

Sexta-feira, 27, ás 10 h.

VIII

Presidente - Prof. Souza Junior
Arguentes - Profs. Carlos Lima e Teixeira Bastos
Vogais - " Lopes Martins e Lourenço Gomes

Alfredo d'Almeida Rego

Ex. m. s.
Prof. Dr. Teixeira Bastos

A TERAPEUTICA CIRURGICA
NOS CANCEROSOS OPERAVEIS
DA LINGUA

20518 FMP

TESE de Doutoramento pela Faculdade
de Medicina da Universidade do

PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director - Dr. João Lopes da Silva Martins Jor.

Secretario - Dr. Antonio da Almeida Garrett

CORPO DOGENTE

PROFESSORES ORDINARIOS

Anatomia descriptivaDr. Joaquim A. Pires Lima
Histologia e embriologia...Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia Geral e Especial... Vaga
Farmacologia..... Vaga
Patologia Geral.....Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patologica.....Dr. Antonio Joaquim de Sousa Junior
Bacteriologia e Parasitologia..Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene..... Dr. João Lopes da Silva Martins Jor.
Medicina Legal.....Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia Topografica e Medicina Operatoria.....Vaga
Patologia Cirurgica.....Dr. Carlos Alberto Lima
Clinica Cirurgica.....Dr. Alvares Teixeira Bastos
Patologia Medica.....Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica Medica.....Dr. Thiago Augusto de Almeida
Terapeutica Geral.....Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica Obstetrica....., Vaga
Historia da Medicina e Deontologia.....Dr. Maximiano Augusto de
Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia..Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria.....Dr. Antonio de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria.....Dr. Antonio d'Almeida Garrett

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias
Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. Artº 5º § 2º do Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto de 3 de Janeiro de 1920.

P R E F A C I O

Etiam capillus unus habet

umbram suam

(Phaedro.)

A multiplicidade dos males que assola a humanidade, constitue um vasto labirinto para a elaboração de um trabalho.

Lembrei-me de inumeros assuntos e dentre eles escolhi para objecto da minha tese " A TERAPEUTICA CIRURGICA NOS CANCEROSOS OPERAVEIS DA LINGUA". Tudo se me apresentava difficil. A dificuldade longe de me vencer estimulou-me, avivando o meu entusiasmo e proporcionando-me a coragem bastante para que, cheio de satisfação, apresentasse um estudo sobre os meios de combater os cancros da lingua no seu periodo inicial. Este assunto serve-me de tese para obter o grau de Doutor pela Faculdade de Medicina do Porto.

Quotidianamente crescem as estatisticas que, por si só, clamam contra o indifferentismo com que é encarado esse flagelo.

As paginas que seguem representam um grito de alar-

me e procuram ao mesmo tempo educar convenientemente o povo, ensinando-o a compreender que já existem meios capazes de impedir com exito o desenvolvimento acelerado e cruel de tan- cro da lingua.

Nada ser-me-ha mais agradavel e mais lisongeiro que a demonstração leal e imparcial dos meus erros, ensinando-me a corrigil-os.

Entrego este trabalho á critica proficiente de precla- ros mestres, esperando ansioso a recompensa, com a tranquillida- de peculiar aos que estudam, certo de que lhe não ha-de ao me- nos, faltar o louvor que se dispensa aos trabalhos nascidos do esforço, e que, não fugindo á verdade, exprimem com honestidade e exactidão o que de scientifico é possivel vulggarisar em prol da humanidade.

HISTORIA

No momento actual, apoz inumeras polemicas em que opiniões as mais abalisadas se chocaram em franca opposição de pensamento, o cancro da lingua, a mais grave molestia deste orgão é um epitelioma pavimentoso.

Grande e inestimavel foi o valer do microscopio no estudo da anatomia dos tumores.

Referindo-se aos epiteliomas, HANNOVER afirmava em 1852 que as celulas destes tumores só podiam aparecer dos epiteliomas preexistentes.

THIERSCH estabaleceu de um modo definitivo a origem epitelial destes tumores, insistindo sobre a analogia do processo patologico com as evoluções do ectoderme no embrião, facilmente verificando pelo exame feito nas diversas porções da pele retirada da zona da invasão dos tumores.

Na epoca em que se acreditou nos blastemas, não se fazia questão de pesquisar em que dependencia celular nasciam as celulas cancerosas.

Blastemas, eram chamadas as substancias liquidas ou semi-liquidas situadas entre os elementos celulares dos tecidos. Esta materia viva não figurada, tinha segundo CH. ROBIN, a propriedade de organizar nucleos, celulas e elementos figurados, tais como fibras conjunctivas e elasticas.

Não se suspeitava nenhuma analogia entre as celulas do cancro e as celulas normais.

Para LEBERT, BROGA e FOULLIN o cancro tinha um tipo de tumor heteromorfo e as células apresentavam qualquer coisa de específico, nascendo do seio de blastemas também específicos, designados, por blastemas cancerosos. Na Alemanha os cientistas divulgavam em 1838 a lei de MULLER: o tecido que forma um tumor, tem o seu tipo em um tecido normal do organismo adulto ou embrionário. Esta teoria mostra não poderem as células dos diversos tecidos uma vez diferenciadas, dar nascimento ou multiplicação, senão a células do tipo de que elas derivam.

Todos os trabalhos ulteriores da classificação dos tumores vêm desta lei.

Pesquisava-se quais podiam ser os elementos normais, cujas transformações davam origem ao carcinoma, tendo sido aventadas infinitas hipóteses.

BRAULT diz serem os tumores neoformações irregulares, frequentemente desordenadas, mas que lembram sempre a disposição e o agrupamento de células orgânicas dos tecidos onde elas se iniciam. Esta definição encerra a noção capital da histologia dos tumores, e o agrupamento das células, e baseia-se na lei de MULLER.

A teoria de VIERCHOW ou seja a teoria da indiferença celular, ensinada na histologia patológica de CORNIL e RANVIER, foi vencedora durante alguns annos. Toda a célula deriva sempre de uma outra célula X Omnia cellula e cellula.

WALDEYER com documentados trabalhos, envidou todos os

seus esforços para derrubar adoutrina de VIRCHOW.

É de WALDEYER que data realmente o triunfo da origem epitelial do cancro. No entanto não se lhe pode atribuir o invento desta doutrina, visto ter tido êle dois illustres precursores em ROBIN e CORNIL. A partir de 1872 multiplicaram-se as observações, enquanto se avolumava a opinião a favor da teoria epitelial. A demonstração da origem epitelial do cancro, consiste principalmente em observar os tumores descritos sob o nome de "carcinomas alveolares", não são mais do que epiteliomas difusos. Foi WALDEYER também que sobre os limites do tecido neoplásico observou muitas vezes a reação de defesa orgânica, traduzida por uma proliferação do tecido conjuntivo, que impotente para reagir termina sempre incorporando-se no tecido morbido. A este tecido êle deu o nome de perineoplásico. A teoria do retorno ao estado embrionário defendida pelos mesmos mestres, CORNIL e RANVIER, demonstra que o cancro nada mais é do que a célula cancerosa.

A teoria de BARD ou da especificidade celular, baseada na árvore histogênica, consiste em admitir a existência da proliferação celular, que se dá por multiplicação e desdobramento. A causa dos tumores que é encontrada na monstruosidade do desenvolvimento celular, respeita a especificidade dos tecidos, donde deriva, qualquer que seja o meio que o determine.

OMNIS CELLULA E CELLULA EJUSDEM NATURAE.

Pelos estudos e pesquisas feitas por MALASSEZ se conclue que numa mesma peça podem encontrar-se todas as transições existentes entre uma neoformação bem nitidamente epitelial, simulando um adenoma, e as formas mais típicas do carcinoma. Em certos casos pode-se observar o tumor primitivo com todos os caracteres de um epiteloma, bem como o tumor secundario afectando a estructura alveolar.

A teoria de CONNHEIM firma-se na heterochronia. De-la se depreende que os tecidos embrionarios bastam para dar nascimento ao neoplasma, considerando que um certo numero de celulas do embrião, permanecem em estado de vida latente, dentro do organismo desenvolvido, até que ao seu poder proliferante seja despertado por uma causa qualquer. A teoria de HANSEMANN ou teoria da "anaplasia" admite a existencia de plasmas principais "hauptplasmem", que fornece á célula o seu caracter proprio e de plasmas secundario, "nebemplasmem" em quantidade minima. A célula gerada, recebe da célula geradora esses dois plasmas, em porção desigual, ocasionando a diferença consecutiva dessa célula. As células do embrião, isto é, as células que tem tendencia a se dividirem desigualmente, para gerar tipos celulares normais, são chamadas prosoplasicas e as células que provêm duma divisão parcial como as do organismo adulto, são as antagonistas. Os plasmas secundarios podem pouco a pouco retomar a sua egualdade com os plasmas principais. Desse facto HANSEMANN deduziu que as células neoplasi-

cas seriam as que se apresentassem uma semelhante tendencia, a que elle denominou "anaplasia": BAKER amparou a sua teoria, na maior ou menor ação da glicogenese.

FABRE DOMERGUE, em vista de ser a celula viva, livre ou não, suscetivel de a submeter á influencia dos diversos agentes fisicos e de se orientar segundo as forças que a sollicitam, concluiu que de uma parte, os neoplasmas são caracterizados por uma desorientação celular e de outra parte os agentes fisicos podem, em virtude do seu poder "Citotropico", modificar o plano da orientação da celula. "Citotropismo", -é o fenomeno que consiste em modificar a direção da celula viva, pela ação de agentes fisicos. A desorientação minima dá origem aos tumores benignos; sendo mais acentuada e mesmo quando se degenera, dá os tumores malignos. Entre esses dois fenomenos ha uma relação legitima e que permite á desorientação neoplasica ligar-se ao citotropismo experimental.

CRITZMAN foi de algum modo feliz na elaboração da sua teoria "parthenogenética" ou gemipara na qual elle afirma ser o cancro essencialmente hereditario.

Finalmente a teoria parasitaria do cancro foi lembrada por VERNEUIL em 1885, que considerando o papel desempenhado pelos microbios, em um grande numero de molestias locais e gerais, acreditou possivel que elles interviessem na etiologia ou na patogenia dos neoplasmas em geral e no cancro em parti-

cular.

A teoria microbiana foi defendida por METCHNIKOFF e outros.

A teoria psorospermica ou coccidiana, foi estudada minuciosamente por cada classe dos sporozoarios: "gregarinos", "coccideos", "myxosporideos", "sarcosporideos", "microsporideos" e os "hematozoarios de LAVERAN", classe esta proposta por FABRE DOMERGUE.

A teoria dos BLASTOMYCETOS admitia que os tumores cancerosos não mais eram produzidos, nem pelos microbios nem pelos sporozoarios, mas sim pelas leveduras. BRA propoz a teoria ascomycetiana visto ter achado a presença de um parasita em nos tumores cancerosos, sarcomatosos e também no sangue dos cancerosos. Esse parasita foi por êle enquadrado na classe dos ascomicetos. Não obstantes os esforços inauditos dos investigadores da sciencia, ainda hoje não se conhece, de uma forma precisa e absoluta qual a origem do cancro.

ETIOLOGIA

É ainda a duvida que envolve o problema da etiologia do cancro da lingua.

A idade, o sexo, e a hereditariedade, são geralmente admitidos como causas predisponentes dessa afeção.

Idade.- Frequentemente o cancro da lingua manifesta-se nos individuos de idade avançada entre 40 a 60 annos nos homens, observado nas mulheres na epoca menopausa. Apoz esses periodos são raros. BASEFORD vê na idade avançada um factor de grande importancia na aparição dos neoplasmas, pois julga que o cancro não afecta o individuo, mas sim o orgão senil. Os casos verificados antes dos 30 annos são muito raros. BUTLIN em 96 casos de sua clinica, cita somente dois nesse periodo.

Sexo. BOVIS tendo organizado largas estatisticas, chegou á conclusão que o coeficiente de cancerisação dos tecidos masculinos e dos tecidos femininos, é perfeitamente o mesmo. Durante algum tempo acreditou-se que esse mal era mais frequente nas mulheres. Esta opinião foi combatida por DELPECH e BOUSET que lograram sahir vitoriosos, sendo hoje maior o numero dos que acreditam ser um cancro da lingua mais commum nos homens. As estatisticas accusam uma percentagem de 8%, mais ou menos:

	Homens	Mulheres
Kroenlein-Kuester	96	4
Bilmroth-Kocher	94	6
Theophilo D'Angers (100 casos)	88	12
Barker-Stutzer	84	16

Hereditariedade. Este factor tem sido considerado importante na etiologia do cancro, onde são permitidas todas as hipoteses, graças á incerteza, unico ponto em que ela se apoia. Se de um lado o professor PYORRY, e outros, procuram destruir as ideias emitidas em favor da herança, de outra parte BOERHAVE, BOYER, RECAMIER, opinam pela hereditariedade.

VERNEUIL admite a possibilidade da diatese neoplásica poder transmitir todas as variedades histológicas dos tumores. RAYMOND em uma paciente estatística demonstrou com uma infinidade de casos a influencia de hereditariedade. ROG WIL-LAMS, SIBELY, ROPER e tambem MONICHOM, fez os seus estudos especializados sobre o cancro em Aisne, concluem, ante os resultados quasi que absolutos obtidos em suas estatísticas, pela hereditariedade. BRUNOU diz não existir duvida alguma sobre a hereditariedade do cancro, pois considera um facto como na sífilis e na tuberculose. NIQUET, na tese sobre a pesquisa das causas do cancro em Normandia e Picardia, coloca a hereditariedade occupando o primeiro plano, entre as causas predisponentes.

Alimentação. - Foi este um dos pontos que mereceu o estudo dos autores. Se VERNEUIL e ROUX DE LAUBANNE attribuam á carne de porco a predisposição ao cancro, de outra parte, BAUBYS de Toulouse, apresentava trabalhos interessantes, provando

experimentalmente a não veracidade dessa opinião. Em torno da etiologia fizeram-se as mais desencontradas citações. Para BRAITHWAIT, o chloroto de sodio tem influencia etiologica. ANDREW WILSON, e SIMS discutiram sobre a ação dos legumes crus e mal lavados. O uso de certas bebidas tambem foi condenado e ARNAUDET diz ser a cidra (bebida toxica) um dos elementos favoritos das estatisticas da Normandia. É incontestavel que o neoplasma da lingua evolue somente em certos individuos onde necessario se faz uma predisposição inata ou adquirida. Não menos incontestavel é a existencia de organismos absolutamente refractarios a esse desenvolvimento. As violencias exteriores, tem sido observadas como capazes de agir sob a forma de causa determinante, porém quando haja predisposição, como elemento auxiliar. O traumatismo, provocando a destruição dos tecidos, arrasta como consequencia a diminuição da resistencia vital do órgão, implantando a lesão precancerosa.

Na lingua todas as irritações locais repetidas, favorecem localizar o ponto de inicio de um epitelioma, que por v vezes se desenvolve sobre lesões primitivamente infecciosas ou inflamatórias. As cauterisações repetidas podem tornar-se responsaveis. As "leucokeratoses" linguais, apresentam-se sempre com manifestação inicial do cancro. As "leucoplasias" têm muita afinidade com o cancro, sendo uma lesão frequente nos sifiliticos, embora não seja de natureza sifilitica, mas antes

uma lesão para-sifilitica. LE DENTU as classifica como um epitelioma em formação quando não é desde logo um epitelioma efectivo.

PETIT dá ser o cancro o fim natural das leucoplasias.

As placas extensas que permanecem estacionadas por muito tempo, embora de apparencia muito benigna, podem degenerar bem como as placas confluentes, em plena actividade.

TRELLAT admite que tres quartas partes dos cancerosos da lingua sejam desta origem. Parece exagerada esta afirmativa, porem a frequencia dos epiteliomas de origem leucoplasica é confirmada pelas estatisticas de:

BUTLIN	29
POIRIER (em 100 casos)	25
MORRIS	44

Varias placas se têm degenerado em epitelioma ao mesmo tempo, independentemente umas das outras.

A sífilis tem um papel de destaque na etiologia do cancro.

MIKULICZ e OZENNE, concluíram que as lesões sífilíticas, as gomas ulceradas, eram a séde da evolução cancerosa.

BARKER em suas observações obteve como resultado a possibilidade do desenvolvimento de um epitelioma sobre uma cicatriz de lesões sífilíticas curadas.

A transformação epiteliomatosa do papiloma da língua, mereceu a atenção de BUTLIN. Esse tumor é raro e só se observa na base do órgão.

DELAMARE em vinte e um casos que examinou histologicamente, constatou a existencia de vinte e um epitelomas o que permite afirmar que geralmente os tumores da língua são epitelomas pavimentosos.

Segundo JESSET, embora raramente, observa-se a modificação neoplásica da ulcera tuberculose.

ROKITANSKY referindo-se á relação existente entre o cancro e a tuberculose, afirma o antagonismo dessas duas afecções.

LEBER, VIRCHOW e FRIEDREICH acreditam na sua associação e HENRI CLAUDE demonstrou ser verdadeira a "hibridez tuberculo-cancerosa. O epiteloma desenvolve-se sobre o "lupus" que é uma forma da tuberculose. Em uma lesão ulcerosa preexistente, pode-se notar o enxerto do cancro, o que é muito frequente dar-se com a ulcera dentaria. Terminando este capitulo farei algumas considerações sobre a influencia do fumo. É ele um factor de importancia etiologica, tanto que ROUISSON denomina o cancro da lingua de cancro dos fumantes. As discussões a esse respeito fôram em grande numero alimentadas, e o marco da verdade fixado entre opiniões extremas.

Para uns o fumo é incapaz de gerar directamente o e-

pitelioma; para outros é o fumo responsavel pela aparição do epitelioma, por ser uma das causas mais importantes da leucoplasia lingual, que geralmente se transforma em cancro, graças á ação toxica e irritante que lhe é propria e que age continua e demoradamente.

BOUISSON observou que o epitelioma se localisava centimetro e meio para traz do lugar em que habitualmente repousava a piteira ou o cachimbo, aliando o traumatismo provocado repetidamente, por um corpo extranho á toxidez do fumo.

Quer seja devido á genese dos elementos anatomicos ou provenientes de perturbações do desenvolvimento, quer seja de origem traumatica ou parasitaria, o cancro é o horrivel acaso de uma certa categoria de individuos.

Os estudos feitos ainda hoje não permitem saber quais os predestinados á neoplasia.

LOCALISAÇÃO

Todos os pontos da superfície da língua podem ser indistintamente atingidos. Entretanto, dois são favoritos para a eleição do cancro. São êles as partes medias dos bordos e da base, dirigindo-se contra o sulco glosso amigdaliano. Os dois lados são atacados com igual frequencia. Este tumor bem como todos os cancrios, é o unico, na maioria dos casos, podendo observar embora raramente, varias sédes de epiteliomas provenientes das leucoplasias.

O cancro da língua não fica limitado a este orgão, não sendo possivel estabelecer um limite nitido entre as partes sã e doente. Rapidamente invade por contiguidade os orgãos visinhos e em especial os ganglios. Os tecidos profundos da língua são largamente invadidos, antes mesmo de ulcerar a mucosa, quando se trata de um epitelioma intersticial.

Este facto é raro, posto que geralmente começa por um ponto duro, mal limitado, e regular e coberto por uma mucosa de apparencia sã, mas aderente ao neoplasma. Quando o mal atinge o grau do seu inteiro desenvolvimento, o aspecto do tumor é o mesmo, qualquer que tenha sido o seu modo de evolução. Frequentemente se observa o epitelioma superficial que é o tipo habitual do epitelioma leucoplasico, apresentando o aspecto de uma placa endurecida.

O seu desenvolvimento faz-se espontaneamente ou pelo avivamento da placa que se dá devido ao contacto aspero dos dentes. O cancro é ulcerado em toda a sua extensão e distende as superfícies ulceradas em todas as direções.

Ha tendencia para o cancro se localisar sómente numa metade da lingua, não passando além da linha mediana. A invasão das regiões visinhas varia de acôrdo com a sede do cancro.

Os epitheliomas localizados nos bordos da lingua, se estendem ao sulco-gengivo-lingual e dahi ao assoalho da boca, onde êle se propaga com extrema rapidez á gengive e por vezes ao maxilar inferior. Atingindo o assoalho da boca, a sua progressão se faz rapidamente e a glandula sub-lingual é invadida ao mesmo tempo que os linfaticos da região sub-maxilar.

ROEDIGER observou que a glandula sub-maxilar pode por si só se degenerar, reconhecendo no entanto a raridade desse facto.

Se o cancro fôr da base da lingua, a extensão faz-se aos pilares anteriores, ao veu platino bem como á amigdalas, á faringe, algumas vezes á epiglote e á entrada da laringe.

DIAGNOSTICO

É de grande necessidade, o diagnostico precocemente feito, afim de se proceder a uma intervenção precoce, que é onde se opera com proveito e se torna util o tratamento cirurgico do cancro da lingua.

E o cirurgião dentista, que mais frequentemente se acha em face dos portadores desta molestia, pode surpreendê-la logo no seu inicio, procurado para verificar a existencia de algum dente cariado, ao qual queiram atribuir as primeiras manifestações de anormalidade que se passa na lingua. - Um endurecimento engastado na mucosa, uma pequena fenda irregular, indolor e de bordos rijos, uma placa leucoplasica antiga, espessada e ulcerada, um nódulo mal delimitado, ora superficial ora sub-mucoso, constituem os varios aspectos do inicio da doença e que é necessario conhecer.

Clinicamente o epitelioma lingual, bem como a sifilis terciaria, apresentam caracteres communs que tornam o diagnostico diferencial, difficil e duvidoso.

FOURNIER estabelece os seguintes meios para a diferenciação:-

"C a n c e r o"	Começa	"S i f i l i s"
1º- Por um tumor exterior		1º Sempre por um endureci-

podendo ser também interior.

mento inferior.

A ulceração se faz

2ª-Superficialmente.

2ª-Em cavernas.

As dores

São espontaneas e irradiadas

Não são espontaneas nem se irradiam.

As adenopatias

Se apresentam bastante volumosas e precoces.

Não se observam, a menos que haja uma infeção secundaria.

O tratamento favoravel nos casos de sífilis é inefficaz para os de epitelioma. O sífilítico não é em regra geralo predestinado á posse do cancro da lingua, mas todo o canceroso lingual é um sífilítico antigo.

A glicogenose se evidencia como um bom elemento para o diagnostico do cancro. Ao lado das "kariokineses" e das "citodiereses", a presença do "glicogene" é um elemento para se diagnosticar a malignidade de um tumor. Sendo um fenomeno raro nos tumores benignos, é um acto biologico, ou melhor, uma modificação fisiologica de grande importancia e indispensavel nos tumores malignos.

De frequencia relativamente pequena são observados; e casos de "antinomicoses", simulando perfeitamente um epitelioma, só diagnosticaveis apoz a descoberta de pigmentação amarela caracteristica.

Por parte de PONCET e BERARD, foi feito um estudo detalhado sobre o diagnostico diferencial entre o "cancro" e a "actinomicose", que acresce muitas vezes ás dificuldades que se apresentam, a possibilidade de uma antiga zona actinomicosica se degenerar em uma neoplasia.

Para uma investigação clinica, são permitidos os seguintes dados, embora não sejam absolutos.-

"Cancro"

"Actinomicose"

Idade

Geralmente dos 40 annos para cima.

Ordinariamente antes dos 25 ou 30 annos.

Evolução

É nitidamente progressiva, quer seja de marcha aguda ou lenta.

Não é fatalmente progressiva, podendo ser aguda ou torpida, intercalada de cursos apparentes.

Oedemas

São de origem infecciosa pela inoculação secundaria de ggentes microbianos ou mecanica por compressão e por trombose.

O endurecimento das partes moles estende-se para fóra da zona actinomicosa, mesmo quando não ha compressão dos grossos troncos venozos, ou quando não se acha em eminencia de supuração.

Infiltração

Algumas vezes se estende largamente ás regiões vizinhas.

Do parasita nos planos musculares e conjunctivos assemeh-lha-se a uma injeção coagulante, lançada nesses tecidos que adquirem uma consistencia sclerosa, em plastron e se torna rapidamente inestensivel ou

num estado aparente de tetania.

Ulceração

Passa-se efectuando ao longe os elementos sãos. Apresentam os rebordos endurecidos e não se cicatrizam espontaneamente.

Tem os bordos mais descolados do que endurecidos. Cicatriza-se notando-se em seus lados substancias novas.

Adenites

São precoces mesmo nos casos de cancro fechados. O estado geral é modificado rapida e profundamente.

São raras, ao menos que se passe uma infeção piogenica secundaria. Esta infeção scepticemica altera o estado geral, mais do que a reabsorção das toxinas micosinas.

As medicações iodadas, tidas como especifico dos tumores micosicos podem auxiliar o diagnostico.

Nunca se deve eliminar a ideia do cancro, ante as lesões da lingua senão apoz os resultados colhidos em uma completa e rigorosa observação clinica.

Só a biopsia, -operação que consiste no exame histologico dum fragmento de tumor ou de uma lesão eruptiva, excisada a um doente, permite um diagnostico consciencioso e precoce.

Muitas vezes é o doente que por ignorancia ou qualquer outra causa se não dirige ao medico e torna-se responsavel pela evoluçáo do mal, que não encontrando resistencia alguma se dissemina rapidamente.

O signal de KEIPPEL, evidencia-se.

Infelizmente os ambulatorios que se espalham pelo interior do Paiz e mesmo em alguns centros, são em sua maioria deficientes, não se acham convenientemente aparelhados, não dispõem do material indispensavel para que permita reconhecer uma lesão dessa natureza em periodo inicial, afim de que possa evitar o seu desenvolvimento.

P E R T U R B A Ç Õ E S F U N Ç I O N A I S

Na primeira fase da molestia, não se observa perturbação alguma, a não ser um ligeiro incomodo, devida á presença de uma minima erosão inicial, ou mesmo, uma das outras variedades com que se manifesta o cancro da lingua.

Protelada a intervenção, o estado do doente agrava-se dia a dia, o mal dissemina-se e as perturbações funcionais apresentam-se com todo o horror que infelicita o portador do cancro da lingua, caracterisando-se pela imobilidade quasi completa desse orgão. A fala é dificultosa e a linguagem difficilmente entendida. A saliva viscosa e fetida, escoa da boca. Só um ronco monstruoso e surdo sob a forma de um gemido lancinante, traduz a fome, a sede e o sofrimento desse desgraçado, victima talvez da mais cruel de todas as misérias fisicas. A alimentação torna-se impossivel, sendo impossivel tambem a ingestão de liquidos alcoolicos ou acidos.

As anastomoses do nervo lingual com a corda do timpano, na porção anterior e com o glosso faringeo, na porção posterior da lingua, justificam as dores continuas e violentas que se esplanam para o lado do ouvido, conduzindo o doente á perda da razão, quando não é ^ele que implora por caridade que o matem, certo de que na morte, terá o balsamo tranquillizador. As hemorragias são causas frequentes de complicações

que se manifestam sob duas formas. A mais observada é a que se apresenta em pequenas perdas de sangue, repetidas, terminando por um estado de anemia extrema e de maxima gravidade. É a mais importante por traiçoeiramente afastar a atenção do profissional, zombando dos seus esforços. A outra forma é ameaçadora e consiste em uma grande hemorragia imediata. É rara e só se observa quando um grosso vaso lingual ou mesmo a carotida interna tenham sido interessados.

A anemia, é o testemunho da auto-intoxicação que se opera, devido á reabsorção de productos toxicos segregados pelas celulas do tumor ulcerado que ao passarem no sangue ágen como veneno destruidor das hematias, desglobulizando-o de uma forma intensa. É o periodo das complicações terminais que se apresenta ao par de um estado profundamente caquetico a que se expõe o doente, quando não sucumbe simplesmente pela insomnia com a sua avalanche de ideias torturantes, pela inanição, ou pela marcha progressiva da caquexia, que extenua e mata.

LINFATICOS E GANGLIOS

Cognitio corporis humani principium
sermonis in arte

(HYRT).

Um rapido estudo anatomico sobre os vasos linfaticos e sues ganglios, torna-se indispensavel, para melhor resaltar a importancia destes orgãos e as suas relações mais intimas com o organismo humano.

Os linfaticos, descobertos em 1847 por SAPPEY, que sobre êles fez uma descrição tão exacta e detalhada, são canais membranosos muito delgados bem como numerosos, encarregados de colher e levar ao sistema venoso, dois liquidos do organismo, linfa e chylo, donde o nome dos vasos linfaticos propriamente ditos e vasos chyliferos.

Os linfaticos propriamente ditos de que occupar-me-hei neste capitulo, apresentam a forma mais ou menos cilindrica com uma serie de estrangulamentos alternativos devido a um grande numero de valvulas situadas no seu interior, em quantidades muito maiores que nas veias e que lhes dá um aspecto noduloso.

A sua origem é encontrada na espessura do tecido, em especial nas lacunas do tecido conjunctivo e tomam a direção dos vasos sanguineos. Em seu trajecto encontram e atravessam ganglios, orgãos globulosos, tambem chamados glandulas linfati-

cad, que formam grupos ordenados e se estendem ao longo das vias linfaticas, colaborando na defesa do organismo.

O ganglio normal tem funçoes de leucopoyese, leucolyse e de secreçao, sendo no estado patogenico, em centro activo de hematofagia e hemolyse. Apresenta a forma de um feijao de volume variavel. Por toda a superficie convexa o ganglio recebe delgados vasos linfaticos chamados aferentes e da sua porçao concava ou hilo, sahem dois ou tres vasos mais calibrosos por onde escoa a linfa, saõ os linfaticos aferentes.

A linfa nos vasos aferentes e´ menos rica em leucocitos do que nos eferentes. A morfologia externa e´ das mais variaveis, como variavel e´ tambem o seu volume. A coloraçao e´ varia e modifica-se de conformidade com a regiao em que se localisa. Na creanca o desenvolvimento linfatico e´ muito mais acebtuado do que no adulto. Os linfaticos conservam sempre a sua individualidade, se bem que entre eles se estabeleça uma permuta por meio de anastomoses, obliquas, longitudinais ou em V, que favorecem a formaçao das redes linfaticas. Na lingua e no pescoço, regioes que mais de perto interessam o assunto, os linfaticos dispõem-se suocerficialmente, mucosos e profundamente musculares.

No seu percurso, encontram-se grupos de tres, dez, quinze ganglios que se avisinham dos grossos vasos, apegados intimamente as veias e arterias com as quais estabelecem as suas

relações. No pescoço os são volumosos, em numero elevado e ocupam toda a porção antero-lateral, sendo também superficiais e profundos. Os primeiros, localizados sob a aponevrose, nos bordos e na face externa do músculo externo-mastoideu, tendem a agrupar-se em torno da veia jugular externa constituindo a cadeia jugular externa. Os outros, isto é, os profundos mais numerosos que os superficiais, acham-se geralmente situados ao longo da veia jugular interna e das carotidas, formando um rosario. Além destes ganglios, que pela disposição observada se denominam laterais, existem ainda os ganglios medianos ou sejam os pre-laringeos, pre-traqueais e pre-tiroideus.

Os ganglios da região supra-hioidea, são medianos e o seu numero varia em media entre seis e sete, estando situados na sua maior parte na loca sub-maxilar, região supra-hioidea lateral ao redor da glandula deste nome e sobre a face inferior do plano milo-hioideu (região supra-hioidea media) entre os dois ventres anteriores do digastrico. Estes ganglios recebem os colectores linfaticos de uma parte da face, do nariz, da cavidade bucal e da lingua. Os mais numerosos acham-se dispostos sobre a aponevrose superficial, entre esta e o bordo supero-externo da glandula, sendo chamados ganglios preglandulares. Os ganglios alojados abaixo da glandula entre esta e o plano muscular profundo, são os ganglios sub-maxilares ou melhor retro-glandulares, também chamados laterais, que recebem

os linfáticos da face, das gengivas e do assoalho da boca.

Os linfáticos da língua terminam-se em dois grupos ganglionares, o "acessorio" e o "principal".

Como no pescoço os linfáticos da mucosa são superficiais e os musculares são profundos.

Os grupos, supra-hioideos medios, que recebe alguns troncos linfáticos que vêm da extremidade da ponta da língua a, e o sub-maxilar em que no mais anterior dos seus ganglios, se lançam os linfáticos vindos das bordas laterais e da porção marginal da face dorsal da língua, constituem o chamado "grupo ganglionar accessorio".

O "grupo ganglionar principal", é formado pelos ganglios da cadeia jugular interna, que recebem os linfáticos provenientes de todas as partes da língua; na porção compreendida entre o ventre posterior do digástrico, a veia jugular interna e a carótida externa, encontra-se um ganglio considerado como confinante mais importante dos linfáticos linguais e a que KUTNER chamou "Hauptganglion", ganglio-chefe.

As conclusões estabelecidas apoz os estudos feitos por FOIRIER explicam de uma forma clara e didactica, o percurso e a terminação dos troncos linfáticos da língua, praticamente suspeitos nos casos do epiteloma lingual, distribuidos em quatro grupos: o apical, o marginal, o basal e o central.

a) O grupo anterior ou apical, vem da ponta da língua e termina bifurcando-se.

um ramo que fura o musculo milo-hioideu e dirige-se para os ganglios supra-hioideus medianos ou infra mentonianos, indo terminar ordinariamente em um ganglio que fica proximo a sinfise; o outro tronco caminha para baixo e para traz, passa entre os musculos genio-glosso e milo-hioideu, cruza o grande corno do osso hioide e termina no ganglio supra-homo-hioideu, situado no bordo externo do musculo ma hioideu, um pouco acima do ponto em que este musculo é cruzado pela veia jugular interna.

b) O grupo lateral ou marginal vem do dorso e dos bordos laterais da lingua, dando troncos internos e externos.

Os marginais externos em numero de tres ou quatro, caminham para fora da glandula sub-lingual, perfuram o milo-hioideu, contornando o bordo inferior do maxilar e vão terminar no mais anterior dos ganglios sub-maxilares.

Os marginais internos são mais numerosos em media cinco ou seis, e estão situados para dentro da glandula sub-lingual. Acompanham geralmente as veias ou a arteria lingual, caminhando pela face externa do musculo hipglosso seguindo paralelamente ao nervo grande hipoglosso. Terminam-se nos ganglios da cadeia jugular externa e especialmente em um grande ganglio, supra-homo-hioideu situado abaixo do tronco tiro-linguo-facial.

c) O grupo basal, constituido em numero de 7 ou 8 grossos

colectores, via principal dos linfáticos da lingua, começa na zona das papillas caliciformes. Divide-se em laterais, sendo dois para cada lado e em medianos, 3 ou 4. Após ter atravessado em alturas diversas as paredes da faringe, êles terminam-se como no grupo precedente, nos ganglios da cadeia jugular interna e no ganglio chefe.

d) O grupo central ou mediano é impar e origina-se na parte media da rede dorsal do corpo da lingua. Desce na linha mediana, entre os genio-glossos e o genio-hioideu, segue pela face profunda do milo-hioideu e aparece na loca sub-maxilar, apresentando neste percurso, pequenos ganglios, ditos "Intra-linguais". Em seguida passa atraz do musculo digastrico para ir terminar nos ganglios da cadeia jugular interna e no ganglio chefe, estendendo-se até ao ganglio subjacente e ao musculo omo-hioideu.

Resumindo o que minuciosamente ficou esclarecido, concluo que:

Os ganglios supra-hioideus, recebem os linfáticos da ponta da lingua;

Os ganglios sub-maxilares, recebem os linfáticos dos bordos laterais e da parte marginal da face dorsal da lingua;

Quasi a totalidade dos linfáticos da lingua, terminam nos ganglios da cadeia jugular externa e com especial no ganglio chefe ou ganglio supra-omo-hioideu.

Resultado duma preparação anatomica dos linfaticos da lingua

Na preparação executada,verifiquei que os vasos linfaticos da lingua eram constituídos por colectores aferentes aos seguintes ganglios:

- a) pequenos ganglios localizados na região supra-hioideia media.
- b) grupos ganglionares,situados em sua maior parte sobre a porção anterior e externa da glandula sub-maxilar.
- c) um ganglio volumoso,localizado entre a arteria carotida externa logo na origem,e a veia jugular interna, abaixo do tronco venoso tiro-linguo-facial de FARABEUF chamado ganglio chefe.
- d) tres ganglios ao longo da face externa da carotida primitiva.
- e) finalmente tenho a assignalar a presença de dois ganglios na região carotidiana,para ~~xxx~~ fóra de veia jugular interna e para dentro do musculo esterno-cleido-mastoideo.Muitos ganglios da região carotidiana, não receberam a injeção,provando este facto que os vasos linfaticos da lingua não são aferentes,directos, a esses ganglios.

PROPAGAÇÃO DO CANCRO

Invasão ganglionar.

O epiteloma da lingua sendo um tumor maligno é quasi sempre secundario e apresenta nucleos que têm por origem um enxerto Intra-Ganglionar de celulas cancerosas, procedentes de um nucleo primitivo e transportado pela linfa, dando em resultado a invasão ganglionar logo apoz o periodo inicial da doença.

Os canais linfaticos servem de via de transporte, sem que no entanto as suas proprias paredes sejam a séde para o enxerto canceroso. O sistema linfatico é geralmente invadido por contiguidade, de uma forma demasiadamente precoce. Feito o corte histologico em um colector linfatico contaminado pelo cancro, e levado ao microscopio, observa-se uma serie de placas cancerosas e sobrepostas umas ás outras em toda a extensão do vaso, dando a impressão de uma pilha de moedas.

No que diz respeito á rapidez da propagação do mal, pela via linfatica se pode estabelecer uma media de 60 a 70 por cento dos casos.

	Casos	Invasão precoce
SACHS em	100 observou	71
ROEDIGER "	31 "	22
POIRIER "	22 "	13

Os ganglios cancerosos são geralmente hipertrofiados e ao inicio da invasão, apresentam uma mobilidade reciproca.

Passado algum tempo unem-se intimamente uns aos outros, apresentando um aspecto arredondado e irregular.

As células epiteliomatosas chegam aos ganglios apoz terem destruido pouco a pouco a sua resistencia capsular. Chegadas aos ganglios, as células cancerosas ahí existentes, entumescem os vasos linfaticos, diminuindo-lhes a resistencia organica e tornando-os acessiveis ao enxerto canceroso, que se passa em condições favoraveis.

Feito o corte em um destes ganglios, observa-se a presença de um succo espesso a que NEUPVEU, chamou "pureo epitelial". Os ganglios podem tambem ser invadidos por células cancerosas esparsas, conduzidas atravez da corrente linfatica e que produzem embolias a distancia.

Os ganglios linfaticos que correspondem a um tumor canceroso, são sempre modificados, não se podendo julgar da natureza das suas alterações anatomicas, pelo aspecto exterior dos mesmos.

SOUPAULT e MARCEL LABBE classificaram em tres variedades os ganglios situados nas vizinhanças do cancro.

- a) Ganglios sãos, mas em estado de hipertrofia funcional. É uma alteração precancerosa ou paracancerosa.
- b) Ganglios infiltrados pelos microbios piogenos ou pela tuberculose. No periodo da ulceração é facil compreender que o cancro possa ser infestado secundariamente pelos microbios patogenicos que normalmente pululam na superficie da pele e das mucosas, ou mesmo por microbios de uma infeção accidental.

CORNIL estudando essas applicações secundarias, obser-

vou nos epitelomas: supuração, acumulações de leucocitos polynucleares, não dando a olho dsarmado apparencia de puz e finalmente inflamações sub-agudas e cronicas.

- c) Ganglios cancerosos. No cancro unilateral da lingua, se bem que a lesão muitas vezes pareça localisada a uma metade desse orgão, os ganglios do lado oposto podem ser igualmente invadidos. Mais commumente os ganglios invadidos são os "infra-mentonianos", "submaxilares", "carotidianos" inferiores e superiores ou parotidianos.

Nos linfaticos das mucosas e dos musculos da lingua, alem da anastomose que se faz largamente entre êles, do mesmo lado, estabelece-se tambem um meio de comunicação anastomotica com os linfaticos do lado oposto.

Este facto é observado em um terço dos casos, pouco mais ou menos devido á existencia dos pediculos linfaticos, impares e medianos, que se torna responsavel pela marcha dessa evolução. A invasão pode ser distante e descontinua. Resalta d'ahi a grande importancia de ser feito um exame cuidadoso nas regiões sub-maxilar e carotidiana dos dois lados.

Os ganglios da cadeia jugular, desde o ventre posterior do digastrico até ao musculo omo-hioideu, podem ser atacados antes dos ganglios sub-maxilares, o que de algum modo, destroe a opinião de certo numero de autores que afirmam serem os ganglios sub-maxilares, os primeiros ameaçados.

Quando o cancro se acha localisado na ponta da lingua, os ganglios sub-mentonianos são os que primeiro se degeneram.

A rede dos linfáticos mucosos é continua e estende-se à totalidade da lingua, podendo ser infectada em toda a sua extensão, por um só ferimento ou uma unica via de entrada.

Invasão visceral e generalisação

Embora determinadamente localizado o cancro da lingua, enfraquecendo todo um organismo, e favorecendo o ataque ás visceras, por uma serie progressiva de enxertos, quando não operado logo no seu inicio.

Em presença do tumor maligno, a resistencia arterial, contra a invasão neoplasica, consiste em um consideravel espessamento dos tecidos, conjunctivo e elastico, das suas paredes.

Com as veias já se não passa o mesmo; as tunicas são invadidas e destruidas pelas celulas cancerosas, que uma vez introduzidas no interior, sob o aspecto de saliencia, dão origem á formação do trombo.

As partes destacadas de uma neoplasia, podem, por embolia, graças á corrente sanguinea, enxertar á distancia o tumor.

Diz uma lei classica que o cancro da lingua, não dá metastase afastada. Esta afirmação parece-me exagerada.

Se é dado compreender e admitir a auto-intoxicação do doente, pela reabsorção dos productos do tumor esfacelado, facil é crer no transporte dessa materia em partes mais ou menos afastadas. Basta só por si este raciocinio para combater essa lei.

Nas estatisticas de KOCHER, ROGER e WILLIAMS, encontra-se o epitelioma da lingua, dando metastase visceral, numa pere

centagem de 1 para 10.

Tambem é verdade que o cancro da lingua, invadindo os linfaticos regionais, mata antes de determinar as metastases viscerais.

TERAPEUTICA DO CANCRO

Terapeutica Medica.-

Entre varias indicações que por algum tempo iludiram a boa fé dos medicos,destacam-se no reino animal: a cantaridá da;no reino vegetal:a phitolacca,a cinoglosse,o chelidoneo, etc.;na quimica inorganica;o arsenico,bromio,phosphoro,ouro, mercurio,iodo,etc.;na quimica organica:o alcool,as côres de anilina,ormalina,etc.;na fisica,a luz,a electricidade,o calor e o frio.

RICHET recorreu aos soros animais,aos soros vegetais, a neetrianina,etc..GORDON tendo empregado folhas de violetas maceradas,diz ter conseguido melhorar varios casos de epitelioma da lingua.Largo emprego tiveram os agentes causticos. ROBINSON aconselhava a chelidonea como tendo ação quasi especifica.Varios acidos: fenico,camico,chromico,nitrico e picrico; o Mirmol,o oelo phosphorado,o nitrato de prata,o arsênico metharsol,chloreto de zinco e uma infinidade de medicamentos,tiveram adeptos que viram mais tarde a pouca eficacia destes agentes.

Quanto á cauterisação por meio de substancias toxicas ou causticas,forçoso é notar que se tem abusado deste tratamento,empregando-o indistintamente em todas as lesões da lingua sem avaliar o grande perigo a que se expõe o doente,pondo em jogo a sua propria vida.

As irritações resultantes destes tratamentos, podem agir de forma a transformar lesões benignas em epitelomas e sendo antes uma causa predisponente em vez de um elemento curativo. O emprego do iodureto de potássio é sem dúvida nocivo para as lesões epiteliomatosas. Quando por este meio se procura sanal-as, nada mais se consegue do que as activar. A administração feita por via intravenosa, de uma mistura de selenio e eosina é de nenhum efeito.

A radioterapia que faz verdadeiras maravilhas no tratamento dos epitelomas da face, até hoje nunca registou um só caso de cura em cancros da lingua.

SEBILEAU afirma que o tratamento radioterapico não tem nenhuma eficacia sobre os epitelomas das mucosas. Se alguma vez se apresentar a duvida, fazendo crer numa sífilis, é necessario vencel-a com a maior brevidade possivel.

A reacção de Wassermann será a centelha que inesperadamente esparge a luz onde é treva. Outrora submetia-se o doente a um tratamento energico, de injeções mercuriais ou mesmo de iodureto de potássio em dose de 3 a 4 gramas e com o fim unico de sabermos rapidamente o resultado, positivo ou negativo. O tempo perdido em tratamentos intempestiveis, prolongados e inuteis, meras experiencias onde predomina a incerteza, dá margem para que o cancro da lingua se desenvolva e se torne inoperavel. E a responsabilidade profissional é posta em jogo.

TERAPEUTICA CIRURGICA

Só a excrescência precoce, larga e logicamente conduzida, dá resultados incontestáveis no tratamento do cancro da língua. É um meio esperançoso de cura que se proporciona ao doente e a esperança é sempre humanitária em se tratando de males desta natureza. Triste é confessar que não pequeno numero de médicos se recusam a aconselhar a operação aos seus doentes, e que muitos cirurgiões evitam praticá-la, para não arcar com a responsabilidade de insucessos que porventura possam sobrevir. A intervenção nas condições indicadas deve ser feita desde que o doente recorra á sciencia, procurando um profissional, logo ao inicio da molestia, quando uma diminuta erosão, uma ferida úlceraçada em começo ou mesmo uma pequena saliência, nos conduza a pensar num cancro inicial. A biópsia impõe-se sem perda de tempo. O diagnostico positivo aclarando uma situação dubia, aponta ao cirurgião, que o seu dever moral e profissional é intervir, afastando por esta forma uma vida do caminho da morte martirisada que o espera.

O limite terminal da operabilidade, coincide com a aparição da linfagite cancerosa, que se observa geralmente algum tempo depois da fase inicial. É rara a observação de ganglios, não acometidos quando o tumor está em seu franco desenvolvimento. Quando a glandula e os ganglios sub-maxilares já estão invadidos e embora reconheçamos que se vai intervir, em

condições pouco favoráveis, deve levar-se a efeito a operação fazendo-se o esvaziamento ganglionar bilateral tanto amplo quanto possível e até dos ganglios macroscopicamente sãos.

Esta maneira de proceder justifica-se por haver já constatado alguns casos em que a recidiva não se apresentou imediatamente.

A lesão dos ganglios carotidianos é o prenuncio certo de adiantamento ou melhor da generalisação do mal, sendo uma contra-indicação da operação.

FILLAUX considera inoperavel o cancro da lingua que se estendeu ao assoalho da boca, tendo transposto a barreira dos hilo-hicideos.

No entanto o notavel cirurgião e professor PAUCHET, d'Amiens, não se detem em operar quando se trata dos cancros da lingua. PAUCHET opera em qualquer fase da molestia, contanto que o doente apresente alguma condição de resistencia, conscio de que cumpre um dever de cirurgião ao invés dos que abandonam o doente.

Nestas intervenções a anestesia que êle prefere é a para-vertebral que não agrava o estado bastante grave do doente. Cinco dos doentes que fôram operados em periodo adiantado da molestia, passado oito mezes não apresentavam reprodução. Escudados só pela ideia de fazer bem, sedente de fortalecer a moral combalida e minorar cruéis padecimentos, permite-se forçar os limites marcados para a operabilidade, quando se tem por

guia, um raio de esperança que agude a vontade do cirurgião.

TECHNICA-OPERATORIA

Varios são os processos usados na intervenção do cancro da lingua.

A intervenção pode ser feita por via lateral ou bucal, por via artificial ou supra-hioideia, e via mixta.

Estudando de um modo geral os processos hoje applicados, escuso de descrever as antigas indicações de MARCHETTI de Padua, de INGLIS LANGENBECH, o esmagador de CHASSAINAC melhora-do por MIDDLEFORD, ~~xx~~ que tiveram partidarios durante alguns annos, estando hoje completamente abandonados.

Farei a exposição minuciosa da operação de POIRIER, BUTLIN, que parece a mais eficaz.

Em todas as intervenções torna-se necessario preparar previamente o doente.

Além das condições indispensaveis geralmente empregadas em cirurgia, no caso sujeito, deve-se submeter o doente a uma rigorosa asepsia da cavidade bucal, obturando os dentes cariados ou extraíndo-os, bem como as velhas raizes e aconselhando a lavagem repetida da boca e limpeza dos dentes com escova e liquidos antisepticos.

A exeresse deve ser praticada com instrumentos cortantes: tesoura ou escalpelo.

LE DENTU defendeu o emprego do galvanico-cauterio que tem a vantagem de fazer uma incisão hemostatica. Os tecidos

seccionados por esta forma não se cicatrizam pela primeira. intenção, causa suficiente para contra indicar este processo. Quando a amputação total, se procede á secção dos pilares anteriores da lingua, pode dar-se a queda brusca deste órgão sobre o orificio superior da laringe, determinando a asfixia no decurso da operação. Este accidente é evitado, desde que logo ao iniciar a operação, haja o cuidado previo de atravessar a ponta da lingua com um fio resistente, confiando a um ajudante que o mantem firme durante todo o tempo da operação. Também se pode atar o fio nos dentes do proprio paciente.

A penetração do sangue nas vias aereas, provocando a tosse e mesmo a asfixia, é um obstaculo vencido pelas indicações de POIRIER-BUTLIN descritas mais adiante.

A amputação da lingua pode ser total ou parcial.

A amputação parcial quando feita isoladamente, não apresenta grandes vantagens.

A incisão varia com os casos, de acôrdo com a localização do epitelioma. Geralmente é na parte antero-lateral que se encontra fixo o foco canceroso. Não se deve proceder á simples secção transversal da porção anterior da lingua, é preferivel que se faça a recepção cuneiforme em V de BOYER ou angular em L de HUETER, abrangendo as partes lesadas.

Com o auxilio de duas pinças especiais, munidas de dentes nos seus dois ramos (o que impede o escapamento da lingua depois de apreendida), delimita-se o campo operatorio ao mesmo

tempo que é feita a hemostasia, tendo-se o cuidado de fixal-as em uma porção de tecido são. Com dois golpes de tesoura extirpa-se o segmento doente do órgão. Em seguida aproximam-se os bordos da ferida e faz-se a sutura. Comquanto seja este processo classico, mais expedito, não posso deixar de citar a tecnica que vi algumas vezes empregada por um notavel cirurgião. Consiste ela no emprego de uma agulha que é introduzida bem junto ao freio lingual e atravessa a lingua de baixo para cima até chegar á sua porção superior onde recebe um fio que é apreendido na parte media. Em seguida volta pelo mesmo trajecto, apresentando na porção inferior uma alça e na parte superior as duas pontas do fio. Corta-se a alça e aproximam-se as extremidades correspondentes. Torcendo-as fortemente, consegue-se não só limitar o tumor, por uma maior ou menor abertura do angulo formado pelos fios e fazer uma boa hemostasia, como tambem uma ótima sustentação. Retira-se a parte doente e sutura-se a ferida. Este processo, que pode tambem ser empregado para a amputação total, tem a grande vantagem de não exigir instrumentos especiais, podendo ser feito em qualquer emergencia pela simplicidade da sua execução e do material exigido.

O processo de CHASSAIGNAC e WHITEHEAD por via bucal, é usado quando se intervem até ao nivel da epiglote, procedendo-se á ablação total da lingua. A laqueação da lingual, para se conseguir a hemostasia, é feita dos dois lados. Esta opera-

ção é executada em seis tempos: secção dos dois pilares anteriores do veu palatino; secção do ligamento geniano dos músculos gúlio-glossos; secção dos músculos hioglossos feita ao longo da face interna do mandibular e dos músculos do assoalho da boca. Em seguida na parte recurvada da incisão, pinça-se a arteria lingual e finalmente incisa-se o órgão transversalmente á base, fazendo-se a sutura.

JAEGER para ter mais franco acesso á parte posterior da lingua, aconselha a intervenção via bucal, e através a região da bochecha, tendo por fim aumentar o campo operatorio. Fende-se a bochecha por meio de uma incisão que une a commissura labial ao lobulo da orelha, ao nivel da base da apofise mastoideia sem atacar o bordo anterior do masseter, afim de poupar o canal de Stenon. MAISONNEUVE praticava esta operação com incisão bilateral.

O processo do REJNOLI - BILLROTH - VRENEUIL por via supra-hioideia, em fazer um largo detalhe sub-maxilar em forma de ferradura seguindo o bordo inferior do osso. Depois de se ter feito a ablação da glandula sub-maxilar, o terreno operatorio fica largamente aberto. Para melhorar as condições da região basta cortar os músculos milo-hioideu e digastricos. O musculo digastrico do, lado oposto deve ser poupado, pois que o sacrificio dos dois digastricos implica com o funcionamento do mandibular; os dois musculos hioglossos são cortados trans-

versalmente. Com o auxílio de uma tesoura corta-se o ligamento glosso-stafilino e finalmente divide-se as pregas glosso-epiglóticas e glosso-faríngeas.

Depois de traçarmos este longo retalho faz-se passar a língua para fora supra-hióideia. Seccionado o assoalho da boca, procede-se em seguida á secção antero-posterior da língua e cortam-se os musculos que a sustentam.

Suturada a ferida lingual, sutura-se depois o assoalho da boca, a ferida cervical e faz-se a drenagem. A infeção possível da ferida cervical pela secreção bucal é de tal gravidade que não compensa o franco acesso á região.

O processo de WALLAS feito por via transhióidiana, nada mais é que uma variante de intervenção que ficou descrita. Não tem valor real, visto o caminho ser estreito e não dar acesso á loca ganglionar.

SEDILLOT e KOCHER fizeram a intervenção por via transmaxilar-mediana, constando de seis tempos: incisão das partes moles; secção do maxilar inferior ao nível da sínfise; separação das duas metades do maxilar e a secção da mucosa bucal; ablação das partes doentes e da sutura. Este processo permite uma drenagem exacta e poupa os musculos da deglutição.

LETERGET, para os ossos de cancro da base da língua, que se estendem á epiglote, empregou um processo resultante da combinação das intervenções transmaxilar mediana e transhióideia.

ROUX, SYME e SEDILLOT são de parecer que a incisão no processo de LETARGET seja feita na linha mediana, ao passo que RICHET, LANGENBECH, BILROTH e BOECKEL opinam para que a incisão seja feita fora da linha mediana.

Pelo processo de ROUX e SEDILLOT, descobre-se o assoalho da boca serrando o maxilar sobre a sinfise e fazendo em seguida a disjunção de suas duas metades. Quando a secção do maxilar inferior é feita ao nível do raio montante, este método é chamado "Maxilar-lateral".

MORESTIN intervem, fazendo a operação em tres tempos: ablação dos ganglios cervicais de um lado com a laqueação da carotida externa correspondente; ablação dos ganglios cervicais do outro lado com a laqueação da carotida externa; cicatrização das feridas cervicais ablação do tumor da lingua.

A infeção da ferida apresenta-se com probabilidades, visto ser feito o ataque aos espaços salulosos, ao assoalho da boca e aos ganglios.

MORESTIN acusa 16 casos de cura em 16 de intervenção.

A incisão é feita ao nível da porção longitudinal do pescoço.

O processo que preconizo como sendo melhor é de POIRIER BUTLIN .

O nome do emerito cirurgião BUTLIN figura ao lado de POIRIER por ser aliado á operação deste uma laringotomia estreita, como meio de impedir que o sangue passasse para a fa-

ringe e laringe, provocando a tosse além de outros fenomenos, como a asfixia, que constituíam obstaculos impertinentes para o cirurgião.

A laringotomia é inter-crico-tiroideia, feita com o auxilio de uma canula nos seguintes tempos: secção transversal da pele; punção da membrana, com uma sonda canelada de extremidade cortante; introdução de um dilatador e em seguida a canula montada sobre um guia que torna o seu manejo facil. A canula fica coberta por uma compressa cloroformada, durante o tempo necessario para se proceder á extirpação do neoplasma e a sutura da lingua. Uma esponja introduzida na faringe impede o sangue de ir ter á laringe.

POIRIER fez uma rapida modificação, aguçando a extremidade ovoide de um mandarin, transformando-o em trocate, sobre o qual é montada a canula. Logo depois da secção da pele, este cirurgião pratica a laringotomia por punção directa da membrana inter-crico-tiroideia. É trabalho de alguns segundos e a punção feita por este processo, tem por fim introduzir a canula, bem de encontro, resvalando mesmo sobre as paredes da laringe, para evitar ou ao menos diminuir o acesso de sangue á trachea, o que não é facil de se conseguir se tiver introduzido primitivamente um dilatador. A rapidez e a facilidade com que se procede na punção da laringe, só pode ser avaliada pelos que já tenham visto fazer uma vez. A operação terminada retira-se a canula e o operado respira pela boca. A ferida da la-

ringe cicatriza-se rapidamente. A intervenção propriamente dita aconselhada por POIRIER, respeita a integridade do assoalho bucal e permite um fácil isolamento entre a boca e a ferida cervical, condição que a torna superior a qualquer outro processo.

Tem-se um tempo preliminar feito com duas longas incisões cervicais de cada lado, para que se facilite a ablação bilateral das cadeias ganglionares, sub-maxilares, jugulares e carotídeas.

A primeira incisão é vertical e acompanha o bordo anterior do musculo externo-cleido-mastoideo. Mede 15 a 20 centímetros de extensão, indo da ponta da apofise mastoidea, um centimetro atraz do angulo do maxilar até dois dedos travessos acima da articulação externo-clavicular, região em que se faz a laqueação e a secção da veia jugular externa. A segunda incisão é transversal e mede 8 a 10 centímetros. Começa um centimetro para fora da sínfise do mento, segue a direção horison-tal, até encontrar a primeira, com a qual forma um angulo recto ao nivel do bordo superior da cartilagem tiroidea.

Estas incisões cortam as partes moles até á descoberta da loca vascular. A disseção começa a ser feita na porção inferior, sobre o externo-cleido-mastoideo, justamente onde elle é desprovido de bainha e ligeiramente desviado para traz. Para diante do bordo anterior do musculo encontra-se o feixe vasculo nervoso. Descoberta a jugular e a carotida, ao nivel daquela

indo de baixo para cima da-se inicio á extirpação da cadeia ganglionar que se encontra no espaço, situado entre os musculos que se inserem na laribge e o externo-cleido-mastoideu, e onde existem normalmente os ganglios onde terminam os linfaticos da parte anterior da lingua. Continuando, chega-se á região carotidiana externa onde os ganglios são numerosos e volumosos. Neste ponto faz-se a laqueação da lingua e da facial na origem ou ainda melhor, da carotida externa acima da origem da thyroidiana inferior, precaução facil de realizar-se no curso da extirpação dos ganglios que se conduzem sobre os vasos desta região. Obtem-se por esta forma uma excelente hemostasia. Ao proceder á secção do tronco venoso tiro-linguo-facial, feito entre duas laqueações deve-se poupar a carotida, nervo hipoglosso e a veia jugular, que frequentemente acham-se muito juntas. A disseção continua até ao buraco lacero-posterior, junto ao prolongamento faringeo da glandula carotida. Repetem-se estas manobras para o lado oposito. Em seguida pesquisa-se cuidadosamente pequenos ganglios endurecidos, entre a sínfise e o osso hioide, para fora, para dentro e ao longo do grande corno, e tambem na espessura do musculo hipoglosso. Finalmente retiram-se os ganglios submentonianos, que se acham alojados nos intersticios dos musculos genio-hioideus.

Para maior segurança do trabalho, só se devem fazer as laqueações no fim da operação, para que o profissional não se iluda, deixando como já tem acontecido, metastases pequenas,

julgando tratar-se dos nós das ligaduras. A curetagem deverá ser feita com o dedo ou melhor com uma tesoura curva e romba que é um instrumento precioso quando os ganglios estão maduros. Quando ha adherencias o emprego de instrumentos aguçados, pode ocasionar uma lesão no vaso e consequente uma hemorragia. A drenagem é indispensavel para que se dê a evacuação do liquido seroso linfatico. Uma vez cicatrizada a ferida cervical, procede-se á amputação da lingua, parcial ou total.

Devido á grande vitalidade de que gozam os tecidos da lingua pode excoitar-se a amputação deste orgão. A ferida cicatrizar-se-ha ao fim de doze ou quinze dias, permitindo fazer a irradiação ganglionar bilateral. Apoz ter sido feita a operação, o primeiro cuidado que deve ter o operador, é o de fazer um isolamento completo entre a ferida cervical e a cavidade bucal. A lavagem da boca continua a ser feita repetidamente. As ataduras no pescoço devem ser renovadas com frequencia. O doente é alimentado por meio de uma sonda ou oesofagie, introduzida pela narina, mas que deve ser retirada logo que seja possível normalizar a alimentação. O emprego da radioterapia, posteriormente feito, sobre cicatrizes deixadas, tem dado resultados satisfatorios, sendo um bom elemento auxiliar.

BUTLIN fazia a limpeza ganglionar sómente do lado do pescoço que correspondia á porção doente da lingua, o que colocava esta intervenção em condições de inferioridade ante a indi-

cação feita por POIRIER.

As estatísticas de BUTLIN referentes a 70 casos do cancro da lingua, publicada no "Manual Operative Sur Gery", de John Fairbain Binnie, é a seguinte:

	Doentes
Morte post-operatoria	6
Ausentou-se sem dar noticias	1
Apresentaram recidiva na boca	9
Morte por abandono da operação, visto não ter sido possível tirar as glandulas que já estavam completamente invadidas	7
Morte por se ter deixado a glandula sub-maxilar, que constituiu o foco da recidiva	6
Apresentou-se com cancro do lado oposto da lingua	1
Morte por invasão das glandulas do lado oposto do pescoço	2
Decorridos tres annos morreram de outra molestia	3
Em estado satisfatorio existem operados recentemente (9 a 14 mezes)	11
Curados sem recidiva tendo passado 4 annos	24

Destes doentes, dez tinham mais de 65 annos e um contava setenta e sete. Decorridos tres annos depois da operação, um afastou-se sem dar noticias e fôram operados recentemente onze que deduzidos aos ~~setenta~~ setenta dá cincoenta e sete casos com 24 curas igual a 42,01 (42,01 por cento).

RIEDEL publicou no "JOURNAL DE CHIRURGIE" em 1912, uma estatística dos doentes operados entre 1883 e 1900

Numero de doentes operados	{	HOMENS	17
		MULHERES	7

	Doentes
Insucessos operatorios	2

		Doentes
Afastaram-se sem dar noticias		3
Sendo novamente atacados pelo mal morreram apoz tres annos		10
Obtiveram cura mais ou menos duravel	{	
	{	(Decorridos 19,18 e 15 annos
	{	(apoz a operação,vivem perfeita-
	{	tamente bem sem perturbação
	{	alguma..... 5
	{	(Morreram de causas diversas
	{ 4

Em Londres,RENDE SHORT deu publicidade a uma estatística registando 38 casos operados,dos quais ha noticias de 29 doentes.-

Operações	Casos	Morte Operato- ria.	Morte por cachexia e recidiva.	Recidi- va	Cura 3 annos apoz a opera- ção
Ablação parcial	10	1	6	2	1
Ablação total	2	0	2	0	0
Ablação parcial se- guida da extirpa- ção das cadeias ganglionares	17	1	5	5	6
Afastaram-se sem dar noticias	9	-	-	-	-

Ante esta estatística verifica-se que a mortalidade operatoria é minima ou seja de 5,3 em 100 casos.É ainda ela, que vem confirmar o grande valor da retirada precoce do neoplasma seguida do esvaziamento ganglionar,apresentando apoz 3 annos uma percentagem igual a 35,3 de cura em 100 casos.Em 12 casos em que os ganglios fôram deixados,houve sómente o registo de 1 caso de cura.

PROGNOSTICO

O cancro da lingua é de prognostico fatal desde que o seu desenvolvimento não seja obstado precocemente, pela operação indicada. Não sendo feita a intervenção, ao fim de 16 ou 18 mezes o mal evolue e chega ao ponto terminal, ponto em que sobrevem a morte pela cachexia.

A glycogenese embora seja uma função geral das células, a sua aparição revela um indicio de actividade anormal e exagerado, passageiro ou persistente, observado nos tecidos que se desenvolvem rapidamente. O coeficiente glycogenico, permite estabelecer a gravidade do neoplasma, podendo-se firmar o prognostico com este dado. Em um organismo adulto, mas onde ainda se observa traços de mocidade, a evolução do cancro da lingua é muito rapida e o prognostico torna-se extremamente grave. Na velhice, a marcha da molestia é tanto mais lenta quanto mais avançada é a idade do doente.

O tecido conjunctivo perdendo a sua vitalidade e o seu poder de resistencia antes dos epitellios, não obsta á proliferação destes.

TIERSCH considera este desenvolvimento como uma consequencia da evolução senil.

CRITZMAN adepto da proliferação da celula epitellial, devido a atrofia do tecido conjunctivo, não comprehende porque a evolução senil sendo generalisada, os cancores primitivos

nunca são múltiplos e disseminados. Desde que se reconheça que a senilidade não sendo causa bastante por si só, dá origem ao cancro, contudo coopera para esse fim, destruindo o aumento entre os diversos tecidos, que em face duma célula de poder carcinogénico preexistente no órgão, o torna facilmente acessível á invasão cancerosa que ahí se implanta. Feita a intervenção a tempo, o prognóstico modifica-se muito, sendo possível prolongar a vida do doente, sem mais ligeiro sofrimento.

Os doentes nos quais se procede á extirpação ganglionar, possivelmente completa, não ficam isentos de serem novamente afectados.

Nova invenção do mal registada por:

DELBERT.....	apoz 10 annos
KOCHER.....	" 11 "
TERRIER.....	" 14 "
BUTLIN.....	" 10/15 annos
RIEDEL.....	" 18/19 annos.

Mesmo quando o operado se apresenta novamente com o mal, éle lucra por vezes com a operação. Além do prolongamento da vida sobre os não operados, observa-se em uma media de 50 por cento dos casos, a nova afeção localizar-se mais frequentemente nos ganglios, poupando as dores atrozes e o horroroso cortejo sintomatologico.

PIERRE WIART relativamente á sede das novas afeções, publicou o seguinte relatorio de 14 casos observados:

Casos.-	
Boca.....	3
Ganglios.....	7

	Casos.-
Boca e ganglios.....	3
Coluna vertebral.....	1

A adenopatia secundaria que é frequente quando se não procede á extirpação dos ganglios, mesmo os que são considerados intactos, juntamente com a glandula sub-maxilar, é nos casos em que a cirurgia é completa, o testemunho de que a operação foi realizada tardiamente, não tendo sido possível evitar o ataque das celulas em migração aos ganglios.

A pneumonia consequente da deglutição das secreções ou mesmo dos detritos do tumor, Schluckpneumonia, é atribuida a causa de morte mais frequente nesta afeção.

CONCLUSÕES.-

O cancro da lingua, molestia de maxima gravidade, apparece geralmente entre os quarenta a sessenta annos e acomete com mais frequencia os homens. É imprescindivel o diagnostico precoce.

A par da sintomatologia clinica, só a biopsia é o meio seguro, capaz de permitir um diagnostico exacto no periodo inicial.

O tratamento clinico pelo meiss medicos, além de ser de absoluta inutilidade, pode contribuir para agravar o estado do doente.

Feito o diagnostico que deve ser precoce, tanto o medico como o cirurgião, não devem exitar em indicar a operação.

A precocidade da intervenção é questão decisiva de vida ou morte.

A escolha da incisão é diferente e tanto faz que se prefira esta ou aquela, quando o fim a que se destina é o mesmo, isto é, a retirada possivel de todos os ganglios intimamente relacionados com a lingua.

Todo o cancro que não tenha passado os limites da lingua, mesmo que tenha invadido os ganglios sub-maxilares e jugulares, deve ser operado.

A operação que preconiso por ser a melhor e a que maiores vantagens oferece é a de POIRIER BUTLIN, que permite o

franco acesso à região dos ganglios do pescoço e respeita o assoalho da boca, isolando completamente a ferida cervical.

A causa mais habitual da morte post-operatoria, é a infecção septica da ferida.

Tratando-se de um cancro localizado sem apresentar microscopicamente nenhuma manifestação ganglionar, como se compreende que depois da operação, que não é senão arecação do tumor e das partes doentes, haja uma reprodução neoplásica?

A resposta ficou exposta no capítulo anterior, mostrando a possibilidade de haver ganglios invadidos que aparentemente simulam estar indenes.

A ablação in loco, da massa cancerosa do tumor inicial, pode despertar as neoformações secundarias em estado latente e evitar o seu desenvolvimento. A intervenção sendo radical, probabilidades se apresentam para que seja sanado o martirio a que se expunha o doente, favorecendo-lhe com a vida por tempo mais ou menos longo.

A estatística de BUTLIN, MORESTIN, RIEDEL e RENDLE SHORT não bastantes para comprovar o grande e real valor da terapêutica cirurgica no cancro da lingua, que apresenta as vantagens quando se aplica no periodo inicial da molestia.

O que acontece ao doente não operado? É a pergunta que julgo dever fazer.

Morre não na tranquilidade de uma resignação, mas num verdadeiro calvario que desperta nos homens um sentimento de compaixão.

Pelo estudo feito da terapeutica cirurgica nos cancerosos operaveis da lingua, admito a tendencia para cura desse mal, quando precocemente é feita uma exeresse completa, em que se procede á ablação das glandulas e extirpação bilateral das cadeias ganglionares intimamente relacionadas com a lingua.

Referindo-me á cura sómente nestes casos, não excluo a ideia da predisposição do organismo que tenha sido invadido pelo cancro uma vez. Opino por essa predisposição, capaz de explicar a possibilidade de uma nova formação cancerosa.

Remanecerei adepto das ideias de cura, nas condições citadas a despeito de poder parecer á critica, uma fantasia. Assim o faço até que os proficientes no assunto provem de uma forma experimentalmente demonstrativa.

I Qual o periodo de vida latente das causas morbidas productoras do cancro dentro do organismo humano ?

II Qual a variação do periodo, possivel, nas pseudo recidivas ?

III Porque forma é explicavel a permanencia no organismo apoz a operação, das causas responsaveis do cancro durante periodos variaveis entre um a desenove annos sem que haja o mais insignificante ataque ofensivo ou paciente X ?

Aguardarei as respostas que ao chegarem será o momento de corrigir as afirmações feitas ou me sentir feliz em vel-as triunfantes.

Não foi pequeno o esforço empregado para a publicação deste trabalho onde clamo bem alto que nunca se olvide os sentimentos humanitarios.

Procurei em cada linha condenar e vencer o pessimismo sem ser optimista, despertando o amor pela vida, reconhecendo não ser licito o indiferentismo para com ela.

Ao terminar o meu labor resumiu-se em uma satisfação intima que me invadiu e me fez crer que contribuo com pouco, muito pouco, mas com alguma cousa, em favor duma pleiade grande de vidas condenada ao horror duma morte desgraçada.

B I B L I O G R A F I A

AN AMERICAN TEXT BOOK OF SURGERY

BERGMANN AND BULLL-SISTEM OF PRACTICAL SURGERY

BINNIE OPERATIVE SURGERY

BOOKENHEIMER AND FROHSE-ATLAS OF TYPICAL OPERATIONS IN SURGERY

BRYANT AND BOCK-AMERICAN PRACTICE OF SURGERY

BRYANT OPERATIVE SURGERY

BUTLIN-DEASESES OF THE TONGUE

ROSE AND CARLESS-MANUAL OF SURGERY

DA COSTA-MODERN SURGERY

DAVIS-APPLIED ANATOMY

DEAVER-SURGICAL ANATOMY

GERRISCH-TEXT BOOK OF ANATOMY

GRAYS ANATOMY

JACOBSONS-OPERATIONS OF SURGERY

JOHNSON-OPERATIVE-THERAPEUSIS

MUMFORD-PRACTICE OF SURGERY

OXFORD SURGERY

PIERSOL-HUMAN ANATOMY

RAWLING-LANDMARKS AND SURFACE MARKINGS OF THE HUMAN BODY

SPALTEHOLZ-HANDATLAS DER ANATOMY MENSCHEN

STEWART-MANUAL OF SURGERY

TAYLOR OPERATIVE SURGERY

THEODOR KOCHER-TEXT BOOK OPERATIVE

THOMSON AND MILLES-MANUAL OF SURGERY

TOLDT ATLAS OF HUMAN ANATOMY

TREVES-HANDBOOK OF SURGICA OPERATIONS

Vista

(a) Souza Junior
Presidente

Lade impermissu

(a) Lopes Martins

Dir.



THEYER-HANDBOOK OF SURGICAL OPERATIONS

TOLLE ATLAS OF HUMAN ANATOMY

THOMSON AND MILLER-MANUAL OF SURGERY

THORAK KÖCHER-TEXT BOOK OPERATIVE

TAYLOR OPERATIVE SURGERY

STEWART-MANUAL OF SURGERY

SPALDING'S-HANDBOOK OF ANATOMY MEMBERSHIP

RAVILING-LANDMARKS AND SURVIVAL MARKINGS ON THE HUMAN BODY

PIERSON-HUMAN ANATOMY

OXFORD SURGERY

MUNFORD-PRACTICE OF SURGERY

JONESON-OPERATIVE-THERAPEUTICS

JAGGERSON-OPERATIONS OF SURGERY

GRAY ANATOMY

GERSHON-TEXT BOOK OF ANATOMY

DEWEY-SURGICAL ANATOMY

DAVIS-APPLIED ANATOMY

DA COSTA-MODERN SURGERY

ROSE AND CARLESS-MANUAL OF SURGERY

WATSON-DEPARTMENT OF THE TONGUE

BRAXTON OPERATIVE SURGERY

BRAXTON AND BOOK-AMERICAN PRACTICE OF SURGERY

BOOKSHELF AND PROGRESS-ATLAS OF TYPICAL OPERATIONS IN SURGERY

BLANKIE OPERATIVE SURGERY

BLANKIE AND BLANKIE-TEXT BOOK OF SURGERY

BLANKIE AND BLANKIE-TEXT BOOK OF SURGERY

BLANKIE AND BLANKIE-TEXT BOOK OF SURGERY

BLANKIE AND BLANKIE-TEXT BOOK OF SURGERY

x
Alfredo Augusto de Rego

A TERAPEUTICA CIRURGICA
NOS CANCEROSOS OPERAVEIS
DA LINGUA

TESE de Doutoramento pela Faculdade
de Medicina da Universidade do

PORTO
