

UM CASO

De amputação espontanea da lingua

Dr. F. Marianno da Rocha
(de Sta. Maria)

Abiatti, branco, casado, natural de Montevideo, com 33 annos de idade.

Antecedentes hereditarios: Filho de casal italiano, tem o pae ainda vivo e forte, com 86 annos de idade. A mãe morreu de um cancro do seio, ignorando o doente a idade; mas em todo o caso depois dos 40 annos. Tem dois irmãos dos quaes um goza saúde e o outro adquiriu ha dois annos um cancro syphilitico que lhe tem dado bastante que fazer.

Antecedentes pessoaes: Tem 4 filhos sadios. Nunca teve doença que o retivesse no leito. Lembra-se de ter tido de uma feita diversos cancros molles, acompanhados de uma adenite de lado direito que suppurou bastante.

Historia de molestia actual.

Em fins de outubro de 1919, trabalhando em concertos da estrada de rodagem no lugar denominado Silveira Martins, 4.º districto de Santa Maria, tendo sentido sede foi se desalterar em um corrego que havia perto, depois de se servir de tal agua, foi que, por accaso, notou acima do ponto em que bebera, cerca de 10 a 15 ratanzas, em estado de putrefacção.

Oito a dez dias após, continuando no serviço, começou a notar que lhe vinha demasiada saliva á bocca e que a toda hora precisava estar cuspidando uma aguadilha que cada vez augmentava mais, sentindo que pouco a pouco tinha maior difficuldade em cuspir. Ao mesmo tempo, começava a doer-lhe a base da lingua. Em meados de Novembro, vendo que seu mal não cedia a remedios caseiros, resolveu vir a S. Maria afim de consultar.

Abiatti é um homem de estatura regular, de porte franzino. Tem a palavra ar-

rastada e traz a mão um lenço grande com o qual a toda hora apara a agua que lhe escorre da bocca.

Sabendo ja de sua historia passo ao exame da bocca. Cheiro repugnante, ex-hala sua cavidade buccal que é com alguma difficuldade aberta. A lingua não se apresenta, espatulada como normalmente; o dorso apresenta-se antes elevado e ha como um desvio para o lado direito. Pedindo-lhe para que ponha a lingua para fóra o doente não o consegue nem mesmo mover-lhe a ponta. Os dentes são sujos. Nada ha nas bochechas, nem na abobada palatina.

Na porção posterior da lingua o exame denota, mais para a lado direito, uma ulceracção profunda e dolorosa; o doente queixa-se que até o ouvido direito lhe dóe.

Convidado a ficar na cidade para poder ser melhor observado e tratado, diz que não pôde.

Receito-lhe, suspeitando tratar-se de syphilis, Xarope de Mauriac e gargarejos com clorato de potassio, e peço-lhe que me appareça logo que acabe o remedio.

Entretanto o doente não melhorou, tendo por sua conta mandado buscar na pharmacia ainda o mesmo xarope.

Em Março de 1920 volta. O estado da bocca é muito peor. A ulceracção havia augmentado; ha difficuldade de abrir a bocca, embaraçando o exame. A salivacção é intensa e o cheiro nauseativo.

Resolvo então fazer-lhe uma serie de injectções de 914 a que o doente se submete, sem comtudo tirar resultado, insistindo ao terminar a serie, durante o intervallo da qual lhe fiz diversos tratamentos locaes, em voltar a Silveira Martins durante alguns dias.

Perco de vista o doente, até meados de Abril, quando me apparece dizendo que a "língua caíra". Soube então que, notando ter a ulceração augmentado voltara a cidade mas sabendo que eu me achava doente de cama, retornara á casa sem se fazer examinar por outro medico. A ulceração continuando a crescer terminou por desprender-se a língua, sem que tivesse havido, em tempo algum "hemorragia".

Traz elle a língua que cahiu: é apenas uma substancia dura e preta sem caracteristicos.

Ao examinal-o nessa occasião encontro-o emmagrecido; o fetido da bocca, é o mesmo assim com a salivação. Comprehende-se relativamente bem e que diz. Ha difficuldade em engulir.

Mando fazer embrocações com pyocianase: desaparece depois de algumas applicações o fetido. Insisto ainda em fazer-lhe injeções de calomelanos, sem resultado.

Difficilmente abre a bocca. Dentadura perfeita. As gengivas não foram atacadas. Não ha vestigios de lingua, o soalho da bocca se apresenta com granulações. Amygdalas e pilares anteriores desapareceram. Úvula muito, edemaciada. Consegue-se ver a epiglote. O doente percebe o gosto das comidas. Ao se alimentar seguidamente vem-lhe tosse.

Ha ganglios sub-maxilares que dos primeiros exames não se percebiam, embora procurados.

Fago-lhe injeções de tartaro emetico, que não impedem o progresso da molestia.

Apezar de ter desaparecido a fetidez o doente continua a se alimentar mal e a doença a progredir: o desaparecimento das partes molles do soalho da bocca prosegue, o pharynge é invadido, a difficuldade de abrir a bocca é cada vez maior, o maxillar inferior tambem alterado vai pouco a pouco se deformando tendendo os 2 ramos a se aproximar um do outro. Os incisivos inferiores cahem e dá-se a fractura do "maxillar na linha mediana". Aos progressos da doença o paciente vem a fallecer em 18 de Junho de 1920.

Restos dos pilares e das amygdalas e fragmentos do soalho da bocca são retirados

conservados em diversas soluções, assim como a língua que foram enviados para o Rio, afim de serem examinados. Ainda não recebi os resultados dos exames microscopicos. Esfregaços feitos por diversas vezes nada mostraram de caracteristico.

Parecer

Srs. Collegas.

Outro que não eu devia ter sido designado para dar parecer sobre o caso de "amputação espontanea da lingua", trazido a esta Sociedade pelos nossos illustrados consocios Dr. Pereira da Silva e Dr. Mariano da Rocha e observado por este em Santa Maria.

E de consciencia o digo — qualquer outro de vós o faria brilhantemente — ao passo que ides ouvir descorado e vacillante amontoado de hypotheses, que a pequenez do meu engenho não soube vos descortinar a verdade diagnostica, existente certamente nas entrelinhas do trabalho apresentado.

Com a franqueza e a lealdade que deve presidir ao espirito medico de critica, permitam os collegas que nos deram conhecimento do caso, que me confesse incapaz de vislumbrar pontos de apoio para diagnostico differencial na observação escripta, em men entender de insufficiencia desesperadora, por isso que dá a perceber por vezes o deficit do meu tino clinico, por vezes o desejo do seu autor em aquilatar da argucia desta Sociedade — no acertar juizo sobre o enigmatico caso de sua clinica.

Por vós — mais do que por mim — lastimo assignar estas linhas...

E' phrase muito repetida — ser o laboratorio indispensavel á clinica, emprestando-se-lhe o papel decorativo — como moldura de quadro...

No caso em estudo, julgamos nós ser elle a tinta com que se pintará o assumpto, velho ou novo, de seu painel...

Na falta de dados laboratoriales, na escassez de informes clinicos, consequencia natural em observação discontinua do do-

ente, só vos posso suggerir hypotheses, esperando do vosso douto discutir opinião segura sobre o assumpto.

Resumo da observação.

Individuo de raça branca. Natural de Montevidéo, com 33 annos de idade.

Em seus antecedentes hereditarios consta um caso de tumor maligno (sua mãe), e syphilis em um irmão (adquirida).

De seus antecedentes pessoases — tão somente cancro venereos.

Por lhe terem apparecido, em fins de outubro de 1919, sialorrhéa abundante, difficuldade em cuspir, dôr na base da lingua, conjuncto este attribuido por elle ao facto de se ter servido de aguas contaminadas, procura o nosso distincto collega.

Pelo exame procedido nos são fornecidos os seguintes informes: estatura regular, de porte franzino, palavra arrastada, fetidez na bocca, trismus, deformação da lingua, desvio da mesma para a direita, motilidade, sinão abolida ao menos muito diminuida, dôr no ouvido direito, e como lesão principal — ulcera profunda e dolorosa, na porção posterior da lingua, á direita.

Suspeitoso da origem syphilitica da lesão, o collega institue tratamento especifico (xarope de Mauriac) e mais gargarêjos com solução de chlorato de potassio.

Quatro mezes depois (Março) volta o doente. Suas peoras são assignaladas, a ulcera muito augmentada, assim como o trismus; sialoréa e fetidez da bocca persistentes.

O paciente sugeita-se á uma serie de injectões de Neo-salvarsan. Ao mesmo tempo lhe são feitas applicações locais.

Mez e meio depois (Abril) vem elle annunciar ao collega, a "queda da lingua" entregando-lhe uma "substancia dura e preta sem caracteristicos".

Está emmagrecido. A salivacão e a fetidez sem modificação. Difficuldade no deglutir.

Ao exame do paciente nota a falta da lingua e o "soalho da bocca se apresentando com granulações". As amygdalas e pilares anteriores desapareceram. Uvula muito edemaciada. Consegue-se vêr a epiglottle. Ha ganglios sub-maxillares perceptíveis.

Não houve hemorrhagia durante todo o periodo de molestia.

O collega insiste com o tratamento anti-syphilitico (injectões de calomelanos). O estado da lesão sem apresentar differença, resolveu uzar injectões de tartaro emetico, que tambem não detem a marcha destruidora. O soalho da bocca é invadido assim como "o pharynge".

O trismus é cada vez maior e o maxillar inferior começa a se deformar, pela aproximação dos seus dois ramos. Caem os dentes incisivos inferiores e elle se fractura na linha mediana.

O doente morre oito mezes após o inicio da molestia.

Esfregaços feitos por diversas vezes "nada mostraram de caracteristico". Foram enviados ao Rio pedaços de tecido, assim, como a lingua para pesquisas anatomopathologicas.

Que pensar? Qual o diagnostico da lesão ulcerosa? Como explicar a queda da lingua?

Façamos algumas hypotheses. Será de origem tuberculosa, luetica, maligna, trophica ou mycosica?

Resumamos o quadro clinico dessas diversas entidades.

Tuberculose da lingua. — As ulceras tuberculosas da lingua raramente se apresentam unicas e quasi nunca são primitivas.

Sua localisação preferida é na ponta e nas bordas. Pouco dolorosas de inicio. Com o evoluer da lesão se torna intensa a dôr (Gaucher). A salivacão existe em abundancia, aliás phenomeno commun á totalidade das infecções boccaes. Os ganglios lymphaticos, dependentes do territorio lesado, só tardiamente são perceptíveis. As hemorrhagias faltam. O trismus é ausente. A evolução é lenta, não tendo o caracter phagedenico pronunciado.

Poderia a tuberculose do maxillar explicar sua deformação e fractura? Existem duas fórmas clinicas de tuberculose do maxillar inferior: peripherica e central. A primeira não existe sem alterações das partes molles que cobrem a borda alveolar do osso. A segunda, insidiosa muitas vezes, dando trismus e dores por compressão

do nervo dentario, tem como principal caracter a formação de abcessos e fistulas osseas.

Todos estes signaes são ausentes na descripção do caso.

Syphilis — Tres lesões lucticas poderiam ser incriminadas: Cancro inicial, gomma ulcerada, dependente da syphilis hereditaria.

Estudando a primeira hypothese, diremos que a localisação do accidente inicial da syphilis é via de regra a ponta do órgão.

E' sempre acompanhado de ganglio satellite augmentado. Não se apresenta com a rebeldia ao tratamento como no caso.

Nas gommias ulceradas da lingua não existe, na grande maioria das vezes, engorgimento ganglionar, mas augmenta a pouco e pouco, torna-se phagedenica raramente (Lenormant), ha ausencia absoluta de dôr e attende facilmente ao tratamento.

Na terceira hypothese a séde da lesão é de preferencia no palato. Quando na lingua, seus caracteres clinicos são semelhantes aos das gommias ulceradas.

A syphilis do maxillar inferior poderia por infiltração gommosa diffusa, determinar a deformação e fractura do maxillar inferior. Notemos, porém, que é processo suppurativo lento, chronico, de regra com symptomatologia local — dôr espontanea ou provocada, signal este muito precoce, e finalmente augmento do osso.

A observação silencia a respeito.

Tumores malignos ulcerados.

Sarcoma. — Pódem ser pediculados, intersticiaes se ulcerando precoce ou tardiamente.

São raros (Bergmann). Rarissimos os primitivos (Da Costa).

A séde predilecta é a base da lingua, ou o dorso. Quando ulcerados são muito dolorosos, havendo propagação da dôr para o ouvido, signal que chama a attenção do paciente para a sua molestia. A ulcera tuberculose se póde apresentar funda crateriforme. Dá margem a disturbios da deglutição. Ha sempre pequenas hemorragias e fetidez. A degeneração sarcomatosa dos ganglios ligádos á séde do tumor é rara. A sialorrhéa acompanha a ulcera sarcomatosa da lingua.

Com estes dados poder-se-ia clinicamente, enquadrar o sarcoma no caso em estudo, apesar de serem ausentes as hemorragias.

Mas como explicar a deformação ultima do maxillar inferior com sua fractura mediana? Por metastase do tumor nesse osso? Ora, vós sabeis que os sarcomas do maxillar inferior apresentam duas fórmas anatomopathologicas, isto é periosticas e centraes. Nas primeiras o tumor é perceptivel na superficie ossea desde o inicio e nas segundas pelas suas relações com o nervo dentario são, podemos dizer, communs as neuralgias. Ea respeito destes symptomas faz silencio a observação...

Num sarcoma infectado poder-se-ia incriminar aos micro-organismos responsaveis pela infecção uma osteo-mellite deformante do maxillar inferior.

No caso em discussão não temos elementos symptomatologicos com que possamos pender para esta hypothese.

Esboçemos o quadro clinico do epithelioma da base da lingua:

Epithelioma — Mais commum nas bordas, podendo tambem existir na base da lingua.

Duas formas são conhecidas — superficial e intersticial. A segunda, quando se ulcera tem tendencia á destruição profunda dos tecidos, ao passo que a ulceração superficial augmenta principalmente em extensão.

As ulceras malignas são dolorosissimas, podendo levar o paciente ao suicidio (caso pessoal).

As dôres são ou espontaneas ou provocadas, com propagação para o apparelho auditivo, signal este commum ás ulcerações dolorosas da base da lingua, mercê do glosso-pharyngeo.

Ha sialorrhéa abundante e fetidez.

A repercussão sobre os ganglios da cadeia jugular interna é precoce. E as hemorragias são a regra, desde os simples raios de sangue até o jacto por abertura de uma das linguas e mesmo da carotida.

A invasão cancerosa do maxillar inferior não seria plausivel no caso, pois, nos faltam dados á respeito do estado do osso quando se processou a fractura.

Lesão trophica. — O mal perfurante já foi observado na bocca (Paillard e Beal —

La Clinique 1912). Verdade é que na abobada palatina de um tabido.

O exame geral do doente se fazia mistério para que se podesse discutir tal hypothese, possível, pois é do dominio de todos o papel representado pela tabes, seryngo-myellia na genese das chamadas fracturas espontaneas ou pathologicas. Devemos não obstante lembrar serem taes ulceras desprovidas em absoluto do caracter doloroso.

Restam-nos, na revista rapida que vimos fazendo das hypotheses mais provaveis no caso, lembrarmos as mycoses.

Não esboçaremos o quadro clinico de cada uma, pois, seria cansar vossa attenção ainda mais. Limitamo-nos a repetir a opinião de Beurmann e Gougerot: o quadro clinico das mycoses varia ao infinito.

As lesões produzidas por taes entidades são polymorphas, sua evolução pôde ser muito rapida terminando com a morte, sua accção phagedenica (blastomycose) patente e mais ainda pôdem ser confundidas com a tuberculose e a syphilis (sporotrichose) — com a tuberculose e o epithelioma (blastomycose) tal a plasticidade em suas manifestações macroscopicas.

Como vedes só do laboratorio podemos esperar o diagnostico da lesão productora da amputação espontanea da lingua, que é um dos pontos mais interessantes do caso.

Cremos, mesmo, ter sido á cata de uma explicação para tal accidente que os illustrados collegas trouxeram para a Sociedade a historia do paciente.

Procurámos casos semelhantes não só na litteratura nacional, como tambem na americana, ingleza e franceza. Dos livros e revistas compulsadas veiu nos a convicção da extrema raridade do caso.

Comprehendeis ser facto unicamente explicavel com a peça na mão e dentro de bom laboratorio e não na quietitude do gabinete. Mas, para que attenuéis a pobreza de brilho deste parecer com as luzes do vosso discutir — lembro-vos a ideia de uma tromboarterite dos troncos linguaes.

Espero de antemão o seguinte objectar de vossa parte: mas será crível que as duas arterias linguas fossem obliteradas simultaneamente?

Em 1881 Zukerkandl descreveu a seguinte anomalia: ausencia da arteria lingual esquerda, sendo a principal irrigação do órgão feita pela similar direita.

Este mecanismo, aliás o mesmo que preside a amputação appendicular, pôde em parte ser justificado pelos tumores malignos não atravessarem o septo lingual, mercê da dupla fonte de irrigação da lingua (Lenormant) e por sua vez explicar a deformação da lingua, o "aspecto duro e negro do órgão" após a sua queda e a ausencia de hemorragia.

E o que vos tenho a dizer e o que de melhor vos posso dar, pedindo permissão para apresentar ao nosso illustrado collega, Dr. Marianno da Rocha, sinceras felicitações.

Dr. Octacilio Rosa,