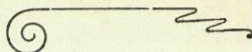


Vegetações adenoides

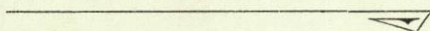
159/5 FHP

Manoel Correia de Carvalho



Vegetações adenoideas

Trabalho da Consulta de oto-rino-laringologia
do Hospital Geral de Santo António



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



159/5 FMP

1915

IMPRESA NACIONAL
de Jaime Vasconcelos—
Rua da Picaria, 35
PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. ^a classe — Anatomia | { | Luis de Freitas Viegas |
| | } | Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histologia | { | António Plácido da Costa |
| | } | José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia | | Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e Anatomia Patológica | { | Augusto Henrique de Almeida Brandão |
| | } | Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacteriologia | { | João Lopes da Silva Martins Júnior |
| | } | Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Ginecologia | { | Cândido Augusto Correia de Pinho |
| | } | Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias |
| | } | Carlos Alberto de Lima |
| | } | António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { | José Dias de Almeida Júnior |
| | } | José Alfredo Mendes de Magalhães |
| | } | Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | | António de Sousa Magalhães e Lemos |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

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

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

A MEUS PAIS

Pela vossa doce e amorosa
abnegação, todo o dedicado e
religioso amor de filho.

A minha tia

A minhas irmãs

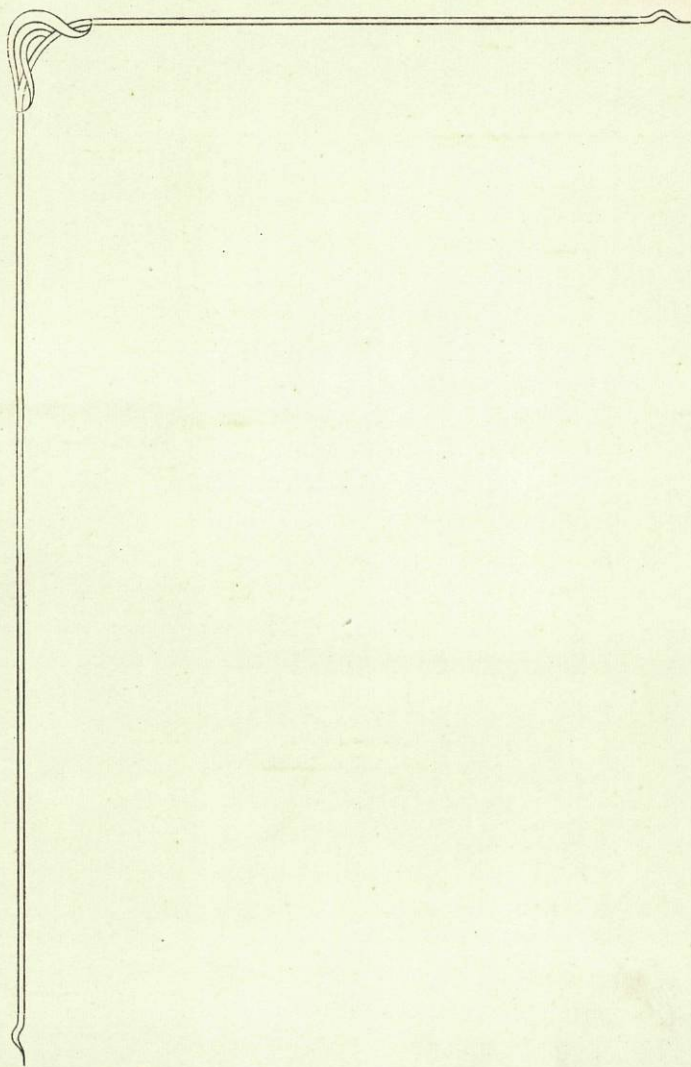
o mais sacrosanto affecto.

Ao meu digno presidente de tese

Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos

Ào Dr. António Teixeira Lopes

Director da Consulta de oto-rino-laringologia
do Hospital Geral de Santo António



PRÓLOGO

Se há alguma coisa mais terrível do que a agonia pela fome é — a agonia pela falta de luz.

VITOR HUGO.

A excomunhão sôbre as disposições legais que soberana-, autoritária- e tiranamente investem um médico de atribuições de escritor, têm sido tam viva, intensa e turbulenta, que hoje, muitos recenformados iniciam ou fecham a sua obra, gravando um protesto ardente, estabelecendo franca hostilidade à sentença formal que dura- e improficuamente lhes exige a derradeira prova escolar.

As teses que, por feliz ocorrência, se nos depararam nestas circunstâncias, são documentos onde os recursos modestos de estilo, de linguagem, de raciocínio e inteligência, merecem a legítima defesa daqueles que repelem firmar pelo próprio punho a pena cuja expiação é tam dolorosa.

O protesto irradia, pois, da consciência própria e a veemência e ardor jogados na defesa, teem um curso paralelo à vaga e illusória preparação literária e scientifica dos seus apóstolos.

A língua nacional é esquecida e profanada, as doutrinas apresentadas são deturpadas num incorrecto esforço de plagiato, enfim entre um amontoado de palavras impróprias e destoantes reina a maior infracção a todos os princípios

É que as bases que devem prevalecer na administração da instrução, pelo menos aquela que deve representar a suprema aspiração, oscilaram desde a infância, quando a alimentação intelectual era defeituosa, imprópria e esterilizante.

Desde então o espírito desta criança aceitou tudo sem raciocínio e regorgitou sob a pressão desta confusão doutrinária que, sob a mais brutal exigência, era formulada e requerida à memória.

Nestas condições transpôs o curso secundário e alcançou uma formatura em medicina.

Agora impõem-lhe o mais pesado tributo. Não admira que, no maior sobressalto, se abstenha de selar um documento vergonhoso aos seus próprios olhos.

A discrepância de tais opiniões merece caridade e complacência, é um grito de prevenção e alarme para os futuros educadores.

Não esqueceremos que um trabalho escrito pode versar problemas dum alto valor, que estabelece um traço de união e cooperação duma classe, que representa uma fonte de

divulgação insubstituível, enfim que arrasta altos benefícios para toda a humanidade!

Quando pleiteamos dentro dêste princípio não supomos erguermos-nos qual Sinai impávido; pelo contrário, assumimos aquela atitude modesta, que nos deve ser exigida amanhã quando a nossa responsabilidade fôr julgada.

*

* *

As lucubrações e o forçoso meditar de um estudante, que nos derradeiros anos do seu curso lançou um olhar de preocupação ao destino incerto, mas envolto em deveres e responsabilidades urgentes, tendo presente o decreto que implacavelmente formula exigências e não permite oscilações... eis a atitude, que há dois anos, nos foi imposta pelos encargos pessoais, pela situação que tudo deve retirar do esforço próprio.

Neste estado de espírito abraçámos, com toda a devoção, um problema de elevado alcance médico, encarando-o

sob todas as suas fases, compilando, dentro do vasto campo da experiência e da observação, a série de elementos cuja síntese, associada às concepções teóricas, representa a pedra basilar dêste edificio, para que, de balde, o nosso humilde valor procurou solidez e garantias impossíveis.

Sob o impulso de naturais apreensões, desde o 4.º ano, numa assídua freqüência à consulta de oto-rino-laringologia, um grande entusiasmo e uma porfiada atenção voltearam em redor dum capítulo de patologia — *Vegetações adenoides* — cujas prerrogativas de especialidade explicam o esquecimento criminoso a que a classe médica, imprudentemente, lançara êste assunto.

As nossas disposições vacilaram, todavia, quando assumimos o lugar de 2.º assistente de Ginecologia.

É que sôbre nós penderam novas atribuições e as exigências duma colaboração honesta implicavam o dispêndio dum grande esforço.

Então compreendemos que o dever era versar um assunto de Ginecologia.

Mas, ¿ como identificar-nos com êste princípio se os ele-

mentos da primeira selecção estão em ordem, alguns capítulos já elaborados, o plano geral traçado — e, sobretudo, imperiosamente soam aos nossos ouvidos as determinações duma defesa de tese urgente e imediata?

Vítima das circunstâncias, outorgando os direitos de primazia e selecção, obedecemos ao império do momento.

Dentro desta situação a resolução era só uma — accitar para tema da nossa dissertação — *As vegetações adenoides*.

*

* *

São tam exuberantes os casos de complicações adenoidias arquivados nos nossos registos diários e tam triste a sentença lavrada pela imprudência médica que criminosa-mente, numa ignorância imperdoável, colabora no desenvolvimento tardio de complicações que um diagnóstico seguro e uma operação banal teriam evitado, — que um principio geral, deve ser pronunciado com o valor dum aforismo científico — *o diagnóstico das vegetações adenoides não é prer-*

rogativa do especialista, deve estender-se a toda a classe médica. «Como pela marcha conheceis um atáxico, pela *facies* adenoideia retirareis as conclusões mais práticas e úteis».

Estas palavras de Lermoyez estabelecem a mais ampla verdade, as deduções mais lógicas para aqueles que fazem girar toda a patologia infantil em volta dum fulero comum — *as vegetações adenoides.*

As crianças, que por infeliz ocorrência, depararam com um médico inconsciente da sua nobre missão, sentiram pesar sobre o seu futuro os preságios mais dolorosos e pungentes — vida de leito, dor, lágrimas, miséria, desrenga, desespero e até loucura.

O caso apresentado pelo Dr. Thomas num congresso de Pediatria em 1898 arrebatava um individuo à sequestração. Executada a operação das vegetações, as manifestações de idiotia desapareciam totalmente.

A palavra *loucura* acima citada não tem sómente as pretensões do estilo, desgraçadamente tem o amparo da realidade.

¿ Porque não invocar também essa multidão que, diariamente, em romaria forçada, busca a caridade dos hospitais, tantíssimas vezes gemendo sob torturas físicas e morais?

Aqui aparece, por exemplo, êste proletário, com cefaleias intensas, faringites, laringites e bronquites repetidas que o aniquilam, que o lançam num mísero leito junto do qual gemem algumas crianças transidas de frio e fome.

É um condenado desde a infância, é uma vítima da classe médica.

A sua vida é um calvário.

Desamparado da sorte, privado dos braços, a sua existência ensombrou-se em noite de desespero: os filhos mendigam o pão do seu sustento.

A sua história retalha o coração mais empedernido.

Estremece quando a cura lhe é anunciada; a necessidade, porém, da intervenção apavora-o. Até aí desce a ignorância do povo.

Num intenso trabalho de sugestão é-lhe últimamente arrancado o consentimento. A cura não se faz esperar.

Mas não basta.

Como êste, muitos outros doentes com tantas outras complicações, que em capítulo especial serão discutidas sob todos os aspectos, visitam em procissão permanente a Consulta de oto-rino-laringologia do Hospital Geral de Santo António.

Êstes doentes só poderão alcançar a cura pela operação, — outra qualquer terapêutica terá efeitos paliativos. . . a lesão progredirá, a vida dêstes infelizes está ameaçada. — A nossa intervenção, em alguns dias, comuta-lhes a pênna, a cura é radical.

*

* * *

Quem joga com toda esta cadeia resultante duma lesão primária tam fútil, tam predestinada a uma cura rápida, sente-se avassalar sob o fragor da ignorância a que milhares de médicos votam êste problema de ocorrência tam familiar, de possibilidade tam frequente.

Esta incúria deve ser increpada, e a autoridade médica julgada criminosamente.

Se nos fôsse possível alvitrar ligeiras considerações, uma justa censura deveria recair sôbre a organização dum Hospital que sustentando uma consulta externa de oto-rinolaringologia — esquece a criação duma sala anexa onde os doentes pudessem ser preparados e predispostos a uma intervenção.

Efectivamente, o âmbito das responsabilidades médicas deve ser restringido.

Os cuidados post-operatórios, — que assumem um valor máximo no successo duma operação, — são a maioria das vezes as causas predisponentes, quer à fuga ditada pela miséria dos padecentes, quer ao abandôno e inutilidade do médico.

O povo que busca a caridade dum Hospital constitui essa pléiade de famintos que formigam por essas ruas, que dormem sôbre pedras, ao relento. Desamparados da sorte, feridos física- e moralmente, vivem numa ânsia de morte. E é a êsses pobres padecentes, mendigos de profissão, que o médico é forçado a aconselhar, por exemplo, um regime! Que exigências tam loucas! Que miserável restrição imposta cruelmente à caridade pública.

Temos visto algumas criaturas, verterem lágrimas arrancadas duplamente ao pavor duma operação e às condições assacadas irrisóriamente à triste e misérrima situação dum desgraçado.

É um riso sarcástico, é uma zombaria que ultraja a miséria humana!

No paroxismo da dor, na mais intensa prostração moral, em vez de se levantar êste estado, em vez do consôlo e encorajamento para predispor o doente a aceitar a intervenção, que a ignorância e inconsciência repelem, as nossas atribuições limitam-se a ditar um regime, a marcar um dia, enfim a soltar palavras . . . que o vento leva.

Assim se expande a dor pela humanidade, assim se arremessa para o futuro um ser que mais tarde, quando moribundo numa rua pública, será recolhido pela caridade hospitalar que então interna-lo há, mas de balde.

Uns dias antes com um dispêndio incomparavelmente menor êste doente salvar-se-ia e consigo ¿quem sabe? talvez algumas erianças que agora se estorcem nas ânsias da fome.

Lances patéticos envoltos na mais glacial indiferença de meia humanidade — a turba egoista e privilegiada.

Problema de futuras instituições sociais, de ideais sagrados, de fraternal coparticipação no equilíbrio da felicidade humana!

*

* *

Minha alma, em contemplação diante dum santuário, aceita agora a celebração da gratidão.

A recordação duma dívida sagrada, a atitude dum ser que nos guindou por um incansável trabalho, por um zêlo insólito, por uma dedicação espontânea, a reminiscência de saudosas lições magistraes fazendo reviver a admiração do aluno, a impulsiva expansão duma confissão, enfim, dominam neste momento de sobressalto e, insensível-, mas ardentemente levam-me, num lance de supremo reconhecimento e admiração, a consagrar estas despreziosas, mas sentidas palavras, ao Dr. Teixeira Bastos. É um tributo de homenagem, de profunda admiração e de indelével gratidão.

*
* *
*

A cooperação do Dr. Teixeira Lopes representa a alma dêste trabalho.

Foi êle que, junto de nós, aliando um saber invulgar, a uma dedicação inexcêdível, guiou os nossos passos incertos.

A invocação dêste nome para estas páginas sagra o reconhecimento que vive imortalmente em nosso espírito.

Vegetações adenoides

Na mucosa faríngea, um dos elementos anatómicos que actualmente têm despertado mais a atenção dos especialistas, é sem dúvida o tecido adenóide que nela se encontra espalhado, quer sob a forma "agminada," dando lugar a formações linfoides — como as amígdalas —, quer sob a forma "dispersa," dando lugar a amígdalas minúsculas (podemos assim chamar-lhes) em que a inflamação caracteriza, como se sabe, a faringite granulosa.

Dispersas no nome, mas íntimamente ligadas entre si, estas formações linfoides tem sido estudadas últimamente pelos clínicos, não só pelas lesões mas também pelas complicações a que dão origem.

E de todos os trabalhos feitos sôbre êste assunto, o que tem dado lugar a maiores discussões nas sociedades médicas estrangeiras, é o diagnós-

tico precoce e o tratamento das vegetações adenoides.

Antes de entrar contudo no assunto dêste meu trabalho, vou lembrar muito ligeiramente algumas disposições anatómicas e relações da nasofaringe, única porção da faringe simplesmente destinada à respiração.

É limitada em cima pela apófise basilar do occipital, pelo corpo do esfenóide e ainda pela face inferior das pirâmides dos rochedos; para deante pelos coanes ou orifícios posteriores das fossas nasais; para fora pela asa interna das apófises pterigoides; e para trás pelas primeiras vértebras cervicais.

O saco fibroso, que constitui o esqueleto faríngeo, sólidamente ligado à abóbada faríngea, é reforçado na parte posterior pelo ligamento suspensor de Luschka e nas partes laterais pelos ligamentos salpingo-faríngeos.

Separado dos espaços maxilo-faríngeos por duas aponeuroses laterais, é separado também da coluna cervical por um espaço celuloso (espaço retro-faríngeo) que, na parte superior, devido à união do ligamento de Luschka com a aponeurose dos músculos prevertebrais, é dividido em dois compartimentos distintos onde se encontram dois gânglios (gânglios retro-faríngeos de Gillette), que tem bastante importância por serem a origem do adenofleimão retro-faríngeo.

O saco fibroso é recoberto na sua superfície interior por uma mucosa, rósea, irregular, cheia de pequenas saliências arredondadas e mais ou menos confluentes, devido ao tecido adenoide e às glândulas subjacentes.

Essa mucosa continua sem linha de demarcação com a mucosa das cavidades vizinhas—fossas nasais, trompa de Eustáquio, bôca, laringe e esófago.

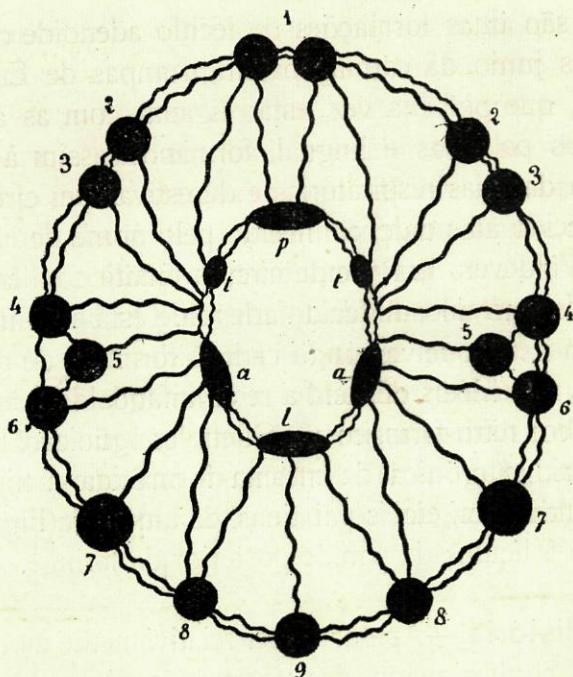
Ao nível da abóbada apresenta-nos lateralmente pregas salientes que limitam o orifício da trompa de Eustáquio; para diante a prega petro-salpingopalatina que forma ao mesmo tempo o limite posterior da goteira naso-faríngea; para trás a prega salpingo-faríngea, limite anterior da fosseta de Rosenmüller.

Na parte superior da abóbada faríngea e na linha média, existe uma depressão da mucosa formando uma espécie de bôlsa—bôlsa faríngea de Luschka—limite posterior do sulco médio da amígdala faríngea.

A amígdala faríngea é uma formação linfoide que ocupa a região média da abóbada faríngea.

Está situada entre os dois orifícios das trompas de Eustáquio, para trás dos coanes e para diante do tubérculo faríngeo. Podemos considerá-la como duas amígdalas reunidas e apenas separadas por um sulco médio. De um e outro lado está ligada por traços linfoides com as amígdalas de Gerlach,

que são duas formações de tecido adenoide colocadas junto da cartilagem das trompas de Eustáquio, que por sua vez, estão ligadas com as amígdalas palatinas e lingual, formando assim à entrada das vias respiratórias e digestivas um círculo de tecido adenoide, conhecido pelo nome de "anel de Waldeyer," ou grande círculo linfático da faringe. Êste círculo de tecido adenoide está em íntima relação com um segundo círculo formado de gânglios, tributários de toda a rede linfática da faringe, gânglios retro-faríngeos de Gillette, gânglio de Chassaignac, gânglios da bifurcação da carótida, gânglios sub-maxilares, etc., como se vê no esquema (Fig. 1).



(Fig. 1)—Esquema do anel de Waldeyer—(Escat)

a: amígdalas palatinas — *p*: amígdala faríngea — *l*: amígdala lingual — *t*: amígdala tubar — 1, gânglios retro-faríngeos — 2, gânglios estiloideos — 3, gânglio látero-faríngeos — 4, gânglios retro-esterno-mastoideos — 5, gânglios de bifurcação da carótida — 6, gânglios pre-esterno-mastoideos — 7, gânglios de Cassaignac — 8 e 9, gânglios hioides.

Compreende-se assim, embora teóricamente, que qualquer infecção que tenha por porta de entrada a faringe, antes de invadir a circulação geral, tenha de atravessar duas barreiras; uma faríngea e outra ganglionar.

Depois destas ligeiras considerações, podemos dizer, com os anátomo-patologistas, que "vegetações adenoides," são tumores constituídos pela hipertrofia dos folículos linfáticos que tapetam a abóbada da rino-faringe e sobretudo pelos folículos situados na parte média da abóbada, entre as duas fossetas de Rosenmüller, conjunto conhecido pelo nome de amígdala faríngea. Ou então dizer como Escat que vegetações adenoides não são mais do que a hipertrofia crónica da amígdala faríngea. Elas constituem assim uma simples localização de adenoidite crónica da mesma forma que a hipertrofia das amígdalas palatinas, da amígdala lingual e dos folículos da parede posterior da faringe.

História.—Apesar de ser relativamente moderno o conhecimento das vegetações adenoides, os seus sintomas já são conhecidos desde a mais alta antiguidade. Já Hipócrates, quatro séculos antes da nossa era, tinha observado a "facies," adenoideia.

"... de ceux qui ont la tête pointue, quelques-uns ont de la céphalalgie et des écoulements d'oreilles. Ces dernières ont la voûte palatine creuse et les dents qui chevauchent,". (Hipócrates).

Mais tarde Robert, Lambron, e sobretudo Dupuytren deram à afecção uma descrição quasi completa. Infelizmente atribuíram às amígdalas palati-

nas as perturbações devidas à hipertrofia e à inflamação da amígdala faríngea.

O véu do paladar encobria um órgão que elles supunham não existir.

Mais tarde em 1860 Czermak, devido à sua descoberta da rino-faringo-laringoscopia, descreveu pela primeira vez as vegetações adenoides. Andrew Clarke em 1862, Voltolini e Loewenberg em 1865, cinco anos mais tarde dos trabalhos apresentados por Czermak, publicavam observações de doentes que eram atingidos de surdez considerável e supuração dos ouvidos. Depois de observarem pequenos tumores na abóbada da faringe, submeteram os doentes a algumas sessões de gálvano-cautério, destruíram-lhes os tumores, obtendo assim os doentes melhoras consideráveis na audição.

Mas, foi Wilhelm Meyer, de Copenhague, que em 1874 reuniu e coordenou os caracteres específicos da doença e instituiu um método racional do tratamento. É a elle que cabe a honra de ter feito, pela primeira vez, uma descrição completa da hipertrofia da amígdala faríngea com o nome de "vegetações adenoides". Não só estudou a sua estrutura histológica, mas também descreveu duma maneira completa os sintomas da doença e o seu modo de tratamento.

É com justa razão que Morell-Mackenzie lhe chama o descobridor das vegetações adenoides da

naso-faringe. Porque, apesar de não ser o primeiro que descobriu êstes tumores, foi êle contudo quem os descreveu completamente.

E tanto valor deram à sua descoberta que o seu nome ficou gravado para sempre na história da medicina.

O seu nome é sempre lembrado com entusiasmo em todos os congressos de laringologia.

Quando em Copenhague levantaram um monumento em honra de Meyer, o célebre laringologista inglês, Dr. Félix Semon numa passagem do seu discurso disse o seguinte:

“... Quel a donc été le mérite si remarquable de Hans Wilhelm Meyer p ur m riter l’honneur que nous lui rendons aujourd’hui?”

La réponse est facile. Il y a aujourd’hui juste trente et un ans qu’il fut consulté par une jeune fille âgée de vingt ans qui souffrait de surdité, qui avait une voix bizarre et dont l’expression du visage était presque idiote.

Le traitement dirigé du côté de la gorge et des oreilles fut impuissant. Meyer eut l’idée d’introduire son doigt dans la cavité naso-pharyngienne et une solution inattendue venait à se produire.

Au lieu de pénétrer dans une cavité vide, le doigt était arrêté par une masse volumineuse, molle, saignant facilement, dont l’existence et la nature étaient inconnues jusqu’à ce jour. Meyer enleva cet-

te masse par une opération et obtint un succès qui fut le suivant: la surdité fut guérie, la voix devint naturelle et l'expression idiote de la face disparut. . . .”

Mas o mérito de Meyer não começou com esta simples observação puramente ocasional. Êle não se contentou só com o publicar a sua observação. Continuou os seus estudos sôbre a histologia desses tumores e a sua influência nas perturbações dos ouvidos, da respiração e no desenvolvimento geral. E só depois de reconhecido o valor da sua descoberta é que lhe consagraram o nome que hoje possui.

Outros trabalhos tem sido publicados sôbre o assunto. Mas o que tem dado lugar a maiores discussões em todos os congressos de medicina e que está hoje despertando vivo interêsse entre os laringologistas é o diagnóstico precoce e o tratamento das vegetações adenoides.

Anatomia — Histologia — Fisiologia

Anatomia. — A amígdala faríngea é uma produção que ocupa a região média da abóbada faríngea, para deante do tubérculo faríngeo, para trás dos coanes e entre os dois orifícios das trompas de Eustáquio.

Tendo a forma mais ou menos quadrangular, as suas dimensões médias são de 2^{cm.} de largura, 2^{cm.},5 de comprimento e 6^{mm.} de espessura.

A amígdala faríngea, na criança, apresenta ordinariamente no seu meio um sulco ântero-posterior que termina posteriormente na bolsa faríngea de Luschka e divide o órgão em duas partes mais ou menos simétricas. De cada lado dêste sulco, encontramos outros, separados por pregas, sempre muito variáveis em número e forma, dando assim à amígdala um aspecto geral muito variável. Geralmente êstes sulcos tem a forma arqueada, paralelos uns

aos outros, tendo a sua concavidade voltada para a concavidade dos do lado oposto.

A amígdala faríngea sofre uma longa evolução. No primeiro ano que segue ao nascimento, aumenta de volume em todos os sentidos e depressa atinge os coanes. As pregas começam a aumentar e a multiplicar-se até à puberdade. Começa em seguida uma lenta regressão que termina perto dos 25 anos.

Neste momento não se vê mais do que a parte posterior do sulco médio, que não é mais do que a bolsa faríngea de Luschka.

De maneira que, quando encontrarmos crianças com menos de um ano de idade em que a amígdala faríngea tenha mais de 3 milímetros de espessura devemos considerá-la como anormal.

Da mesma forma, em todas as pessoas com mais de 29 anos, uma amígdala faríngea, mesmo muito reduzida que seja, deve também ser considerada como anormal e portanto como vegetações adenoides.

Histologia normal. — A estrutura da amígdala faríngea é análoga à da amígdala palatina. É formada da mesma forma por uma mucosa que se invagina nos sulcos mais ou menos profundos e recobre uma camada própria constituída por tecido reticulado formado de tecido conjunti-

vo encerrando nas suas malhas folículos fechados.

Os folículos fechados estão situados em pleno tecido reticulado do qual se distinguem pela sua forma arredondada ou ovalar e pela sua côr mais escura. São formados também de um tecido reticulado conjuntivo que encerra nas suas malhas células linfáticas. Ao lado dêstes elementos encontramos também numerosos vasos de pequeníssimas dimensões que se ramificam em todas as direcções. Anastomosando-se uns com os outros formam por assim dizer uma segunda rede de malhas pequeníssimas, circunscrevendo os folículos e enviando-lhe ramos da periferia para o centro à maneira dos raios duma roda.

Histologia patológica.—O tecido adenoide está consideravelmente aumentado de volume.

A rede fibrilar que envolve os folículos é abundantemente infiltrada de células linfáticas de grossos núcleos (Ruault).

O revestimento epitelial é mais espêsso do que normalmente.

Os próprios folículos fechados são em número mais considerável e o tecido inter-folicular é mais abundante e até os sulcos, ou criptas, mais numerosos.

Segundo teorias recentes admite-se que as cé-

lulas epiteliaes se transformam em tecido reticulado na profundidade do revestimento epitelial externo.

Segundo Retterer e Lelièvre as células perdem uma porção do seu protoplasma e o resto toma um aspecto de finas trabéculas anastomosando-se às trabéculas das células vizinhas.

Daí uma rede celular nas malhas da qual aparecem elementos livres: leucocitos diversos e, sobretudo, linfocitos.

Fisiologia.— Para se fazer uma ideia da ignorância que há sobre a fisiologia das amígdalas basta citar as teorias que se tem architectado.

Sem querer contudo criticar o exclusivismo de cada teoria eu sou de opinião que é muito possível que as amígdalas desempenhem um papel importante no organismo. Pois se elas estão colocadas à entrada da faringe é evidentemente para alguma coisa: e é essa coisa que nós ignoramos.

Todas as opiniões que se tem formulado podem ser divididas em dois grupos: um o dos que consideram as amígdalas como glândulas de secreção externa; outro o dos que as consideram como glândulas de secreção interna.

Os que pertenciam ao primeiro grupo, como Tourtal diziam que à superfície das amígdalas havia sempre um produto de secreção que não só impe-

dia a penetração dos gérmenes no organismo mas também auxiliava o deslissamento da face posterior do véu do paladar contra a parede posterior da faringe.

Rosbach, attribua às amígdalas a secreção duma zimase dotada de um poder sacarificador.

Chantemesse mostrou que os glóbulos brancos segregam oxidases e fermentos muito diversos tornando as amígdalas susceptíveis de actuar nas transformações das matérias amiláceas.

Os do segundo grupo, como Allen que dizem as amígdalas pouco desenvolvidas ao nascimento aumentam no momento em que o tímus começa a desaparecer.

Escat liga uma certa importância à teoria de Allen, quanto à hipótese duma função das amígdalas começando e acabando com o crescimento do esqueleto.

O facto das amígdalas se atrofiarem normalmente desde que o crescimento está terminado justifica até certo ponto esta hipótese.

Capart fêz notar que não sómente as amígdalas palatinas e faríngeas se atrofiam normalmente em uma certa idade mas que acontece o mesmo a todos os tecidos linfáticos do tubo digestivo e do organismo em geral. E que é um êrro manifesto descrever num adulto uma amígdala palatina com dimensões apreciáveis. É em seguida a infecções

repetidas que as amígdalas perdem a faculdade de se reabsorverem em uma certa idade.

Masini, para demonstrar a secreção interna da amígdala, injecta extractos glicerinados a animais de laboratório e crê notar uma hipertensão vascular.

Como se vê o papel de glândula de secreção interna da amígdala está longe de ser demonstrado.

Retterer demonstrou a neoformação de leucocitos nas amígdalas.

Não se conhece o papel deles mas é natural pensar que êles sirvam para a defesa do organismo.

Outros autores não só não admitem que as amígdalas tenham um papel de defesa mas, pelo contrário, consideram-nas um lugar de menor resistência.

Tlak, por exemplo, diz que as amígdalas tem no curso do desenvolvimento do esqueleto uma função bem determinada mas que mais tarde elas não representam mais do que o vestígio embrionário dum antigo órgão, comparável ao "apêndice," e que então, encontrando-se, sem funções na economia, representam um perigo para o organismo.

Gulland e Romane pensavam que os leucocitos das amígdalas concorriam para a fagocitose dos agentes inficiosos da cavidade bocal. Todavia Metchnikoff mostrou que eram linfocitos que emigravam através da superfície da amígdala; ora os linfocitos não são fagocitos.

Entretanto o que parece mais estabelecido na fisiologia das amígdalas e sôbre o que os autores estão mais de acôrdo é sôbre o seu papel fagocitário.

Em virtude da analogia da estrutura que existe entre as amígdalas e os gânglios é de crer a analogia das funções (Tourreil).

“Pode-se considerar a mucosa das amígdalas como formando na sua espessura uma enorme quantidade de pequenos gânglios...” (Renaut).

Schoenemann também é de opinião que as amígdalas são gânglios ordinários e que todas as vezes que a rede linfática dêesses gânglios seja suficientemente infectada, os gânglios dependentes dessa rede reagem por uma inflamação.

A rede linfática dêesses gânglios não está em relação, quási unicamente senão com o nariz. De maneira que a infecção, para atingir as amígdalas, deverá ter o seu ponto de partida no nariz.

Como se vê as funções das amígdalas são desconhecidas. E ainda que a sua função fagocitária pareça bem estabelecida é muito provável que a sua fisiologia seja muito mais complexa.

Podemos todavia dizer que elas não desempenham papel algum na deglutição nem na digestão.

Sendo órgãos linfoides é muito possível que concorram para a defesa do organismo, mas não podemos dizer que lhe sejam indispensáveis, por-

que estamos constantemente a ver ablações das amígdalas sem haver a menor perturbação física ou intelectual dos doentes. Pelo contrário, perturbações dos ouvidos, trompa de Eustáquio, nariz, etc., desaparecerem pela ablação da amígdala faríngea, como se vê pelas nossas observações.

Etiologia

As causas que presidem à hipertrofia da amígdala faríngea parecem ser de duas origens: uma inficiosa outra constitucional (Escat).

A influência hereditária, segundo um grande número de autores, goza dum papel preponderante na etiologia das vegetações adenoides. Nós, apesar de não termos ainda uma opinião assente, inclinamo-nos para êsse modo de ver.

Os doentes que freqüentam as consultas hospitalares não teem a educação suficiente para nos poder elucidar.

Dos doentes que veem às consultas do Hospital alguns não conhecem as mães, outros não conhecem os pais; uns veem sozinhos e dêstes, muitos nem sabem como se chamam! Outros veem acompanhados por uma vizinha caridosa, porque os pais andam no trabalho, que não sabe respon-

der a nada de alguma coisa que nos possa interessar.

Segundo a opinião de vários autores como Thomsom, Wright, etc., a transmissão faz-se directamente e a afecção desenvolve-se duma maneira congénita: para outros, nos ascendentes não se encontram mais do que certos estados diatésicos ou heranças mórbidas — linfatismo, tuberculose e sífilis.

Os primeiros fundam-se no aparecimento das vegetações adenoides em crianças logo após o nascimento e que não podem ser consideradas, portanto, como o resultado de adenoidites repetidas.

Isto talvez não seja bem assim porque nós vemos essas crianças, antes de terem as perturbações das vegetações adenoides, terem uma infecção ligeira que tumefaz o tecido adenoide já volumoso e que provoca uma obstrução das fossas nasais.

E então temos já de nos inclinar para o elemento inficioso.

Os segundos inclinam-se mais para os estados diatésicos ou predisponências e heranças mórbidas (linfatismo, tuberculose, sífilis, etc.).

As nossas observações mostram-nos que o linfatismo predomina em todos os portadores de vegetações adenoides mas não queremos afirmar com isso que êle seja a causa principal. Devemos antes considerá-lo como uma grande causa adjuvante.

Muitos autores baseando-se na analogia de es-

trutura da amígdala faríngea e dos gânglios linfáticos confundem numa mesma etiologia a hipertrofia da amígdala da Luschka e os outros órgãos do sistema linfático. Que o temperamento linfático goza dum papel preponderante na etiologia das vegetações adenoides.

Alguns autores quiseram atribuir às condições climáticas um grande papel no desenvolvimento desta afecção.

Segundo "Fraenkel," o clima não tem influência alguma no aparecimento das vegetações; estas são tam frequentes nos climas quentes como nos frios, nos marítimos como nos continentais. Isto talvez seja um bocadinho exagerado porque o ar frio e húmido, as poeiras, os vapores irritantes e as outras causas que provoquem irritações locais repetidas devem ser considerados como importantes factores etiológicos.

—Hill, dizia que a hipertrofia das amígdalas eram a consequência da supressão da emigração por diapedese dos leucocitos, devido ao espessamento e impermeabilidade da mucosa, espessamento que seria devido ao contacto da mucosa com os produtos da secreção nasal modificada.

Esta opinião de Hill parece um pouco exagerada. Se é verdade que na maior parte dos doentes atingidos de vegetações adenoides existe um catarro nasal mucopurulento, nós não o devemos

considerar como primitivo porque freqüentes vezes êsse catarro desaparece com a ablação das vegetações adenoides.

Em todo o caso a hereditariedade é posta pela maior parte dos autores em primeiro plano.

Assim, Chatellier, aponta um caso duma família em que o pai foi atingido, quando novo, de vegetações adenoides que lhe causaram deformações características dos ossos da face. Quatro dos seus filhos tiveram vegetações adenoides que se traduziram pelos sintomas clássicos.

Aponta ainda um outro caso em que o pai teve igualmente vegetações adenoides e os seus dois filhos tiveram perturbações auriculares intensas e deformações dos ossos da face tam visíveis que se tornavam provocadores do riso ¹.

Guilhaume, observou vegetações adenoides numa família representada por três gerações!

E como esta, apresenta ainda várias observações

¹ E no fim acrescenta, os tumores adenoides teem uma etiologia obscura, e, à parte causas banais (hereditariedade), parece que se devem attribuir a dupla causa — irritação local e predisposição definida, de natureza duvidosa, mas de existência incontestável.

É o que acontece com a hipertrofia das amígdalas e com a angina granulosa.

para pôr em destaque a "hereditariedade," na etiologia das vegetações adenoides.

O Dr. Joseph Delacour, no seu livro que trata da ozena, vegetações adenoides e apendicite crônica, demonstra com numerosas observações a influência que tem a predisposição hereditária nos portadores destas lesões, que êle considera, todas, submetidas à mesma causa.

Estuda sucessivamente a ozena nos seus dois estados de hipertrofia e atrofia, a hipertrofia dos diversos elementos do anel de Waldeyer e a apendicite: sem se prender com a descrição dos sintomas, aliás bem conhecidos, destas afecções, mostra como em todas elas o tecido adenoide é atacado, como em todas igualmente se encontra um conjunto de sinais reveladores duma perturbação mais ou menos acentuada da nutrição, como em todas se revela um terreno idêntico.

Entre êstes sinais, uns testemunham uma intoxicação actual, outros (malformações) uma intoxicação fetal. Parece haver num certo momento da vida embrionária uma intoxicação que se traduz por uma suspensão de desenvolvimento, que incide especialmente sôbre os ossos da face; segundo o grau desta intoxicação as lesões são mais ou menos acentuadas.

Se as lesões aparecem cedo, elas teem uma marcha rápida e são mais acentuadas; se se mani-

festam mais tarde são mais ligeiras e mais superficiais.

Mas esta dupla intoxicação, fetal e individual, precisa, para se manifestar sobre as mucosas, dum intermediário especial, o sistema nervoso, regulador da nutrição dos tecidos.

Depois de várias considerações em que o autor tenta demonstrar a existência, nos portadores de vegetações adenoides, duma predisposição nervosa, influenciada por uma insuficiência do corpo tiroide, termina por fazer esta pergunta:

¿Qual é a patogenia das lesões crónicas do tecido adenoide?

Sendo assim não podemos atribuir às vegetações adenoides as numerosas perturbações e mal-formações que as acompanham.

Teremos então de admitir que a má implantação dos dentes, a abóbada palatina ogival, as deformações torácicas, etc., são sintomas concomitantes duma tara orgânica qualquer e não provocadas pelas vegetações adenoides.

Isto, que à primeira vista parece racional, cai imediatamente pela base com uma simples pergunta que façamos a nós mesmos.

—¿Como podemos então explicar que a operação das vegetações adenoides, operação que leva apenas uns dois minutos a realizar-se, quando feita em crianças em pleno estado de desenvolvimento,

faça desaparecer todas essas malformações que as acompanham? As crianças desenvolvem-se extraordinariamente, tomam côr, tornam-se alegres, brincam, enfim, tornam-se umas novas crianças a ponto das famílias considerarem um milagre as transformações por que passaram seus filhos e poderem, daí para o futuro, abençoar a palavra que tanto horror lhes causou e que a princípio repeliram com lágrimas — a operação.

Se observarmos com atenção os portadores de vegetações adenoides observamos, na verdade, que as lesões se não localizam sómente na amígdala de Luschka. Encontramos ao mesmo tempo uma hipertrofia maior ou menor das amígdalas palatinas, da amígdala lingual, da mucosa das fossas nasais, da mucosa faríngea, isto é, das mucosas que a nossa vista pode explorar.

Estas perturbações do tecido adenoide, embora localizadas em um ponto determinado com mais intensidade, ¿ não se generalizarão por todo o tecido adenoide do aparelho gastro-intestinal?

¿ Não poderemos admitir a hipótese que as perturbações gastro-intestinais, como o exagêro ou diminuição de secreções, constipação do ventre, enterites muco-membranosas, etc., sejam devidas à mesma causa que provocou a hipertrofia das amígdalas?

Já não falo no apêndice íleo-cecal, órgão lin-

foide por excelência, que, em virtude do enorme desenvolvimento que toma o tecido adenoide no seu interior, o tem feito comparar a uma enorme placa de "Peyer," (Launois)—a uma "amígdala cecal," (Salhi)—"a uma glândula importante encarregada, como todas as aglomerações adenoides das mucosas, de assegurar a fagocitose".

Havendo uma relação tam íntima entre o apêndice íleo-cecal e o tecido adenoide naso-faríngeo, a ponto de se considerarem os portadores de apendicites e vegetações adenoides, influenciados pela mesma predisposição hereditária, embora com localização diferente, ¿porque não havemos de admitir uma igual intimidade com o tecido adenoide gastro-intestinal, que influenciado pela mesma causa, embora com outra localização seja o provocador de tantas perturbações gastro-intestinais? É muito possível que assim seja.

O apêndice é considerado como o homólogo abdominal da amígdala.

Tem idêntica constituição anatômica, apresenta as mesmas manifestações patológicas.

M. Moulay, em 1902, opera vegetações adenoides numa criança de nove anos. Quatro meses mais tarde essa criança teve uma apendicite grave que necessitou de intervenção urgente.

No mesmo ano, M. Le Marc'hadour, procedeu à ablação de vegetações adenoides volumosas, numa

rapariga de catorze anos. Apresentava deformações características da face, rinite hipertrófica, otite média catarral dupla.

Tudo isto desapareceu com a operação de vegetações adenoides.

Um ano mais tarde, porém, declarou-se uma crise apendicular que necessitou de intervenção cirúrgica.

M. Broca fêz uma apendicectomia a um rapazito de sete anos que, dois anos depois, foi operado de vegetações adenoides.

Parece pois haver uma intimidade bastante acentuada entre as amígdalas e o apêndice. Não se pode, todavia, afirmar que aconteça o mesmo em todos os doentes, isto é, que todos os operados de apendicite sejam mais tarde operados das amígdalas e *vice-versa*. Isto seria demonstrar que, qualquer destas operações, serviria para dar uma chicotada no restante tecido adenoide e, portanto, serem a causa de posteriores complicações. Pelo reduzidíssimo número de observações de doentes em que isso se tem dado em relação com o número de operações que se fazem, não podemos concluir que isso seja sempre verdadeiro.

É também verdade que as nossas observações não nos podem dar uma conclusão sob êste ponto de vista, para deixarmos de acreditar que isso seja verdadeiro, porque o que nos acontece a nós em

os nossos hospitais, acontece nos hospitais estrangeiros. Os doentes que freqüentam as consultas hospitalares, uma vez curados, nunca mais voltam a aparecer ainda que se lhes recomende que de tempos a tempos nos deem informações.

E— ¡coisa curiosa!—às vezes foi preciso ainda pagar-lhes para virem à consulta *terminar com o tratamento* e podermos completar as nossas observações.

Actualmente ainda se desprezam muitos factos que nos serviriam para explicar um grande número de coisas. Mas disto só se lembra quem se interessa por êstes assuntos, e êsses são entre nós, infelizmente, em número muito reduzido.

Os cirurgiões, salvo raras excepções, uma vez em presença dum doente que seja preciso operar, o que querem é operar; não se lembram de relacionar factos que embora lhes não sirvam para êles serviriam para outros, às vezes porque não querem estar com maçada e outros porque não ... se lembram.

Conseqüências desastrosas do desconhecimento dêstes factos se teem observado, quando inoportunamente se fazem intervenções cirúrgicas em doentes que requeriam préviamente um cuidadoso estudo *d'ensemble*.

Depois destas breves considerações sôbre a etiologia das vegetações adenoides, podemos con-

cluir, que as vegetações adenoides teem uma dupla causa; uma, a predisposição hereditária do individuo que nós desconhecemos ainda actualmente; outra, a infecção. São as infecções repetidas, agudas ou sub-agudas, da amígdala de Luschka, nos individuos predispostos, que devem ser consideradas como a verdadeira causa das vegetações adenoides.

Sintomatologia

As vegetações adenoides, como já o dissemos, podem aparecer nos amamentados desde a primeira semana de vida. A sintomatologia nesta idade reveste uma forma especial, e compreende-se facilmente a importância que tem um diagnóstico precoce, para que possamos evitar a tempo as perturbações a que as vegetações adenoides podem dar lugar.

Não me demorarei na descrição dos sintomas nesta idade porque não tenho observações pessoais. É muito possível que os casos abundem entre nós, desprezados por uns e ignorados por outros.

¡Quantas meningites, quantas bronco-pneumonias se podiam evitar, quantos tímpanos se poderiam poupar com uma pequena operação de alguns segundos de duração!...

Podemos, embora teóricamente, explicar um

certo número de perturbações que se encontram em crianças, com menos dum ano de idade, portadoras de vegetações adenoides. As perturbações da respiração e da alimentação são as que predominam.

A respiração nasal é indispensável ao amamentado porque não sabe respirar pela bôca.

“Normalmente, durante o sono, a criança respira unicamente pelo nariz. A bôca é mantida fechada sem esforço muscular, devido à diferença de tensão entre a pressão atmosférica e o vazio bucal (Donders). A língua adapta-se à abóbada palatina e a toda a superfície interna do maxilar superior, conservando esta posição durante o sono, mesmo que a criança abra a bôca, obrigando-a assim a respirar pelo nariz (Hausell)».

Compreende-se facilmente a gravidade que pode ter uma obstrução nasal numa criança desta idade.

A impermeabilidade do nariz pode ter por conseqüências imediatas a asfixia e a inanição. As vegetações adenoides criam assim uma obstrução permanente, quer por elas próprias, quer pela coriza que se torna permanente.

Na alimentação, observámos, que para ela se fazer de uma maneira regular é necessária a permeabilidade das narinas. A cavidade bucal desempenha na sucção o papel de um corpo de bomba e a língua o êmbolo. O vácuo produz-se ao mesmo

tempo na bôca e nas fossas nasais; sómente nestas últimas é substituído pelo ar que passa para os pulmões. O ar penetra nas fossas nasais ao mesmo tempo que o leite entra na bôca. Qualquer causa que se oponha á simultaneidade dêstes dois movimentos perturba a sucção. A criança é obrigada, devido à obstrução das fossas nasais pelas vegetações adenoides, a retirar-se do seio, abrir a bôca para tomar ar e assim sucessivamente.

A alimentação é assim perturbada.

A criança começa a perder de pêso, emagrece pouco a pouco, a caquexia acentua-se de dia para dia e a criança morre de "fome," se se não intervêm a tempo por um diagnóstico precoce.

Por estas simples considerações, podemos concluir, que a permeabilidade das fossas nasais é mais indispensável nos amamentados do que nas crianças de alguns anos.

Nestas, à medida, que a idade aumenta, a sintomatologia vai variando com a predominância dum ou outro sintoma. Nos portadores de vegetações adenoides podem aparecer-nos os sintomas mais variados que possamos imaginar. E isto pode explicar a opinião de muitos autores quando dizem que nas crianças, se todas as doenças não dependem das vegetações adenoides, são todavia, por elas muito influenciadas.

Gougenheim, insistindo no polimorfismo sin-

tomático que a presença das vegetações adenoides pode trazer, classifica os adenoides da seguinte forma:

- 1.º Tipo ordinário em que predomina a obstrução nasal;
- 2.º Tipo auditivo puro, em que o doente vai consultar simplesmente porque ouve mal;
- 3.º Tipo faríngeo caracterizado principalmente pelas faringites catarrais;
- 4.º Tipo neurálgico em que predominam as dores de cabeça e inaptidão para o trabalho.

Esta classificação está longe de agrupar todos os casos que podem apresentar-se. É assim é que em 1897 no 3.º congresso de otorinolaringologia em Itália, Cradenigo propôs uma classificação em que agrupava todos os sintomas das vegetações adenoides da maneira seguinte:

- 1.º Os devidos a uma oxigenação insuficiente do sangue devido a um volume de ar muito reduzido pela respiração vocal (anoxemia ou hipoiemia);
- 2.º Os devidos a um volume de ar muito reduzido inspirado pela bôca; deformações torácicas perturbações da fonação e do canto;
- 3.º Os produzidos por uma acção irritante do ar inspirado pela bôca (faringites, bronquites etc.);
- 4.º Os sintomas locais provenientes da função nasal defeituosa (deformação do nariz e da abóbada palatina);

5.º Os devidos a um mau funcionamento da faringe (perturbações auriculares);

6.º Os sintomas provenientes do aumento da quantidade de muco e da sua estagnação na rino-faringe (faringites inficiosas, etc.);

7.º Os sintomas especiais em relação com o funcionamento defeituoso da respiração e da fonação (asma, espasmo laríngeo, etc.).

Vemos por aqui a variedade de sintomas que um portador de vegetações adenoides pode apresentar.

Uns são quasi constantes, outros inconstantes e não aparecem senão de tempos a tempos.

Sem querer desprezar a classificação, muito completa, de Cradenigo, parece-me que poderíamos resumí-la bastante, aproveitando a predominância de uma série de sintomas que clinicamente se observam nos portadores de vegetações adenoides:

1.º Forma respiratória, — em que predomina a obstrução nasal;

2.º Forma naso faríngea, — em que predominam os sintomas do catarro naso-faríngeo;

3.º Forma naso auricular, — em que predominam ou a surdez ou as otites médias supuradas;

4.º A forma nervosa, — em que predominam as perturbações nervosas;

5.º Forma mixta, — na qual os diversos sintomas se combinam ora duma maneira ora de outras sem todavia nenhum deles predominar.

Foi segundo esta classificação, apesar de resumida mas ao mesmo tempo completa, que nós estudamos os nossos doentes que freqüentaram a consulta do hospital e que nos orientámos para podermos saber qual das formas predomina mais no nosso meio hospitalar.

FORMA RESPIRATÓRIA.— Esta forma em que o quadro clínico é caracterizado pelos sintomas de obstrução nasal é das mais freqüentes.

A respiração normal pelo nariz, sendo perturbada pelas vegetações adenoides que fecham os coanes, é substituída pela respiração bucal, que produz uma série de perturbações características e que estudaremos pela ordem seguinte:

- 1.º Perturbações da respiração.
- 2.º Perturbações da fala.
- 3.º Perturbações no cheiro o no gôsto.
- 4.º Perturbações do desenvolvimento.

1.º *Perturbações da respiração.*— As crianças, durante o dia, deixando entrar pela bôca uma certa quantidade de ar que vai juntar-se ao pouco que lhe entra pelo nariz, fazem com que as perturbações da respiração não sejam tam acentuadas como de noite. Essas crianças, todavia, precisam de tomar ar freqüentemente depois de qualquer exercício que façam, por mais pequeno que seja, cansam fácil-

mente e tem muitas vezes acessos de dispneia. Tornam-se pálidas, tristes, sem vontade de brincar; as feições vão-se apagando pouco a pouco e os pais deixam-nas assim andar sem se importarem, apenas dizendo que o seu filho é muito fraco.

A respiração faz-se difficilmente, o murmúrio vesicular torna-se mais apagado e a respiração que devia ser costo-diafragmática torna-se costal superior, o que concorre bastante para as deformações torácicas.

Isto, que se observa durante o dia, exagera-se durante a noite por causa do véu do paladar que repousando sôbre a base da língua não deixa entrar a quantidade de ar sufficiente para ir substituir o que não pôde entrar pelo nariz.

Estas crianças dormem com a bôca aberta e ressonam tam alto que, por vezes incomodam quem dorme junto.

Chatellier, explica êste fenómeno da seguinte forma: "a cada movimento inspiratório o ar passando pela bôca, encontra o véu do paladar no estado de repouso, em completo estado de flacidez, com o seu bôrdo inferior repousando sôbre a base da língua; é elevado pelo ar para entrar na laringe mas cai immediatamente para ser elevado de novo. São estas vibrações que produzem o que vulgarmente se chama ressonar."

Compreende-se fácilmente que a quantidade de

ar que penetra nos pulmões a cada inspiração é insuficiente.

A criança, devido à quantidade de ácido carbônico, acorda aflita, cianosada, banhada em suores etc., isto é, com princípios de asfixia.

Mas tudo desaparece, logo que a criança acorde e faça algumas inspirações profundas pela bôca. Torna a adormecer para em breve lhe acontecer a mesma coisa.

A insuficiência da hematose e os suores profusos contribuem assim para a fadiga e debilitar.

E os pais vão deixando andar os seus filhos, sem se importarem, e só vão consultar o médico quando precisam da certidão de óbito.

2.º *Perturbações da fala.*—As perturbações da fala podemos dividí-las em perturbações da fonação e perturbações da pronúncia.

Compreende-se facilmente que as vegetações adenoides, preenchendo a naso-faringe que, juntamente com as cavidades bucal e nasal, constitui uma verdadeira caixa de ressonância onde os sons produzidos pela vibração das cordas vocais inferiores sofrem profundas modificações, possam ter grande influência tanto na fonação como na pronúncia ou articulação. E assim é que, em todos os portadores de vegetações adenoides, não ouvimos os sons nasais em que a pronúncia exige a permeabilidade da naso-faringe e das fossas na-

sais; em vez de AN, por exemplo, dizem A. A voz perde o som metálico e torna-se surda, morta (Meyer).

O canto torna-se difícil e Castex e Malherbe dizem que algumas raparigas, portadoras de vegetações adenoides pouco desenvolvidas, podem chegar até à idade de 17 ou 18 anos sem inconvenientes. Se começam então o estudo do canto, principiam a ter algumas dificuldades. A voz torna-se surda, não podem subir aos agudos e fatigam-se muito depressa. Em breve começam a sentir na faringe uma perturbação conhecida com o nome de "câimbra dos cantores".

O mesmo se dá com a pronúncia de certas consoantes que exigem a permeabilidade das fossas nasais. Os portadores de vegetações adenoides substituem assim às consoantes cuja pronúncia lhes é impossível por outras que se aproximam mais; por exemplo, em vez de M dizem B, (Baria Bendes em lugar de Maria Mendes) etc.

3.º *Perturbações do cheiro e do gôsto.*—Para que as sensações olfactivas possam exercer-se é preciso que os vapores ou partículas cheirosas sejam postas em contacto com a região olfactiva por uma corrente de ar. Elas não actuam sem que o ar que as contém esteja em movimento.

"Quando se colocar um bocado de cânfora no nariz e aí se deixar imóvel não se produz sensação

alguma; e não se produz ainda se se encher as fossas nasais dum líquido volátil e muito cheiroso» (Mathias Duval).

A corrente de ar deve ser uma corrente inspiratória; as sensações produzidas pelo ar expirado são pouco apreciáveis.

Nos portadores de vegetações adenoides de forma respiratória, a percepção do cheiro deve ser necessariamente diminuída ou completamente abolida, porque a obstrução dos coanes não permite a projecção das partículas cheirosas sôbre a mucosa olfactiva por nma corrente de ar circulando nas fossas nasais.

Conhecidas as relações íntimas que existem entre o cheiro e o gôsto, podemos explicar a diminuição das sensações olfactivas.

Se exceptuarmos os sabores salgado, açucarado, ácido ou amargo, todos os outros como os aromáticos, nauseabundos etc., pertencem na realidade, às sensações olfactivas. E assim é que, quando temos uma coriza ou mesmo tapamos as narinas quando ingerimos alimentos, a comida perde muito do seu sabor. É o que se dá nos portadores de vegetações adenoides de forma respiratória.

4.^o *Perturbações do desenvolvimento.* — No princípio dêste capítulo começámos por fazer algumas considerações sôbre a influência que tinham as vegetações adenoides nos amamentados.

Dissemos como a alimentação se fazia mal nessas crianças portadoras de vegetações adenoides. Depois dessas ligeiras considerações podemos compreender facilmente a influência que pode ter uma alimentação insuficiente no crescimento das crianças.

Jégourel, estudando a atrofia ponderal dos amamentados ao seio, reconheceu muitas variedades e uma delas provinha da insuficiência da lactação na mãe: era a atrofia por inanição. A esta mesma variedade pertence a atrofia determinada pelas vegetações adenoides.

M. Variot definia a atrofia ponderal, como sendo as perturbações do crescimento que se observam num amamentado, e que se avaliam por meio duma balança.

Caminhando a par o crescimento e o pêso, numa criança normal, podemos calcular por meio da balança as perturbações no crescimento. Isto, já se vê, não pode ser encarado duma maneira absoluta. O crescimento diminui com a idade. Nos afectados de vegetações adenoides o crescimento faz-se, mas insuficiente. A atrofia torna-se de dia para dia mais manifesta.

Esta atrofia não é a mesma coisa que a atrofia hereditária que, como se sabe, não é devida à insuficiência dos alimentos mas sim à incapacidade dos tecidos na absorção e assimilação.

A caquexia será o resultado final se uma intervenção não se fizer a tempo.

Á medida que as crianças vão avançando em idade, outras perturbações vão aparecendo também.

Todas estas perturbações podem ser explicadas por um princípio geral bem conhecido — a função faz o órgão.

Todo o órgão que não funciona, atrofia.

As vegetações adenoides estorvam a livre passagem do ar nas narinas, a respiração nasal é substituída pela da bôca, o nariz deixa de desempenhar o seu papel respiratório e é reduzido em todas as suas dimensões. As asas do nariz achatam-se e retraem assim os orifícios a ponto de formar muitas vezes umas simples fendas; a conformação interior das fossas nasais corresponde às deformações exteriores.

O septo desenvolvendo-se numa cavidade incompleta formada, incurva-se, desvia-se em todos os sentidos.

Êstes desvios, juntamente com a hipertrofia dos cornetos inferiores, muitas vezes notada, concorrem para a obstrução completa das fossas nasais.

Os maxilares superiores da mesma forma que as fossas nasais, são perturbados no seu desenvolvimento.

Os antros de Highmore, seios esfenoidais, frontais e etmoidais, que são cavidades onde circula

e se renova o ar a cada inspiração, não se desenvolvem por falta de função; daí resulta a deformação dos ossos da face (implantação defeituosa dos dentes, abóbada palatina ogival, etc.).

As deformações dos ossos correspondem as das partes moles. A face é inexpressiva. O lábio superior sempre curto faz com que a boca esteja sempre entre-aberta e deixe ver a má implantação dos dentes. Todas estas deformações juntamente com o ar triste, ininteligente constituem o que vulgarmente se chama "facies adenoideia".

As perturbações do desenvolvimento não se limitam simplesmente às primeiras porções do aparelho respiratório. Estendem-se também ao tórax.

As deformações torácicas nos indivíduos que respiram pela boca, foram estudadas por numerosos autores, como Robert, Lambrom, Dupuytren, Coulson, etc., muito antes da descoberta de Meyer, mas atribuíam-na por êrro à hipertrofia das amígdalas palatinas.

A descoberta de Meyer e os trabalhos de Chatterlier, Balme, Phocas, etc., vieram mostrar-nos que elas eram devidas na realidade à presença das vegetações adenoides.

Distinguem-se dois tipos de deformações:

1.º Tipo Robert.

2.º Tipo Lambrom.

O primeiro é caracterizado pelas depressões

laterais do tórax resultantes da diminuição da curvatura das costelas, com projecção para deante da parte superior do esterno. O peito em lugar de oferecer lateralmente uma superfície regular e arredondada, é pelo contrário, deprimida, plana e às vezes côncava, como se, no período em que as costelas são moles e flexíveis, as tivessem comprimido dum lado para o outro.

O esterno torna-se às vezes a sede de deformações muito notáveis. Retido em cima pela primeira costela tende a ser levado para deante e para cima pelo alongamento das costelas médias.

E como a extremidade inferior não pode acompanhar a projecção para deante do corpo do osso, devido às inserções dos músculos rectos do abdómen, o esterno forma assim uma saliência mais ou menos arredondada na sua parte média, dirigida para cima e para deante.

O segundo tipo, ou tipo Lambron, é caracterizado por um retraimento circular do tórax, ao nível das inserções do diafragma, como se o tórax tivesse sido apertado por um anel.

Robert, explica as deformações torácicas pela diminuição de tensão do ar que penetra nos pulmões a cada movimento de inspiração, devido ao obstáculo que as vegetações adenoides produzem à entrada do ar. Esta diminuição de tensão terá por resultado as deformações torácicas, devido à pressão

do ar atmosférico que se exerce de fora para dentro durante a inspiração, no tórax ainda muito flexível das crianças.

Para Chatellier as deformações torácicas são devidas a uma tiragem crónica. As crianças adenoideas, não sabendo respirar pela bôca, fecham-na de quando em quando para respirar sómente pelo nariz. Mas como êste se encontra fechado pelas vegetações adenoides, a dilatação do tórax não pode fazer-se.

O autor compara os acessos dispneicos, que são a causa determinante das deformações torácicas, aos que se observam nas asfixias laríngeas. "A corrente de ar não encontra passagem para entrar nos pulmões; produz-se então uma tiragem no momento da inspiração. O tórax tende a distender-se; o ar não penetra, faz-se um vácuo relativo e as paredes torácicas cavam-se em sentidos mais ou menos variados.

Phocas, apoiando-se na analogia que existe entre as deformações torácicas dos portadores de vegetações adenoides e as do raquitismo, quis atribuir-lhe uma patogenia idêntica.

Todavia, estas deformações, podem distinguir-se facilmente. Enquanto que as deformações dos adenoides são simplesmente localizadas ao aparelho respiratório, isto é, a todas as partes anatómicas ósseas, cartilagíneas e fibrosas, que se estendem

dos orifícios anteriores das fossas nasais até às inserções costais do diafragma, as do raquitismo são generalizadas. Estas encontram-se sempre acompanhando as deformações torácicas, do crânio, face, membros superiores e inferiores, etc.

Por estas outras deformações podemos assim, facilmente distinguir as deformações torácicas do raquitismo, das encontradas nos portadores de vegetações adenoides.

FORMA NASO-FARÍNGEA. — Esta forma é caracterizada pelos sintomas do catarro crónico das fossas nasais e da naso-faringe.

O nariz é considerado como um órgão de defesa das vias respiratórias, não só faz parar nas suas cavidades anfractuosas as poeiras contidas no ar da respiração, mas também faz com que este ar se misture, antes de penetrar nos pulmões, com o ar mais quente contido nas fossas nasais e nas cavidades acessórias.

Compreende-se assim facilmente, que a falta de respiração nasal, possa dar lugar a faringites, laringites e bronquites pela irritação das mucosas da faringe, laringe e dos brônquios por um ar mais impuro e mais frio que normalmente. Estas faringites são acompanhadas de mucosidades, que se observam facilmente pelo exame da faringe, e que depositando-se na parte posterior da faringe podem provocar, por via reflexa, acessos de tosse que

só desaparecem quando a faringe esteja desembaraçada destas mucosidades.

Esta tosse que é rebelde a todos os tratamentos médicos só desaparece com a curetagem das vegetações adenoides, única causa que provoca essas faringites.

Em as nossas observações temos casos em que predominam as faringites catarrais.

FORMA AURICULAR.—Esta forma é caracterizada pela predominância dos sintomas surdez ou otites médias supuradas ou catarrais.

Sendo uma das mais importantes e das mais graves, é também das mais freqüentes.

Woakes afirmava que não havia 5 por 100 de indivíduos portadores de vegetações adenoides que escapassem às complicações auriculares.

Apesar desta percentagem ser um pouco exagerada ela não deixa, todavia, de estar bem próxima da verdade.

Meyer examinando 175 casos de vegetações adenoides em crianças, encontrou 130 casos com otites médias, isto é, $74/100$.

Teterviatnikow encontrou em 594 crianças com vegetações adenoides, 198 com perturbações auriculares, isto é, $33/100$, Hartmam avaliou uma média de $74/100$, Holbeis, $57/100$, Loevenberg, $75/100$, etc.

As nossas observações, do Hospital Geral de Santo António, deram-nos uma média de $52/100$.

Podemos por aqui calcular a grande freqüência de perturbações auditivas nos portadores de vegetações adenoides. Não faltaremos muito à verdade se dissermos com Woakes, que quási todas as afecções do ouvido médio tem como causa a hipertrofia da amígdala faríngea.

É por um comêço de surdez ou por dores nos ouvidos que os pais decidem consultar um médico. Muitas vezes, quando os ouvidos já estão perdidos.

William Asler freqüentes vezes repetia a seguinte frase: "a ignorância e o desleixo do povo sôbre esta matéria é extrema; mas os médicos são muitas vezes responsáveis por êste desleixo porque um grande número deles não tem, no que diz respeito a vegetações adenoides e às suas funestas conseqüências, noções mais exactas do que o próprio público".

A influência que as vegetações adenoides exercem sôbre o ouvido médio pode fazer-se de duas maneiras: ou por uma obstrução mecânica das trompas ou por uma propagação da irritação faríngea.

A obstrução mecânica do pavilhão tubar que se pode fazer, ou pela hipertrofia da amígdala faríngea ou mais vulgarmente pelas amígdalas tubares, compromete mais ou menos completamente a ventilação tubo-timpânica indispensável para o bom funcionamento do aparelho auditivo. Desta falta de

ventilação tubo-timpânica resulta uma surdez que pode ser ligeira ou muito acentuada, intermitente ou permanente. Ao lado porêm, desta obstrução nós encontramos o catarro naso-faríngeo, que acompanha sempre as vegetações adenoides, que se propaga para a trompa de Eustáquio, que não é mais do que um divertículo da naso-faringe, e para o ouvido médio. Esta inflamação catarral, persistindo, pode dar lugar a otites médias supuradas que não sendo tratadas podem passar ao estado crónico e transformarem-se em otorreias que podem durar toda a vida.

Se a inflamação é muito intensa, uma supuração interminável do ouvido se estabelece com todas as suas graves conseqüências; perfuração da membrana do tímpano e a propagação para as células da apófise mastoide, meninges e cérebro.

Compreende-se fácilmente que se êstes accidentes se derem durante a primeira infância e se o tratamento radical das vegetações adenoides se não fizer, essas crianças, não aprendendo a falar, ficarão surdas-mudas.

É por estas graves complicações, que são a conseqüência das vegetações adenoides, que nunca nos devemos aborrecer de examinar um doente completamente.

Nunca nos deveremos esquecer de lhe examinar a naso-faringe. E quando tivermos a certeza que

existem vegetações adenoides, o tratamento é simples, leva apenas uns segundos,—a curetagem—.

FORMA NERVOSA.—Esta forma é caracterizada pela predominância das perturbações nervosas.

Não tenho observações pessoais com complicações nervosas provocadas pelas vegetações adenoides. Apenas tenho uma observação em que havia uma paralisia da corda vocal inferior direita e dos tiro-aritnoideus do mesmo lado, perturbações estas que desapareceram com a operação das vegetações adenoides. Esta observação não tem valor algum, se a compararmos com as perturbações nervosas que de dia para dia, os laringologistas estão a descobrir, afirmando serem provocadas pelas vegetações adenoides, visto que essas perturbações desaparecem com a operação.

Estas perturbações são tantas e tam variadas que não posso deixar de apresentar as mais importantes e ao mesmo tempo mostrar a opinião de vários autores sôbre cada uma delas.

Guye (de Amsterdam) descreveu em 1887 pela primeira vez a "aprossexia" (dificuldade em fixar a atenção).

É uma das mais freqüentes.

A falta de atenção é por Walker Downie asente sôbre êste facto: que a atenção, sobretudo a atenção voluntária, é sempre acompanhada duma sensação de esfôrço que tem por fim fechar a glote

com a paragem momentânea da respiração. Nos portadores de vegetações adenoides que respiram mal ou nada pelo nariz não há reserva de ar no aparelho respiratório e uma cessação da respiração, mesmo que seja momentânea, não se faz senão muito difficilmente. As crianças portadoras de vegetações sendo incapazes de fazer êsse esforço, impossível se lhes torna fixar a atenção.

Um caso muito interessante foi observado pelo Dr. Thomas e que foi apresentado em 1898 num congresso de Pediatria.

Tratava-se dum rapazito de dez anos que tinha tido aos vinte e dois meses, segundo dizia o pai, uma meningite que o deixou com uma otorreia dupla, com estrabismo divergente e uma manifesta debilidade mental. Não sabia ler nem contar, mas quando lhe mostravam um ou muitos dedos, pronunciava com difficuldade uma palavra que se aproximava de *mão*.

O pai consultava todos os médicos que se limitavam a dizer-lhe palavras de consolação. Um dia, porém, como a supuração dos ouvidos aumentasse, o autor foi consultado e no exame que fêz observou: vegetações adenoides enormes, uma otite média fungosa à direita e uma otite média supurada à esquerda com perfuração da membrana do tímpano. Propôs-lhe a operação das vegetações adenoides, que foi aceite.

Passados três meses o doente estava completamente curado de todas as suas enfermidades. A supuração dos ouvidos desapareceu, a audição era boa, desenvolvimento físico notável, fisionomia inteligente, falava facilmente e, ainda mais, o estrabismo tinha também desaparecido.

Êste caso, que foi certamente a supressão dum acto reflexo, provocado pela presença das vegetações adenoides, é uma prova mais que suficiente para mostrar o valor da operação, nos portadores de vegetações adenoides, sejam elas quais forem.

Mas não ficamos ainda por aqui.

Alguns autores tem mostrado mesmo a correlação que existe entre a epilepsia e as vegetações adenoides.

Segundo Quesse, os ataques de epilepsia nos portadores de vegetações adenoides parecem ter por causa uma irritação dos nervos vaso-motores que provocam por sua vez uma hiperemia numa região localizada do córtex cerebral.

Collier afirma que se deve considerar como um facto indiscutível que certos casos de epilepsia provenham e sejam agravados pelo estado do nariz e da naso-faringe, que êstes casos não melhoram, geralmente, porque são pouco conhecidos e que a maioria dos médicos não suspeita mesmo duma tal origem de irritação. A cura está sómente na operação. Tem-se visto muitas vezes, nestes casos, o

brometo de potássio, dado em alta dose, não ter acção nenhuma e depois da operação mesmo com doses mínimas a sua acção tornar-se muito sensível.

Outras observações teem sido apontadas como a histeria e a coreia.

As cefalalgias com sensação de pêso ao nível da parte média e superior da fronte, rebeldes a todo o tratamento observam-se frequêntes vezes nos portadores de vegetações adenoides.

Ruault, pensa que estas cefalalgias são antes de origem nasal, o que é muito possível, porque muitas vezes as cefalalgias continuam mesmo depois da operação das vegetações e para elas desaparecerem é necessario cauterizar com um gálvano-cautério, a mucosa do nariz hipertrofiada.

Não é difícil também encontrar manifestações asmáticas simulando a asma verdadeira (asma sintomática) e provocadas por um acto reflexo, em que o ponto de partida se pode encontrar em regiões as mais diversas.

As lesões nasais teem sido acusadas destas manifestações.

Voltolini, (de Breslau) publicou em 1871 observações de pessoas com pólipos do nariz, sofrendo de violentos acessos de asma e nas quais a ablação dos pólipos curou os acessos.

Schmidt, em 1877 e depois Parker em 1879, publicavam também observações, nas quais a asma

coincidindo com a hipertrofia das amígdalas tinha desaparecido com a sua ablação.

Hack, em 1883 admitia já, que o reflexo nasal tem por origem o tecido hipertrofiado do nariz e, desde então, os pólipos, a hipertrofia da mucosa, o desvio do septo, etc., tem sido acusados de serem não sómente a causa de asma, mas também de dispneia, de tosse, incontinência nocturna de urinas, etc.

Estas asserções apesar de parecerem um pouco exageradas são fundadas em numerosas observações.

Diferentes teorias tem sido architectadas para explicarem a influênciã que as vegetações adenoides tem na produção da dispneia reflexa que constitui a asma.

Para uns, é devido à irritação da mucosa nasofaríngea pelas secreções que acompanham geralmente as vegetações adenoides; para outros à obstrução do nariz pelos mesmos tumores. A insuficiência da hematose que daí resulta obriga a movimentos respiratórios mais frequentes e mais precipitados.

Ao lado das perturbações nervosas que acabamos de descrever figuram ainda muitas outras de laringites estridulosas, espasmo glótico, incontinência nocturna de urinas, etc., que diversos autores pensam serem influenciadas pela presença das vegetações adenoides da naso-faringe.

Brindel, diz e com razão, "que seria um absurdo afirmar que todos os ataques epileptiformes, todas as incontinências nocturnas de urinas, cefaleias, são curadas pela ablação das vegetações adenoides; mas o que se pode afirmar é que muitas destas complicações podem ser curadas pelo restabelecimento da permeabilidade das fossas nasais".

FORMA MIXTA.— Esta forma é caracterizada pela associação de perturbações de vegetações adenoideas sem nenhuma delas predominar, como nas formas precedentes.

Esta forma, não sendo mais do que uma associação das formas precedentes onde se encontram os mesmos sintomas e as mesmas perturbações, dispensa descrições.

Diagnóstico

Pela descrição que fizemos, da sintomatologia que acompanha geralmente os portadores de vegetações adenoides, ficámos a saber que existe nestes doentes um conjunto de sinais, constituindo a "facies adenoideia", pelos quais podemos, muitas vezes por simples inspecção fazer o diagnóstico.

Êstes sinais são os seguintes: bôca semi-aberta, lábio superior bastante curto o que permite observar a má implantação dos dentes, bochechas flácidas, olhos sem expressão, côr pálida, asas do nariz atrofiadas e imóveis, raiz do nariz empastada como que edemaciada, abóbada palatina ogival, etc. O conjunto dêstes sinais constitui, pois "facies adenoideia".

Todavia, não devemos limitar-nos a fazer um diagnóstico por esta simples inspecção, para não cairmos muitas vezes num diagnóstico falso que nos pode trazer, a nós principiantes, muitas dece-

pções. É preciso ter sempre em vista, que é um erro dizer que a "facies adenoideia," implica sempre a existência de vegetações adenoides e que a ausência da "facies," será o suficiente para podermos afirmar que não existem.

Há casos em que o doente apresenta todos os sinais dum adenoideu e não tem vegetações adenoides, e há outros em que a "facies," falta completamente e em que pelo exame completo do doente nós chegamos à conclusão da existência de vegetações adenoides.

De maneira que, podemos dividir os portadores de vegetações adenoides em três grupos:

- 1.º Facies adenoideia com vegetações adenoides;
- 2.º Facies adenoideia sem vegetações adenoides;
- 3.º Vegetações adenoides sem facies adenoideia.

O *primeiro grupo*, compreendendo os casos vulgares, é o mais numeroso e o mais importante. Nestes doentes encontram-se geralmente as perturbações que descrevemos na sintomatologia.

O *segundo grupo*, compreende os "falsos adenoides", isto é, doentes com a "facies adenoideia", mas que não tem vegetações adenoides. Estes doentes conservam-se sempre com a bôca semi-aberta, os dentes são mal implantados, a abóbada palatina

é ogival, ressonam de noite, a respiração não se faz pelo nariz mas sim pela bôca.

Nestes doentes, êstes sintomas não são devidos à existência das vegetações adenoides mas sim à impermeabilidade das fossas nasais: por uma hipertrofia dos cornetos, principalmente das extremidades posteriores, por um desvio do septo nasal, narinas congénitamente pouco desenvolvidas, obstrução congénita ou adquirida dos coanes, etc.

Nestes doentes a "facies adenoideia," não é devida à presença das vegetações adenoides, mas deve ser considerada antes como o sinal duma respiração defeituosa qualquer que seja a causa.

É por isso que devemos ter a máxima cautela no exame da naso-faringe dos doentes para não cairmos no êrro de propor operar uma coisa que não existe.

O *terceiro grupo*, compreende os portadores de vegetações adenoides, sem possuírem a facies característica.

Êstes doentes respiram bem pelo nariz porque as vegetações não lhes tapam os coanes, não ressonam, a bôca conserva-se sempre fechada, mas as perturbações auditivas, laringites, faringites, tosse contínua principalmente de manhã, granulações mais ou menos desenvolvidas na faringe bucal que se observam fácilmente com um simples abai-xador de língua, não deixam o doente.

E é principalmente para estes nos quais a simples inspecção nada nos diz, que precisamos, para fazermos um exame completo, recorrer a outros meios de exploração.

São os seguintes:

- 1.º Rinoscopia anterior;
- 2.º Rinoscopia posterior;
- 3.º Toque digital da naso-faringe.

Rinoscopia anterior. — A rinoscopia anterior poucas vezes nos dá os ensinamentos que desejávamos.

Êste processo, principalmente nas crianças, é pouco usado por causa da pequena largura das fossas nasais.

E como, na maior parte dos casos, as vegetações adenoides são acompanhadas dum rinite hipertrófica e dum catarro naso-faríngeo e às vezes de irregularidades do septo, as mucosidades e a hipertrofia da mucosa impedem assim observar a parte posterior do *cavum*.

A rinoscopia anterior, sob o ponto de vista do diagnóstico, pouco ou nada nos indica, mas tem um incontestável valor para o prognóstico e para o tratamento a seguir.

Se as fossas nasais são largas e, fazendo limpar bem o nariz, quer voluntariamente pelo doente, quer com o auxílio dum ducha nasal, podemos tomar conta da existência, do volume e da situa-

ção das vegetações adenoides. Se nos servirmos ao mesmo tempo dum estilete podemos observar a consistência mole dos tumores e a facilidade com que sangram ao menor toque.

Infelizmente êste processo dá-nos sempre ensinamentos muito pouco precisos.

Rinoscopia posterior.—A rinoscopia posterior, constituindo até hoje um dos melhores processos para o exame da naso-faringe, bem que seja um dos processos mais difíceis de executar e que requiere não só bastante prática mas ao mesmo tempo uma certa perícia manual, é o único que nos dá os ensinamentos com mais precisão.

Inventado, assim como a laringoscopia, por Czermak em 1860, êste processo permite observar todas as produções patológicas da naso-faringe.

Para se fazer um exame da naso-faringe é indispensável possuir os seguintes instrumentos:

- 1.º Um espelho frontal de Clar;
- 2.º Um espelho rinoscópico;
- 3.º Um abaixador de língua.

Os diferentes tempos para o exame de um doente encontram-se descritos detalhadamente em todos os tratados especiais. Achamos, todavia, conveniente descrever os principais:

- 1.º O doente deve estar com o tronco direito e com a cabeça um pouco inclinada para deante;
- 2.º Com o abaixador de língua, colocado na

mão esquerda, deprime-se com prudência a língua para evitar reflexos, colocando o instrumento sempre para diante dos dois terços anteriores da língua;

3.º Ilumina-se bem com o espelho de Clar a parede posterior da faringe;

4.º Pede-se ao doente que respire alguns instantes sómente pelo nariz, conservando a bôca sempre aberta, e quando esta respiração seja impossível por causa da obstrução nasal, que tentem êsses movimentos como se fôsem possíveis, se isto fôr ainda insuficiente para que o véu do paladar se afaste da parede posterior da faringe, pede-se ao doente para pronunciar o som nasal *on* até o véu se relaxar;

5.º Introduzir o espelho rinoscópico, préviamente aquecido, na bôca e fazê-lo deslizar sôbre o abaixa-língua, com bastante cuidado, ultrapassar a úvula sem lhe tocar para evitar os reflexos, de maneira que o espelho fique colocado entre a úvula e a parede posterior da faringe;

6.º Voltar a face do espelho para a abóbada faríngea;

7.º Fazer incidir a luz do espelho de Clar sôbre o espelho rinoscópico;

8.º Fazendo os movimentos com o espelho rinoscópico para a direita e para a esquerda, para diante e para cima, podemos assim observar a nasofaringe, orifícios das trompas de Eustáquio, coanes,

bôrdo posterior do vómer, extremidades posteriores dos cornetos inferiores, etc.

Êste processo de investigação da naso-faringe sendo o mais completo e o que nos dá os ensinamentos com mais precisão é ao mesmo tempo o mais difícil de executar. Com o espelho rinoscópico podemos observar a extensão das vegetações adenoides, o seu volume e a sua sede, o estado dos pavilhões tubares, a extremidade dos cornetos inferiores, os coanes, etc.

A rinoscopia posterior seria assim o processo de investigação ideal se se pudesse executar em todos os casos.

Infelizmente nem sempre se pode fazer uso do espelho rinoscópico.

Uma das causas que muitas vezes impede a rinoscopia posterior, não falando já das malformações congénitas ou adquiridas do véu do paladar, contractura dos masseteres, anguilose dos maxilares, atresia do istmo naso-faríngeo, etc., é a hipertrofia das amígdalas palatinas.

Nas nossas observações em número de 190 encontrámos 82 casos em que as amígdalas palatinas estavam hipertrofiadas. Compreende-se facilmente que nestes casos a rinoscopia posterior é quasi impossível. Nestes casos, assim como em crianças com menos de 8 anos em que o desenvolvimento da faringe é insuficiente para a introdução

do espelho rinoscópico, não podemos fazer a rinoscopia posterior, e então substituímo-la pelo toque digital da naso-faringe. Todavia, quando podermos fazer a rinoscopia posterior, embora tenhamos de gastar algum tempo, é muito preferível fazê-la, porque só ela nos dá os ensinamentos com mais precisão. Tudo requiere paciência e um pouco de prática.

Não nos devemos esquecer de que um espelho rinoscópico nunca nos dá uma imagem verdadeira. Além de nos dar uma imagem invertida, mostram-nos também as vegetações com um tamanho mais pequeno do que realmente são.

Êste erro fácilmente se rectifica com a rinoscopia anterior e com o toque digital.

Toque digital da naso-faringe.— Êste processo, consiste como o seu nome o indica, na exploração da naso-faringe com um dedo, geralmente o indicador da mão direita.

Processo brutal e ao mesmo tempo tam desagradável e doloroso para os doentes que todos os autores aconselham que o façamos em último lugar. E tem razão, porque temos visto já alguns doentes, a quem se tem feito êste processo de investigação, recusarem depois a rinoscopia posterior, com receio de ser ainda mais dolorosa. Só com muita paciência, mostrando e explicando ao doente para que serve o espelho rinoscópico, se

consegue com muito custo obter o seu consentimento para pôr em prática tal meio de investigação.

É por isso mesmo que se deve fazer em último lugar.

Mas, se é um processo brutal e doloroso é também duma execução fácil que pode ser praticado por todos os médicos, mesmo por aqueles que não gozam com ou sem razão foros de especialista. Dá-nos ensinamentos preciosos, não há dúvida, sôbre a situação, extensão e volume das vegetações adenoides. Todavia, não concordamos com Lermoyez que considera o toque naso-faríngeo indispensável para bem fazer o diagnóstico das vegetações, porque para nós não pode haver noções mais exactas do que aquelas que nos são fornecidas pelo espelho. Bem sabemos que o exame rinoscópico não é para todos, mas, para quem o souber fazer será o suficiente para um diagnóstico seguro.

Não há dúvida que o toque naso-faríngeo é incontestavelmente um processo de exploração excelente. Basta poder ser feito por todos os médicos, porque a única coisa que é indispensável para êsse exame, é um pouco de água para bem lavar o dedo. Não pensem que esta lavagem do dedo seja simplesmente para fazer mostrar ao doente um pouco de limpeza da parte do médico. É necessário anti-

septizar cuidadosamente o dedo antes de fazer o toque naso-faríngeo.

As vegetações adenoides sangram com a maior facilidade e, recobertas muitas vezes de mucosidades, formam um excelente meio de cultura onde os agentes patogêneos introduzidos com o dedo podem desenvolver-se facilmente.

Lermoyez cita um caso da sua clínica, em que um toque naso-faríngeo séptico provocou uma mastoidite aguda numa criança de cinco anos que nunca tinha sofrido dos ouvidos.

Como as vegetações sangram quási sempre com o menor toque é conveniente avisar os doentes ou os pais, de que o dedo vem com sangue.

Kantorowicz, baseando-se sôbre o facto das vegetações adenoides possuírem uma rede artério-venosa muito desenvolvida que sangra ao menor toque, e o dedo introduzido na naso-faringe cheia de vegetações ser retirado coberto de sangue, propôs fazer desta particularidade um processo de diagnóstico para substituir o toque digital que êle considerava como muito brutal.

Então substituiu o dedo por um porta-tampão naso-faríngeo envolvido por um pedaço de algodão.

Se existissem vegetações adenoides o tampão era retirado cheio de sangue.

Isto, não há duvida nenhuma, era bastante prático, se as vegetações sangrassem sempre. Mas há

muitas vegetações adenoides antigas, que não sangram e portanto não podemos aceitar isso como meio de diagnóstico. Mesmo este processo não nos indica as dimensões das vegetações o que tem uma grande importância para a operação.

O toque digital da naso-faringe é portanto um processo que, apesar de ser doloroso, nos permite em pouco tempo, quasi instantaneamente verificar a existência das vegetações adenoides, as suas dimensões, a sua consistência, a sua presença ao nível dos coanes, nas fossetas de Rosenmüller, em volta da trompa, em uma palavra, a conformação geral da naso-faringe. Tem portanto, como se vê, um importante valor que não podemos desprezar não só para o diagnóstico mas também para o tratamento.

O processo mais simples e mais cómodo para praticar o toque naso-faríngeo é o de Fraenkel, que consiste em fazer passar com o indicador da mão esquerda, uma parte da bochecha, entre as arcadas dentárias de modo a poder evitar que o doente possa morder o dedo. Se o doente tentar fechar a bôca morde a própria bochecha, o que lhe não deve ser nada agradável e portanto conserva a bôca sempre aberta.

O doente está sentado numa cadeira, se fôr adulto, onde um ajudante lhe segura as mãos; se fôr uma criança senta-se sôbre os joelhos do ajudante que lhe imobiliza as pernas e os braços. O

médico coloca-se à direita do doente, segura-lhe com o braço esquerdo a cabeça e coloca com o indicador da mão esquerda parte da bochecha entre as arcadas dentárias. Com o dedo indicador da mão direita pode explorar a naso-faringe à vontade sem receio de ser mordido. Assim, tomando para ponto de referência o bôrdô posterior do vómer, poderá observar se os coanes estão tapados, a existência das vegetações adenoides, a sua consistência, etc.

É preciso lembrar também aquilo que todos os autores recomendam aos principiantes; "que é preciso ter muita cautela para não levar a úvula deante do dedo explorador o que pode dar uma sensação falsa de vegetações adenoides„.

As vegetações adenoides dão ao toque uma sensação desagradável de um corpo mole, friável, a ponto de muitos autores as compararem a um feixe de vermes.

Muito poucas são as afecções da faringe que se podem confundir com as vegetações adenoides. Os pólipos, tanto fibrosos como fibro-mucosos, podem-nos dar, num exame muito rápido, a mesma sensação que as vegetações adenoides. Todavia, distinguem-se bem pela sua superfície arredondada e dura. Em caso de dúvidas, a rinoscopia posterior e a anterior serão suficientes para nos tirar de embaraços.

Alguns autores assinalam, embora como curiosidades patológicas a existência de quistos na faringe.

Czemark (em 1863) foi o primeiro que para êles chamou a atenção. Mais tarde foram notados por outros autores, como Luschka, Heunle, Megevand, Raulin, etc.

Em todo o caso afirmam que o diagnóstico diferencial é bastante nítido.

Os tumores malignos também podem aparecer mas geralmente não aparecem senão em adultos.

A evolução rápida, as hemorragias espontâneas, a adenopatia ganglionar, as dores freqüentes, as secreções fétidas muco-purulentas são sintomas que não aparecem nas vegetações adenoideas.

Os três processos combinados para a exploração da naso-faringe permitem-nos sempre fazer um diagnóstico exacto.

Tratamento

Logo após a descoberta das vegetações adenoideas começaram, como de costume, a aparecer numerosos trabalhos sôbre o tratamento a seguir.

Dividiram-se então os autores em dois grupos: uns que aconselhavam o tratamento médico, outros o tratamento cirúrgico.

Os primeiros, que existem ainda hoje, talvez por capricho, tendo obtido resultados com alguns medicamentos, em casos diagnosticados como vegetações adenoideas, mas que na realidade não passavam duma simples localização de adenoidite aguda ou sub-aguda, pretenderam arrastar, com espantosas observações e com medicamentos que chamavam específicos, todos os outros que se tinham alistado no segundo grupo.

Inventaram irrigações nasais, gargarejos, pomadas e vários outros medicamentos tópicos, com o simples fim de fazerem prevalecer a sua opinião.

¡Mas debalde! Pouco a pouco, ainda que com muito custo, já se vão convencendo de que o único tratamento radical é o *tratamento cirúrgico*.

De todos os tratamentos médicos que se usaram o que mais teve a fama de específico, foi o preconizado pelo Dr. Marage: consistia em pincelar a naso-faringe, algumas vezes por dia, durante seis a oito dias, com uma mistura em partes iguais de água e resorcina.

Numerosas foram as experiências que se fizeram com tal medicação sendo o resultado em todas absolutamente negativo.

Lermoyez chegou a dizer que as maiores vegetações adenoides por êle operadas, tinham sido pinceladas com resorcina, durante muitos meses.

Por aqui se vê a eficácia do tratamento médico.

As melhoras, as curas, as transformações prodigiosas obtidas, nos portadores de vegetações adenoides, com uma intervenção cirúrgica oportuna e radical, deveriam ser o suficiente para pôr de parte o tratamento médico.

Todavía não acontece assim.

Inventam-se mortes, inventam-se todos os dias complicações de alto valor, acidentes graves durante a intervenção, discute-se a anestesia a empregar, enfim, uma série de dificuldades se levantam, como geralmente acontece no comêço de qualquer descoberta.

Os autores estrangeiros, ao apresentarem as suas estatísticas das complicações cirúrgicas, naturalmente apresentam só as observações que lhes conveem.

Não se lembram de comparar o número de doentes curados, que sofreram a operação, com o número daqueles que apresentam complicações. Êstes devem ser em número tam diminuto que nem valeria a pena recordá-los para contra-indicar a intervenção cirúrgica.

Na estatística que apresentámos da consulta de oto-rino-laringologia do Hospital de Santo António, nunca houve a menor complicação; os doentes operados apareciam passados alguns dias completamente curados.

É verdade que os autores estrangeiros culpam a anestesia de provocar os maiores accidentes. É muito natural que seja verdadeiro.

Na consulta nunca se empregou anestésico absolutamente nenhum, nem local nem geral. Uma operação que é quási instantânea e tam benigna não merece os perigos de qualquer anestésico e muito principalmente dos anestésicos gerais.

Processo operatório empregado na Consulta

Todo o doente a quem é indicada a operação tem de sujeitar-se, durante duas ou mais semanas, a

uma desinfecção das fossas nasais e da naso-faringe com a pomada seguinte:

Mentol	1 decig.
Acido bórico porfirizado	6 gr.
Vaselina	40 »

O doente faz durante êste tempo, duas ou três vezes por dia, a aplicação da pomada da seguinte forma: coloca um bocadinho de pomada na polpa de um dedo e leva-a à entrada das fossas nasais. Tapa uma das narinas e sorve até que a pomada tenha chegado à garganta, fazendo o mesmo do outro lado.

Esta pomada, além de desinfectar as fossas nasais e a naso-faringe, desinfecta também a trompa de Eustáquio, o que previne a infecção do ouvido médio.

O doente bochecha e gargareja pela manhã e à noite e depois de cada comida com o gargarejo de resorcina a 1/100.

No dia marcado para a operação o doente conserva-se completamente em jejum.

Os instrumentos cirúrgicos necessários são muito resumidos: são apenas um abre-boca, um abaixador de língua e uma curêta.

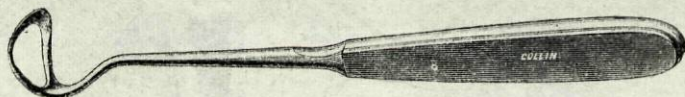
Nem todos os especialistas operam com o mesmo ferro; podemos até dizer que cada um tem

o seu ferro predilecto, o que faz variar o processo operatório.

Todavia, êstes ferros são quâsi idênticos, apenas modificados ou aperfeiçoados por cada especialista.

Não podemos, neste trabalho, descrever todos os ferros imaginados nem os processos operatórios empregados pelos diversos autores. Contentar-nos hemos em descrever simplesmente o processo empregado na Consulta do Hospital de Santo António.

A curêta empregada é a de Moritz-Schmidt, (fig. n.º 2) e o processo operatório é o seguido por Escat.



(Fig. n.º 2)

O doente está com a cabeça um pouco inclinada para deante e para baixo, de maneira que a apófise basilar do occipital fique mais ou menos num plano horizontal.

Um ajudante mantém-na nesta posição, como indica a fig. n.º 3.

A curêta executa os movimentos indicados esquematicamente na fig. n.º 4.

Encosta-se a curêta, depois de ultrapassar a úvula ao bôrdo posterior do vômer até à sua parte mais superior; raza-se com ela, duma só vez, a naso-

faringe e retira-se. Se se fizerem êstes movimentos com bastante rapidez, o doente quási não tem tempo

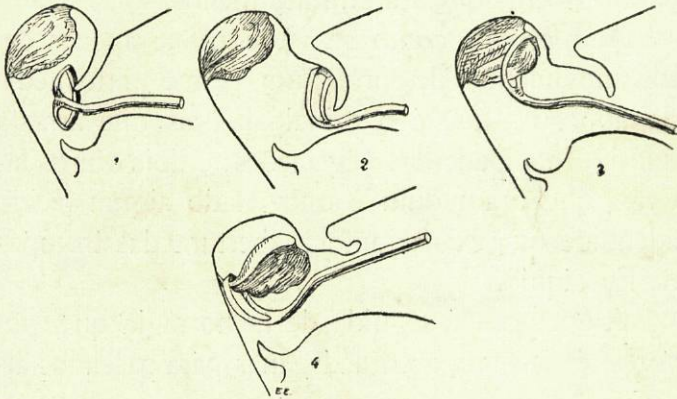


(Fig. n.º 3)

de se queixar e as vegetações são trazidas no arco da curêta ou caem sôbre o abaixa-língua.

Se não se fizer êste segundo movimento bas-

tante rápido, poderá haver o inconveniente das vegetações caírem na laringe e provocarem fenómenos de asfixia. É por isto mesmo, como direi mais adiante, que nunca se devem empregar os anestésicos gerais, porque o doente conservando os reflexos, êle próprio se encarrega de deitar fora as vegetações, assim como o sangue que acompanha



(Fig. n.º 4)

a operação, o que não aconteceria se o doente estivesse anestesiado.

Fazendo com a curêta os mesmos movimentos, mas lateralmente, junto ao orifício das trompas de Eustáquio podemos em alguns segundos limpar completamente a naso-faringe.

A ablação das vegetações adenoides deve, tanto

quanto seja possível, ser feita duma só vez e em uma só sessão.

Há alguns autores que fazem a operação por "étapes". Parece-me que isto é um êrro, porque os doentes no segundo dia, temendo as dores, mal se deixam examinar e muito menos operar. É portanto preferível fazer tudo num só dia.

É muito melhor para o médico e muito melhor para o doente que sofre muito menos.

A operação, como se vê, consiste apenas em três movimentos de curêta; um, para a parte média da abóbada, que é o principal, pois que arrasta quási a totalidade das vegetações; e dois outros laterais que tiram dum e outro lado algum tecido adenoide que exista junto à abertura das trompas de Eustáquio.

A operação é seguida de hemorragia que, por vezes, é bastante acentuada, mas pára passados alguns instantes.

O sangue sai ao mesmo tempo pela bôca e pelo nariz. Pedese aos doentes que escarrem e funguem por cada uma das narinas separadamente, para deitarem fora qualquer pedaço de vegetações que tenham ficado nas fossas nasais e mesmo os coágulos da hemorragia.

Os doentes, nos dias seguintes, conservam-se deitados com a cabeça alta e não devem sair de casa pelo menos durante oito dias.

No primeiro e segundo dia após a operação, tomam leite fervido frio, se houver hemorragia tomam leite gelado ou conservam mesmo algumas pedras de gelo na bôca. No terceiro e quarto dias os doentes podem-se conservar ainda a leite, ou então comer algumas farinhas feitas em leite ou de outro qualquer processo, ou outros alimentos que deem pouco trabalho à mastigação, para evitar os movimentos dos maxilares e da faringe. Os doentes continuam a fazer sempre, da mesma forma, durante algum tempo, o uso da pomada e do gargarejo.

Êste processo operatório, executado e seguido na Consulta do Hospital de Santo António tem dado sempre os melhores resultados. Nunca houve a menor complicação nos doentes operados. O tratamento é radical.

Depois destas ligeiras considerações, parece-me que, apesar de ter feito uma descrição muito resumida, mas perceptível, da técnica operatória, todos ficarão convencidos de que a operação é muito simples e banal. Mas esta simplicidade e esta banalidade não chegam à verdadeira significação das palavras, a ponto de qualquer curandeiro poder fazer a intervenção cirúrgica. É preciso ter sempre em vista que apesar de ser uma operação pequena, ela não deixa de merecer o verdadeiro termo de operação e portanto dispensar-lhe todos os cuidados de assepsia e antisepsia. Além disso, é preciso ter

sempre em vista que as vegetações adenoides são quási sempre acompanhadas dum catarro mucopurulento e que as fossas nasais, bôca e naso-faringe são a sede de numerosos agentes microbianos que, embora vivam como saprofitas, podem, encontrando um meio próprio, num dado momento exaltar a sua virulência e tornarem-se assim verdadeiros agentes patogéneos, provocando infecções que podem trazer os maiores desgostos para um principiante. Estas palavras, todavia, não são para provocar ou aumentar o receio para a intervenção cirúrgica, pelo contrário, servem apenas para lembrar o que pode acontecer. Mas se nos lembrássemos sempre do que nos pode acontecer nunca se faria coisa nenhuma. Os próprios dentistas nunca arrancariam um dente se se lembrassem que com isso podem provocar uma osteíte de um maxilar a ponto de ser precisa uma intervenção cirúrgica às vezes de grande importância.

Nem todos os portadores de vegetações adenoides necessitam de intervenção cirúrgica. Esta só se deve fazer quando a presença das vegetações provoque a permanência de lesões tais como as que apresentámos na sintomatologia.

Há muitos doentes que possuindo vegetações adenoides muito reduzidas, não provocando perturbações na respiração, ouvidos, faringe, laringe, etc., não precisam de intervenção cirúrgica. É para

êstes que é preciso ter muita cautela em não propor a operação quando não é precisa e mesmo por causa dos *bons colegas*.

Escusado será dizer que a operação é também contra-indicada em todos os casos em que as outras operações o são da mesma forma.

Nunca se deve operar, por exemplo, uma mulher no período menstrual, os hemofílicos pelo menos antes duma preparação antecipada, em casos de epidemias (difteria, sarampo, gripe, coqueluche, escarlatina, etc.), nos casos de uma infecção local aguda ou sub-aguda, que provoque uma hiperemia dos tecidos por causa da circulação muito desenvolvida e mesmo por causa da friabilidade dos tecidos, em períodos de convalescença duma doença em que o doente se encontra em estado de não poder reagir contra uma infecção embora ligeira, em casos de diabete, albuminúria, etc.

São estas muitas vezes as causas que provocam as complicações que se observam após a operação das vegetações adenoides.

É preciso, portanto, examinar bem o doente antes da operação. Isto deve fazer-se tanto na clínica hospitalar como na particular. Nesta, logo que o médico conseguiu ganhar a confiança do doente escusa de ter medo em gastar tempo para o examinar bem e para melhor o preparar para a intervenção, porque o doente não lhe foge.

Muitos autores contraindicam também a operação em casos de tuberculose pulmonar. Outros, pelo contrário, dizem e dizem muito bem, que antes de se fazer sujeitar os doentes a um tratamento para a sua doença púlmonar se deve restabelecer rigorosamente a permeabilidade das fossas nasais e da naso-faringe.

Compreende-se facilmente porque, sem que sejam precisas explicações.

Resta-nos agora dizer alguma coisa sôbre as complicações que se podem observar durante e nos dias seguintes ao da operação. Já dissemos atrás que nunca tínhamos observado complicações com o tratamento que acabámos de expor. Os próprios autores estrangeiros as consideram como muito raras, já se vê que me refiro às complicações graves.

As complicações que se podem observar após a ablação das vegetações adenoideas são:

- 1.º Hemorragias;
- 2.º Acidentes inficiosos;
- 3.º Acidentes de asfixia determinados pela queda das vegetações na laringe.

A hemorragia pode ser primitiva ou imediata e secundária ou retardada.

A ablação das vegetações adenoideas é sempre seguida de hemorragia bastante apreciável, que sai ao mesmo tempo pelo nariz e pela bôca mas pára passado algum tempo. Todavia, esta hemor-

ragia pode persistir a ponto de ser preciso intervir novamente para fazer a hemostase. Muitas vezes a persistência da hemorragia é devida a pequenos pedaços de vegetações que ficando em suspensão na naso-faringe conservam abertos os vasos cortados e impedem a formação de coágulos. Bastará muitas vezes tirar com uma pinça êstes restos de vegetações para a hemostase se dar ou então fazer uma nova curetagem superficial. Outras vezes a hemorragia é devida a ferimentos dos tecidos vizinhos. Muitas vezes, durante a introdução da curêta de Moritz-Schmidt na naso-faringe, por causa dos movimentos bruscos que o doente faz com a cabeça, não é difícil ferir o véu do paladar, a extremidade posterior dos cornetos inferiores e o bôrdo posterior do vômer algumas vezes até produzir a fractura do vômer o que não tem grande importância. Todavia, é um desgosto para o operador. Êstes ferimentos podem produzir hemorragia que se conserva durante muito tempo, o que aflige bastante não só o doente mas também a família. Algumas pedras de gêlo na bôca ou água quente introduzida nas narinas é muitas vezes suficiente para fazer a hemostase. Se a hemorragia continuar e não ceder mesmo aos hemostáticos ligeiros então recorrer-se há à tamponagem posterior.

Esta faz-se da seguinte forma: com uma tira de gaze de 3 ou 4 centímetros de largura faz-se um

rôlo cilíndrico com um diâmetro pouco mais ou menos de 2 ou 3 centímetros. Isto varia, já se vê, com a idade dos doentes, isto é, com as dimensões da naso-faringe. Na parte média do rôlo prende-se um fio de sêda de 24 a 30 centímetros de comprimento. Agora, ou se faz passar o fio pela bôca e fossas nasais, o que se pode executar com uma sonda uretral de Nelaton, e levar o rôlo de gaze por intermédio do fio para a naso-faringe, ou então introduzir, com dois dedos da mão direita, o rôlo de gaze preso pelo fio com a mão esquerda, na naso-faringe e fazer assim a tamponagem. O rôlo de gaze colocado sob pressão entre os coanes e a parede posterior da faringe é o suficiente para o fazer segurar e poder-se cortar o fio à vontade.

O tampão pode assim estar colocado umas 48 horas sem inconveniente.

A tamponagem pode fazer-se com água oxigenada. Além de ser hemostático é também antiséptico.

Pode humedecer-se de tempos a tempos com água oxigenada deitada pelas narinas.

Curtis, para fazer a hemostase, preferia a laqueação moderada dos membros, com um tubo de *cauchu* à tamponagem posterior. Pela paragem da circulação venosa, obtinha assim uma diminuição de tensão arterial que dizia ser suficiente para facilitar a formação de coágulos na ferida operatória.

Quando a hemostase se estabelecesse desfazia com muita prudência as laqueações dos membros. Êste processo que alguns autores afirmam ser insufficiente para fazer uma boa hemostase, é todavia aproveitado por êles para depois fazerem uma tamponagem posterior mais cuidadosa.

É mais fácil fazê-la nestas circunstâncias.

Tanto nas hemorragias primitivas, isto é, nas que se dão logo após a operação e nas hemorragias secundárias que se dão só alguns dias depois, o tratamento é sempre o mesmo. A única diferença que faz é uma ser na ocasião e termos tudo preparado para a fazer sustar, e a outra é ser em casa do doente e termos que contar com o estado dele, devido ao sangue perdido. Estas hemorragias são muito pouco freqüentes.

Como já disse mais duma vez, nunca tive ocasião de as observar.

Parece à primeira vista que as complicações, que mais freqüentemente se deveriam observar, seriam as complicações inficiosas. A desinfecção das fossas nasais e da naso-faringe nunca pode ser completa.

Além disso, tanto a bôca como o nariz, são a sede de numerosos agentes microbianos que se podem tornar, dum momento para outro, verdadeiros agentes patogêneos e, portanto, causadores de numerosas infecções.

Isto, que à primeira vista parece deveria ser assim, é precisamente ao contrário. Apesar de ficar uma ferida operatória largamente aberta à infecção, esta nunca, ou raras vezes se dá. Quem tiver frequentado as salas de cirurgia do Hospital, terá tido ocasião de observar, por exemplo, a facilidade com que cicatrizam as feridas operatórias da bôca, apesar de a assepsia e antissepsia não poderem fazer-se rigorosamente.

Pois acontece na faringe exactamente o mesmo. A ferida operatória das vegetações adenoides cicatriza muito fácilmente e só muito raras vezes, os diversos autores, tem notado complicações inficiosas.

A queda das vegetações na laringe, provocando fenómenos de asfixia, tem sido observada frequentes vezes.

Contudo nunca tive ocasião de a observar. Como já disse, se os movimentos da curêta forem rápidos, é difícil que isso aconteça.

As vegetações veem no arco da curêta. E, de resto, se o doente não fôr anestesiado, conservando assim os reflexos, êle próprio se encarrega de as deitar fora, assim como aos coágulos da hemorragia.

Os anestésicos empregados para a operação das vegetações adenoides, como a cocaína, protóxido de azoto, clorofórmiu, éter, etc., tem sido culpados de provocarem os maiores accidentes. Uns porque provocam uma congestão intensa dos tecidos do

pescoço e da face dando assim lugar a grandes hemorragias; outros, como a cocaína, fazendo a princípio uma vaso-constricção seguida duma vasodilatação rápida, provocam também grandes hemorragias; outros ainda, abolindo os reflexos totalmente, podem facilmente provocar fenómenos de asfixia pela queda das vegetações na laringe, etc., etc. Como acabamos de ver todos os anestésicos teem defeitos.


Ao lado dêstes defeitos aparecem alguns casos de morte, provocada pelos anestésicos gerais. Não me admira nada que alguns autores apontem êstes casos de insucesso. O que me admira é que êstes casos sejam tam poucos. Basta ler a observação seguinte:

Trata-se duma criança, bem constituída, robusta; tinha comido antes da operação. Gastaram no total 25 gramas de clorofórmio.

No meio da cloroformização vomitou cerejas! Acabada a intervenção, a hemorragia nasal termina, a criança cianosa-se, a respiração e o coração param. A respiração artificial feita durante duas horas não deu resultado.

Aqui está, pois, uma observação em que, numa criança, se gastaram *vinte e cinco gramas de clorofórmio* para fazer uma adenotomia; e a criança foi cloroformizada depois de *ter enchido o estômago de cerejas!* (Boletim médico de 1912).

Por esta observação e por outras análogas não podemos de maneira alguma afirmar que os anestésicos gerais dão maus resultados. Agora, o que podemos afirmar é que a anestesia, para a operação das vegetações adenoides, não é precisa para nada e que o tratamento cirúrgico seguido e executado na Consulta do Hospital de Santo António tem dado sempre os melhores resultados.



Doentes portadores de <i>Vegetações adenoides</i> observados		190
Distribuição pela classificação que adoptámos .	{	
	Forma auricular	99
	» respiratória	73
	» naso-faríngea	8
	» nervosa	1
	» mixta	9

Foram intervencionados os doentes que constam do quadro seguinte:

NOMES	Idade	Profissão	Lábio superior curto	Dentes mal implantados	Abóbada palatina ogival	Dorme com a boca aberta	Ressona de noite	Surdez
O. da C.	13	Costureira	+	+	-	+	+	+
M. E.	8	—	-	-	-	-	-	-
R. P.	16	Sapateiro	-	-	-	-	-	+
L. G. F.	12	—	-	-	-	-	-	-
L. M. C.	14	Estudante	-	+	+	-	-	-
A. R. de M.	8	—	-	-	-	-	-	-
L. M. da F.	7	—	-	-	-	-	-	-
A. P. da S.	2	—	-	-	-	-	-	-
J. A. de M.	6	—	-	-	-	-	-	-
P. V. da S.	11	—	-	-	-	-	-	-
M. das D.	13	—	-	-	-	-	-	-
F. C.	11	—	-	-	-	-	-	-
E. F. P.	25	Emp. comercial	-	-	-	-	+	+
J. P.	8	—	-	-	-	-	-	-
M. de S.	13	Alfaiate	+	+	-	-	-	-
R. M. P.	8	—	-	-	-	-	-	-
A. A. F. e M.	11	—	-	-	-	-	-	-
A. de V.	9	—	-	-	-	-	-	-
M. E. da C.	7	—	-	-	-	-	-	-
E. P.	10	—	-	-	-	-	-	-
A. B. F.	14	—	-	-	-	-	-	-
M. da N. F.	15	Serviçal	-	+	-	+	-	+
M. D.	8	—	-	-	-	-	-	-
I. M. dos A. M.	10	—	-	-	-	-	-	-
C. dos A.	8	—	-	-	-	-	-	-
E. F. dos S.	15	Costureira	+	+	+	-	-	-
F. R.	8	—	-	-	-	-	-	-
R. do N.	7	—	-	-	-	-	-	+
M. F. C.	12	—	-	-	-	-	-	-
A. R.	6	—	-	-	-	-	-	-
A. N. M.	15	—	-	-	-	-	-	-
A. M. C.	5	—	-	-	-	-	-	-
A. A. dos S.	15	—	-	-	-	-	-	-
M. P. da R.	11	—	-	-	-	-	-	-
M. A. da E. R.	—	—	-	-	-	-	-	-
J. D.	9	—	-	-	-	-	-	-
A. P. da C.	12	—	-	-	-	-	-	-
A. M. B.	13	—	-	-	-	-	-	-

Conclusões

Dos 190 doentes portadores de vegetações adenoides, que freqüentaram a Consulta de otorino-laringologia do Hospital Geral de Santo Antônio, apenas 40 foram operados. Dos restantes, uns fugiram com o receio da operação, outros por não poderem fazer o tratamento post-operatório, outros ainda e em grande número por não ser preciso fazer-lhe a operação. Todavia, das observações que fizemos dêstes doentes, podemos concluir o seguinte:

1.º As vegetações adenoides podem aparecer em todas as idades;

2.º Quando estivermos em presença dum doente que tenha o labio superior curto, má implantação dos dentes, abóbada palatina ogival, que durma com a bôca aberta e rессone de noite, seja qual fôr a doença com que êle se nos apresente, devemos sempre examinar-lhe a naso-faringe;

3.º A todos os doentes com perturbações auditivas, quer com otites médias catarrais quer supuradas, devemos sempre examinar a naso-faringe;

4.º Da mesma forma aos doentes que se apresentarem com faringites, laringites e bronquites rebeldes ao tratamento devemos examinar a naso-faringe;

5.º Todas as vezes que encontrarmos vegetações adenoides na naso-faringe, que possam causar a persistencia de lesões como as que apresentamos na sintomatologia, devemos sempre propor a operação;

6.º Qualquer outra terapêutica terá efeitos paliativos;

7.º A operação das vegetações adenoides é uma operação benigna;

8.º A anestesia geral nunca deve ser empregada e a anestesia local é dispensável;

9.º O diagnóstico das vegetações não deve ser prerrogativa dos especialistas, deve estender-se a toda a classe médica.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A conformação do tubérculo faríngeo da apófise basilar do occipital deve estar sempre presente no espírito do rino-laringologista.

Histo-Fisiologia. — Os sais de cálcio dissolvidos no plasma constituem uma condição necessária à coagulação do sangue.

Matéria médica. — O tratamento médico das vegetações adenoides não existe.

Anatomia patológica e Medicina legal. — O critério histo-diagnóstico dos tumores funda-se nos seus caracteres topográficos e citológicos.

As sufusões de Tardier não são específicas da asfixia.

Higiene, Patologia geral e Bacteriologia. — O contágio humano, por inalação, é ainda o grande processo de difusão da tuberculose.

Há uma diátese seborreica em que entram várias alopecias, hipertricoses, acnes, eczematides, etc.

Obstetrícia e Ginecologia.—O anel de Bandl não existe.

A cistoscopia, no caso de neoplasma maligno do útero, decide muitas vezes da intervenção.

Clinica cirúrgica.—A gibosidade, por si só, não caracteriza o mal de Pott.

Clinica médica.—O diagnóstico diferencial entre uma cirrose atrófica e uma tuberculose peritonial, algumas vezes só a autópsia o pode fazer.

A suspeita de tumor cerebral contra-indica a punção lombar.

Visto

Teixeira Bastos

Presidente.

Pode imprimir-se

Candido de Pinho

Director.

ERRATAS

Pag.	Linha	Em vez de	Leia-se
11	1	tése	tese
17	3	têm	tem
22	11	preságios	presságios
33	7	Cassaignac	Chassaignac
70	8	atrofia	atrofia-se
92	4	podermos	pudermos
118	10	lesões	perturbações
120	8	peritoniai	peritoneal