

1163 Alberto Augusto Ferro de Beça 1904

N.º 4

Epithelioma da glandula sub-maxillar

(CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYP. DA EMPREZA LITTERARIA E TYPOGRAPHICA

178, Rua de D. Pedro, 184

1904

118/4 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

*

CORPO CATHEDRATICO

Lentes Cathedratcos

1. ^a CADEIRA - Anatomia descriptiva 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 Joaquim de Moraes Caldas Clemente J. dos Santos Pinto.
5. ^a CADEIRA—Medicina operatoria	
6. ^a CADEIRA—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém- nascidos	Candido Augusto Corrêa 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	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a CADEIRA—Pathologia geral, se- miologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a CADEIRA—Hygiene	João Lopes da S. Martins.
14. ^a CADEIRA—Histologia.	José Alfredo Mendes de Magalhães
15. ^a CADEIRA—A topographia	Carlos Alberto de Lima.

Lentes jubilados

Secção medica.	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica.	Vagos.
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Souza Junior. Vaga.

Lente demonstrador

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

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

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

A meus paes

A meus irmãos

A meus tios

A meu tio Augusto

A familia Gonçalves

Aos Ill.mos e Ex.mos Srs. Capitães

José Augusto Simas Machado

e

Alberto Hypolito Pereira d' Araujo

AOS MEUS AMIGOS

ESPECIALISANDO


P.^e Alexandre Teixeira da Guerra

D.^{or} Hermenegildo Tavares

Leopoldo C. Alcantara Carreira

Carlos A. Sequeira

Firmino F. Gomes.



N' saudoza memoria

do

D.^{or} Carlos Lopes



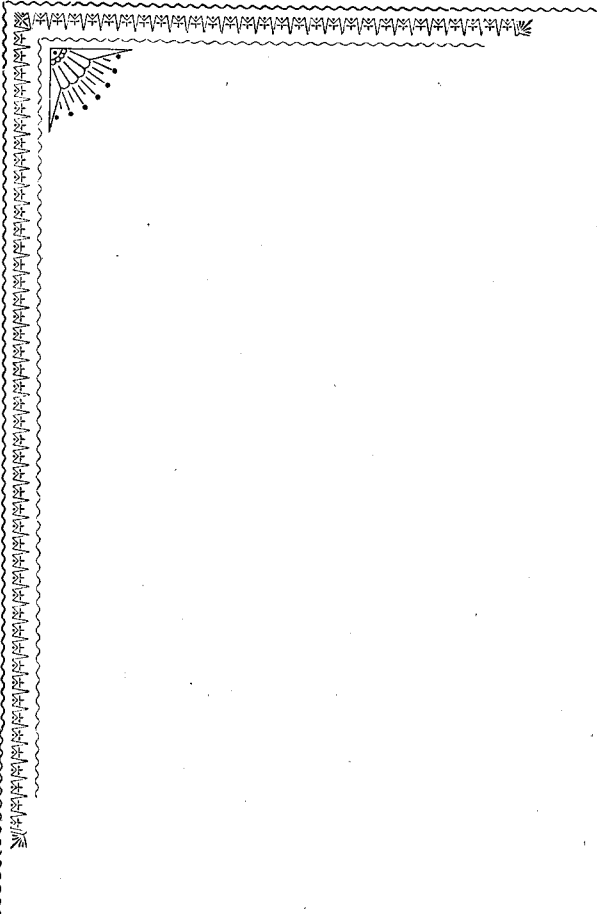
AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

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

PROFESSOR

Antonio Joaquim de Souza Junior

*



Na evolução historica geral da sciencia medica, tem sido por certo o capitulo dos tumôres aquelle que menos beneficiado tem sido com os progressos realizados no conhecimento das causas morbidas e do seu módo de acção, pois que hoje todas as definições e classificações em pathologia se fazem segundo a noção etiologica, excepto para os tumôres, pois que nenhuma resposta satisfatoria nos tem sido fornecida pelas questões que se levantam sobre a sua causa e a sua natureza.

O antigo grupo das neoplasias, enormissimo, quasi sem limites, pois que quasi tudo n'elle estava comprehendido, foi diminuindo a pouco e pouco, até chegar ao estado em que hoje se encontra.

E como?

Muito simplesmente. Antigamente todo o augmento de volume em qualquer parte do corpo, de natureza inflammatoria ou não, era um tumôr; e em parenthesis seja-me permitido dizer que tal uso ou vicio, como queira chamar-se-lhe, se inveterou por tal forma na linguagem corrente, que ainda hoje é vulgar chamar a qualquer tumefacção um tumôr; mas á medida que foram sendo conhecidas as suas causas e o seu mechanismo pathogenico, foram tambem sendo racionalmente agrupados.

Assim dissociado esse enorme blóco pathologico das antigas neoplasias d'elle, ficou só, e este só não é tão pouco na verdade, o que hoje constitue o nosso capitulo dos tumôres.

N'esta marcha natural dos factos uma pergunta se nos impõe ao nosso modo de ver.

E tudo o que hoje constitue materia d'esse grande capitulo, ainda o constituirá amanhã? Não sei. No seguimento d'esta ideia sômos levados á conclusão de que este capitulo da pathologia é formado por neoplasias em que as suas causas e o seu mechanismo são desconhecidos.

Mas se nós ignoramos as suas causas, conhecemos-lhe a sua estructura e podemos seguir-lhe a sua evolução, e, na impossibilidade de estudal-os como doenças, podemos estudal-os como processos morbidos.

Para elle teem pois convergido todas as attenções. O quasi mysterio em que até hoje tem estado envolvidas a etiologia e a pathogenia dos tumôres, tem sido o estímulo que em todos tem imperado, para que, á porfia, e cada um de per si, se dediquem ao seu estudo; como que todos disputando a primasia da descoberta d'esse grande problema, da resolução do qual tantos beneficios a humanidade deverá colher.

Apezar de tantos esforços, forçoso é confessar que infructiferos teem sido até hoje.

Muitas theorias teem sido lançadas em voga, cada uma exprimindo para nós o genio inventivo e mais ou menos phantasiôso dos seus auctores. Representam a ideia que domina os seus auctores, sem nada nos provarem de certo; mas nem por isso nós devemos por tal julgar inuteis taes trabalhos. Muito pelo contrario.

Devem por certo conter muita cousa inve-

rosimil, mas no conjuncto d'ellas alguma cousa haverá de verdadeiro.

Synthetisam o trabalho aturado de grandes sabios que procuraram alcançar o desideratum que se proposeram, mas que por ainda não ser attingido, nem por isso deixam de impor-se ao nosso respeito.

Debaixo d'esta impressão, e no decorrer do anno lectivo, foi-me distribuido na cadeira de clinica cirurgica o doente, cuja observação, acompanhada de dados por mim colligidos nos livros, escolhi para assumpto do meu trabalho escolar ultimo.

Superfluo será dizer que ao apresentar o presente caso, não imperou em mim pretensão de querer fazer luz sobre tão momentoso assumpto, porque tal pretensão não passaria de veleidade da minha parte.

O meu fim é bem outro, qual seja o de apresentar tão conscienciosa e nitidamente quanto possivel, o caso, tal qual se me apresentou, para que elle assim possa servir de base a um estudo mais proficuo para quem, com mais competencia do que eu, possa fazel-o.

Dar-me-hia por satisfeito sabendo que elle se poderá tornar proveitoso para alguém, pois

que é de molde a interessar, chegando mesmo a impressionar, pelas circumstancias em que se apresenta.

Que a minha boa vontade pois, já que mais nada posso invocar, me sirva de recommendação á benevolencia dos ex.^{mos} professores constituintes do jury que hade julgar esta minha ultima prova.

A ordem dada ao meu trabalho parece-me ser racional, porque querendo eu dar-lhe uma feição mais pratica do que theorica, segui a ordem que naturalmente estava indicada.

Como um caso clinico, apresento no primeiro capitulo a observação do doente que serve de base ao meu estudo.

No segundo procurei fazer um diagnostico differencial entre os tumôres benignos e malignos, para assim diagnosticar da benignidade ou malignidade das lesões do doente que serve d'estudo, bem como procurar a séde da lesão inicial.

Estabelecida a séde e a malignidade, tentei no terceiro assentar no diagnostico diffe-

rencial entre os tumôres malignos da região onde appareceu a lesão inicial.

No capitulo quarto apresento umas breves considerações sobre epithelomas, reservando para o quinto e ultimo o estudo dos tumôres malignos da glandula sub-maxillar, e em especial dos epithelomas; deixando muito propositadamente para o final o exame histologico da massa tumoral feito pelo Ex.^{mo} Director do Laboratorio Nobre e illustre Professor d'esta escola, Snr. Dr. Alberto Aguiar, a quem deixo aqui consignado o meu agradecimento pelas finezas dispensadas, para com elle confirmar o diagnostico clinico feito.

I

Observação

F., casado, de quarenta e dois annos d'idade, entrou para o hospital de Santo Antonio, enfermaria de clinica cirurgica em 25 de novembro de 1903.

Portador de lesões pathologicas na região do pescoço, como me fôsse distribuido este doente, tratei de inquirir e colher dados que me podessem levar ao diagnostico das lesões pathologicas de que o meu doente era portador, e para tal convidei-o a que me fizesse a historia da sua doença, que foi a seguinte:

Ahi por janeiro do anno corrente, no regresso de uma localidade para a sua, foi surpreendido por um temporal, molhando-se

e arrefecendo muito, do que lhe proveio uma constipação que o obrigou a estar de cama por espaço de cincoenta dias, pouco mais ou menos. Que dois ou tres dias depois de ir para a cama, lhe appareceu por baixo do maxillar inferior, e do lado direito, uma tumefacção vermelha, muito dolorosa, acompanhada de febre, ao mesmo tempo que ia augmentando de volume, e que, vinte a trinta dias depois de apparecer, rebentou por si, deitando muito pus e sangue, continuando a deitar pus por espaço de cincoenta a sessenta dias, ao fim dos quaes, pelo ponto por onde sahia o pus, começou um crescimento anormal de tecidos, que tem continuado sempre até hoje.

Ao mesmo tempo que isto se passava, e pouco tempo depois d'esta tumefacção lhe ter rebentado, do lado opposto do pescoço, por baixo e um pouco por detrás da orelha, appareceu-lhe uma outra tumefacção, em tudo semelhante á primeira.

Conservou-se na cama por espaço de dois mezes, ao fim dos quaes se levantou, fazendo o curativo que lhe indicaram, mas sempre mal, porque os tumores lhe estorvavam os

movimentos da cabeça; mas assim foi andando, occupando-se no seu mister (feitor de uma quinta), até principios d'agosto, em que, por indicação de um medico, foi fazer uso das aguas sulfurosas do Molêdo, por sofrer de rheumatismo, onde tomou quinze banhos, não tomando mais por reconhecer que elles lhe agravavam muito os seus padecimentos do pescoço, pois que já n'essa occasião sentia muitas dôres de cabeça, que eram quasi continuas, e grande difficuldade em mover o braço direito, que parece que se esquecia, sentindo n'elle formigueiros. Que no regresso dos banhos para sua casa, e ainda no caminho, teve uma hemorragia muito grande, proveniente do tumor do lado esquerdo. Pouco depois, e com pequenos intervallos, teve mais duas, provenientes sempre do mesmo ponto.

Por fins de setembro começaram a apparecer-lhe do lado direito do pescoço, por baixo e ao lado do primeiro tumor, por baixo e atrás da orelha e por baixo do maxillar, muitas bolhas, que lhe faziam muita comichão, e que em tudo se pareciam com a primeira tumefacção que lhe appareceu.

De então para cá é que começaram os seus verdadeiros soffrimentos, que o inhiem de continuar a exercer a sua profissão, pois que além das lesões do pescoço, que lhe não deixam mover a cabeça sem mover todo o corpo, tem mais uma tosse continua que lhe faz doer muito o peito, e que o cança muito, não o deixando um momento descansar.

Sobre antecedentes pessoas e hereditarios disse que nunca teve doenças graves, nem ferimentos na região onde apresenta as lesões. Nunca teve doença alguma na bocca, apenas soffreu alguma cousa dos dentes, tendo d'extrahir alguns, por estarem cariados. Foi sempre robusto e sadio, a não ser o rheumatismo, de que principiou a soffrer ha tres annos.

Seu pae, que tem 77 annos é saudavel. A mãe morreu velha, ignorando de que, mas que tambem foi saudavel. Tem seis irmãos, todos saudaveis; que sua mulher e seus tres filhos tambem o são, e que não lhe consta que nenhum membro da sua familia soffresse de molestia que se parecesse com a sua.

Feita pelo doente a historia da sua doença e seus antecedentes, passei a analysar de-

tidamente o doente, ao mesmo tempo que ia colligindo os dados subjectivos.

O tumôr inicial appareceu-lhe por baixo do maxillar inferior, correspondendo perfeitamente á glandula sub-maxillar, sendo todos os outros consecutivos.

A primeira cousa que me impressionou á simples vista, foi a diversidade de aspecto das lesões de que o doente era portador, lesões quasi todas implantadas na região do pescoço e seus limites com a região da nuca.

Desde as pequenas lesões com apparencia phlyctenular, em grande numero implantadas por baixo e por detraz do pavilhão da orelha direita até á grande massa tumoral implantada do lado esquerdo, no limite da região do pescoço com a da nuca, tudo ahi se encontra.

As pequenas phlyctenas, vermelhas, dão á palpação a sensação de fluctuação, bem como as grandes phlyctenas, que teem o aspecto de abcessos.

Chegadas a este estado, accusando uma grande tensão, a pelle muito lusidia, apparece em um ponto da sua superficie uma pequena ulceração, que, destruindo os tecidos

dos, dá sahida a grande quantidade de um liquido séro-purulento, ao mesmo tempo que d'ella, como uma verdadeira cratera sahe uma proliferação bastante rapida e anormal de tecidos, que adquiriu n'este caso o tamanho de uma cabeça de feto.

Immoveis, tanto superficial como profundamente, sem limites bem nitidos, nem adherencias uns aos outros, exsuda d'elles uma grande quantidade de liquido seró-purulento, de cheiro fétido caracteristico.

Durante o tempo que esteve em tratamento, sobrevieram duas grandes hemorragias, uma a 27, da massa tumoral situada á altura da glandula sub-maxillar direita, e a outra a 3 de dezembro, da situada na região supra-hyoidea media.

Pela exploração do systema lymphatico da região, verifiquei que todos os cordões ganglionares do pescoço se apresentavam duros á palpação. Fazendo a exploração do resto do systema lymphatico, e caminhando para baixo, encontrei no intersticio formado pelos bórdos correspondentes do deltoide e peitoral direito, duas pequenas nodosidades, do tamanho de um feijão, distantes uma da ou-

tra dois centímetros, apreciáveis só á palpação.

No grupo dos ganglios lymphaticos da axilla direita, encontrei um ganglio profundo muito augmentado de volume, e com fôrma irregular; e caminhando mais para baixo fui encontrar os ganglios epitrochleanos direitos tambem endurecidos e um pouco augmentados de volume. Os vasos lymphaticos intermediarios entre estes ganglios encontram-se rígidos.

Explorados todos os outros ganglios, nada accusam de anormal. Dolorosos todos, quasi desde o seu inicio, o doente accusa por diversas vezes formigueiros e entorpecimento do braço direito, bem como cephalalgia quasi continua e mais accentuada do lado direito, acompanhada de um edema bem pronunciado do lado direito (face e craneo).

Grande difficuldade na deglutição tanto de solidos como de liquidos, assim como alguma difficuldade na respiração.

O exame do aparelho digestivo não revela alteração alguma digna de menção, bem como o circulatorio e urinario.

Chamada a minha attenção para o appa-

relho respiratorio, por o doente se queixar de ataques frequentes de tosse com expectoração difficil, constatei ao exame feito que a sonoridade thoracica era normal, o murmurio vesicular estava muito diminuido no pulmão esquerdo, que a inspiração era rude e sibilante e a expiração um pouco prolongada, isto bem accentuado tambem no pulmão esquerdo.

A expectoração, que apresentava um aspecto mais ou menos purulento e gelatinoso, era facilitada pelo uso da terpina.

O doente deu alta do hospital em 13 de dezembro, sem melhoras nenhuma, antes as lesões do pescoço mais avançadas na sua evolução proliferativo-degenerativa.

Falleceu a 15 de fevereiro do anno corrente em sua casa, n'um estado de magreza extrema, côr amarella carregada, apresentando como ultimos symptomas no tempo decorrido desde a sahida do hospital até ao seu fallecimento: — hemorragias abundantes e frequentes pelos tumôres ulcerados, edema intenso do membro superior direito, com dôr intensa e quasi impossibilidade da sua mobi-

lidade, grande dificuldade na deglutição e alguma na respiração; tosse continua com expectoração sanguinea e salivação abundantissima, apparecendo diarrhea nos ultimos dias de vida.

II

A primeira cousa que se impõe em presença de lesões averiguadamente ~~tumores~~^{tumores}, e isto depois de se ter determinado exactamente a séde anatomica, e depois de se ter reconhecido se o tumor é solido ou liquido, (e quando isto se tem feito, tem-se já dado um grande passo no caminho do diagnostico), é procurar saber se o tumôr é benigno ou maligno.

Clinicamente é de capital importancia o conhecimento da benignidade ou malignidade de um tumôr, pois que uma vez adquirida esta noção, quando ella seja bem fundamentada, temos o dado essencial para formular o nosso prognostico.

E' difficil, senão impossivel, fixar um limite exacto entre a malignidade e benignidade dos tumores, em virtude de existirem typos intermedios que mais ou menos estabelecem uma continuidade entre os typos benignos e os typos malignos, e isto por não haver uma separação bem accentuada por caracteres absolutamente nitidos e precisos entre estes dois grupos.

No entanto ha dados, fundados sobre considerações multiplas que nos levam da presumpção á quasi certeza da separação dos tumores francamente benignos dos francamente malignos, que rapidamente vou enumerar.

Para os tumores benignos deveremos notar principalmente os caracteres seguintes: — Os tumores benignos são caracterizados pela integridade dos tegumentos que os recobrem, não apresentando nem mudança de côr, nem vascularisação anormal da pelle. Não ha adherencias, de maneira que se pôde fazer deslizar em todos os sentidos, adeante do neoplasma. Pôde apresentar-se muito adalçada por effeito do volume do tumôr, mas sem nunca apresentar adherencias. Isto é a

regra geral, mas precisamos de estar de sobrevivo, porque tumores ha, malignos, em que os tegumentos se apresentam com toda a sua integridade.

Os tumores benignos, exceptuando os tumores que teem por origem os ossos e musculos, não teem adherencias profundas, devendo nós no entanto na pesquisa d'este dado procurar fazer sempre a exploração da região d'implantação do tumor o mais completa possível, procurando vêr se a mobilidade do tumor se dá em todos os sentidos, com os musculos contrahidos e relaxados, n'uma palavra, se a mobilidade é completa, porque tumores ha que, sendo benignos, apresentam algumas adherencias, ainda que pouco estreitas, com as aponevroses subjacentes.

O volume nada nos diz da benignidade ou malignidade dos tumores.

A fórma dos tumôres benignos é mais ou menos regular no seu conjuncto, bem como a sua consistencia, mas como para todos os dados, ha excepções, para o que precisamos de estar precavidos.

Indolores, quer expontanea, quer provocadamente, ha no emtanto alguns tumores,

que sendo benignos, são dolorosos, mas devemos notar que o mais frequentemente n'estes casos a dôr tem por causa a compressão de nervos visinhos do tumôr, isto é, uma causa mechanica; outras vezes esta dôr é o resultado da constituição nevropathica dos doentes.

Ha sempre uma limitação nitida durante toda a evolução do tumôr, sempre regular e distincta, separando nitidamente os tumores dos tecidos visinhos, como uma especie de barreira em que o tecido tumoral fica contido e como que se perifericamente houvesse a formação de uma verdadeira capsula d'envolucro. Desenvolvendo-se gradualmente, comporta-se por assim dizer como um corpo estranho no seio dos tecidos, que repelle e comprime, mas não os destruindo por invasão e substituição, sob a fórmula de infiltração difusa.

A evolução dos tumores benignos é progressiva com marcha lenta.

Ausencia de generalisação, quer pela via lymphatica, quer pela sanguinea; assim os vasos lymphaticos que emanam do tumôr, e sobretudo os ganglios que recebem estes va-

sos, ficam geralmente indemnes durante toda a evolução dos tumores.

Cura definitiva depois da ablação da massa tumoral, que póde fazer-se mais ou menos completamente, visto serem nitidamente limitados.

Integridade do estado geral do portador de lesões tumoraes benignas, que é quasi completa, mesmo no caso de o tumôr ou tumores attingirem grandes proporções. É este um dos dados mais importantes para avaliarmos da benignidade de um tumôr. Casos ha porém em que certos tumores benignos pódem comprometter a saude geral e determinar a morte, quer por alterações funcionaes de que elles são a causa, produzindo compressões d'orgãos essenciaes á vida, embaraçando-lhe ou mesmo abolindo por completo o seu funcionamento, quer por accidentes de diversa natureza que elles por si mesmo provocam, como as hemorragias e as infeções do organismo, de que elles são a porta d'entrada.

Rara a ulceração nos tumores benignos, e quando a haja é sempre n'um periodo avançado da sua evolução, quando teem adquirido

um grande volume, e produzindo-se sempre por uma especie de esphacelo do tecido celular subcutaneo e do tegumento, determinado por um excesso de distensão e adelgaçamento.

Os tumores malignos apresentam caracteres que se oppõem diametralmente aos tumôres benignos.

Os tegumentos e tecido cellulo-adipôso em breve são invadidos pelo tecido neoplásico, por isso em breve se estabelecem adherencias, tanto superficiaes como profundas, e d'ahi a immobilidade quasi completa, com vascularisação anormal da pelle, um desenvolvimento das veias sub-cutaneas.

O volume dos tumores malignos é também variavel, como para os benignos, no entanto o pequeno volume é mais frequente para os malignos.

A forma é irregular e a consistencia muito variavel.

A dôr, quer espontanea, quer provocada, falta no inicio da evolução dos tumores malignos, sendo esta uma das razões porque os doentes ignoram o inicio mais ou menos certo da evolução dos tumores, sendo constante

n'um periodo mais avançado da evolução, principalmente no periodo ulcerativo.

Ausencia completa de limitação precisa; a marcha dos tumores malignos é ordinariamente bastante rapida, e isto é um caracter importantissimo, se se compára com a lentição da evolução dos benignos. O desenvolvimento póde ser uniformemente rapido ou fazer-se por series bruscas. Deveremos sempre suspeitar, e isto d'um modo geral, de um tumor que, tendo estado estacionario durante mais ou menos tempo, soffreu bruscamente um augmento de volume consideravel.

A generalisação a distancia, que se faz quer pela via lymphatica, quer pela via sanguinea, por onde pequenas colonias cellulares, destacando-se do tumor maligno primitivo, são arrastadas mais ou menos longe do seu ponto de partida. Quando a emigração se faz pelos lymphaticos, dá-se a invasão dos ganglios onde vão os lymphaticos da região do tumor primitivo, determinando n'estes ganglios uma especie de enxertia neoplasica das cellulas emanadas do tumor, que, fixando-se e proliferando no ganglio, produzem uma colonia nova que acaba por destruir mais

ou menos completamente o tecido ganglionar, substituindo-o, de maneira que o ganglio atingido se torna a séde de um tumor de estructura identica ao tumor primitivo. D'este ganglio passa a outro e outros, e assim se dá a generalisação.

A ulceração, a regra nos tumores malignos, podendo ser considerada como a ultima phase da sua evolução, é resultante da invasão progressiva do tecido cellulo-adipôso subcutaneo e dos tegumentos por elementos neoplasticos.

O estado geral que frequentemente se altera desde o inicio, accentua-se em um periodo mais avançado da evolução dos tumores malignos, o que nos evidencia a generalisação do neoplasma. Acabam por determinar um verdadeiro estado cachetico, caracterizado por uma côr amarello palha dos tegumentos, emagrecimento consideravel, perda completa de forças, diarrhéa, etc.; observando-se ao mesmo tempo do lado dos órgãos thoracicos ou abdominaes, alterações funcionaes determinadas pela generalisação da neoplasia, e deposito de nucleos metastaticos no pulmão, pleura, peritoneo, figado, etc.

Esboçados assim, de um modo geral, os caracteres de benignidade e malignidade dos tumores, vamos procurar agora classificar debaixo do ponto de vista da sua benignidade ou malignidade, as lesões tumoraes apresentadas pelo doente que faz o objecto da nossa observação.

Se n'uns ainda ha integridade dos tegumentos, é precisamente n'aquelles que estão por assim dizer no inicio da sua evolução, porque a sua marcha, apreciavel á vista é, simples phlyctena, que, augmentando de volume, toma o aspecto de um verdadeiro abcesso com fluctuação, abcesso que apresentando um pequeno ponto ulcerativo, por ahi dá sahida ao conteudo sero-purulento, tornando-se depois a séde d'uma proliferação tumoral.

Todas as lesões são immoveis, tanto superficial, como profundamente, o que nos prova a existencia d'adherencias intimas a todos os tecidos circumjacentes.

Todos de fórma mais ou menos irregulares, dolorosos tanto espontaneamente, como á pressão, são mal limitados, pois que não é facil estabelecer os seus limites. A evolução

e marcha são tão rapidas quanto se pôde julgar pelo tempo decorrido desde a apparição da primeira tumefacção até á morte, (um anno).

A generalisação é tão evidente, que escusado seria procurar mostral-a, assim como a alteraço do estado geral do doente.

Depois d'este exame clinico, facil nos é affirmar que nos encontramos em presença de lesões tumoraes malignas.

Como meio util para o diagnostico, é conveniente procurarmos saber, no caso de lesões tumoraes multiplas, como no caso presente, qual a séde da lesão inicial, pois que este dado é de uma capital importancia para o nosso diagnostico, visto servir para nos pôr no caminho de conhecermos com mais ou menos probabilidades da sua natureza, e uma vez reconhecida a da lesão inicial, reconhecida está a de todas as outras que são consecutivas, e que por isso devem ser da mesma natureza.

Tillaux diz que, sempre que nos encontremos em presença de um tumor da região sub-maxillar, devemos procurar saber se esse tumor pertence á glandula sub-maxillar ou

aos ganglios que lhe estão juntos, para não se cahir em erro como a elle lhe aconteceu, imaginando que se tratava de um tumor dos ganglios, quando se tratava da glandula, e vice-versa.

Para isso aconselha elle que tenhamos bem presente a relação anatomica dos ganglios com a glandula, pois que esta occupa a linha media, entre o angulo da maxilla e a symphise do mento, e os ganglios encontram-se atraz da glandula, entre esta e o angulo da maxilla.

Se, portanto, o tumor está collocado ao nivel da parte media, entre o mento e o angulo da maxilla, trata-se muito provavelmente de um tumor da glandula sub-maxillar.

Ora no nosso caso dá-se precisamente isto, o que nos leva a admittir que se trata de um tumor da glandula sub-maxillar.

III

Pelo exposto no capitulo anterior, chegamos clinicamente á conclusão de que se trata de um tumor maligno da glandula sub-maxillar, já pela sua marcha, já pelo seu aspecto, emfim por todos os symptomas apresentados.

Os tumores malignos mais frequentes da glandula sub-maxillar, são o sarcoma e o epithelioma; e por isso procurarei, tanto pelos caracteres clinicos como pela evolução d'estas duas especies de tumores, estabelecendo um diagnostico differencial, vêr se clinicamente poderemos chegar a uma conclusão que condiga com o que o microscopio nos revelou.

Os sarcomas teem em geral uma configuração arredondada e nitidamente limitada, são lobulados, moveis sob a pelle e bem distinctos dos órgãos vizinhos que elles repellem, sem se misturarem intimamente a elles.

O epithelioma apresenta-se em geral sob a fórma de um tumor unico, duro, irregular, mal limitado desde o principio; a massa morbida não é enkistada e independente no meio do órgão onde se tem desenvolvido, mas que tem deitado raizes.

A pelle é adherente.

Ambos de consistencia variavel, pois que tanto se pôdem apresentar molles como duros.

No seu inicio são indolentes, quer o sarcoma, quer o epithelioma, só mais tarde é que se tornam dolorosos, devido ou a compressões diversas ou a inflammações e ao processo ulcerativo da pelle.

Com o tempo os sarcomas pôdem ulcerar, sendo no entanto necessario admittir que por vezes o processo ulceroso se realisa como no epithelioma, por uma invasão da pelle, seguida de necrobiose dos seus elementos; mas o mais frequentemente é por effeito da

distensão, auxiliada de um processo inflamatório, que a pelle cede, dando passagem a fungosidades vermelhas e sangrentas, sendo a ulcera geralmente circular e não limitada por bordos endurecidos, como se nota no epithelioma, e que attestam a infiltração da pelle por elementos do tumor.

A ulceração é a regra sempre nos epitheliomas. A pelle, adherindo-lhe, faz corpo com o tumôr, vascularisa-se, torna-se vermelha e ulcéra, do fundo da ulceração elevam-se gomos fungosos, sangrando facilmente e deixando resumar um liquido fetido, misturado a particulas esphaceladas.

A circulação nos sarcomas é extremamente activa, a julgar pela elevação local da temperatura, que pôde chegar a attingir 1 a 2 graus acima da temperatura geral do corpo, segundo observações d'Estlander, e vascularisação apparente dos tecidos vizinhos, em particular na pelle, onde se nota uma rêde venosa bem accentuada, nitida e caracteristica.

Nos epitheliomas, a elevação da temperatura local e a vascularisação, embora as haja, não são tão accentuadas, e por isso facilmente nos passam despercebidas.

A invasão dos sarcomas pôde também operar-se a distancia, e por isso nós examinaremos o papel dos lymphaticos e dos vasos sanguineos, e dizemos da invasão a distancia, porque a invasão local é-nos bem demonstrada pela zôna d'infecção em volta do tumôr, que é demonstrada pelo facto das recidivas que sobreveem em seguida a operações successivas, ainda mesmo que a exérese pareça ter sido para além dos limites do tumôr.

A maior parte dos auctores concordam em reconhecer a raridade relativa da infecção ganglionar dos sarcomas, todavia ha uma variedade em que os ganglios são frequentemente attingidos: é no caso de sarcoma melânico. Podendo ser invadido, não é no entanto o systema lymphatico a via habitual de infecção, sendo no caso de sarcomas a rede venosa a via habitual de infecção.

Para os epitheliomas é no periodo ulcerativo, e muitas vezes ainda antes da ulceração dos tegumentos, que os ganglios lymphaticos são invadidos, invasão que se traduz pela apparição de uma pequena glandula sensível, muito dura e a principio isolavel, depois fusionam-se, ulceram-se acarretando em

pouco tempo mais difficuldades funcçionaes e mais dores que o tumôr primitivo ; algumas vezes não apresentando senão um regorgitamento inflammatorio ; os ganglios degenerados são duros, os seus caracteres lembram os do tumôr primitivo.

Tanto no sarcoma como no epithelioma os processos de infecção são a enxertia e a embolia, differindo só as vias ; nos epitheliosmas fazendo-se segundo o curso da lympha, nos sarcomas segundo o curso do sangue.

A aptidão á generalisação não é a mesma em todas as fórmãs de sarcoma, só o sarcoma melanico é que tem, como já vimos, tendencia a invadir os lymphaticos, comportando-se para com os ganglios lymphaticos como o epithelioma que invade sempre os ganglios lymphaticos.

Os doentes attingidos, quer de sarcoma, quer d'epithelioma, morrem em geral de cachexia, que tem vindo accelerar a generalisação, ou o mais frequentemente de complicações provocadas pelo mau funcionamento de um orgão essencial á vida, attingido primitiva ou secundariamente, outras vezes d'hemorragias successivas, ou d'uma só he-

morragia grave, provocada pela ulceração de um vaso volumôso.

Devemos sempre considerar grave o prognostico de sarcomas implantados em regiões ricas em vasos sanguineos, e pelo mesmo facto grave o dos epitheliomas implantados em regiões ricas em lymphaticos.

Pelos caracteres geraes dos sarcomas e epitheliomas, vê-se quanto é difficil o diagnostico clinico differencial entre elles, pois que a não ser a mobilidade maior, ausencia de raizes nos tecidos, aspecto differente da ulceração quando a pelle é attingida, o que nunca acontece senão tardiamente, respeito das glandulas lymphaticas para os sarcomas; e infiltração dos tecidos pelos elementos do tumor, invásão e portanto ulceração precoce da pelle, invasão e ulceração do systema lymphatico, quasi todos os caracteres são communs; o que nos vem confirmar a difficuldade que cada vez mais se vae accentuando de diagnosticar clinicamente a natureza dos tumores malignos.

No caso presente podemos diagnosticar, com probalidades, mas não com certeza, o caso de um epithelioma, pois que a invasão

ganglionar é bem manifesta, invasão que é acompanhada de ulceração precoce, bem como a immobibilidade e infiltração dos tecidos vizinhos.

O prognostico é tambem grave já pela sua marcha rapida, já porque o prognostico dos epitheliomas é sempre grave para aqueles individuos, que portadores d'elles, tenham idade inferior a sessenta annos, pois que a marcha dos epitheliomas é tanto mais vagarosa quanto mais avançada fôr a idade do portador d'elles, de sessenta annos para cima.

IV

Fundados na lei de Müller que nos diz que: — « O tecido que fórma um tumôr tem o seu typo n'um tecido do organismo, no estado embryonario ou no estado de desenvolvimento completo » —, lei que é hoje admittida pela maior parte dos histologistas ; é que os auctores modernos tem sido levados a propôr para os tumôros classificações essencialmente anatomicas.

E' assim que Cornil e Ranvier, fundados n'esta lei de analogia dos tumôres com os tecidos normaes, se propuseram dar a cada tumôr um nome formado pelo radical do tecido normal analogo, ao qual juntaram a desinencia *oma*.

Assim, nós chamaremos a todos os tumores d'origem epithelial, epitheliomas.

Mas comprehende-se bem o quanto é defficiente esta designação só, porque para ella satisfaze. seria necessario que, obedecendo á lei, houvesse uma só especie de epithelios, para tambem haver uma só especie de epitheliomas. Por isso nós admittiremos a designação de epithelioma como uma designação generica, á qual juntaremos a designação especifica do tumôr que teve por origem este ou aquelle epithelio.

Sabendo nós que os epithelios são divididos ordinariamente, segundo a sua séde, em epithelios de revestimento e em epithelios glandulares, divisão que corresponde a differenças morphologicas muito apreciaveis, resultantes da adaptação de cada uma d'estas formações epitheliaes ás funcções que lhe são destinadas; e sabendo nós que o epithelio de revestimento se póde apresentar sob a fórma de epithelio pavimentoso e epithelio de cellulas cylindricas, podemos nós já, com esta divisão, arranjar a base para tres grandes variedades de epitheliomas, que designaremos por epitheliomas pavimentosos, epi-

theliomas cylindricos e epitheliomas glandulares, dentro de cada uma das quaes póde ainda haver diversos typos, conforme as modalidades soffridas pela cellula epithelial para se adaptar ás diversas funcções que ella tem a desempenhar normalmente no organismo.

A par d'esta classificação histo-pathologica ha as designações que nos legaram os fundadores da anatomia pathologica, que são defeituosas, mas que deveremos conservar, porque são de uso corrente para designar clinicamente grupos de tumores que são nitidamente caracterisados pela sua symptomatologia e evolução.

Assim é que, conservando a designação cancro, que por si não tem a menor significação precisa, e que procura simplesmente evocar clinicamente a ideia de tumor maligno, e anatomicamente a de tumor diffuso e invasor; sob a designação de cancos epitheliaes (designação adoptada para os differenciar dos cancos conjunctivos, que são os sarcomas), se agrupam actualmente todos os tumores malignos de origem epithelial, que comprehende os epitheliomas e os carcinomas,

que se estudavam separadamente, antes que se tivesse reconhecido a sua origem commum, e isto porque durante muito tempo se consideravam as cellulas dos carcinomas como provenientes de cellulas do tecido conjunctivo.

O termo epithelioma, que parece foi destinado a designar os tumôres malignos desenvolvidos á custa da pelle ou das mucosas, foi combatido por muitos anatomo-pathologistas; sendo o termo carcinoma para designar os tumôres invasôres, cujas ramificações podiam apresentar uma analogia grosseira com as pernas de um caranguejo.

Desde que se conheceu porém que os epitheliomas propriamente ditos e os carcinomas tinham por caracter commum serem constituídos na maior parte por elementos semelhantes ás cellulas epitheliaes, porque não é raro constatar ao microscopio, examinando uma serie de córtes provenientes d'um mesmo cancro epithelial, pontos onde o typo alveolar (caracteristico do carcinoma?), se mostra associado a uma das variedades epitheliomatosas classicas, os dois typos anatomo-pathologicos encontram-se ligados um

ao outro por disposições intermedias, que mostram bem a sua identidade de origem.

Conservando estas designações d'epitheliomas propriamente ditos e carcinomas, comprehendendo-se nos primeiros todos os epitheliomas derivados d'epithelios que não fôsem o epithelio glandular, porque para os epitheliomas derivados do epithelio glandular é que se reservou a designação de carcinoma; não me parece que seja racional esta divisão, porque para que assim fosse seria necessario que os epithelios glandulares tivessem o exclusivo da evolução que se convencionou chamar-lhe carcinomatosa, o que não é verdade.

E' certo porém que são elles que em maior escala apresentam tal evolução, mas não são os unicos, e por isso o carcinoma não deve ser considerado como uma especie á parte na familia epithelial, mas sim como um módo de terminação possivel, ou pelo menos como uma maneira de ser da maior parte das variedades d'epitheliomas, que é raro para o epithelioma pavimentoso, já mais frequente para os epitheliomas cylindricos, sendo então frequente para os epitheliomas

glandulares ; mas para estes precisamos de frisar bem que ainda é só frequente, pois que se vê que nem sempre os epitheliomas glandulares apresentam a evolução carcinomatosa.

Por isso não ha motivo algum para que muitos auctores estudem os epitheliomas glandulares sob a designação de carcinomas, porque nem todos os epitheliomas glandulares apresentam a evolução carcinomatosa, nem todos os tumores epitheliaes com evolução carcinomatosa são epitheliomas glandulares.

O carcinoma não é pois uma entidade morbida, nem anatomicamente póde ser caracterizado pela disposição alveolar, pois que a estructura alveolar não é nem necessaria nem sufficiente para caracterisar os carcinomas, visto que mesmo nas fórmas carcinomatosas typos, a fórma alveolar é por vezes substituida por uma disseminação dos elementos epitheliaes entre os feixes conjunctivos, e por outro lado esta disposição alveolar observa-se nos epitheliomas pavimentosos.

Assim pois, synthetizando, e para conservar designações que nos veem de longe,

chamaremos carcinomas a todos os tumores epitheliaes que clinicamente se nos apresentam como tumores malignos pela sua evolução e generalisação rapida ; e debaixo do ponto de vista da sua estructura, os tumores epitheliaes, nos quaes, com ou sem estructura alveolar, cellulas de origem epithelial, em via de crescimento monstruoso, são infiltradas nos tecidos, seja em fócios, seja isoladamente ; repetindo mais uma vez que é nos epitheliomas que teem por origem o epithelio glandular que esta fórma se observa mais vezes.

Teremos assim epitheliomas pavimentosos, epitheliomas cylindricos e epitheliomas glandulares, com ou sem evolução carcinomatosa.

O nosso caso é o de um epithelioma glandular, com evolução carcinomatosa.

V

Este ultimo capitulo do meu trabalho, consagra-o-hei exclusivamente aos tumores malignos da glandula sub-maxillar, e em especial aos epitheliomas, pois que é precisamente d'estes que eu me propuz tratar.

Os tumores malignos da sub-maxillar são, por ordem de frequencia, o sarcoma e o epithelioma, como já disse. Debaixo do ponto de vista macroscopico, estes tumores não apresentam envolucro fibroso, como os tumores benignos. De consistencia muito variavel, mas geralmente bastante resistente, pódem os tumores malignos da sub-maxillar attingir um volume muito consideravel e invadir toda a região.

Passarei em claro a anatomia pathologica

do sarcoma de glandula sub-maxillar, por nada ter com o nosso caso, fallando muito resumidamente da anatomia pathologica dos epitheliomas, pois que, como muito bem se comprehende não é ella que clinicamente mais nos deve prender.

O epithelioma da glandula sub-maxillar offerece algumas variedades, segundo se apresenta sob a sua fórma typica (epithelioma propriamente dito), ou sob a forma atypica, (carcinoma de alguns auctores).

O epithelioma propriamente dito é duro, resistente, tem o aspecto de um tecido branco acinzentado, pode mesmo assemelhar-se á glandula sã, não dando suco pela raspagem. Apresenta um stroma fibroso, formando septos que separam uns dos outros os lobulos epitheliaes. Estes são essencialmente constituídos por cellulas epitheliaes de bórdos dentados, resultantes da sua dissociação e mostrando que são intimamente soldadas. Estas cellulas teem um grande nucleo nucleolado, contendo numerosas granulações.

O epithelioma atypico póde apresentar-se ou sob a forma de chirro ou de encephaloide.

O chirro é duro, ao corte grita sob o es-

calpello, a sua coloração é amarellada. Encontram-se frequentemente fôcos de degenerescencia sob a fórmula de pequenas cavidades cheias de uma massa caseosa. Ao microscopio encontra-se a disposição alveolar, sendo os alveolos separados por espessas trabeculas conjunctivas, e que são cheios de cellulas redondas de nucleo unico e de volume variavel, no entanto sempre mais pequenas que as cellulas normaes. O engorgitamento ganglionar é rapido no chirro.

O encephaloide póde desenvolver-se rapidamente, e attingir um volume mais consideravel que o chirro. A sua superficie de secção é branca ou cinzento rosea; a raspagem fornece um suco canceroso abundante. O microscopio mostra-nos um stroma conjunctivo de structura alveolar muito menos espesso que no chirro. Os alveolos são cheios de cellulas de grande nucleo nucleolado, de protoplasma granuloso, e aproximando-se do typo epithelial; apresentando d'onde em onde extravasações sanguineas. Os ganglios são ordinariamente invadidos. A pelle ulcera-se, e botões cancerózos apparecem no exterior. Antes de passar á etiologia dos tumo-

res malignos da sub-maxillar, não parece descabido um estudo comparativo entre estes tumores e os das outras glandulas salivares, mesmo porque assim talvez possamos explicar um pouco, senão completamente, a frequencia de apparição de uns e a ausencia de outros.

Emquanto que o sarcoma é o tumor maligno muito mais frequente na parotida e o epithelioma o unico tumor maligno observado na sub-lingual, as duas variedades encontram-se na sub-maxillar, sem apresentar a frequencia extrema de um d'elles em detrimento do outro.

Segundo character distinctivo. Quasi sempre mixtos ou complexos na parotida, sempre simples na sub-lingual, na sub-maxillar os simples são a regra e os mixtos a excepção.

Se pois esta glandula se afasta completamente da sub-lingual pela natureza dos seus tumores malignos, approxima-se pelo contrario pela pureza da estrutura que, a seu turno, a separa da parotida.

A que serão devidas estas differenças tão accentuadas entre tres glandulas pertencendo a um mesmo grupo anatomico e physiologi-

co? Parece-me que será necessario procurar a resposta na sua differença d'estructura, não na do tecido glandular, porque essa é quasi identica, mas na do stroma conjunctivo que as cerca.

A abundancia do tecido conjunctivo perilobular e periacinoso na parotida contrastam com effeito com a ausencia de membrana d'envolucro da sub-lingual e a raridade dos elementos conjunctivos que a penetram.

A sub-maxillar, com a sua aponevrose d'espessura variavel, mas nunca adherente ao tecido glandular, e o seu stroma conjunctivo laxo e pouco abundante, é a intermedia entre a parotida e sub-lingual.

Estes detalhes de estructura explicam-nos a extrema frequencia, na parotida, dos tumores malignos d'origem conjunctiva, (sarcomas) e a raridade dos de origem epithelial. Inversamente, a predominancia do tecido glandular na sub-lingual diz-nos da frequencia que chega quasi ao exclusivismo dos tumores malignos de origem epithelial. Esta explicação é tanto mais admissivel quanto a mucósa do pavimento da boca é sempre in-

vadida pelo neoplasma de que, muitas vezes é o ponto de partida.

E' emfim a esta ausencia de desproporção entre os tecidos epithelial e conjunctivo que a sub-maxillar deve o privilegio de dar origem com uma frequencia sensivelmente igual, a tumores da serie conjunctiva e da serie epithelial.

ETIOLOGIA

A obscuridade que reina ainda sobre a etiologia dos tumores, em geral, encontra-se, como nem podia deixar de ser, a proposito da dos tumores malignos da glandula sub-maxillar.

Todavia julgamos util indicar algumas particularidades respeitantes á etiologia d'estes tumores, e estudaremos na etiologia as causas predisponentes e as causas occasionaes.

Causas predisponentes. — *Edade.* Os tumores malignos da glandula sub-maxillar excepcionalmente se desenvolvem na infan-

cia e juventude; pelo contrario, parece apparecerem de frequencia nos individuos d'idade avancada. A fórma chirrosas, pelo menos não tem sido encontrada senão nos velhos de sessenta a sessenta e cinco annos. Para o epithelioma já não se pôde precisar tanto, porque se tem observado em doentes com edades varias, bem como o sarcoma.

Sexo. — Quasi igualmente repartida entre os dois sexos, a affecção tem sido encontrada oito vezes no homem e seis na mulher. O temperamento parece tambem não ter importancia, e n'um caso sómente parece ter-se notado a coincidência de uma adenite cervical escrofulosa com um tumor da sub-maxillar.

Hereditariedade. — Se, em clinica, os antecedentes d'um doente portador d'uma affecção cancerosa do estomago, do seio ou do utero, por exemplo, nos mostram frequentemente a grande parte attribuida á hereditariedade na etiologia dos neoplasmas, parece que deveria ser o mesmo para o caso de que presentemente tratamos. Não encontramos comtudo no doente da nossa observação dado algum que nos diga da hereditariedade das lesões de que era portador.

Causas occasionaes. — A mais importante parece ser o traumatismo. Mas, se considerarmos por um lado a posição da glandula sub-maxillar tão profundamente situada, e tão bem protegida pelo maxillar inferior contra os traumatismos exteriores, e por outro, os órgãos formando o pavimento da boca e que a separam das substancias introduzidas n'esta cavidade e que podem ser, n'um dado momento, uma causa d'irritação, comprehender-se-ha facilmente que a influencia dos traumatismos não póde ter grande valor. No entanto ha casos em que se tem attribuido a traumatismos o desenvolvimento de tumores da sub-maxillar.

Quanto á influencia das lesões provenientes da cavidade bucal, ou dos órgãos vizinhos da glandula, não se pódem admittir muito facilmente. Não ha factos de, por exemplo, um dente cariado ou um abcesso qualquer, ter dado origem a um neoplasma. Não cremos que uma inflamação ou obliteração do canal de War-ton, por um calculo ou corpo estranho, dê origem a um tumor qualquer da sub-maxillar.

Nos antecedentes do meu doente não hou-

ve traumatismo algum da região, nem lesão da cavidade bucal que possamos invocar como causa do tumor.

ESTUDO CLINICO

N'este capitulo estudaremos os signaes physicos e os symptomas funcionaes que nos apresentam os tumores malignos da glandula sub-maxillar.

Signaes physicos. — *Séde.* — Nitidamente localisados na fosseta sub-maxillar, um pouco adiante e abaixo do angulo do maxillar, e isto sem affectar mais especialmente o lado direito que o lado esquerdo, o tumor, que a principio apresenta um pequeno volume, desenvolve-se, pouco a pouco, chegando a adquirir um grande volume. Desenvolvendo-se umas vezes adiante sobre a face anterior do ramo horizontal do maxillar, mais raramente do lado da cavidade bucal, muito mais frequentemente fóra até ao bordo anterior do sterno-mastoideo, e quasi nunca para dentro, do lado da symphise do mento, exepcional-

mente fica limitado á fosseta sub-maxillar, mas não ultrapassa de ordinario os limites da região supra-hyoidea lateral senão em cima, onde proemina frequentemente sobre a parte inferior da região masseterina, e algumas vezes, raras, do lado do pavimento bucal.

O do nosso caso encontra-se implantado do lado direito, pouco mais ou menos a igual distancia do angulo da maxilla e da symphise do mento, com mais tendencia a estender-se para a parte posterior. Desenvolvendo-se adiante do ramo do maxillar, não faz saliencia na boca.

Volume. — As dimensões d'estes tumores são as mais variaveis, nada se podendo estabelecer de preciso.

Fôrma. — Bem ou mal limitados, os tumores apresentam geralmente uma fôrma arredondada ou ovalar; sendo o grande eixo de quasi todos estes tumores sensivelmente parallello á direcção do ramo horizontal do maxillar, ou ligeiramente obliquo para deante e para baixo, como no nosso caso.

Superficie. — Nos tumores ainda não ulcerados, a pelle apresenta-se lisa, tensa, aver-

melhada, e nos ulcerados apresenta o aspecto característico dos gomos cancerosos.

Consistencia.— Explorada pela palpação bimanual, em que uma das mãos é collocada na região sub-maxillar, e dois dedos da outra mettidos na cavidade bucal, comprimem a glandula contra a mão collocada exteriormente. Por este meio podemos conhecer da consistencia da glandula atacada, consistencia variavel segundo se trata de chirro ou de incephaloide.

Não pude avaliar da consistencia do meu caso, já pelo estado ulceroso em que se encontrava, já pelas dores que provocava a palpação, e portanto a resistencia que o doente offerecia á exploração.

Mobilidade— A principio podem os tumôres malignos da sub-maxillar ser moveis mas ordinariamente, á medida que o tumôr prosegue no seu desenvolvimento, não tarda a contrahir adherencias com os tecidos vizinhos; a pelle em breve ulcéra para deixar apparecer os gomos cancerosos d'onde se escôa um liquido fetido ou uma resudação sanguinea continua. O tumôr primitivo do meu

doente, bem como os consecutivos apresentavam-se completamente immoveis.

Symptomas funcionaes. — *Dôr.* — Quasi todos os auctores são concordes em dizer que os tumôres da sub-maxillar são indolôres no seu inicio, e que só mais tarde quando teem adquirido grande volume e que teem ulcerado, é que se tornam dolorosos, quer espontaneamente, quer á pressão; citando Jouliard apenas um caso em que, pela rapidez da sua marcha, o tumôr era desde o principio a séde de dôres lancinantes, que elle explica pelo facto das adherencias intimas que o tumôr contrahiu com os nervos vizinhos.

O nosso caso pôde bem assemelhar-se a este, pois que apresentando o doente dôres desde o inicio, é porque tambem desde logo elle teve uma marcha rapida; não querendo eu com isto dizer que o tumôr principiasse a sua verdadeira evolução só quando o doente se queixou das dôres, que coincidiram com o seu augmento de volume rapido.

Mas não poderia elle desde ha muito ser portador de uma neoplasia, que a principio indolôr, pouco ou nada o preoccupou, porque não lhe acarretava embaraço algum? Podia,

e interrogado por mim sobre este ponto, disse que nunca notou que em tal região tivesse tido nada, porque nunca lhe doeu. Vê-se bem que a esta gente do campo só a dôr é que é capaz de lhe chamar a atenção para qualquer lesão de que sejam portadores.

Salivação — Talazac foi o primeiro que insistiu sobre este symptoma, dizendo que a secreção salivar é diminuida, mas sem apresentar factos algum para apoiar a sua asserção; ajuntando que a secreção glandular poderia ser substituida por suco leitôso do cancro, como acontece ordinariamente no cancro do seio, mas que não tendo sido constatado este caracter, nós não podemos senão presumir da sua existencia.

Ha no entanto observações, e uma devida a Rengrueber, em que um doente portador de um epithelioma da glandula submaxillar, estava continuamente a cuspir, sendo a salivação consideravelmente augmentada á noute. A salivação vae augmentando tambem com a marcha do tumôr, chegando a ponto de o doente deixar escapar, continuamente pelas commissuras labiaes grande quantidade de saliva.

Era o que se observava no nosso doente. Uma duvida me surge, e uma pergunta me sugere esta minha duvida.

Havendo augmento de secreção salivar, como eu notei no doente, será esse augmento de secreção produzido na glandula doente, ou nas glandulas similares sãs?

Parece mais racional que seja n'estas que a secreção augmente, por um acto reflexo.

Mastigação. — Nem sempre é bem accentuada, no entanto facil é conceber que pôssa haver difficuldade na mastigação, principalmente quando o tumor seja volumoso.

Para terminar este breve estudo clinico, direi que os ganglios sub-maxillares, em caso de tumor maligno de glandula, pôdem não ser attingidos pelo processo neoplasico; mas isto será uma excepção que eu vejo citada, sem confirmação por observação, porque a regra é serem attingidos não só estes como outros mais distantes em que se reproduz exactamente o processo tumoral, como no nosso caso. No caso de tumôres malignos tem-se visto a invasão ganhar o maxillar inferior e as outras glandulas salivares.

Mas parece que em todos os casos a mu-

cósa bocal é respeitada. A generalisação não é tão rara como se pensa, porque ha casos da invasão se estender aos ganglios cervicaes, á pleura e aos pulmões, e o nosso caso é bem uma prova evidente d'isso.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO

A marcha dos tumores malignos da sub-maxillar é a mais variavel possivel, como de resto é a de todos os tumores; no entanto, aquelles uma vez desenvolvidos, teem uma marcha mais ou menos rapida, pois que ha casos em que elles evoluem rapidamente em um anno, citando Jouliard um caso de um tumor maligno da sub-maxillar que evoluiu em dois mezes.

O crescimento não é sempre continuo e uniforme, soffrendo diversas modificações, devidas a influencias varias.

O crescimento do tumor póde determinar phenomenos mechanicos de compressão sobre orgãos importantes do pescoço: — vasos, nervos e vias respiratorias.

O nosso doente apresentava esses phenomenos mechanicos de compressão: — dos vasos pelo edema que apresentava na face, dos nervos pelo formigueiro e entorpecimento do membro superior direito e das vias respiratorias pela leve dyspnea que apresentava, para que tambem concorria por certo a lesão existente nos ganglios bronchicos esquerdos.

A terminação, quando os doentes portadores de tumôres malignos de evolução lenta, não sejam operados cêdo, é sempre fatal; porque as hemorragias frequentes dos tumores ulcerados e o emagrecimento rapido, acabam por matar os doentes por esgotamento de forças.

DIAGNOSTICO

O diagnostico dos tumôres malignos da sub-maxillar é cercado das maiores difficuldades. Não é sempre facil distinguir um tumor benigno d'um tumôr maligno.

Pode tomar-se por tumor da glandula uma adenopathia sub-maxillar e vice-versa.

Estas confusões teem sido, ou fôram commettidas outrora, e ellas explicam-se muito bem pela difficuldade que ha em separar pela palpação estes orgãos, que, por estarem na mesma loja aponevrotica, se encontram tão intimamente ligados que, ao fim de pouco tempo, um tumor da glandula se transmite aos ganglios, e vice-versa.

No entanto há um facto importante a frisar, é que os tumores ganglionares são quasi sempre, podendo até dizer-se sempre, porque o contrario é uma excepção rara, secundarios, precisando nós encontrar a lesão primitiva em territorio cuja rede lymphatica esteja em communicação com os ganglios sub-maxillares. Os tumores da glandula são sempre primitivos, sendo a excepção o serem secundarios.

Parece-me ser este o ponto essencial do diagnostico clinico dos tumores da região sub-maxillar, e por isso quanto aos outros não farei mais do que apontal-os, sem lhes fazer referencia alguma.

As adenopathias syphiliticas podem ser tomadas por tumores da glandula sub-maxillar.

Saber se o tumor é glandular ou dependente do maxillar, o que facilmente se pode inferir pela completa immobilidade logo desde o seu inicio, e implantação no maxillar.

O diagnostico differencial entre os sarcomas e epitheliomas da glandula, tambem já procurei fazel-o no capitulo terceiro do meu trabalho, diagnostico deficiente bem o sei, como deficiente é o diagnostico clinico de todos os tumores malignos.

No caso presente não offerecerá duvida alguma que nos encontramos em presença de um tumor maligno da glandula sub-maxillar, com propagação aos ganglios do mesmo nome, por onde devia ter-se feito a invasão rapida a todos os outros ganglios e vasos lymphaticos que se encontram atacados; e que não ha adherencia ao maxillar, apesar da immobilidade, que comtudo não é a immobilidade caracteristica de uma neoplasia ossea.

PROGNOSTICO

Baseados no que a pratica tem confirmado, podemos dizer de um modo geral que

a rapidez da marcha é sempre um serio elemento de um prognostico grave.

Por isso diremos sempre que o prognostico é grave, quando em presença de um tumor de marcha rapida, accrescido dos phenomenos mechanicos de compressão, das hemorragias repetidas, da generalisação a distancia por via lymphatica, e da alteração do estado geral do doente, como no nosso caso.

TRATAMENTO

O tratamento dos tumores da glandula sub-maxillar é inteiramente cirurgico, apesar de algumas observações referidas por Jouliard, de sarcomas curados pelo iodeto de potassio.

A ablação do tumor, repito, é a unica indicação que pode dar algum resultado, mas quando feita o mais cedo possivel.

A unica difficuldade está em saber conhecer quando é esse cedo, e digo difficuldade porque esse cedo seria quando ainda não houvesse inicio de generalisação.

Como não o podemos conhecer, parece-

me que quando se intervem em taes casos é já sempre tarde, sempre com menos probabilidades de bom exito quanto mais adeantada estiver a evolução e generalisação do tumor, como no nosso caso, em que não havendo probabilidades absolutamente nenhuma de exito, o melhor tratamento é a abstenção completa.

ANALYSE HISTOLOGICA

Pequeno fragmento neoplasico, do tamanho de um grão de milho, molle, superficie nitida de secção, côr branco-rósada e dando á raspagem pequeno induto, cujo exame microscopico mostrou cellulas polymorphas, de natureza epithelial.

Fixo este pequeno fragmento de tumor em sublimado, foi successivamente tratado por alcooes a 70, 80, 90 e 100°, e em seguida incluído em paraffina, depois de previamente submettido á acção de chloroformio e misturas de chloroformio e paraffina.

Os córtes foram finalmente córados com hematoxilina de Bohmer e eosina, e mon-

tados em balsamo do Canadá ; duas especies de córtes serviram ao exame : — uns parallellos á superficie externa, outros perpendiculares a este (córtes transversaes e longitudinaes).

O exame microscopico d'estes córtes revelou um tecido conjunctivo laxo, fortemente infiltrado de duas especies d'elementos cellulares; uns pequenos, redondos, fortemente córados pela hematoxilina, são cellulas d'infiltração, globulos leucocytarios; outros mais volumosos, ovulares, nucleo volumoso e com nucleolos, apresentando-se com todos os caracteres de cellulas epitheliaes. Em certos pontos existiam ainda globulos irregulares polymorphicos, semelhantes, pela intensidade de coloração aos leucocytos, mas differindo d'elles pela irregularidade e tamanho, que devem ser tidos como elementos epitheliaes embryonarios.

N'este substractum conjunctivo viam-se numerosos nodulos, mais ou menos compactos, mais ou menos enucleaveis, de cellulas redondas ou levemente polygonaes, justapostas e sem sombra de tecido intermediario ou intercellular. São nodulos epitheliaes, uns

compactos, isto é, com elementos cellulares adensados e unidos, outros mais laxos, formados por cellulas epitheliaes, reunidas entre si por alguns prolongamentos, ou então por cellulas epitheliaes volumosas, incluídas em um reticulo alveolar muito tenue.

E' notavel que muitos d'estes nodulos, uns arredondados, outros em tubo, possuem uma fenda interior, apertada e mais ou menos irregular e estrellada. Aparentavam-se á primeira vista como fendas glandulares, mas exame mais demorado demonstrou-nos que se tratava de vasos ou lacunas vasculares, formados por simples revestimento endothelial, e tendo por vezes no seu interior numerosos globulos rubros. Em determinados pontos as lacunas eram vastas e davam-se a conhecer por largos e irregulares coagulos.

Conclusão.— A producção neoplasica do pescoço, de que nos apresentaram um pequeno fragmento superficial, é uma producção epitheliomatosa, — *epithelioma glandular*—, possivelmente oriundo da glandula sub-maxillar.

Teria sido extremamente proveitoso e necessario para definir a rigorosa natureza

histologica do tumor, o tel-o observado em toda a sua extensão.

Uma particularidade que decorre do exame histologico e que explica a rapida e intensa generalisação de que, segundo nos informaram, o tumor foi séde, é a existencia de numerosas cellulas epitheliaes embryonarias, e a circumstancia de os vasos serem circumdados por nodulos epitheliomatosos.

EXAME DO SANGUE

O exame do sangue revelou por mm.^{cc}:

Globulos rubros	2151000
Globulos brancos.	9950

Relação dos globulos brancos para os globulos rubros 1:216.

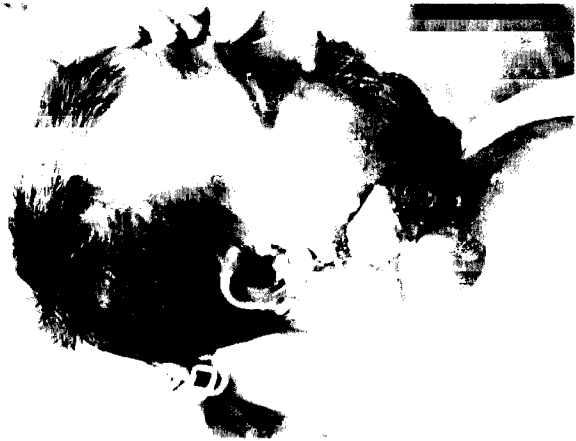
Os leucocytos predominantes eram os polynucleados.

EXAME DO CONTEUDO DAS PHLYCTENAS

O exame do conteudo das phlyctenas revelou leucocytos, muitos dos quaes desagregados e em degenerescencia gordurosa, e raros globulos rubros. O exame bacteriologico summario não revelou microbio digno de menção.

EXAME DOS ESCARROS

Não revelou cousa alguma.



CONCLUSÕES

- 1.ª— Clinicamente, nem sempre é facil diagnosticar a benignidade ou malignidade de um tumor da glandula sub-maxillar.
- 2.ª— Os tumores da região sub-maxillar são por ordem de frequencia, primitivos na glandula, secundarios nos ganglios.
- 3.ª— Só histologicamente se pode diagnosticar com precisão a natureza dos tumores malignos da sub-maxillar.
- 4.ª— Os tumores malignos da sub-maxillar generalisam-se com facilidade.
- 5.ª— O prognostico dos epitheliomas da sub-maxillar é sempre grave pela sua rapida generalisação, e por isso improficua enucleação..

PROPOSIÇÕES

Anatomia — Clinicamente, é importantissimo o conhecimento exacto da disposição das aponevroses.

Physiologia — A sede é uma sensação geral.

Materia medica — Prefiro os purgantes salinos naturaes aos artificiaes.

Pathologia externa — Os periodos das manifestações syphiliticas devem ser caracterisados pela morphologia das lesões, e não pela ordem de sequencia da sua apparição.

Pathologia interna — A natureza dos derrames pleuraes só pôde conhecer-se pela punção exploradora.

Obstetrica — Proponho a rotura artificial da bolsa d'aguas sempre que, no decorrer do trabalho, possamos prever uma rotura natural tardia.

Medicina operatoria — Condemno o methodo extraperitoneal nas laqueações das iliacas.

Anatomia pathologica — Nas nephrites chronicas não ha exclusivismo d'alterações d'este ou d'aquelle tecido, ha predominancia.

Medicina legal — O medico legista deveria indicar a impossibilidade de trabalho, não no exame de corpo de delicto directo, mas sim no exame de sanidade.

Pathologia geral — A especificidade etiologica é a lei dominante da pathogenia.

Hygiene — A hygiene é a melhor therapeutica do tuberculôso.

Histologia — A histologia é a base d'estudo da anatomia pathologica.

Visto.

O presidente,

Souza Junior.

Pôde imprimir-se.

O director,

Moraes Caldas.