

Neurinoma retropharyngeo contendo cystos em comunicação com a circulação arterial *

pelos

Drs. C. Magarinos Torres e Aristides Monteiro

(Com 7 estampas)

Os tumores retropharyngeos offerecem interesse clinico, primeiramente, em razão de sua raridade. Nos ultimos oitenta annos, apenas 85 casos foram publicados (Natanson, 1935). « Des générations entières de chirurgiens ne connaissent ce genre de tumeurs que d'après oui-dire » (Heinatz, cit. por Natanson).

Outro interesse vem da difficuldade de diagnostico. No caso que vamos referir, a existencia, na espessura do tumor, de cavidades em comunicação com a circulação arterial, autorizou, em tempo, o diagnostico de aneurysma.

O syndromo de Horner (myosis, estreitamento da fenda palpebral, enophthalmia) observado, por vezes, em tumores do pharynge, não existia em nosso doente. Apresentava, porém, outros symptomas attribuiveis á excitação ou inibição do sympathico, taes a vermelhidão da face no lado correspondente ao do tumor, e sialorrhéa unilateral. Segundo os autores, os phenomenos para o lado do sympathico correm por conta, nos tumores retropharyngeos, da pressão por elles exercida sobre o ganglio superior do sympathico.

Ao interesse clinico junta-se, no caso que apresentamos, o de se tratar de um tumor de origem nervosa. Com muito acerto dizem MacFarland e Sappington (1935) que taes tumores são sempre curiosos pela sua comparativa raridade, origem duvidosa, estrutura variada, difficuldade de classificação, e inconstancia de evolução clinica.

Os blastomas nervosos periphericos tem recebido nomes diversos, de accôrdo com a idéa que sobre sua histogenese tem os autores. Os nomes mais usados são: « neurinoma » (de *inos* = fibra, tumor fibrillar de natureza nervosa) proposto por Verocay, « schwannoma » proposto por Masson, « glioma peripherico » suggerido por Lhermite e Leroux, « lemnoma » (tumor originario de lemnoblastos¹ apresentado por Antoni. Na

* Recebido para publicação a 19 de Setembro de 1936 e dado a publicidade em Dezembro de 1936.

¹ Os lemnoblastos representam um estadio previo da cellula de Schwann, a qual teria origem ectodermica.

classificação de tumores dos centros nervosos e dos nervos periphericos adoptada pelo Roussy & Oberling (1931), o termo neurinoma é usado a proposito de tumores dos nervos periphericos e como synonymo de glioma peripherico.

Actualmente a maioria das autoridades admite a origem neuro-ectodermica da cellula de Schwann e, portanto, do neurinoma (Cerulli, 1935). Todos os elementos do neurinoma reconheceriam uma origem nervosa, inclusive a cápsula que o envolve a qual corresponderia ao perinervo dilatado (Masson). As fibras collagenas de origem mesodermica seriam representadas, unicamente, pelos derivados do tecido perivascular, a porção restante, ou seja a maior parte, sendo elaborada pelo syncitio neuro-ectodermico. A propria esclerose do schwannoma não representaria invasão por tecido conjunctivo, mas sim condensação da trama tumoral (Masson).

A presença de fibras nervosas não pode ser tomada como criterio para diagnostico do neurinoma, pois ellas não são demonstraveis no sarcoma neurogenico, exceptuados os typos daquelle tumor nos quaes existem cellulas nervosas (Stewart e Copeland, 1931).

O diagnostico histopathologico basea-se, então, em um certo numero de caracteres outros, entre os quaes a morphologia da propria cellula tumoral, a disposição reciproca dessas cellulas no tumor e as propriedades tinctoriaes do tecido blastomatoso.

Não ha, comtudo, uniformidade de opiniões no que respeita ao valôr attribuivel a cada um desses caracteres.

A disposição das cellulas em pallissada é frequentemente vista, sendo caracteristica da forma activa do tumor, o entrecruzamento de feixes formados pelas cellulas fusiformes. Esse aspecto não é casual, mas possui um significado « organoide », representando uma evolução especial dos elementos do tumor. Estes, por sua histogenese e estructura poderiam ser comparados ao aparelho de sustentação dos corpusculos tactis de Wagner-Meissner (Masson).

Os nucleos com disposição em pallissada occorrem, porém, em outros blastomas (fibroma, sarcoma, leiomyoma) e, tambem, na musculatura lisa do estomago, do intestino e do appendice cecal (v. Nestmann, 1927). Cerulli (1935) acha, assim, que não se pode attribuir á disposição dos nucleos em pallissada um significado preciso, nem especificidade stricta.

Tem importancia, para Verocay, as propriedades tinctoriaes do tecido neurinomatoso. Elle se cora em amarello, pelo Van Gieson, contrastando com a coloração vermelha do tecido conjunctivo. Cerulli (1935) frisa os resultados constantes obtidos com o metodo de Ieddeloh para

o diagnostico differencial entre neurinoma e leiomyoma. Este ultimo tumor, segundo Cerulli, seria o unico possivel de se confundir com o neurinoma, quer pelo seu aspecto estructural, quer pelas reacções tinctoriaes; o neurinoma distinguir-se-hia do leiomyoma benigno, não tanto pela morphologia de seus elementos, nem sempre facil de ser apreciada, quanto pela negatividade que estes apresentam pela coloração de Ieddeloh, especifica para a musculatura lisa.

De outro lado Möllendorff nota que o resultado de uma coloração depende, em sua essencia, de factores physico-chimicos, e não da origem do tecido. Krahn (1926) estudou comparativamente 13 neurinomas (seis do acustico, tres da medulla e quatro de nervos periphericos), 10 sarcomas, 10 myomas e 5 gliomas, empregando methodos especificos para a coloração do tecido conjunctivo e da nevroglia. Entre os primeiros estão os methodos de Mallory, van Gieson, Schubenko-Schubin e Bielchowsky-Maresch. Entre os segundos, os de Weigert, Holzer, Oppenheim, Held e Alzheimer para demonstração de granulos de protagon, bem como combinações dos precedentes. Chega á conclusão de que esses diversos processos não constituem methodos de investigação de segurança absoluta. Observa que um resultado positivo ou negativo de coloração de determinada estructura depende, em muitos casos, de pequena modificação no tempo de permanencia no corante, ou no diferenciador. Não existe uma coloração especifica, no sentido rigoroso do termo, para determinada especie de tecido. Assim, as colorações consideradas especificas para a nevroglia, ou para o tecido conjunctivo tingem, igualmente tecidos que com elles não tem nenhuma relação: os elementos do myoma tingem-se pelo methodo de Holzer para a nevroglia, os methodos de Oppenheim e de Held-Bielchowsky para a nevroglia coram tanto o glioma como o sarcoma de cellulas fusiformes e redondas, e o myoma. Levando em conta esses resultados teriamos, assim, que admittir tecido nevroglico nestes ultimos tumores.

Krahn (1926) reconhece particularidades morphologicas especiaes nas cellulas do neurinoma (lemnoblastos de Antoni), as quaes não seriam encontradas nas cellulas do tecido conjunctivo. O tecido fundamental consta de uma massa de protoplasma uniforme, na qual se observa um systema de fibrillas. Nessa substancia homogenea fundamental, apparecem nucleos de aspecto caracteristico ahi disseminados como em um syncitio cellular, sem que nella seja possivel apreciar os limites respectivos das cellulas. Não se consegue, assim, demonstrar no neurinoma, cellulas individualisadas, tal como acontece em tumores conjunctivos (myoma, sarcoma, fibroma). Os nucleos são, quasi todos, compridos, tortuosos, em forma de gancho, com extremidades arredondadas, mais rara-

mente ponteagudas. A membrana nuclear e o reticulo nuclear apparecem com grande nitidez nos preparados pelo van Gieson, deixando vêr, quasi sempre, dois grandes nucleolos.

Embora reconhecendo, no neurinoma typico, caracteres especiaes na morphologia de suas cellulas e de suas fibrillas, Cerulli (1935) acha que taes elementos differenciaes não offerecem segurança, visto como nem sempre apparecem (neurinomas atypicos), são forçosamente inconsistentes e variaveis pois occorrem em cellulas blastomatosas, e, além de mais, dependem do criterio pessoal do observador. No neurinoma os nucleos são maiores que no myoma, mais alongados, mais regulares, mais uniformes, nitidamente delimitados, com escassa chromatina condensada em granulos minusculos, ausentes as figuras de cariocinese. As fibrillas são refringentes e delgadas, ao passo que no myoma são irregulares em fórma e volume.

Observação: — F. G., masculino, com 50 annos de idade, branco, portuguez, procurou a clinica especializada do Hospital São Francisco de Assis, queixando-se de difficuldade na deglutição e respiração. Ha seis annos começou a notar que « não engulia bem ». Como se accentuassem os seus padecimentos, mezes após, procurou o clinico do local (Estação Bento Ribeiro). Foram-lhe receitados gargarejos, tendo o clinico diagnosticado um tumor na garganta, aconselhando o doente a procurar um cirurgião, caso não melhorasse. Durante alguns annos permaneceu o doente sem conselho medico, já habituado ás perturbações decorrentes do tumor. Como, porém, estas se accentuassem, ha dois annos dirigiu-se a uma clinica especializada, onde lhe punccionaram o tumor, dizendo-lhe não ser caso de intervenção cirurgica.

Examinado a 25 de Setembro de 1935, o doente apresenta sensivel embaraço á phonação, não sendo, absolutamente, possivel comprehender o que fallava. Fazia-se então, acompanhar de um amigo, o qual fornecia os informes inquiridos. Aberta a bocca, verifica-se a presença de um grande tumor localizado á esquerda, fazendo saliencia no palato molle, deslocando de tal maneira a uvula que esta se achava em situação proxima do ultimo grosso molar inferior direito. O tumor, de fórma mais ou menos arredondada, um pouco alongado verticalmente, apresenta volume comparavel ao de uma laranja. As mucosas do pharynge e do palato molle que o recobrem são lisas e sulcadas por veias ectasiadas. Era possivel, em alguns pontos, destacar por meio de uma espátula, a massa tumoral das mucosas acima referidas. Em outros, ao contrario, ella se apresentava intimamente adherente á mucosa. Algo depressivel ao tacto, apresenta maior saliencia ao nivel do pharynge, coincidindo a zona mais depressivel com essa maior saliencia. Tinha-se

a impressão de que o tumor possuía uma capsula de espessura regular, e achando-se adherente á parede lateral do pharynge, desenvolvia-se para deante, fazendo bombear a parede lateral do pharynge e do palato molle, deslocando inteiramente para o lado, a amygdala correspondente. Extendendo-se para cima, obstruía inteiramente o chóano do mesmo lado, provocando, por esse motivo, obstrucção da trompa e perturbações para a audição. De outro lado, descia para o hypopharynge, ocasionando perturbações para o lado da phonação e deglutição.

Em meados de Outubro de 1935, resolvida a intervenção cirurgica, deliberamos praticar préviamente a ligadura da carotida externa esquerda. Vinte e quatro horas após termos praticado a ligadura, resolvemos puncionar o tumor em sua parte mais saliente e depressivel na mucosa do pharynge. Com surpresa vimos o sangue jorrar com pressão tal que empurrava o embolo de uma seringa de 20 c. c. Retirada esta, e permanecendo a agulha implantada no tumor, obtinha-se sahida de sangue rutilante, de aspecto arterial, semelhante ao que havia sido aspirado. Em vista disso, modificamos o nosso diagnostico primitivo, fazendo o de aneurysma da carotida externa esquerda. Afastada, consequentemente, a idéa de intervenção cirurgica, foi o doente guardado em observação na enfermaria. Dentro de uma semana apresentou melhoras clinicas: falava melhor, fazendo-se comprehender, respirava pela narina esquerda, o que não podia fazer antes, e alimentava-se melhor. Durante o tempo que permaneceu no Hospital (25 de Setembro a 29 de Novembro) augmentou em 3 kilos no peso. Neste lapso de tempo, mais duas puncções feitas no supposto sacco aneurysmatico, deram identico resultado: sangue rutilante. Propuzemos ao doente fazer a arteriographia. Aceita a proposta, e não dispondo o Hospital de recursos para esse exame, procuramos o nosso prezado amigo e collega, Dr. Victor Rosa, Assistente do Serviço de Radiologia da Faculdade de Medicina, o qual, bondosamente, e em seu consultorio, fez-nos as radiographias que acompanham este trabalho. Confirmavam ellas o diagnostico de aneurysma. Na Figura 1 vê-se o supposto sacco aneurysmatico de contornos definidos encerrando coagulos sanguineos bem visiveis pelo contraste. Em outra radiographia (Figura 2) feita quinze minutos após, nenhuma sombra de contraste era mais reconhecivel ao nivel do supposto sacco aneurysmatico. Explicamos então, o fato do sacco não apresentar batimento, pela espessura que possuíam as suas paredes, confórme indicava a radiographia. Accentuando-se as melhoras subjectivas, o doente obteve alta a 29 de Novembro de 1935.

A 16 de Janeiro de 1936 deu, novamente, entrada em nossa en-

fermaria. O seu estado geral havia piorado consideravelmente. Além da séde anteriormente descripta, o tumor agora, era aparente externamente, ao nível das fossas retromandibular e carotidiana esquerdas. Fazendo-se pressão com o dedo na massa tumoral ahí exteriorizada, observava-se, na parte do tumor proeminente no pharynge, movimentos correspondentes aos da pressão externa. O doente havia emmagrecido 6 kilos, encontrando grande difficuldade em se alimenar e apresentando grande asthenia. A voz era difficilmente perceptivel, a respiração difficil, observando-se, por vezes, crises de asphyxia. Uma dellas, mais prolongada, tornou imminente a operação de tracheotomia. Em vista da evolução, abandonamos o diagnostico de aneurysma da carotida externa, formulando o de tumor da glandula parotidiana, provavelmente com uma bolsa aneurysmatica. Recorremos ás luzes de um clinico geral, o nosso eminente collega, Dr. Garcia Junior, o qual concordou com o novo diagnostico, admirando-se, porém, do sangue rutilante obtido quando, em sua presença, punccionamos novamente a parte do tumor saliente no pharynge. Nesta phase final do internamento, o doente apresentou symptomas para o lado do systema sympathico quaes os de vermelhidão na metade esquerda da face e augmento de salivação no lado correspondente ao tumor. Segundo varios autores, taes phenomenos são a consequencia da compressão do sympathico ou de seu ganglio superior. Não existia, comtudo, o syndromo de Horner. O estado geral piorou dia a dia, fallecendo o doente, repentinamente, uma semana após o internamento.

A necropsia (n.º 5.957) foi realisada 16 horas após a morte. O tumor era unico, não apresentando metastases nos orgãos internos. Situado na parte profunda do pescoço, elle colloca-se ao lado esquerdo do terço médio e superior do pharynge, contornando-o para traz, comprimindo-o e recalçando-o para a frente, ao mesmo tempo que o desloca para a direita. Assim se explica que o tumor venha a apparecer na parede posterior do pharynge vista atravez da cavidade buccal (Figuras 3, 4 e 5). Mede, approximadamente, $6,5 \times 5 \times 4,5$ cms., e occupa o espaço maxillo-pharyngeo esquerdo, excedendo-o para baixo e para traz. Applicado de encontro á face interna do ramo esquerdo do maxillar inferior, é delle separado pelo musculo pterygoideo interno. Inferiormente excede o angulo do maxillar inferior, entrando em contacto com a glandula submaxillar esquerda. Superiormente o tumor perfura o rochedo e o esphenoide na visinhança do buraco oval esquerdo, sem comtudo, fazer saliencia no interior do craneo. Constituido por tecido cinzento-esbranquiçado, firme, semelhante ao que habitualmente apresenta o neurofibroma, o tumor mostra, em sua espessura, cavidades multiplas larga-

mente communicantes entre si. A maior dellas mede, approximadamente, 6 por 4,5 cms., occupando a porção do tumor immediatamente subjacente á parede posterior do pharynge. Era nesse ponto que mais proximas se encontram as cavidades da superficie do tumor. Foi, tambem, esse o ponto escolhido para as diversas puncções praticadas em vida do doente. Outras cavidades existem na porção restante do tumor e tambem na parte que perfura os ossos temporal esquerdo e esphenoide. Todas essas cavidades, quando incisadas por occasião da autopsia, davam sahida a grande quantidade de liquido turvo, espesso, esverdeado, sem cheiro pronunciado. As cavidades não encerram coagulos sanguineos volumosos. As suas paredes não mostram o aspecto de coagulos sanguineos sobrepostos em phases diversas de organização fibrosa, tal como habitualmente se vê nas paredes de um aneurysma (Figuras 5, em *b* e 4 em *e*). O nervo dentario inferior esquerdo não apresenta connexão com o tumor, conservando volume normal ao penetrar no orificio superior do canal dentario. Foi impossivel precisar as relações anatomicas entre o tumor e outros nervos da região. As demais lesões encontradas foram: compressão do pharynge, esophago e trachéa, dilatação de todas as cavidades do coração, congestão chronica passiva e edema dos pulmões, hypere-mia dos rins e figado, esplenite aguda, hemorragias do baço e pleurite fibrosa chronica adhesiva dupla. •

Histologicamente o tumor é um neurinoma (Figura 6), moderadamente rico de cellulas as quaes apresentam o arranjo typico em pallissada. As alterações secundarias nelle encontradas constam de inflammação aguda purulento-hemorrhagica, hemorragias, necrose e formação de cavidades kysticas (degenerescencia kystica).

Em nenhum ponto mostra o tumor a estructura de angioma. Os vasos sanguineos que encerra (Figura 6, *B*), não differem dos que ordinariamente apparecem em um neurofibroma.

As paredes das cavidades (Figuras 4 *e* e 5 *b*) são constituídas, externamente, por tecido do tumor de estructura variada. Assim é que áreas pobres de cellulas, associadas como em um fibroma (Figura 7 *a*) alternam com outras onde as cellulas, numerosas, se dispõe em feixes entrecruzados, tal como em um neurofibroma (Figuras 6, 7 *b* e 8). A porção mais interna da parede (Figura 7 *c*) é formada por tecido do tumor em via de desintegração. As cellulas são dissociadas por edema, occorrendo, entre ellas numerosos polymorphonucleares (inflammação suppurada), bem como cellulas mononucleares com cytoplasma vacuolado. Na propria espessura dessa zona interna com necrose e suppuração, podem ser vistas hemorragias. Adherindo á superficie interna da cavidade são encontrados coagulos sanguineos recentes, formados por fibrina,

leucocytos e hematias. Não apparecem coagulos em via de organização por tecido conjunctivo semelhantes aos que ordinariamente occorrem nas paredes de um aneurysma.

As cellulas do tumor (Figura 8) não mostram limite preciso de cytoplasma, os nucleos parecendo incluidos em substancia fundamental fibrillar tal como em um syncitio. Os nucleos são compridos, tortuosos, por vezes dobrados em gancho, com as extremidades ora arredondadas, ora ponteagudas. Dispõe-se parallelamente em cada feixe, sendo os feixes de espessura variavel e entrecruzados em direcções differentes (Figura 8).

Em um córte histologico verificamos um pequeno grupo de cellulas nervosas situado ao longo de um feixe estreito de fibras no qual a regularidade de disposição dos neuraxones contrasta com a estrutura do tecido blastomatoso circumvisinho. Dir-se-hia um filete nervoso contendo cellulas incidentalmente aprisionado no tumor. A proposito recordamos que Posthumus (1900) verificou a presença de numerosas cellulas nervosas, que considera como cellulas sympathicas aberrantes, em tumores dos nervos vago e crural.

A coloração pelo methodo de Ieddeloh, especifico para a musculatura lisa, resultou negativa.

RESUMO

Apresentamos um caso de neurinoma retropharyngeo que offereceu consideravel difficuldade no diagnostico em vida do paciente. A existencia, em sua espessura, de cavidades que, punccionadas, davam sahida a sangue rutilante, constituiu feição clinica peculiar. O diagnostico só foi possivel *post-mortem*, o estudo histologico revelando um neurinoma com extensas áreas de necrose, inflammação purulenta e hemorrhagica. As cavidades encontradas são a consecuencia desses processos. No momento da autopsia ellas apresentavam conteúdo francamente purulento, sendo a quantidade de coagulos sanguineos relativamente pequena, destacando-se os coagulos facilmente das paredes internas das cavidades.

O diagnostico de aneurysma foi excluido pelo exame microscopico, o qual, tambem, não revelou, no tumor, a estrutura de angioma ou de angiosarcoma.

As hemorrhagias processadas nas áreas necrosadas reconhecem, provavelmente, como ponto de partida arterias ou arteriolas englobadas na massa tumoral. Estas se conservariam em communicação permanente com algumas das cavidades originadas por necrose e desintegração dos tecidos do tumor. Assim seria explicada a sahida de sangue rutilante pela

puncção das cavidades em vida do doente, a pressão do sangue em seu interior, e a rápida desaparecimento do meio de contraste na arteriographia.

A origem do tumor não pode ser precisada. Não é fóra de proposito recordar o que dizem Wahl (1914) e Dawydow (1932). Segundo Wahl, embora os tumores compostos de elementos especificos do tecido nervoso possam derivar de qualquer ponto do systema nervoso, o maior numero delles tem sua origem, comtudo, no systema sympathico. Estructuras cysticas são referidas em dois dentre quarenta e cinco casos de ganglioneuremas por elle colligidos na litteratura até aquella epocha. Em um delles, são: «cystic structures that are probably softened fibroma». Dawydow (1932) refere um neurinoma retropharyngeo tendo origem no ganglio sympathico cervical superior.

SUMMARY

A retropharyngeal neurinome, occurring in a Portuguese, male, aged 50 is reported.

The tumour of slow growth (about six years) was single, measures about 6,5 — 5 — 4,5 cms., and occupies the retropharyngeal space. It contains several quite large cavities filled by pus at the autopsy, while in the living subject they were apparently filled by arterial blood, as shown by arteriography as well as by several exploratory punctures.

The structure presents interlacing fibers between which lie regular, long, tortuous, apparently free nuclei. The Ieddeloh stain for muscle tissue was negative.

An origin from the superior sympathetic ganglion is suggested, but was not proved.

LITERATURA

CERULLI, G.

1935. I neurinomi periferici e la loro diagnosi differenziale istologica. *Pathologica*, **27** : 19-31.

DAWYDOW, I.

1932. Zur Klinik der neurogenen retropharyngealen Geschwülste. *Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk.*, **30** : 538-548.

HENSCHEN, F.

1934. Referat über Gliome. *Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch.*, 8-39.

KRAHN, H.

1926. Untersuchungen an Neurinomen. Cbl. f. allg. Path. u path. Anat., **38** : 113-117.

MC FARLAND, J. & SAPPINGTON, S. W.

1935. A ganglioneuroma in the neck of a child, Amer. J. Path., **2** : 429-448.

NATANSON, L.

1935. Des tumeurs rétropharyngées. Rev. de Laryng. Otolog. Rhinol., **56** : 51-102.

NESTMANN, F.

1927. Zur Histologie der Neurinome. Virchow's Arch., **265** : 646-664.

POSTHUMUS, H.

1900. Inaugural Diss., Freiburg i/B.; cit. por Stewart & Copeland.

ROUSSY & OBERLING

1931. Tumeurs des centres nerveux. Atlas du cancer, 9 et 10, Paris; cit. por Henschen.

STEWART F. W. & COPELAND, M. M.

1931. Neurogenic sarcoma. Amer. J. Cancer, **15** : 1235-1320.

WAHL, H. R.

1914. Neuroblastomata: with a study of a case illustrating the three types that arise from the sympathetic system. J. med. Res., **30** : 205-260.

Estampa 1

Fig. 1 — Radiographia com a technica de arteriographia. Paciente em decubito ventral. Craneo com o plano sagital paralelo ao film. Puncção directa do tumor pharyngeo e injeção rapida de uma empola de «per-abrodil». Pose rapida no final da injeção. O tumor pharyngeo apresenta uma cavidade ampla, com aspecto diverticular, totalmente injectada pelo meio opaco, attingindo as proximidades da base do craneo, ao nivel do cavum e alcançando, em profundidade, o plano tangente á face anterior da columna cervical. Ausencia de erosão ossea.



Fig. 1

Torres & Monteiro : Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 2

Fig. 2 — Paciente na mesma posição da figura 1. Pose quinze minutos após a injeção. Nenhuma sombra de contraste é mais reconhecível dentro do sacco vascular.

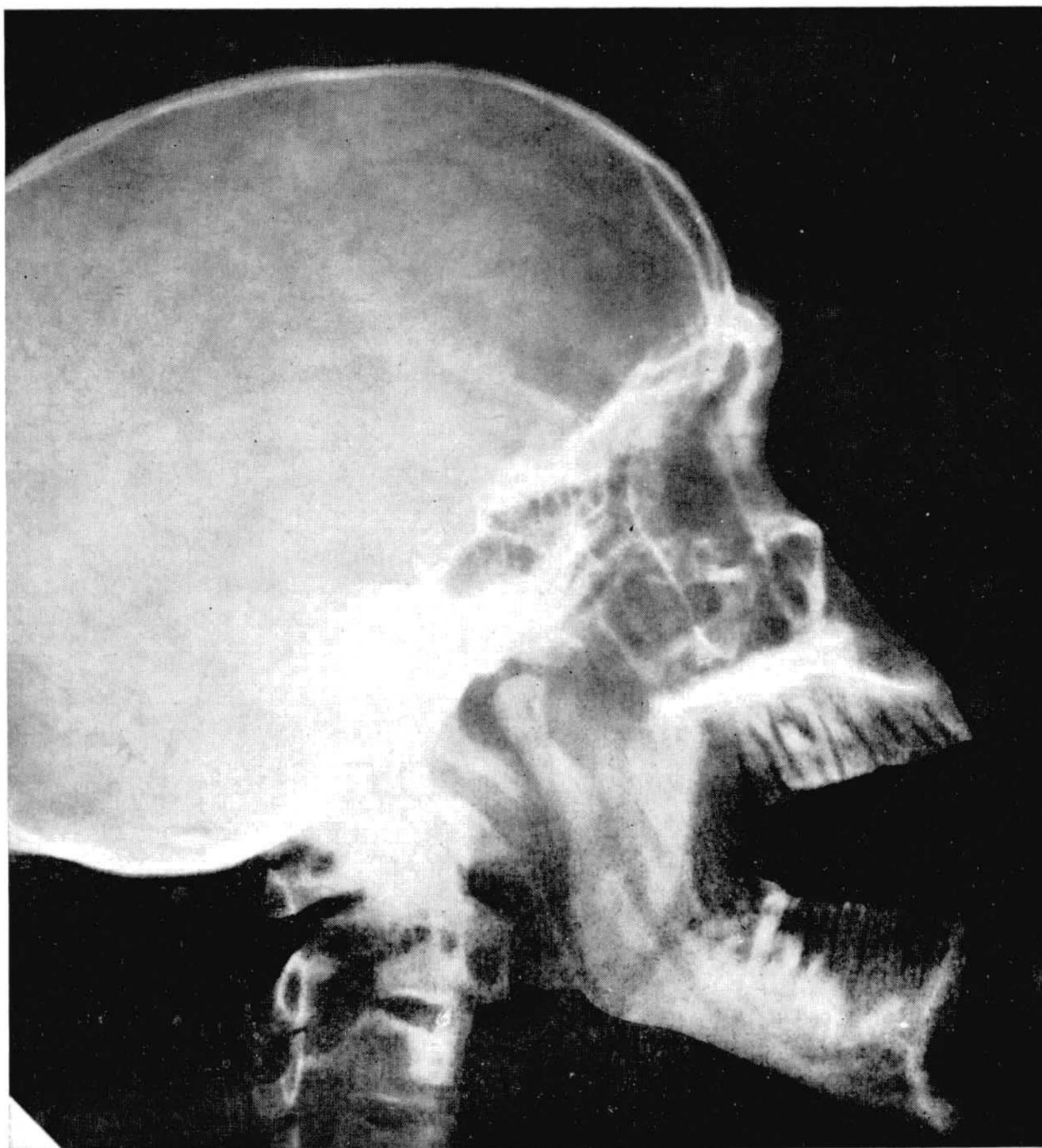


Fig. 2

Torres & Monteiro : Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 3

Fig. 3 — Face anterior da peça retirada do cadaver. Comprehede o tumor, o maxillar inferior desarticulado, a lingua, o pharynge, esophago e trachéa. A, saliencia na parede posterior do pharynge produzida pelo tumor do espaço maxillo-pharyngeo.

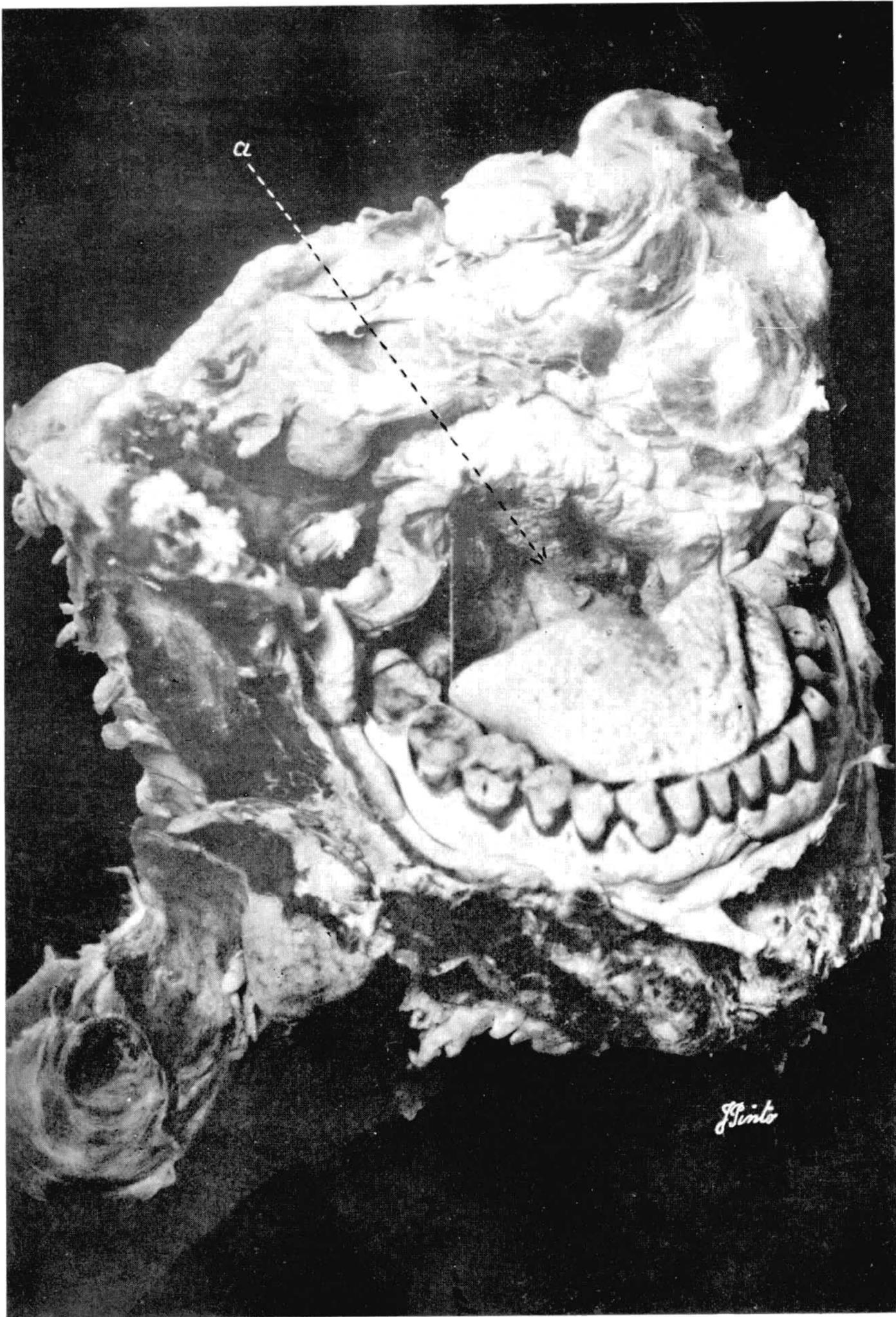


Fig. 3

Torres & Monteiro : Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 4

Fig. 4 — Face posterior da peça retirada do cadaver. *a*, condylo esquerdo do maxillar inferior; *b*, condylo direito; *c*, pharynge; *d*, glandula sub-maxillar esquerda; *e*, cavidade existente na espessura do tumor; *f*, lingua.

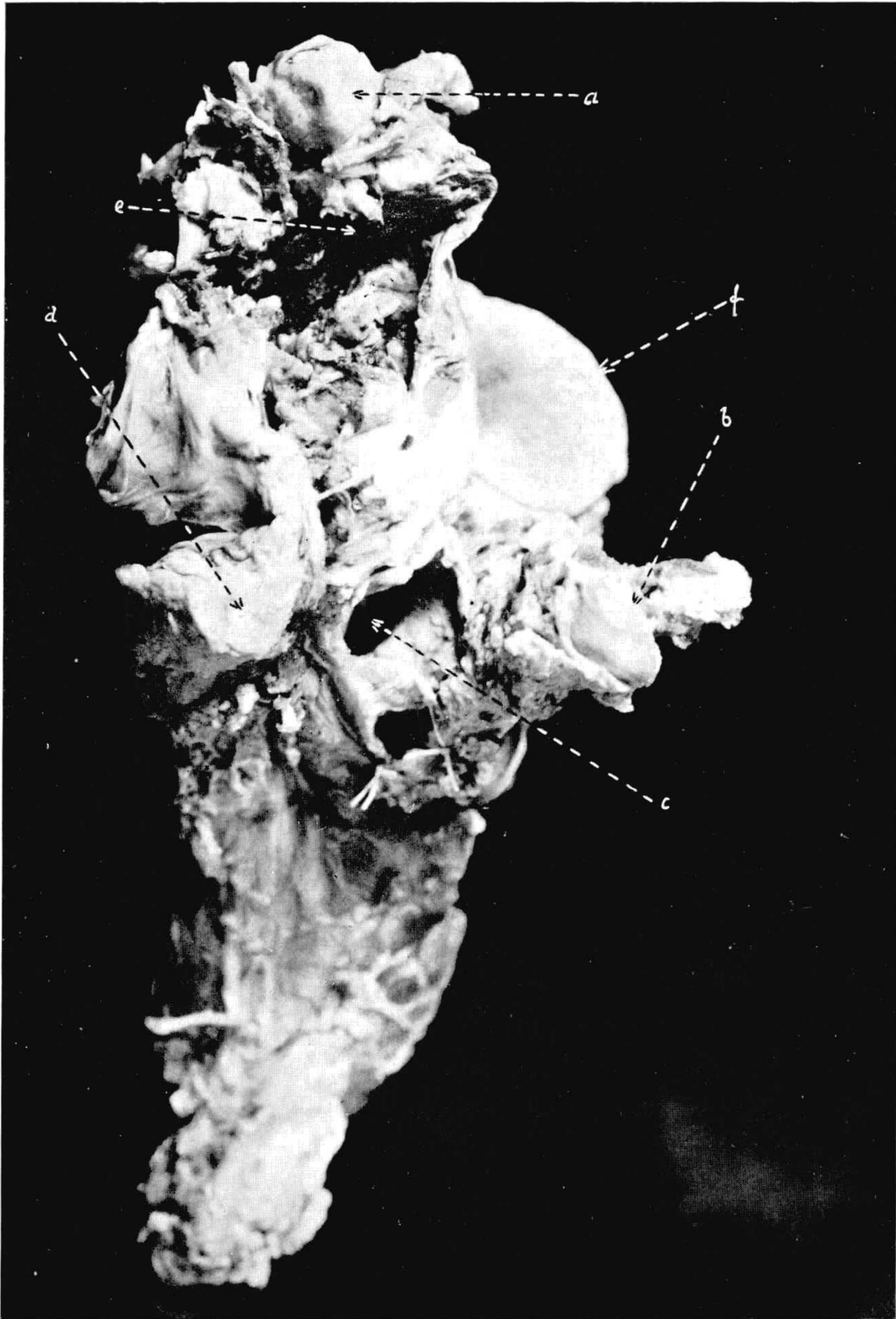


Fig. 4

Torres & Monteiro: Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 5

Fig. 5 — Face lateral esquerda da peça retirada do cadaver. *a*, glandula sub-maxilar esquerda; *b*, tumor em cuja espessura existem cavidades anfractuossas; *c*, bordo posterior do ramo esquerdo do maxillar inferior; *d*, apophyse coronoide esquerda; *e*, condylo esquerdo; *f*, trachéa.



Fig. 5

Torres & Monteiro: Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 6

Fig. 6 — Córte histológico do tumor. Cellulas com disposição em pallissada. *A*, cavidades existentes na espessura do blastoma; *B*, vasos sanguineus. Aumento: 132 vezes.

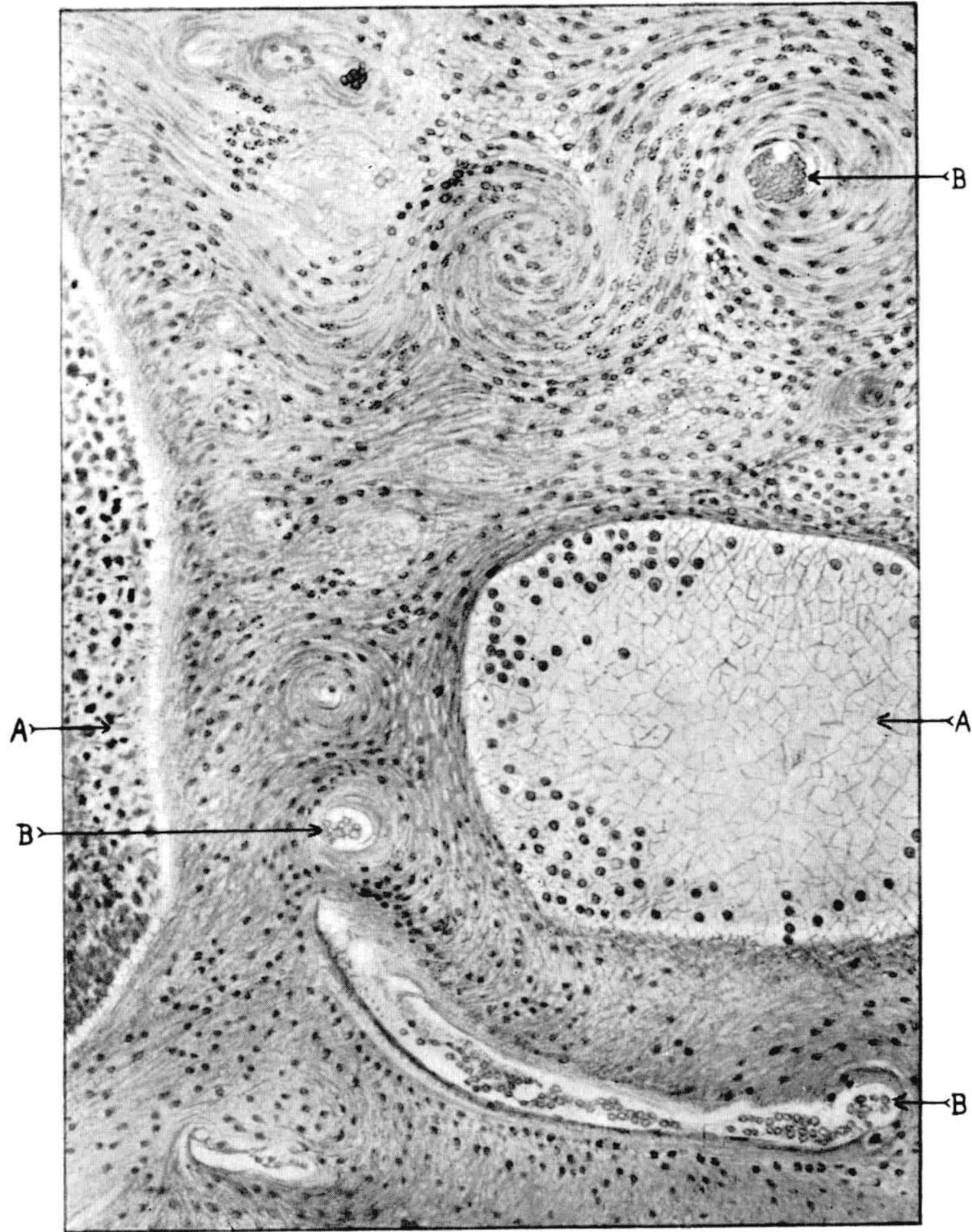


Fig. 6

A. L. Cal. 1936.

Torres & Monteiro: Neurinoma retropharyngeo.

Estampa 7

Fig. 7 — Córte histológico do tumor. Em *c*, cellulas do tumor dissociadas pelo edema, na visinhança de uma grande cavidade. Em *b*, a estrutura é a de neurosarcoma, em *a*, a de fibroma. Augmento: 132 vezes.

Fig. 8 — Córte histológico do tumor. As cellulas não possuem contornos definidos. Nucleos compridos, tortuosos, com extremidades arredondadas ou ponteagudas, pobres de chromatina, contidos em uma substancia fundamental fibrillar. Cellulas reunidas em feixes entrecruzados. Augmento: 570 vezes.

(As photographias 1 e 2 foram feitas pelo Dr. Victor Rosa, ao qual agradecemos a gentileza da offerta. As demais photographias são de J. Pinto, e os desenhos de A. Leal).



Fig. 7



Fig. 8

Torres & Monteiro: Neurinoma retropharyngeo.