

MELANOMA MALIGNO, SECUNDÁRIO, DA ÓRBITA (*)

Dr. NICOLINO REBELLO MACHADO ()** - Santos

O melanoma primitivo da órbita é raríssimo. É possível que até agora os casos descritos como tais não cheguem a cinquenta. Mesmo assim, as observações incluídas nesse número, com exceção das descritas por Walter (1893), Rottino e Kelly (1942), Foster (1944) e Offret (1951) que excluem, com segurança, lesões pre ou coexistentes no globo ocular e seus anexos, devem ser recebidas com reserva, si, se basear no referido trabalho de Rotino e Kelly. Estes autores, naquela data, além da observação própria, conseguiram reunir mais 43, apresentando porém, falhas que impediam concluir se tratava efetivamente de melanomas malignos primitivos da órbita, excetuando-se o descrito por Walter.

O caso que vamos descrever é de um melanoma maligno secundário da órbita, extensão, através de veias do globo ou de bainhas de nervos ciliares, de melanoma pré-existente da coróide que por seu tamanho reduzido ou qualquer motivo passou despercebido ao colega que praticou a evisceração. É fato comum referido pelos autores. É também secundária a maioria dos melanomas malignos da órbita. Não se devendo esquecer entretanto a possibilidade de metástase orbitária de melanomas malignos situados em órgãos vizinhos ou distantes. Passemos à observação do caso que nos pareceu interessante sob diversos aspectos.

OBSERVAÇÃO

F.A.S., branco, brasileiro, casado, lavrador, com 32 anos de idade, natural do Rio Grande do Norte, procura o Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Santos, em cujo registro geral está inscrito sob número 289.422 a 16 de Novembro de 1959, para tratamento de uma doença (sic) do olho esquerdo que lhe causa dores atrozes.

História. Refere o paciente que há 8 anos, trabalhando na roça, feriu o olho esquerdo, o qual ficou inflamado durante muito tempo e a visão foi

(*) Trabalho apresentado ao XI Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Vitória, de 26 a 31 de Julho de 1960.

(**) Chefe do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

diminuindo progressivamente até que ficou completamente cego há 2 anos. O globo ocular, ficou com uma mancha branca (sic) no centro, começou a doer muito e as dôres se irradiavam para tôda a cabeça do lado esquerdo. Procurou então distinto colega de Natal que lhe propôs a evisceração uma vez que a visão estava definitivamente perdida. Lembra-se perfeitamente que então não havia nenhum tumor ocular que pudesse despertar atenção do paciente nem de seus familiares. Só havia mesmo dor intensa e uma belida (sic) na menina (sic) do olho. Diz que a intervenção se fêz com anestesia local e que suportou muito bem. Inquerido cuidadosamente se havia tido alguma mancha escura na conjuntiva, responde com segurança nunca haver tido. Na face e nas pálpebras também não mostrava nevus. Refere que a seqüência foi acidentada, obrigando-o a permanecer no Hospital Miguel Couto, na referida Capital, durante 40 dias. A conselho de seu operador continuou as injeções de antibióticos e demais medicações prescritas sem alívio para as dôres e sem benefício para a inflamação.

Havia remissões efêmeras que não lhe davam esperança de cura pois começou a observar um tumor cujo crescimento era rápido a ponto de não lhe permitir cerrar as pálpebras. Isto o alarmou, levando-o a consultar outro colega, na mesma Capital, que fêz uma biópsia, cujo resultado, por motivo de ordem técnica, não foi concludente. Em começo de outubro aflito e angustiado, procurou outro colega que o aconselhou procurar um grande centro hospitalar, no Sul, onde (pudesse receber tratamento para seu mal, que no parecer de todos os facultativos que o precederam, era de suma gravidade. Foi assim que veio ter a Santos onde tem parentes.

Exame — O paciente (Figs. 1 e 2) apresenta uma tumoração enorme ocupando tôda a cavidade orbitária esquerda, cujo pólo anterior está situado a 5 cms. do rebordo orbitário externo. O supercílio está deformado e desviado para cima. Há edema acentuado da pálpebra superior que se apresenta distendida, imóvel e de coloração arroxeadada, com turgescência venosa. O edema, se propaga para a frente e fossa temporal. Ao nível do canto súpero-interno há nódulos endurecidos que parecem comprometer a estrutura da pálpebra superior. A pálpebra inferior, menos edemaciada, parece íntegra, mas seu bordo livre se projeta para baixo, cêrca de um centímetro em relação ao do lado oposto. A fenda palpebral está muito aumentada no sentido vertical, medindo cêrca de 35 mms. A oclusão palpebral não se faz devido ao volume da tumoração. A tumoração, se apresenta hiperhemiada, e de coloração marrom-escuro; tem a forma arredondada notando-se alguns nódulos de coloração violácea ao nível de sua parte anterior e na parte súpero-interna, onde faz saliência através da pálpebra. O volume do tumor na parte exposta é o de uma laranja tangerina. Os movimentos da

massa tumoral são reduzidíssimos principalmente no sentido vertical.

O tumor tem consistência mole, é muito sensível à palpação, o que impede além do volume tumoral qualquer tentativa de exame dos fundos de saco. A conjuntiva se apresenta muito edemaciada e hiperhemíada e os vasos sangram facilmente.

OD: acuidade visual de 1,50; inteiramente normal.

Além das dores irradiadas para o hemicráneo correspondente o paciente se queixa de distúrbios do aparelho digestivo e dores epigástricas.

Enquanto se aguardam os resultados de radiografias e exames de laboratório, clínico geral e oto-rinolaringológico, o doente é tonificado e aliviado de suas dores com analgésicos e entorpecentes cujas doses e frequência aumentam progressivamente.

As reações de Wassermann e Kahn são negativas.

O exame de fezes revela raros cistos de Iodameba e alguns ovos de *Necator americanus*.

O de urina revela: aspecto turvo; consistência fluída; depósito escasso; ausência de albumina; acetona glicose e ácido diacético. Há traços leves de urobilina e o sedimento apresenta: raras células; alguns leucócitos bem e mal conservados e isolados; raras hemátias; vários cristais de fosfato amoníaco :magnesiano. Algumas granulações de carbo-fosfato amorfo.

A pesquisa de melanina é positiva (técnica de Thomorles).

O hemograma, praticado à 22/11/59, revela:

Glóbulos vermelhos: 4.350.000 p/mm³; leucócitos: 7.200 p/mm³; hemoglobina: 85% — 13,5 grs. Neutrófilos segmentados 70%; eosinófilos: 14%; linfócitos: 15%; monócitos: 1%.

Eosinofilia. Muitas granulações tóxicas. O tempo de coagulação é de 12'00", (Lee: White) e o de sangramento é de 1'35". A dosagem de uréia no sangue revela 40% mgs de sangue total, seg. técnica de Moog.

A radiografia do crânio revela opacidade da cavidade orbitária esquerda e ausência de lesões ósseas. A de estômago e duodeno não revelam lesão orgânica.

O exame otorinolaringológico praticado pelo Dr. Tarciso L. Junqueira, nada revela no setor da especialidade mas aconselha radiografias em outras posições tais como Hirtz, frontonaso-placa, as quais não chegaram a ser feitas.

O exame clínico geral praticado pelo Dr. Jaír de Oliveira Freitas, diz: à parte a sintomatologia ocular, queixa-se o paciente de cefaléia frontoparietal com irradiação para a região cervical posterior. Síndrome dispeptica hipostênica. Astenia. P. A.: 110/70. Pulso rítmico com 78 batimentos por minuto. Coração: compensado. Pulmões: ausência de sinais esteto-acústicos patológicos. Abdomen: **fígado e baço impalpáveis**. Cis-

tico, doloroso. Murphy (positivo). Solicita hemograma de Schilling, dosagem de hemoglobina, contagem de hematias e Abreugrafia bem como ser avisado dos resultados dos exames para reavaliação clínica e diz que, no momento, o exame é negativo quanto à existência de metástases cuja presença suspeitávamos.

O resultado do hemograma é o acima referido e a radiografia dos pulmões foi negativa.

OPERAÇÃO

Com o diagnóstico de melanoma maligno da órbita o doente é operado a 24/XI/59, sob anestesia geral, com protóxido de azoto, por via endotraqueal após indução com Tio-Curare, administrada pelo Dr. J. A. Alencar Gondim. Auxiliado pelos Drs. Gino Luiz Berrettini, Mauricio Onesti Taddei e Sílvio Corrêa, praticámos uma exenteração da órbita segundo os moldes clássicos, mas usando o bisturi elétrico e incluindo na incisão as duas pálpebras, em toda sua extensão. Como é de praxe em casos semelhantes, a incisão incluiu também o periósteo. Este tempo sangra abundantemente, os vasos são pinçados e a hemostasia se faz também com o electrodo esférico. A periorbita adere nos pontos clássicos e as aderências vão sendo rompidas com o indicador ou com uma pinça montada com gase, facilmente; as estruturas aderentes ao ápice da órbita são ressecadas com o bisturi elétrico, mas exigem também a tesoura após o que se faz hemostasia a esse nível, com as devidas cautelas, com o electrodo esférico.

Durante o ato operatório se injetam por via venosa 500 cc de sôro glicosado e 400 cc de sangue. A intervenção iniciada às 7 30 estava terminada às 8 horas e 45'. Vide fig. 3-A.

Estava presente, como referimos, o Dr. Sílvio Corrêa, distinto cirurgião plástico para preparar o clássico enxerto cutâneo, livre e revestir com êle a cavidade orbitária, sob ligeira compressão de um chumaço de gase. Dermátomo elétrico calibrado, pele do abdomen pronta e desinfetada para tomada do enxerto livre. Informado no momento da maneira como deveríamos agir, advertiu-nos que em sua opinião o enxerto não pegaria, aconselhando-nos esperássemos granular a cavidade, para, só então, aplicar o enxerto cutâneo livre, cuja pegada seria certa. Atendendo a sua sugestão tamponamos a ampla cavidade orbitária com gase debruada embebida em pomada de Furacin. Feito o tamponamento as bordas cutâneas adjacentes foram dissecadas e aproximadas, sem tração, porém o máximo possível, com diversos pontos de sutura em U com seda 00. É aplicado um curativo compressivo, monocular, com gase de 4 polegadas de largura. Antes de prosseguirmos, queremos assinalar que o rebordo orbitário bem como as paredes da cavidade estavam íntegras a não ser ao nível da lâmina papirácea do etimóide onde se encontraram as dehiências comuns, e no soalho da órbita, um pouco para dentro da fenda

esfeno-maxilar, onde havia pequena erosão óssea. A peça, volumosa, vista na fig. 3-A, é enviada a exame histo-patológico, praticado pelo Dr. Afonso Krug Filho, assistente do Serviço de Anatomia Patológica da Santa Casa. Seu relatório é o seguinte: Exame Macroscópico: O material consta de produto de exenteração da órbita, representando por globo ocular pálpébras e estruturas anexas.

Exame microscópico: Diagnóstico: Melanomas maligno com provável origem no trato uveal. Não há comprometimento da glândula lacrimal nem das pálpébras. Há invasão do peri-nervo e dos músculos.

Observação: Há restos de esclera, o que indica que o olho foi eviscerado e não enucleado. Vide Figs. 4 a 11.

Santos, 28/XI/59. (a.) Dr. Affonso Krug Filho (*).
p/ Dr. J. Michalany

Seqüência: A partir do dia da operação o paciente sentiu-se aliviado, continuando durante alguns dias com uso de drogas potencializadoras como Imesonal e Fenergan, além de antibióticos, soroterapia e transfusões, mais 3, totalizando 1.400 cc, a última das quais praticada em 5-XII-59. O tipo sanguíneo era 0. Daí por diante retira-se o tamponamento cada 3 ou 4 dias, sendo a cavidade lavada com soro fisiológico morno, faz-se a limpeza removendo alguns fragmentos de gase ou coágulo, renovando-se o tamponamento com a mesma gase debruada, sempre embebida com a pomada de Furacin, cuja finalidade é bactericida e ao mesmo tempo estimulante intensa da granulação. Travamos conhecimento agora com esse método e nos mostramos impressionados com a rapidez da granulação. Demorou mais a granulação ao nível da parte externa do rebordo orbitário, pois a esse nível o tecido ósseo sofreu ação intensa do bisturi elétrico utilizado também para a incisão do periósteo. Teria havido, certamente, necrose superficial do osso, fato de observação freqüente, agravado talvez pelo uso raro que do mesmo fazemos. Mesmo assim, a granulação se fazia, também aí, com acentuada intensidade. A 12 de Dezembro a cavidade é examinada pelo Dr. Sílvio Corrêa, que acha boa a evolução mas, aconselha aguardar um pouco mais para o enxerto da pele. Mais alguns curativos são praticados por mim até o dia 12 de Janeiro de 1960 quando o paciente é transferido para a 2.^a Clínica Cirúrgica de Homens para ser praticado o enxerto livre de pele pelo Dr. Sílvio Corrêa.

(*) Devemos ao Dr. Affonso Krug Filho não só a indicação dos aspectos histológicos mais característicos para as micro-fotografias, mas também, as respectivas legendas explicativas que ilustram este trabalho. A este distinto colega, grande conhecedor de histo-patologia ocular e assistente do Serviço de Anatomia Patológica da Santa Casa, chefiado pelo Dr. Jorge Michalany, deixamos consignados os nossos agradecimentos.

Esta intervenção foi feita a 14/1/60, sob anestesia geral com Tio-Curare mais éther por via endotraqueal administrada pelo Dr. Flavio G. de Carvalho. Consistiu em raspagem do tecido de granulação e cobertura da área avivada; com enxerto intermediário de pele retirado da parede anterior do abdomen com o dermatomo de Padgett. O enxerto foi suturado ao bordo cutâneo da órbita, previamente avivado, utilizando-se fio de algodão 2:0. Foi aplicado curativo compressivo com gase embebida em pomada de Furacin na cavidade orbitária e na parte da pele doadora. O doente suporta muito bem a intervenção mas volta a queixar-se de dores abdominais intensas, sendo examinado pelo Dr. Hugo Santos Silva Filho, que encontra figado aumentado de volume, doloroso e cheio de nódulos, dizendo que sua impressão é de metástase hepática sugerindo biópsia após determinação de tempo de protrombina.

Isto a 17/1/60. A biópsia não foi praticada. A 26/1/60 é solicitado novo exame clínico devido ao recrudescimento das dores abdominais, predominando no hipocôndrio esquerdo. Este é feito pelo Dr. Hermano de Vasconcelos, confirma a opinião do Dr. Santos Silva Filho e pede provas de função hepática e de permeabilidade dos colons que se lhe afiguram comprometidos por lesão da mesma natureza que a hepática e medica a prisão de ventre e o figado.

A despeito de se agravarem os padecimentos abdominais o enxerto pega admiravelmente ao fim de oito a dez dias. O paciente pensa em prótese e quer voltar para o seio de sua família...

Além dos exames de laboratório já referidos, foram feitos mais os seguintes: Hemograma, em 30/11/59 com este resultado: Globos, verms.: 4.400.000 p/mm³; Leucócitos: 2.150 p/mm³; Hemog: 80% — 12,5 grs. Neutrófilos segmentados: 59%; Eosinófilos: 10%; Linfócitos: 25%; Monócitos: 6%; Ligeira hipocromia. Eosinofilia. Leocopenia. Granulações tóxicas.

Novo hemograma em 29/XII/59. Globos. verms.: 4.400.000; leucócitos: 8.500. mm³; Hemoglobina: 84% — 13,1 grs.; Tempo de sangria: 1'10". Tempo de coagulação: 9'0" — Lee White. Dosagem de proteínas: (Biuret) 81 grs p/88 (20/XII/59). De urina em 22/1/60: aspecto: ligeiramente turvo; côr: avermelhada; consistência fluida; reação: ácida; albumina: traços leves; densidade 1036; sangue: contém. Sedimentos: algumas células; muitos leucócitos bem e mal conservados; agrupados e isolados; algumas hematias. Muitos cristais de ácido úrico. Raros filamentos de muco. Pede-se nova urina para pesquisa de bile e urobilina.

Sob a assistência do Dr. Silvio Corrêa o paciente recebe tratamento com antibióticos, analgésicos, antiespasmódicos, laxantes e entorpecentes de vários tipos; soro-glicosado e mais 7 transfusões entre 31/12/59 e 12/2/60, totalizando 3.300 cc, dos quais 1.000 de Amigem (solução de ácidos-aminados) e o restante de sangue conservado, tipo 0. A despeito de

todos os recursos terapêuticos, enérgicos e oportunos, o estado geral se agrava dia a dia a caquexia se acentua, o fígado aumenta exageradamente de volume e o doente falece aos primeiros minutos do dia 24/2/60, após 3 meses justos da exenteração da órbita.

COMENTÁRIOS

A despeito de sua história não ser muito clara, principalmnete quanto ao tempo decorrido entre a evisceração e seu internamento em nosso Serviço, pode-se calcular em cêrca de 4 meses, o período de crescimento do tumor até atingir as dimensões observadas nas figuras 1 e 2.

Procurei obter informes no Hospital em que esteve internado, mas não consegui. É certo, porém, que sofreu um traumatismo no olho esquerdo do qual ficou cego. É também certo que após a evisceração do olho cego e doloroso, nunca mais teve alívio. Informa também que nunca teve mancha escura, na conjuntiva, nas pálpebras, nas vizinhanças do olho e nem no corpo.

Informa ainda que até a operação nem êle nem seus familiares, notaram qualquer tumor, visível, no olho doente ou na órbita. Não se conseguiu saber ,tampouco se ao praticar a evisceração foi encontrado algum tumor, óbviamente de tamanho reduzido, intra-ocular. É também sabido que a presença de um tumor pode ser verdadeira surprêsa para o cirurgião ou para o histopatologista. Aliás, a fig. n.º 3, mostra a presença de tumor também intrabulbar. Daí se pode concluir que o melanoma maligno que descrevemos, teve sua origem primitiva intrabulbar. O terceiro traumatismo sofrido foi a biópsia. Ninguém pode negar o inestimável valor dêsse meio diagnóstico. Na hipótese porém de um melanoma maligno ,a biópsia pode agravar a situação. Willis, por exemplo, diz que ninguém pode estar seguro de que a simples irritação ou remoção incompleta de um nevus não foi a causa de sua transformação maligna.

A pesquisa de nevus cutâneos ou mucosos deve ser cuidadosa. É possível que alguns, por seu tamanho reduzido, passem despercebidos, fazendo supôr que a incidência de malanomas malignos em portadores de nevus seja bem mais alta do que a referida pelos autores. Assim é que Affleck refere 84% e Webster e col. referem incidências de 65%, segundo nos informa Willis.

As metástases se fazem por via trans-escleral através dos vasos perfurantes, ou através dos nervos inclusive o nervo óptico. Por via sangüínea se observam metástases nos pulmões, no cérebro, no fígado. Este órgão é, aliás, o sitio preferido para as metástases. É comprometido, às vêzes muitos anos após a enucleação. Há casos em que aparecem metástases nesse órgão após 10, 13, 18 e até 32 anos após a enucleação segundo Willis. Em nosso paciente ela foi diagnosticada clinicamente 3 meses após a exenteração da órbita e suspeitada ainda mais cedo. O órgão era volumoso, duro, cheio de nódulos e doloroso. Quisemos fazer

a necrópsia, mas à despeito de obter assentimento da família, esta não foi praticada por motivos alheios à nossa vontade.

Outro ponto que desejávamos comentar é o do enxerto da cavidade orbitária. Já tivemos 2 fracassos ao tentar recobrir com enxerto de pele livre a cavidade orbitária despida de seu periósteo. É bem verdade que nos 2 casos retirámos o enxerto sem dermatomo, usando faca, e tentando retirar o enxerto mais delgado possível. Em ambos, o enxerto não pegou, sendo eliminado completamente ao fim de poucos dias e muito fétido.

Reese usando de preferência o dermatomo, coloca o enxerto imediatamente após a exenteração, ajustando-o às paredes da órbita com um tampão de gase recoberto com tecido elástico muito delgado embebido de petróleo. O próprio Reese se admira de que o enxerto **sempre pegue** no osso desprovido de seu periósteo. Pretendíamos seguir essa técnica, motivo pelo qual sollicitamos a presença do Dr. Silvio Corrêa, abalisado cirurgião plástico do Hospital. Ele já havia preparado o local para a retirada do enxerto e para tanto havia também graduado seu dermatomo. Ao chegar o momento de sua atuação, embora lhe houvesse dito que a grande experiência de Reese aconselhava tal prática, êle se recusou a executá-la, aconselhando se fizesse um tampamento da cavidade com gase debruada, embebida em pomada de Furacin, conduta que em sua experiência, sempre, lhe deu resultado, acelerando intensamente a granulação, deixando para colocar o enxerto livre só depois de estar a cavidade completamente revestida desse tecido. Foi o que fizemos embora retrucássemos que tal conduta seria mais trabalhosa e iria reter o paciente internado por mais tempo. Fizemos os curativos com a periodicidade necessária, retirando o tampamento, limpando a cavidade e lavando-a com soro fisiológico morno. Feito isto a cavidade era tampada novamente, do mesmo modo, fazendo-se um curativo compressivo, com atadura de gase de largura adequada. Fizemos assim diversos curativos e nos surpreendemos com a rapidez com que se fazia a granulação. Este processo só não obedeceu ao mesmo ritmo ao nível dos pontos e mque havia necrose do osso, superficial, correspondendo aos pontos em que atuou o bisturi elétrico: face externa do rebordo orbitário e ápice da cavidade, onde foi aplicado o eletrodo esférico para hemostasia. Em nossa opinião, 18 dias após a exenteração a cavidade parecia em condições de receber o enxerto, pois estava completamente recoberta de tecido de granulação. O Dr Silvio Corrêa, mais experimentado e mais prudente, aconselhou esperar mais. Assim o enxerto livre de pele foi aplicado 49 dias após a exenteração e pegou admiravelmente, em menos de 2 semanas mau grado o estado geral péssimo do paciente. Nossa missão estava cumprida. Só não estava saciada a sanha destruidora do melanoma. O figado, viscera nobre e predileta, estava fatal-

mente atingido e o paciente falece em avançada caquexia 3 meses justos após a exenteração da órbita e menos de um ano após a evisceração do olho, séde ,quiçá de um tumor de dimensões mínimas ou de um mero nevus da coróide, que passaram inteiramente despercebidos. Aliás é fato comuníssimo passarem despercebidos ou não diagnosticados. Assim é que Terry e Johns citados por Willis, referem haver passado despercebidos ou não diagnosticados, 42 casos, num total de 94. Para evitar surpresas é que em nosso Serviço preferimos, sempre que possível, enuclear em vez de eviscerar, mandando fazer sistematicamente exame histológico, do olho sacrificado.

RESUMO

O autor refere um caso de melanoma maligno, provavelmente secundário, da órbita de um paciente, brasileiro, branco, de 32 anos de idade. O paciente estava cego do olho esquerdo havia cerca de 2 anos, em consequência de um traumatismo recebido há 8 anos no trabalho rural. Não conseguiu saber qual a lesão sofrida pelo paciente e não soube a doença desse olho, séde de dores violentas que se irradiavam pelo crâneo obrigando-o à eviscerá-lo. Daí por diante não teve mais alívio. Começou a crescer rapidamente um tumor na órbita esquerda, provocando dores horríveis até atingir o volume das figs. 1 e 2, em cerca de 5 meses.

Foi feita exenteração da órbita, esperando-se a granulação completa da cavidade, processada em 49 dias, para colocar enxerto livre que pegou bem antes de 2 semanas. Preconiza essa conduta para os casos de exenteração.

O paciente faleceu, de caquexia, por metastase hepática, 3 meses justos após a exenteração da órbita e em menos de um ano após evisceração feita em outra clínica. Inculi fotografias do paciente e microfotos mostrando a localização intra e extra escleral do tumor, a invasão de músculo e nervo, bem como sua alta malignidade. Inculi bibliografia.

SUMMARY

The A. reports a case of malignant melanoma, probably secondary, on the orbit of a 32-year old white brazilian male. The patient was blind of the left eye, since about two years, as consequence of a trauma suffered 8 years before, in rural work. He could not find which lesion was suffered by the patient and not even know the disease of that eye: this was the site of violent pains, radiating to the skull, which led him to evisceration. From then on, he obtained no more relief. A tumour in the left orbit started to grow rapidly, causing unbearable pain, till the size of pictures 1 and 2 was reached, in about 5 months.

Exenteration of orbit was performed, and complete granulation of

the cavity was waited for — it developed in 49 days —, to place a free graft, which took well, before 2 weeks. He recommends this procedure, in cases of exenteration.

The patient died from cachexia, from liver metastasis, just three months after exenteration of the orbit, less than one year after evisceration performed in another clinic.

Photographies of the patient and microphotos showing intra and extra-scleral localization of the tumour, invasion of muscle and nerve, and its high malignancy, are included. Bibliography.

BIBLIOGRAFIA

- WALTER, O. EINN FALL von — Primare Melanosarkom der Orbita. cit. por Reese.
- ROTTINO, A. e KELLY A. S. — Primary orbital melanoma; case report with review of literature; cits. por Reese.
- FOSTER, J. — Encapsulated orbital melanoma, cit. por Reese.
- OFFRET G. — Les tumeurs primitives de l'orbite. Leur traitement. Masson & Cie. Paris. 1951. pags. 411-412.
- WILLIS, R. A. — Pathology of Tumours. 2.^a ed. Butterworth & Co. Publs, Ltda. London, pags. 911:13.
- REESE, A. B. — Tumors of the eye. Paul B. Hoeber. Inc. 1951, pags. 316:355.
- DUKE-ELDER, W. S. — Text-Book of Ophtalmology. The C. V. Mosby Co. St. Louis. 1945. Vol. III, pags. 2477, 2518 e também Vol. V. pags. 5591, 5593. Henry Kimpton, Lond. 1952.
- MACHADO, N. R. e ALMEIDA, A. M. — Arquivos Brasi. de Oftl. vol. 21 n.º 5, 1958. pgs. 339/356. (*)

(*) O A. não podendo compulsar a extensa bibliografia referente ao tema abordado e não tendo podido apelar para as fontes em que poderia obtê-las, roga ao eventual leitor dêste trabalho, curioso de obter referências mais extensas, que se abebere nos livros de Willis, Reese e Duke-Elder, acima referidos e em seu modesto trabalho em colaboração com Almeida A. M. onde se encontram também referidos os trabalhos nacionais, de seu conhecimento.

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**

**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**



Fig. 1

Paciente, de 32 anos. Note-se o volume do tumor, cerca de 8 meses após o início. (Obs. pes.)

Front view of the tumour about eight months after onset, in a 32 year old white man. (Pers. obs.)

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**

**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**

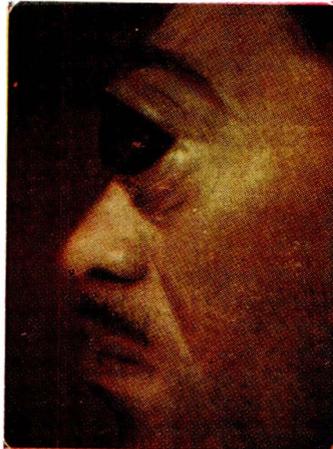


Fig. 2

Foto de perfil, na mesma ocasião.

Side view of the tumour, at same time.

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**
**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**

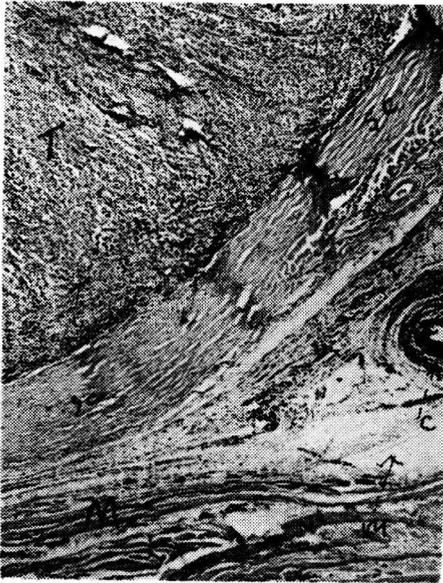


Fig. 3

*Micro-foto, com pequeno aumento,
mostrando localização intra e extra-
escleral do tumor.*

*T: tumor; Sc: esclera; C: conjun-
tiva; M: músculo. (X 20) H.E.*

*Microscopic appearance of the tu-
mour inside and outside the sclera.*

*T: tumour; Sc: sclera; C: conjunc-
tiva; M: muscle. Microf. 20X.*

Col. H.E.

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**

**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**

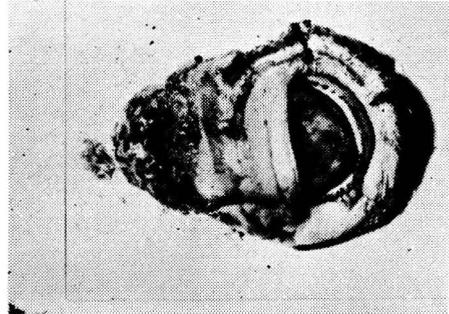


Fig. 3-A

*Mostra o tumor que ocupava tôda
a órbita esquerda. Vêem-se as pál-
pebras e alguns anexos do globo,
não comprometidos.*

*Shows the tumour that occupied all
the left orbit. We can see the lids
and some eye adnexa not infiltrated.*

**Melanoma maligno da órbita.
Malignant melanoma of the orbit.**

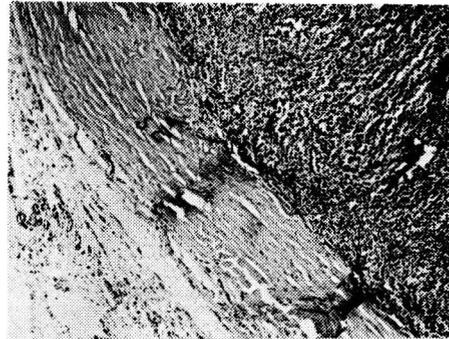


Fig. 4

*O mesmo campo da figura 3, com
maior aumento.*

*The same field of precedent picture
with higher magnification.*

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**

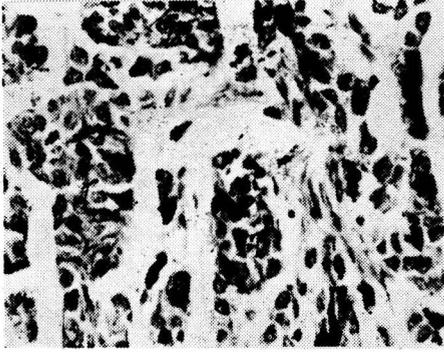


Fig. 5

*Micro-foto com grande aumento,
para mostrar a extrema anaplasia
das células tumorais.*

*Histologic appearance of tumour
cells, showing extreme anaplasia.
High magnif. H.E.*

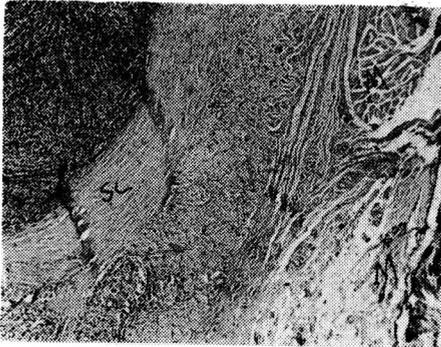


Fig. 6

*Mostra o tumor invadindo o músculo.
T: tumor; Sc: esclera; M: músculo
(X20). Col. H.E.*

*Histological appearance of tumour
invading muscle. T: tumour; Sc:
sclera; M: muscle. (X20) Col. H.E.*

**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**

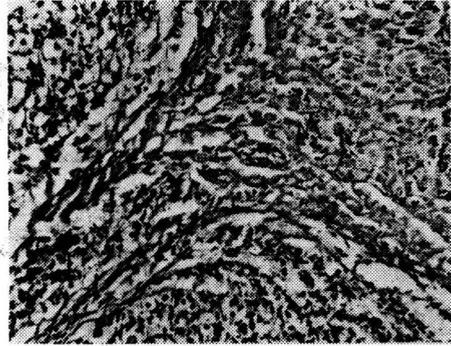


Fig. 7

*Detalhe da fig. anterior. (X128).
Col. H.E. M: músculo; T: tumor.*

*Detail fig. 6 (X128). Col. H.E.
M: muscle; T: tumour.*

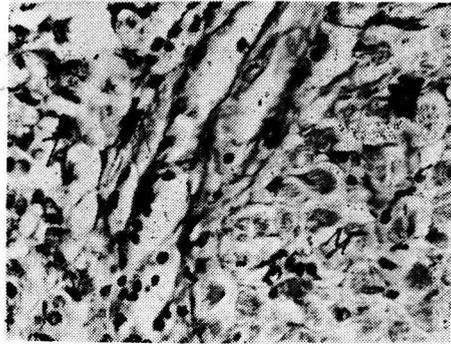


Fig. 8

*Detalhe da figura anterior (X320).
Col. H.E. T: tumor; M: músculo,
em corte transverso.*

*Detail of precedent fig. (X320).
Col. H.E. T: tumour; M: muscle
in transverse section.*

**Melanoma maligno, secundário,
da órbita.**



Fig. 9

Mostra a invasão de um nervo pelo tumor. (X20). Col. H.E. T: tumor; T.C.: tecido conjuntivo; N: nervo.

Shows tumour invading a nerve. T: tumour; T.C.: connective tissue; N: nerve.

**Secondary malignant melanoma
of the orbit.**

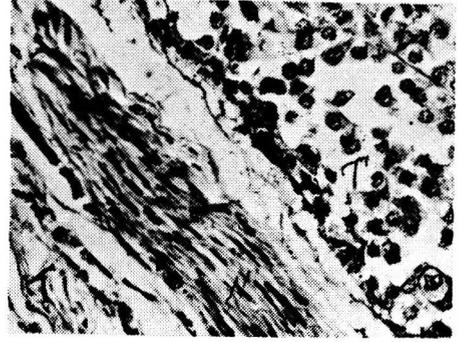


Fig. 11

Detalhe da figura anterior em grande aumento (X320) H.E. T: tumor; N: nervo.

Detail of precedent figure (X320). H.E. showing nerve invasion. T: tumour; N: nerve.

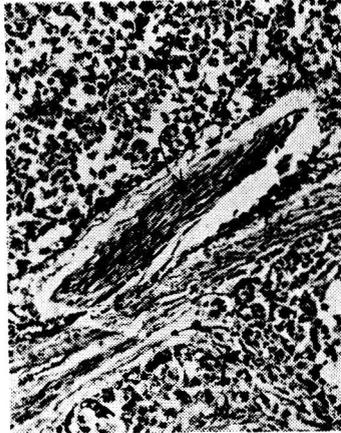


Fig. 10

Detalhe da figura anterior (X120). Col. H.E. T: tumor; Bn: bainha do nervo; N: nervo.

Detail of precedent figure (X120). Col. H.E. T: tumour; Bn: nerve sheath; N: nerve.