios juxta-articulares, como primitivo. Manifesta-se por uma simples hypertrophia dos ganglios, que, fundindo-se entre si, se tornam dolorosos; generalisa-se rapidamente.

Ha uma fôrma benigna, considerada uma simples hypertrophia de natureza irritativa.

Ha observações incontestaveis de carcinomas primitivos dos ganglios axiliares; são em muito pequeno numero, observados no sexo masculino e em individuos de idade avançada. Admittem os auctores que estes cancos, na apparencia primitivos, são secundarios e consecutivos a cancos cutaneos das regiões dos lymphaticos tributarios d'esses ganglios e cuja evolução passou desapercibida, terminando pela cura espontaneamente.

Nos restantes tecidos, os neoplasmas justa-articulares são raros, havendo alguns casos dispersos de cada orgão restante. De todos, o mais frequente é o sarcoma, que se tem visto occupar as aponevroses e bolsas serosas, tendões e suas bainhas e nas bainhas dos vasos. Os lipomas das bainhas tendinosas, de fôrma arborescente, e os do tecido celluloso-gorduroso desenvolvem-se em regiões sujeitas a attrictos.

V

O diagnostico das neoplasias primitivas articulares e juxta-articulares comprehende diversas partes: primeiro, o diagnostico da séde primitiva, quando a neoplasia, pelo seu desenvolvimento, e sendo maligna, não tem invadido e destruido, encorporando-os na sua massa, os orgãos com que se tem posto em contacto; em seguida a differenciação com outras affecções que se lhe assemelhem pelos seus symptomas; e, finalmente, o diagnostico das neoplasias entre si.

O diagnostico da séde das neoplasias é feito principalmente: pela pal-

pação auxiliada pelo conhecimento anatomico da região, constatando-se assim a sua adherencia aos diversos orgãos e a mobilidade commum á d'elles; pelo estudo das perturbações funcçionaes que os tumores causam pela sua presença, comprimindo e deformando o orgão em que se localisam.

Os tumores articulares conhecem-se pela dôr com impotencia funcçional da articulação e pela distensão da capsula articular, conhecida á palpação e á vista.

Os malignos confundem-se com as affecções de marcha chronica, principalmente os tumores brancos, sendo o seu diagnostico impossivel até a um certo ponto do seu desenvolvimento. Mas os tumores brancos téem os seguintes caracteres, por onde se faz a distincção: as dores são diminuidas pela compressão e boa attitude dada ao membro e pela tendencia a formar trajectos fistulosos depois da fluctuação sem ter chegado a grande volume, pela existencia de tuberculose em outros pontos e estado geral do

doente no começo da infecção e quando fluctuantes pela punção dão pus.

Os tumores malignos não têm em regra estes caracteres, tendendo ou a crescer muito sem se ulcerarem, ou a ulcerarem-se mais cedo e a pelle então não se inflamma, mas retrahese em pontos, tornando-se mammilonada e desenvolvendo-se em idade avançada.

Este diagnostico é difficil em certos casos, como na minha segunda observação, concorrendo para isso ás vezes a marcha irregular dos sarcomas e a infecção do neoplasma por microbios.

O diagnostico da especie de tumor maligno, ao principio impossivel, distinguir-se-ha mais tarde: o sarcoma tem marcha lenta e irregular, os contornos nitidos, tendencia a ter enorme volume sem ulcerar a pelle, que se fende por distensão, tendo-se antes tornada muito venosa e desenvolve-se na juventude; o carcinoma tem marcha mais rapida, os contornos menos nitidos, interessando os diversos órgãos rapidamente, tendencia a ulcerar a pelle sem ter chegado a volume muito grande, inte-

ressando-a e fazendo-a retrahir em pontos, e por fim a idade avançada do paciente.

Ainda o sarcoma tende a propagar-se pelos vasos sanguineos, produzindo focos metastaticos nos pulmões, ao passo que o carcinoma invade os ganglios de que são tributarios os lymphaticos da região em que se localisa; reproduzindo ambos a cachexia a do carcinoma dá aos tegumentos a côr amarello-palha. Estes caracteres são sempre os mesmos, qualquer que seja a localisação das neoplasias.

Outros tumores das articulações são os lipomas; confundindo-se principalmente com os corpos solidos intra-articulares. O seu diagnostico tem sido impossivel a não ser pela abertura da cavidade articular.

Os tumores das epiphyses osseas conhecem-se pela tumefacção do osso, o que não se póde observar quando o envolvem partes molles espessas. A dôr viva, sem impotencia da articulação visinha, póde auxiliar esta parte do diagnostico.

Muitas vezes consecutivos a traumatismos, podem-se confundir no seu inicio com outras lesões osseas da mesma localisação, approximando-se comtudo das lesões chronicas pela ausencia de phenomenos geraes. Isto, principalmente, nas neoplasias malignas.

Podem-se confundir os tumores malignos com lesões syphiliticas, tuberculosas e outras de marcha chronica, raras vezes com fracturas e ainda com aneurismas.

A syphilis póde produzir diversas lesões osseas, que em um dado periodo podem ser mais ou menos semelhantes a neoplasias; distinguir-se-ha pelos commemorativos, pela existencia simultanea d'outras lesões da mesma natureza e por fim pelo tratamento.

O seu diagnostico é facil em regra.

A tuberculose da mesma localisação produzindo osteo-arthritis, já é mais difficil de distinguir.

As osteo-arthritis e os tumores malignos téem de commum o aspecto do membro fortemente tumefacto ao nivel da articulação, a falsa fluctuação, a

chronicidade do mal e desenvolvem-se em regra na adolescencia. As osteo-arthrites pela invasão precoce da cavidade articular, a ausencia de crepitação apergaminhada, a formação de tractos fistulosos, precedidos pela inflammção dos tegumentos, pela posição invariavel e que o membro toma, especial para cada articulação, e pela ausencia de atrophias musculares.

Nos sarcomas não ha invasão da cavidade articular, que fica quasi sempre livre, ainda quando o tumor é excessivamente desenvolvido, tambem não ha atrophias musculares.

Nota-se n'elles a crepitação apergaminhada em alguns casos bem como phenomenos precoces de compressão vascular e nervosa.

Alguns auctores téem obtido em preparações, depois de centrifugação do sangue de individuos affectados de sarcoma, cellulas sarcomatosas que apresentam as mesmas reacções que os elementos dos sarcomas e, nos affectados de lymphadenoma, leucocytos lymphaticos em karyokinese.

Isto seria util ao diagnostico.

Os tumores benignos, quando fluctuantes, podem-se confundir com os kystos osseos parasitarios, caso em que a punção póde levantar as duvidas, dando no caso de kysto um liquido transparente; o diagnostico póde ainda assim ficar suspenso, o que não tem importancia por ter de se intervir em qualquer dos casos.

A neoplasia póde-se revelar por uma fractura cuja evolução revelará a sua natureza.

Façamos agora o diagnostico das neoplasias entre si, distinguindo primeiramente as benignas das malignas.

Os malignos são caracterizados pela rapidez do seu desenvolvimento, a tendencia a invadir os tecidos visinhos, a ausencia de limites nitidos, a tendencia a infectar o organismo a distancia pelos vasos lymphaticos e sanguineos e a sua influencia nociva sobre o organismo.

Quando extirpados téem tendencia recidivar e anatomo-pathologicamente

têm todas ou parte das suas cellulas no estado embryonario. Os benignos têm os caracteres contrarios. Comtudo esta distincção não é nitida, havendo tumores benignos com caracteres de malignidade accentuados e malignos com caracteres de benignos. Assim os chondromas, de tecido adulto, têm uma grande tendencia a generalisar-se, certos fibromas são recidivantes e os myxomas benignos e de natureza embryonaria sendo diffusos são egualmente recidivantes. Entre os tumores considerados malignos ha os sarcomas de myeloplaxes, lentos no seu desenvolvimento, que não se generalisam nem recidivam.

O carcinoma epiphysario quando circumscripto confunde-se com o sarcoma, e distingue-se por se desenvolver em idade avançada, invadir precozmente os ganglios, ter uma marcha mais rapida, contornos menos nitidos, quando se ulcera ter menor volume e a sua crepitação apergaminhada é menos duradoura e menos nitida.

Quando diffuso confunde-se com a

osteomalacia, que todavia é mais generalizada.

O sarcoma diagnostica-se facilmente quando bem desenvolvido, pelo seu enorme volume e pela rede venosa sub-cutanea da pelle que o cobre. Como já disse, nas epiphyses é o mais frequente, sendo o carcinoma e o lymphadenoma as raras excepções.

Entre as variedades de sarcoma é importante o diagnostico da de myeloplaxes.

Estes tumores, d'uma certa benignidade, podem-se curar por operações conservadoras. Distinguem-se pela sua evolução mais lenta, as dores menos intensas, a frequencia de crepitação apergaminhada, de pulsações e sopro. Comtudo, em virtude da variabilidade de caracteres dos sarcomas, nem sempre é facil distinguil-os com segurança, sendo dos que mais se podem confundir com a osteite tuberculosa. A radiographia permittiria distinguil-os nitidamente.

Os lymphadenomas osseos circumscriptos não se podem distinguir pelos

seus caracteres locais dos sarcomas, não dando todavia crepitação e invadindo precocemente os ganglios lymphaticos e o baço, que augmentam de volume.

Os tumores benignos dos ossos distinguem-se em regra dos malignos pelos caracteres acima apontados.

Comtudo os chondromas podem-se confundir com os sarcomas principalmente de myeloplaxes, assim como com as exostoses, com lesões d'origem syphilitica e kistos quando molles.

Dos sarcomas de myeloplaxes distinguem-se os chondromas pela sua marcha mais lenta, a sua indolencia e a consistencia cartilaginea e ainda, quando amollecidos, pela existencia de nucleos cartilagineos.

Das exostoses distinguem-se por estas serem mais duras, mais pequenas, symetricas e pela acupunctura revelam um nucleo osseo. São hereditarias e localisam-se nas epiphyses mais volumosas. Quanto á syphilis e kistos o diagnostico já está feito atraz, podendo-se estes ainda distinguir pela marcha e conjuncto de caracteres.

Os aneurismas osseos podem-se confundir no seu começo com outros tumores osseos pela sua dureza, visto serem cobertos por uma casca ossea. Quando esta está destruída e que o tumor é animado de pulsações e sopro, podem-se confundir com os aneurismas arteriaes e com os sarcomas animados de pulsações e sopro, principalmente de myeloplaxes de que elles representariam um estado avançado.

Dos aneurismas arteriaes distinguem-se por ser independentes das arterias, fazer corpo com o osso, e as pulsações e sopro serem menos nitidos. Entre os aneurismas e os sarcomas pulsateis o diagnostico é impossivel, não sendo as pulsações limitadas n'elles a uma parte da sua massa.

Podem-se tambem confundir com os kystos, ainda que n'estes não haja pulsações ou sopro, fazendo-se a distincção pela punção, nos casos difficeis.

As neoplasias das partes molles podem-se distinguir, segundo a sua origem, ainda pela palpação e relações anatomicas dos órgãos, e perturbações

funcionaes varias, que occasionam pela sua presença.

Ha aqui, como nos ossos, lesões diversas que podem simular neoplasias, taes como: os abcessos e inflammações chronicas, frequentes nos ganglios lymphaticos, as lesões de marcha chronica das serosas subcutaneas e tendinosas da região produzindo derrames que encham essas cavidades e os aneurismas.

As neoplasias podem-se confundir com lesões chronicas ou sub-agudas quando estas se acompanham de phenomenos inflammatorios minimos, havendo tambem casos de neoplasias em que são nitidos o calor local e uma elevação thermica ás tardes, acompanhando o seu desenvolvimento quando rapido. A confusão tem-se dado em alguns casos tanto nos ossos como nas partes molles.

As lesões chronicas das bolsas serosas podem ser de diagnostico difficil com as neoplasias, revelando-se a sua verdadeira natureza pela marcha e pela abertura das suas cavidades.

Os tumores aneurismaes das partes molles, raros aqui, são de diagnostico difficil com os aneurismas, quando se desenvolvem juncto a arterias de certa importancia. A sua differenciação fez-se pelos caracteres apontados para os dos ossos, isto é, pela menor nitidez do sopro e pulsações, podendo-se tambem para este fim estudar as pulsações arteriaes a montante.

Resta indicar os caracteres differenciaes das diversas neoplasias. Esta parte é aqui mais difficil que nos ossos, pois as neoplasias, aqui mais raras, são, por outra parte, mais variadas, assim como as lesões com que se podem confundir.

A benignidade ou malignidade das neoplasias já foi apontada nos seus caracteres; resta fazer a distincção de cada uma.

O cancro das partes molles juxta-articulares só se tem observado nos ganglios.

Ao principio confunde-se com as hypertrophias syphiliticas, tuberculosas, lymphadenomatosas e sarcomato-

sas. Da syphilis e tuberculose differenciar-se-hão pela marcha, estado geral e tratamento, e o seu desenvolvimento na idade avançada.

O lymphadenoma é raro como primitivo nos ganglios juxta-articulares. A sua fórma benigna ou circumscripta rara é a de diagnostico mais difficil. A fórma maligna tende a estender-se logo por os outros territorios ganglionares, distinguindo-se por isso dos sarcomas e carcinomas e ha além d'isso a leucocythemia.

Já estão apontados os caracteres de differenciação dos sarcomas e carcinomas a proposito dos ossos. Muitas vezes confundem-se, quando pouco desenvolvidos e devido á lentidão da sua marcha, com neoplasias benignas. Só o seu desenvolvimento ulterior vem confirmar o diagnostico.

Os tumores benignos das partes molles podem ser de difficil diagnostico, attendendo á variedade de aspecto com que se apresentam, devida ás frequentes degenerescencias e associações com outros tecidos em cada tumor.

Alguns ha, comtudo, que se distinguem facilmente, como: o myxoma pela sua molleza quasi fluctuante e lentição de desenvolvimento, o lipoma que, quando desenvolvido, é congelavel e o fibroma pequeno e duro. O lipoma e myxoma, podem ser telangiectasicos. Ha uma variedade molle de fibromas por infiltração de serosidade na sua massa.

VI

Apesar de numerosas tentativas, são os meios cirurgicos ainda hoje aquelles que permitem a cura radical dos tumores. Ha, comtudo, algumas tentativas que merecem attenção, taes como: o emprego das cores d'anilina para os epitheliomas cutaneos e os raios Roentgen, de emprego muito recente, e que teriam dado bons resultados nos sarcomas profundos.

Tendo-se feito o diagnostico d'um tumor maligno articular ou epiphysario, deve-se empregar a amputação ou a desarticulação o mais precocemente possivel. Exceptuam-se os lymphadenomas osseos, cujo prognostico fatal

exclue qualquer intervenção e os sarcomas de myeloplaxes em que se pôde tentar uma operação conservadora, quando diagnosticados com segurança. Emprega-se n'este caso a resecção, todas as vezes que, o tumor não tenha destruido o osso em uma certa extensão, quando não occupar as duas epiphyses articulares ou quando não se puder obter melhor resultado funcional que com a amputação. Quando se amputar por sarcoma de myeloplaxes emprega-se a amputação na continuidade.

Os lipomas articulares curam-se pela arthrotomia, com ablação do tumor, poupando o mais possivel a synovial, intervindo-se só quando a dôr fôr muito intensa, com perturbações funcionaes e arthrites repetidas e a massagem com meios anti-phlogisticos locais não dê resultado.

Para os enchondromas osseos, quando bem limitados, emprega-se a resecção; quando periossicos o esvasiamento; e quando diffusos ou osteoides a desarticulação do osso affectado, de preferencia á amputação.

Para os aneurismas osseos segue-se o tratamento dos sarcomas de myeloplaxes, havendo casos em que a laqueação dos vasos tem dado alguns resultados.

As exostoses extirpam-se quando tiverem gravidade clinica.

Os tumores malignos das partes molles, quando ocasionarem perdas de substancias irreparaveis são tratados pela amputação do membro. Quando pouco desenvolvidos, pela ablação, comprehendendo a zona de malignidade latente. Nos casos em que já haja symptomas de generalisação ou cachexia adeantada a intervenção é inutil.

Os tumores benignos devem-se extirpar, pois ha exemplos de se terem transformado em neoplasias malignas.

Ha, comtudo, attendendo á variedade, algumas excepções: os myxomas e chondromas diffusos exigem a amputação do membro; os lipomas podem-se conservar, quando bem diagnosticados, se a dôr e crescimento rapido não exigirem uma intervenção mais rapida.

Os tumores benignos dos nervos devem-se extirpar, poupando o mais possível o tecido nervoso: quando centraes tentar a enucleação, fendendo longitudinalmente o nervo e, quando periphericos, conservar o cordão nervoso, quando não houver conexão íntima entre elle e o tumor.

Quando malignos devem-se extirpar comprehendendo a zona de malignidade latente.

Proposições

Anatomia.—A columna vertebral comporta-se no seu conjuncto como uma haste elastica.

Histologia.—As cellulas que tapetam a synovial interiormente são differentes das analogas das grandes serosas.

Physiologia.—Os nervos são infatigaveis.

Pathologia geral.—A suppuração é sempre produzida por agentes chimicos.

Pathologia externa.—Os sarcomas de myeloplaxes não se podem considerar tumores malignos.

Anatomia pathologica.—O numero de especies de tumores é maior que o numero de especies cellulares do organismo.

Materia medica.—Não ha medicamentos que curem os tumores, além dos lymphadenomas.

Pathologia interna.—Na pneumonia o que menos se combate é a inflammação pulmonar.

Operações.—Nas operações sobre a visicula biliar é preferivel fazer sempre a cholecystectomia.

Hygiene.—É na hygiene que se encontram os meios de cura da tuberculose.

Partos.—O parto é para o feto a terminação do estado de apnea natural.

Medicina legal.—O diagnostico da prenhez só é feito com certeza pela existencia de pulsações fetaes.

VISTO.

O Presidente,

R. Friaes.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

Moraes Caldas.