

1304

N.º 5

BREVES CONSIDERAÇÕES

1907

sobre a

PAPEIRA

e seu Tratamento Cirurgico

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto

POR

ALBINO DA COSTA TORRES



PORTO

Imp. Nacional — Jayme Vasconcellos & Irmão
35, Rua da Picaria, 37

1907

13315 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes Oathedraticos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia . . . Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica. Illydio Ayres Pereira do Valle.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria. Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica . . Antonio d'Azevedo Maia.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica . . Roberto B. do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia pathologica Augusto H. d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal . . Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
- Secção cirurgica } Pedro Augusto Dias.
} Dr. Agostinho Antonio do Souto.
} Antonio Joaquim de Moraes Caldas.

Lentes substitutos

- Secção medica } Thiago Augusto d'Almeida.
} Vaga.
- Secção cirurgica } Vaga.
} Vaga.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

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

(*Regulamento da Escola*, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)

À SAGRADA MEMORIA

DE

Meu Pae

O vosso desejo cumpriu-se.
Como estarias satisfeito se fos-
ses vivo!

A minha Mãe

Nunca esquecerei os vossos
conselhos.

Á MEMORIA DE MINHA IRMÃ

Julia

Eterna saudade.

A meus Irmãos

Annibal

Elisa

Lavinia

Um abraço do vosso melhor
amigo.

Á Ex.^{ma} Snr.^a

D. Maria Amalia de Jesus e Silva

Se conclui a minha formatu-
ra, unica e simplesmente a vós
o devo.

Nunca recompensarei os in-
numeros sacrificios que por mim
fizesteis.

AO MEU MAIS INTIMO AMIGO E CONDIPCULO

Dr. Henrique Gomes d'Araujo

Muito e muito aproveitei com
a tua companhia e salutaes con-
selhos.

E's para mim, mais do que um
condiscipulo de longos annos, e
do que um velho amigo. E's...
um verdadeiro irmão.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Henrique da Costa Lima

sua Ex.^{ma} Esposa e filhos

Em testemunho da mais viva
consideração e estima.

~~~~~  
Á Ex.<sup>ma</sup> Snr.<sup>a</sup>

D. Rosa de Jesus e Silva

Obrigado, por todos os cuida-  
dos que me tendes dispensado.

*Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.*

Dr. Florido Telles de Menezes e Vasconcellos

Profundamente reconhecido.

Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

*Dr. Joaquim Augusto Cambexes*

Eterna gratidão.

AOS MEUS INTIMOS AMIGOS E CONDISCIPULOS

Dr. Jayme Pereira d'Almeida

Dr. João Maria da Fonseca Junior

Um grande e sincero abraço.

AOS MEUS CONDIPCIPULOS

e em especial a

*Dr. Alvaro da`Cunha Ferreira Leite*

*Dr. Manoel Joaquim Esteves*

*Dr. Alfredo d'Oliveira e Souza Peixoto*

*Dr. Antonio Peixoto Sarmiento e Castro*

*Dr. Alberto da Costa Ramalho Fontes*

Um saudoso abraço de despedida.

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

e em especial a

*Dr. Alberto Julio Pinto Villela*

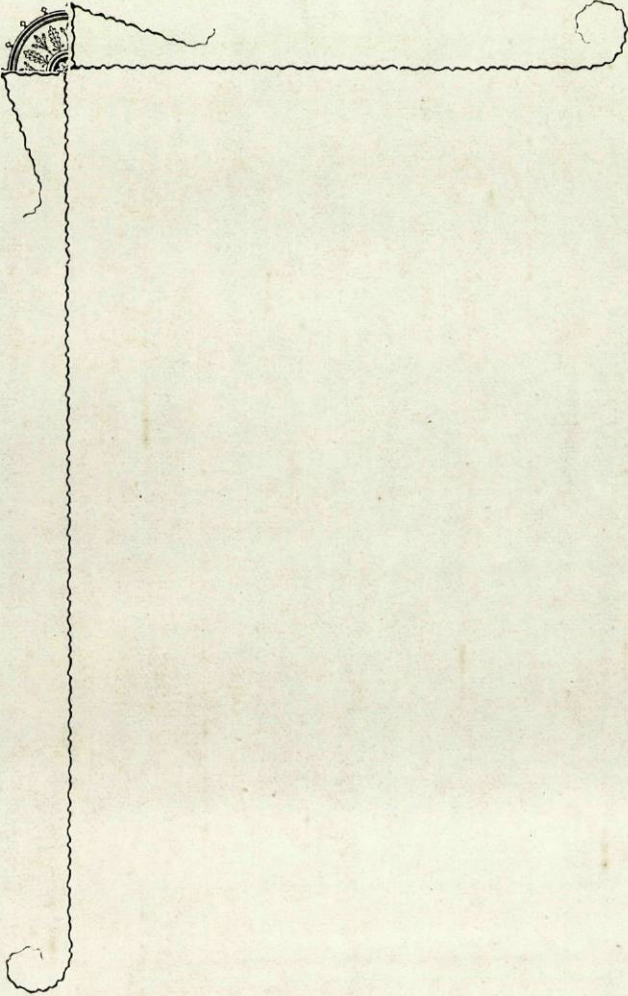
*Dr. Francisco Miranda Guimarães*

AO MEU PRESIDENTE DE THESE

O ILLUSTRE PROFESSOR

**Dr. Roberto B. do Rosario Frias**

Homenagem ao vosso im-  
menso saber e raro talento.



# Prologo

---

Devemos confessar, que é assás espinhoso para quem ainda hontem sentado nos bancos da Escóla, já hoje se vê obrigado pela dura lei a escrever e defender uma these, sem a qual os cinco annos do nosso curso medico não teriam valor algum.

Para cumprir a lei, resolvemos escolher para assumpto do nosso trabalho, a **papeira**, no dia em que vimos o illustre Professor Roberto Frias operar uma doente na enfermaria clinica cirurgica.

\* \* \*

No nosso trabalho puzemos de parte a papeira exophthalmica, e apenas umas ligeiras considerações fazemos ao tratamento medico, para nos occuparmos mais detalhadamente do tratamento cirurgico.

Os poucos momentos que podemos dispôr para estu-

Prologo

dar e escrever o assumpto que escolhemos, manifesta-se pelas innumeradas lacunas que se encontram em cada pagina, porém confiamos na extrema indulgencia do Ex.<sup>mo</sup> Jury que nos ha-de julgar.

\* \* \*

Dividimos o nosso trabalho em tres partes: na primeira, dizemos algumas palavras sobre a anatomia e physiologia do corpo thyroideu; na segunda, occupamos da etiologia, anatomia, pathologia, symptomatologia, diagnostico e complicações; finalmente na ultima, faremos algumas considerações sobre o tratamento e citaremos o caso clinico observado no hospital de Santo Antonio, que generosamente me foi cedido pelo meu condiscipulo Antonio Augusto Peixoto Osorio Sarmiento e Castro.

# I PARTE

---

## Historia.

*A glandula thyroidea*, que a maior parte dos auctores preferem chamar corpo thyroideu, era conhecida de Galeno e de muitos anatomicos da Renascença entre os quaes citaremos André Vésalio. Mas foi Warton quem, primeiro, em 1664 deu o nome de *thyroideas* ás massas glandulares que occupam a parte superior da trachea; assim Thomas Bartholin, descrevendo-as mais tarde denominou-as *glandulas thyroideas de Warton*. Estes anatomicos admittem que existem no homem duas glandulas thyroideas; uma de cada lado da cartilagem cricoidea.

Morgagni, que estuda estes orgãos no homem e animaes, nota que são constituídos por pequenos grãos aos quaes dá o nome *frustula rotunda*; ao mesmo tempo que Winslow descreve um prolongamento novamente estudado em 1743 por Lalouette e d'ahi o chamar-se *pyramide de Lalouette*.

Deve-se a Lalouette a descripção detalhada da glandula ou corpo thyroideu, na qual encontrou vesículas distinctas por uma fina membrana e entre as quaes julga haver communicações. É a Eustachio que pertence a honra de mostrar que as duas glandulas thyroideas de Warton não são mais do que dois lobos d'um unico e mesmo orgão e de lhe descrever o isthmo que as reune.

Considerando, com justa razão, o corpo thyroideu como uma glandula, varios auctores antigos trabalharam para lhe encontrar canaes excretores e é assim que Desnouettes, Bordeu, Santorini, Vater, etc., admittem a existencia de communicações, quer com a trachea, quer com a base da epiglote, quer com o foramen cæcum da lingua. Vercelloni julga que os canaes excretores se vão lançar no esophago. Morgagni, Haller, Ruysch e Lalouette combatem a sua existencia e mostram que a thyroidea pela sua estructura differe das glandulas ordinarias, visto os seus elementos não terem communicações uns com os outros.

Acceita esta concepção, a maior parte dos auctores modernos consideram a thyroidea como uma glandula desprovida de canaes excretores e lançando directamente os seus productos na torrente circulatoria.

## Anatomia.

O corpo thyroideu situado na face anterior do pescoço, na união do terço inferior com os dois terços superiores, compõe-se de duas porções lateraes, ou *lobos*, mais volumosas, cujos vertices ou *cornos superiores do corpo thyroideu* dirigidos para cima e para traz, se reúnem á frente da trachea por uma porção estreita, *isthmo*, que cobre os dois primeiros aneis da trachea e algumas vezes a cartilagem cricoidea. Do bordo superior do isthmo destaca-se um prolongamento, algumas vezes ligeiramente inclinado para a esquerda, que constitue a *pyramide de Lalouette* ou appendice de Morgagni.

*Os lobos lateraes*, de direcção obliqua para cima e para traz são mais volumosos e apresentam ordinariamente um comprimento de 5 a 7 centímetros e uma espessura de 3 centímetros. Além do vertice e

da base de direcção para baixo e algumas vezes para dentro, podemos descrever-lhe tres faces e tres bordos:

*A interna* — concava, mais ou menos moldada sobre as partes lateraes dos 5 ou 6 primeiros aneis da trachea, cartilagem cricoidea, pharynge e esophago.

*A externa* — convexa, é coberta pelo esterno-thyroidu, esterno-hyoideu e esterno-cleido-mastoideu.

*A posterior* — igualmente convexa, dirige-se para traz e está em relação com o feixe vasculo-nervoso e musculos profundos do pescoço.

*O bordo anterior* — fórma com o do lado opposto e bordo superior do isthmo, a chanfradura superior do corpo thyroideu.

Este bordo está em relação com a cartilagem thyroidea, musculo crico-thyroidu, cartilagem cricoidea e nervo laryngeu externo.

*O bordo postero-externo* — está em relação com a face anterior da jugular interna.

*O bordo postero-interno* — está em relação com a pharynge, esophago, arteria thyroidea inferior e nervo recorrente.

**Capsula** — O corpo thyroideu é envolvido por uma capsula delgada e muito resistente, formada por feixes de tecido conjunctivo entremeados de fibras elasticas. D'esta capsula partem prolongamentos fibrosos que vão fixar-se sobre as partes visinhas e tomam o nome de *ligamentos*. Grüber em 1876 descreveu tres ligamentos suspensores: um medio e dois

lateraes, que pouco differem dos assignalados por Sappey.

*O ligamento medio*— que só existe em 40 por 100, lança-se do isthmo e das porções visinhas dos lobos lateraes aos primeiros aneis da trachea, cricoidea e ainda ao bordo inferior da cartilagem thyroidea.

*Os ligamentos lateraes* (direito e esquerdo)— provindo do bordo inferior da cricoidea por detraz do musculo crico-thyroides, por vezes de 1.º e 2.º aneis da trachea, e depois de terem costeados a face profunda do lobo correspondente unem-se á capsula da glandula sobre o bordo posterior da sua metade inferior. Estes ligamentos são perfurados por um certo numero de orificios por onde passam vasos e nervos, produzindo a sua resistencia a incurvação da thyroidea em volta da arvore aerea, graças á sua direcção obliqua para baixo, para a frente e para dentro.

### Vasos e nervos thyroideus

**Arterias**—O corpo thyroideu um dos orgãos mais vascularizados, é irrigado pelas *arterias thyroideas superiores, inferiores* e uma outra inconstante, a *arteria thyroidea media ou de Neubauer*.

*A thyroidea superior*— ramo da carotida externa, depois de dar origem durante o seu trajecto ás esterno-mastoideas, laryngeas superiores e inferiores, divide-se ao chegar á glandula em tres ramos: ex-

terno, posterior e interno que se anastomosa acima do isthmo com o do lado opposto.

*A thyroidea inferior* — nasce da primeira porção da sub-clavia e no seu trajecto cêrca n'uma curvatura o feixe vasculo-nervoso do pescoço e o grande sympathico. N'uma segunda curvatura abraça o nervo recorrente, relação de interesse capital nas operações do corpo thyroideu. Chegado á glandula, divide-se em tres ramos: o inferior, que se anastomosa ao longo do isthmo com o do lado opposto; o posterior anastomosa-se com o ramo correspondente da thyroidea superior; o profundo dirige-se á face interna do corpo thyroideu.

*A thyroidea de Neubauer* — unilateral é quasi sempre situada á direita, provém ordinariamente do tronco brachio-cephalico, muitas vezes da carotida primitiva, algumas vezes da crossa da aorta, da sub-clavia, mammaria interna para lançar-se constantemente sobre a face anterior da trachea d'onde ganha o isthmo do corpo thyroideu.

**Veias** — As veias thyroideas, nas quaes se nota a ausencia de valvulas, nascem no interior da glandula, formando á sua superficie onde se anastomosam, o plexo thyroideu. Como as arterias, dividem-se em: *superiores, inferiores e medias*.

*As superiores* — seguem as arterias do mesmo nome e vão lançar-se, quer directamente, quer por meio do tronco thyro-linguo-facial na jugular interna.

A laqueação d'este tronco, que por vezes se é

obrigado a fazer durante a thyroidectomia, produz uma dilatação varicosa como adeante veremos.

*As inferiores* — importantes pelo numero e volume, lançam-se depois de se anastomosarem: as direitas, na jugular direita; as esquerdas, na jugular esquerda ou porção inicial do tronco venoso brachiocephalico esquerdo; as medias, na face anterior da jugular interná.

**Lymphaticos** — Os lymphaticos, intra-lobulares e interbolares, formam na superficie da glandula uma rede de malhas muito finas a que Testut chama rede *peri-thyroidea*. Os ramos que partem d'esta rede dividem-se em *ascendentes* e *descendentes*. Os primeiros, vão lançar-se nos ganglios situados á frente da trachea e acima do isthmo; os segundos, sub-dividem-se em medios e lateraes, indo uns aos ganglios situados á frente da larynge e outros aos ganglios situados na parede posterior e lateral da pharynge.

**Nervos** — Este orgão é innervado principalmente pelos filetes do sympathico cervical. Além d'estes filetes é innervado tambem pelos laryngeos superiores, pneumogastrico, glosso-pharyngeo e filetes do hypoglosso. Estes filetes terminam, uns sobre os vasos constituindo os nervos vasculares, outros vão aos folliculos e constituem os nervos glandulares.

### Estructura

A glandula é envolvida por uma camada conjunctiva, que não é mais do que uma dependencia da capsula. Da sua face interna partem divisões interlobulares, que decompõem o órgão n'um certo numero de lobos d'um 0<sup>m</sup>,001 de diametro. D'estas divisões partem umas outras que decompõem os lobulos em folliculos, que segundo uns, são completamente fechados e segundo outros estão em communição. Estes folliculos thyroideus de fórmula espherica ou ovoide, são formados por uma membrana propria e um epithelio que reveste a membrana propria, composto de cellulas principaes e cellulas colloidales; finalmente uma cavidade follicular cheia de substancia colloide <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> É vulgar chamar-se tambem substancia gelatiniforme para a distinguir da substancia colloide que se encontra na anatomia pathologica.

## Physiologia.

Apenas nos limitamos a citar as hypotheses com que os auctores tentam explicar as funcções do corpo thyroideu, visto levar-nos muito longe se expozessemos, embora as mais interessantes.

Assim, os auctores antigos, consideravam o corpo thyroideu como uma glandula munida de canaes excretorios lançando-se na larynge, segundo Santorini, Dionis, Winslow e Vater; na trachea, segundo Bordeu; no foramen cæcum da lingua, segundo Coschwitz e Desnouettes; no esophago, segundo Vercelloni. Para estes auctores a secreção era destinada a lubrificar os orgãos aos quaes a glandula está annexa.

Para Warton, seria simplesmente uma almofada protectora situada á frente dos orgãos importantes do pescoço. Para Luschka, protege os vasos e nervos

contra os efeitos violentos das contracções musculares.

Outros, consideram o corpo thyroideu como um regulador da irrigação sanguinea da metade superior do corpo e mais especialmente do cerebro. Maignien, considera-o como um modificador da circulação cerebral durante o periodo embryonario e lhe faz subordinar o desenvolvimento do encephalo. Outros, consideram-o como um orgão directamente ligado aos actos da vida genital (menstruação, desfloração, gravidez, lactação). Robin, como regulador na produção de calor por excreção d'uma substancia que actua sobre os centros thermicos, e cuja ausencia produz o myxœdema.

Horsley, considera-o como orgão hémato-poietico. Albertoni e Tizzoni dizem que a função thyroidea consiste em communicar á hemoglobina a faculdade de fixar o oxygenio.

Esta theoria serve para explicar as modificações nos processos das oxydações e das trocas nutritivas, que se verificam depois da thyroidectomia e em seguida ao tratamento thyroideu. A maior parte dos auctores attribuem-lhe hoje funções antitoxicas. A glandula terá por fim elaborar uma substancia benéfica e protectora, neutralizando outras substancias nocivas, fabricadas em qualquer parte da economia.

## II PARTE

---

### Etiologia.

Denomina-se «*papeira*» a hypertrophia do corpo thyroideu.

Mais frequente na mulher do que no homem, ella é *endemica*, *epidemica* e *esporadica*, sendo varias as opiniões emittidas para explicar a sua origem.

Assim, Saussure, attribue a sua origem á humidade atmospherica. Esta opinião está hoje posta de parte e com mui justa razão. Grange aos saes de magnesia contidos nas aguas. Bouchardat ao sulfato de cal. Chatin a uma menor proporção de iodo contido no ar, agua e plantas.

Segundo Boussingault, a desoxygenação da agua seria a principal causa da papeira e esta desoxygenação póde ser devida, quer á elevação do solo, quer á presença do acido carbonico na agua, quer ao contacto prolongado de certas substancias como o ferro, materias organicas, folhas mortas, etc.

A hereditariedade parece exercer influencia na sua apparição; mas a principal causa deve existir nas *condições geologicas do solo*, havendo mesmo regiões em que a papeira é endemica, como nos valles dos Alpes, Pyreneus, Alsacia e muitas outras.

## Anatomia pathologica.

Houel, sob o ponto de vista microscopico, divide os tumores do corpo thyroideu em: *gasosos emphysematosos, solidos, liquidos* ou *kistos*.

Varios auctores consideram a papeira aerea como uma communicação accidental entre a trachea e o corpo thyroideu. Rullier, com o tecido cellular da região correspondente. Krishaber, como um derrame d'ar nas regiões visinhas, consecutivo á ruptura da trachea, ou como uma hernia das partes molles entre os anneis da trachea e larynge.

Só nos casos muitos raros, como no observado por Heydenreich, o derrame de gaz consecutivo á ruptura da trachea enkista-se na propria espessura da glandula.

Quanto aos tumores solidos como :

*A papeira parenchymatosa* (hypertrophia simples,

papeira follicular) — é um tumor molle cujo corpo é quasi semelhante ao corpo thyroideu normal.

*A papeira fibrosa* (papeira senil) — apresenta os tecidos duros, retrahidos, gritando debaixo do escalpello. Estes tecidos são formados por tecido conjunctivo fibroso ou esclerosado, cercados de tecidos molles d'uma papeira parenchymatosa.

Estas indurações podem ser diffusas ou formar nucleos circumscriptos cercados d'uma camada, facilmente enucleaveis. — É esta a opinião de Broca.

Esta esclerose pôde ser espontanea, provir da degenerescencia senil, hemorragias intersticiaes ou de injeções irritantes e secundariamente, pôde observar-se a *calcificação* da papeira.

Albers assigna papeiras cartilagosas e Parsons papeiras osseas; porém Rivière nos seus trabalhos microscopicos, encontrou apenas umas laminas mais duras, que talvez podessem classificar-se cartilagosas ou osseas.

*As papeiras vasculares* — resultam d'uma vascularisação intensa da glandula, podendo a maior parte das papeiras transformar-se n'esta variedade.

A dilatação pôde dar-se no systema capillar, lacunar ou radiado, systema arterial ou venoso. N'estes dois casos, poder-se-ha tratar d'uma papeira *aneurismatica de Walter* e produzir um verdadeiro tecido esponjoso erectil ou papeira *varicosa*, muito frequente, se admittirmos como Krishaber, que ella existe todas as vezes que se encontre dilatações dos vasos venosos ou veias thyroideas.

*A papeira amyloide ou cirrosa* — pela acção da tintura de iodo dá uma côr vermelha característica.

*A papeira colloide* — é a que pôde attingir maiores dimensões.

Ao côrte, vê-se grande quantidade de kistos de volume variavel, cheios de uma gelea amarêllada, muitas vezes corados pelo sangue, que Laënnec denominou *colloide*, por se semelhar á gelatina ou colla forte. O conteudo dos folliculos kisticos é algumas vezes completamente hematico, podendo conter fibrillas de fibrina e abrir-se uns nos outros, ou as suas paredes soffrerem a degenerescencia gordurosa para dar logar a um kisto volumoso — assim se fórma a papeira kistica. — O augmento do liquido kistico é devido a uma hypersecreção da sua parede, que, quando puro se apresenta incolor ou ligeiramente corado de amarello, unctoso e filante. Segundo Hoppe-Seyler o liquido dos pequenos kistos contém pouca albumina e muita mucina, emquanto que o dos grandes contém principalmente muita paralbumina. A degenerescencia das cellulas das paredes origina corpos granulosos, que podem formar cristaes de cholesterina descobertos por Nasse; talvez mesmo, encher a cavidade kistica e dar-lhe o aspecto de uma massa branca (atheroma de Haen).

O envolucro do kisto, formado de tecido conjunctivo laxo, é primeiro delgado e espessa-se em seguida para se tornar completamente lardaceo.

A parede percorrida por numerosos vasos occa-siona hemorragias por vezes consideraveis; assim,

abrindo-o encontra-se quasi sempre um colorido que varia do acajú á borra do café, indicio de hemorragias antigas ou recentes. Raramente se encontram coagulos, visto as hemorragias fazerem-se muito lentamente; mas sob a influencia dos gritos, esforços, traumatismos, podem haver verdadeiras irrupções sanguineas, comprimir a trachea e perturbar a respiração.

N'estes casos os kistos transformam-se em verdadeiros hematocelos do pescoço.

Nelaton viu produzir-se esta transformação consecutivamente a punção d'um simples kisto colloide.

Gosselin extrahi u da cavidade kistica sete a oito calculos do volume d'uma ervilha. Nivet encontrou pequenas pyramides duras, cuja analyse revelou serem formadas de materias organicas, phosphato de cal e carbonato de cal.

Roux de Lausanne liga uma grande importancia ás arterias alimenticias; assim, um kisto seroso necessita apenas d'uma pequena vascularisação, ao passo que um grande nucleo arredondado, cheio de tecido hyperplasico colloide, poderá ser esferico, mais ou menos fluctuante, e só se distingue do precedente pelo desenvolvimento correspondente das arterias, ás vezes muito consideravel. Quando a hyperplasia do nucleo é acompanhada de dilatações dos folliculos, a confusão com o kisto simples será ainda mais facil.

O kisto hemorrhagico, proveniente de hemorragias que se dão no centro d'um nucleo colloide, é ao principio muito vascularisado, diminuindo á medida

que o tecido hyperplastico colloide é destruido do centro para a periphéria para formar simples depositos na face interna da capsula.

Assim, pois, um nucleo fluctuante muito vascularizado, é um nucleo hyperplastico colloide ou gelatinoso, isto é, um kisto de conteudo solido; um tumor fluctuante em que não se sente a arteria thyroidea superior, terá probabilidades de ser um kisto seroso; os kistos hemorragicos apresentam todos os intermediarios, segundo os encontramos no principio da sua formação ou quando adquiriram qualidades dos kistos solidos sem residuo parietal. Sob o ponto de vista pratico, tem grande importancia distinguirmos as papeiras kisticas enucleaveis e as não enucleaveis, porque nas primeiras a intervenção (enucleação intraglandular) é pouco grave, ao passo que nas segundas (thyroidectomia) é bastante grave.

Poncet sob o ponto de vista operatorio divide as papeiras em: *papeiras de nucleos enucleaveis*, de *nucleos não enucleaveis* e *kistos pouco volumosos que se podem descorticar*.

O typo de papeiras de nucleos enucleaveis é a papeira colloide. Esta apresenta-se mais ou menos bosselada, caracterizada ao cóрте pela presença de nucleos colloides mais ou menos solidos que dão ao tumor, nos casos exagerados, quasi o aspecto d'um mosaico.

Os nucleos são enucleaveis do tecido visinho, isto é, podem facilmente ser luxados quando se chega á sua loja. Devemos, porém, dizer, que estes nucleos

não são immediatamente infra-capsulares e que é necessario incisar uma certa porção de tecido glandular para os attingirmos. Augier nas papeiras de nucleos não enucleaveis, distingue fórmãs esclero e adeno-parenchymatosas, que ao cóрте se apresentam sob a fórmula d'um tecido denso e da consistencia da glandula thyroidea normal, mas mais pesada e fragmentando-se com difficuldade. N'alguns casos pela pressão deixam sahir substancia colloide.

Os kistos pouco volumosos que se podem descorticar, provêm d'uma exaggeração da formação das papeiras do primeiro typo.

## Symptomatologia.

O que primeiro observamos n'um papeiroso, é a existencia na região infra-hyoidea d'um entumecimento de volume variavel, que se estende para debaixo dos musculos esterno-mastoideus e se aproxima do esterno e mesmo do peito.

Se a papeira invade todo o corpo thyroideu, apresenta-se sob a fórma d'um crescente de convexidade inferior, podendo os dois cornos d'este crescente attingir a cartilagem thyroidea. Se um só lobo é invadido, a papeira apresenta-se então ao lado da trachea com uma fórma hemispherica. Por vezes o lobo medio é attingido; fórma uma pequena papeira descendo atraz do esterno (variedade retro-esternal) extremamente grave apesar do seu pequeno volume.

A sua fórma é arredondada, lisa ou bosselada; acompanha os movimentos d'ascensão e descida da

larynge e de consistencia muito variavel, devido á diversidade de estructura: assim, póde ser solida, esponjosa, fluctuante, apresentar nodosidades duras correspondentes a porções que soffreram a transformação fibrosa ou a kistos de paredes espessas. Quando ella é vascular percebe-se um fremito, ainda que pouco distincto. O seu volume diminue pela compressão. A pelle tensa, lisa, não adherente e rede venosa muito desenvolvida. A dyspnea que geralmente se observa nos papeirosos é devida á compressão da trachea ou dos recorrentes; mas esta dyspnea, consiste algumas vezes, n'uma ligeira oppressão que se manifesta ao menor esforço do doente.

## Diagnosticco.

Em presença d'uma tumefacção da região infra-hyoidea, como distinguir se é uma papeira ou um outro tumor d'esta região? A anatomia mostra-nos que o corpo thyroideu está intimamente ligado ao canal laryngo-tracheal, acompanhando-o nos seus movimentos; portanto, todo o tumor que não adquiriu um grande volume nem contrahi adherencias com os órgãos visinhos, póde deslocar-se lateralmente com o canal laryngo-tracheal e seguir os movimentos d'este durante a deglutição. Para verificar o que acabamos de dizer, convida-se o doente a introduzir na bocca uma pouca d'agua, e engulil-a depois de observarmos o tumor. No caso d'este ser thyroideu acompanha os movimentos d'ascenção e descida da larynge. Collocando os dedos um pouco abaixo, de cada lado do pescoço, no ponto onde ficou estacionario e convidando-o a beber nova quantidade de

agua, sentimos a pressão exercida contra os dedos pelo tumor. Não podemos, todavia, considerar este signal como pathognomonicos dos tumores thyroideus, porque, por exemplo, um ganglio tuberculoso amolecido contrahindo adherencias com o canal laryngo-tracheal ou corpo thyroideu, acompanha-os nos seus movimentos d'ascensão ou descida. O mesmo se dá com certos kistos do espaço thyro-hyoideu, n'alguns casos, difficeis de distinguir d'uma produção analoga da glandula thyroidea. Como estes casos são muito raros, podemos dizer quasi sempre, que é um tumor thyroideu, quando se apresenta com os caracteres acima mencionados.

Estabelecido o diagnostico de tumor thyroideu resta-nos saber se é um *cancro*, *papeira aeria*, *solida* ou *liquida*. Quanto ao diagnostico entre o cancro e a papeira diremos unicamente que no principio é difficil, o que já não succede quando está declarado. As *papeiras aerias* são muito raras e o seu principal signal para o diagnostico é a sonoridade á percussão.

Sendo diagnosticada uma papeira solida, como distinguir a sua variedade?

A *papeira parenchymatosa* ou *follicular* póde ser circumscripta ou diffusa. No 1.º caso, desenvolve-se á custa d'uma pequena parte da glandula, servindo a differença de consistencia e a palpação para a reconhecer.

A sua forma é espherica e poder-se-hia confundir com um kisto.

No 2.º caso, invade todo o corpo thyroideu, attinge

mais um lobo do que outro e conserva a sua forma normal ou irregular. Esta variedade é em geral regular, de volume medio, consistencia uniforme, molle, superficie lisa, algumas vezes bosselada, marcha lenta e accidentes de compressão raros.

A *papeira fibrosa* é d'um pequeno volume, dura e em certos pontos a dureza é tal que faz crêr na transformação ossea ou cartilaginosa das paredes.

O seu desenvolvimento accentua-se mais para a profundidade, d'ahi os phenomenos de compressão, principalmente da trachea, que n'alguns casos é cercada por um verdadeiro anel fibroso.

A *papeira vascular*, venosa ou arterial é reductivel, de consistencia molle, quasi fluctuante, invade geralmente a parte superior da glandula seguindo depois para a parte inferior, achatada ao principio para se tornar depois arredondada, augmenta pela flexão do pescoço e pelos esforços. Na 1.<sup>a</sup> a rede venosa com as veias efferentes encontram-se muito desenvolvidas assim como as veias do pescoço. Devemos notar, que a maior parte dos tumores thyroideus acompanham-se d'um desenvolvimento consideravel do aparelho circulatorio d'este orgão. Na 2.<sup>a</sup> percebe-se o ruido de sopro, continuo ou intermittente, expansão e pulsações, d'onde a confusão com um aneurisma; mas n'este a tumefacção é lateral e não se observa a integridade das arterias da cabeça e membro superior.

Como as pulsações podem ser transmittidas pelas carotidas, devemos para evitar erros, inclinar a ca-

beça do doente para o peito e puxar a papeira para a frente; assim, por este processo, as pulsações não se sentem no caso de serem transmittidas pelas carotidas.

A *papeira colloide* é molle, deformante e susceptivel de adquirir grandes dimensões.

Nem sempre é facil distinguir um tumor solido d'um pequeno kisto.

Esta difficuldade é devida, quer á falsa fluctuação, quer a não o podermos reconhecer por causa da tensão do conteudo. N'estes casos o diagnostico só pôde ser estabelecido pela punção exploradora com a seringa de Pravaz; mas só devemos lançar mão d'este meio em ultimo recurso, ou será antes mesmo preferivel abandonal-o por completo pelas consequencias que d'ahi podem resultar.

O diagnostico torna-se relativamente facil quando a papeira kistica é volumosa; assim, podemos pela percussão, reconhecer n'alguns casos, se ha ou não fluctuação tendo o cuidado de anteriormente immobilisar a papeira para evitarmos confusões. A sua fórmula é geralmente irregular e bosselada. As bosseladuras são medias, lateraes ou bi-lateraes, com desenvolvimento mais accentuado d'um lado que do outro. Como distinguir a natureza do conteudo?

No hyrocele do pescoço, se as paredes não são muito espessas, recorreremos á transparencia; porém quasi sempre temos de empregar a punção para se chegar a conhecer a sua natureza.

É ainda pela fluctuação que reconhecemos se o

kisto é unico ou multiplo. Se o crescimento é rapido e o inicio coincide com uma gravidez, um esforço, um traumatismo é provavel tratar-se d'um kisto sanguineo.

### Complicações

Durante a evolução da papeira as veias subcutaneas dilatam-se, a circulação faz-se mais lentamente, resultando d'esta congestão passiva prolongada um edema chronico que infiltra pouco a pouco os planos superficiaes, empasta-os e fixa-os á frente da papeira. Estas alterações accentuam-se mais se os attritos produzidos contra a *pelle* determinam excoriações com lymphangites sub-agudas. É frequente então observarem-se eczemas chronicos da *pelle*, pigmentação anormal, ulcerações com descolamentos simulando a tuberculose, como Berard viu n'um doente de Poncet.

Os *planos fibro-musculares* lançados para a frente pela papeira hypertrophiam-se, como Krishaber reconheceu ao microscopio e Krönlein attribue á contracção espasmodica dos musculos infra-hyoideus um papel preponderante na asthma dos papeirosos tão frequentemente mortal. Como tratamento palliativo d'estas perturbações respiratorias praticava-se a secção das partes molles collocadas á frente da papeira. Sédillot seccionava as aponevroses dos musculos hyoideus ou destruia-os pelo chloreto de zinco. Dupuytren seccionava o esterno-mastoideu. Socin

admitte que a hypertrophia dos infra-hyoideus é constante e definitiva.

Segundo Virchow, Wölfler e Krönlein, a compressão prolongada dos vasos e nervos trophicos dos musculos pela papeira, a distensão das suas fibras, a congestão passiva no seu interior, consecutiva á estase venosa, produzem a sua atrophia e degenerescencia. Os esterno-thyroideus e esterno-hyoideus são os primeiros a ser attingidos, tornando-se muitas vezes necessario para os distinguir seguil-os a partir da inserção inferior; mais tarde é attingido o esterno-mastoideu, se bem que em menor grau.

Já em 1790 as alterações da *trachea* foram assignaladas por Aepli, em 1820 por Sœmmering, em 1834 por Langenbeck. Em 1861 Demme estudou as deformações da trachea e insiste nas disposições que este canal apresenta em *lamina de sabre*.

Rose, em 1878, insiste sobre os amollecimentos atrophicos d'este canal e attribue quasi exclusivamente as mortes por asphyxia nos papeirosos ao achatamento das suas paredes.

Wölfler divide as deformações da trachea em: *achatamento unilateral no sentido sagittal, compressão bi-lateral no sentido sagittal, compressão frontal e compressão circular*.

O *achatamento unilateral no sentido sagittal* dá-se quando a papeira se apoia sobre uma unica face lateral e deforma o calibre d'este canal n'um crescente orientado de deante para traz. Além d'este achatamento, pôde haver um desvio lateral, que in-

teressa toda a trachea, e se a respiração não se torna difficil é porque a parede não comprimida conserva ainda uma certa rijidez, que mantém a permeabilidade da fenda deixada livre, ou antes, a compressão unilateral faz-se sentir muitas vezes a niveis differentes sobre os dois lados da trachea, deixando uma parte intermediaria rectilinea. Segundo Wöfler, esta compressão unilateral é a mais frequente e as perturbações respiratorias menos accentuadas.

A *compressão bi-lateral no sentido sagittal* dá á trachea, segundo Demme, a fórma em lamina de sabre. Esta fórma é mais rara do que a precedente e mais perigosa, porque, se a fenda dá uma passagem sufficiente ao ar na respiração normal, não succede o mesmo com o esforço; d'ahi o menor movimento collocar estes doentes em imminente risco de asphyxia.

A *compressão frontal* resulta d'uma pressão exercida de deante para traz nas papeiras do lobo medio, excepcionalmente a uma pressão de traz para a frente nas papeiras retro-tracheaes.

O calibre da trachea apresenta-se ao córte com a fórma d'uma oval de grande eixo transversal, nas extremidades da qual se encontra as partes menos comprimidas; mas é ahi tambem que a união das paredes é mais estreita e mais facil, graças á proximidade da membrana posterior. Por este motivo, a trachea deformada pela compressão frontal perde com mais facilidade a sua resistencia e constitue mais rapidamente do que as outras deformações um perigo

mortal. Kocher diz só ter encontrado a compressão frontal no cancro; apesar de serem raras na papeira, Berard encontrou n'um curto espaço de tempo dois casos na clinica de Poncet, e Wölfler encontrou-a em individuos novos portadores de papeiras carnu-das muito vasculares. É motivo sufficiente para sus- peitar uma tal deformação, todas as vezes que exer- cendo pressão á frente do pescoço ou por inclinação da cabeça para o peito se produza uma forte dys- pnea.

A *compressão circular* observa-se de preferencia nas creanças e é devida em geral ás papeiras annu- lares congenitae. Raramente trata-se nos adultos de um estrangulamento da trachea pela retracção das pa- peiras que soffreram a transformação fibrosa, conse- cutivamente a hemorragia ou intervenções incom- pletas; caso curioso, a dyspnea torna-se tanto mais intensa quanto menos saliente se torna a papeira.

Diz Jaboulay, que a classificação de Wölfler só tem valor relativo: quasi sempre a trachea é acha- tada e desviada; mas se é desviada, quer para a di- reita, quer para a esquerda, é necessario notar que o achatamento se faz irregular e asymetrico. O acha- tamento de deante para traz, lateral e bi-lateral não existem.

Habitualmente a parede anterior da trachea é achatada obliquamente de deante para traz e ao mesmo tempo d'um lado para o outro; esta obliqui- dade da parede anterior da trachea, bem visivel ao córte, modifica-se segundo os pontos de secção. Não

se deve ligar, pois, importancia ás deformações, taes como as da trachea em lamina de sabre que não correspondem á realidade dos factos.

A deformação da trachea é devida, unicamente á papeira, como succede nas circulares, retro-tracheaes, retro-esophagicas e n'algumas lateraes; á compressão exercida pelos musculos e aponevroses, como nas papeiras anteriores; á parte ossea que fórma o orificio superior do thorax, como nas retro-ester-naes.

A *síde* do aperto da trachea é variavel: assim, quando a compressão é devida aos musculos, o maximo do aperto é em geral um pouco acima do esterno.

Na papeira retro-esternal, o aperto existe atraz do punho do esterno ou atraz da articulação esternoclavicular e a trachea repuxada para baixo apresenta um certo alongamento que foi assignalado por König e Poncet.

Maas, considera este alongamento como causa de certas curvaturas bruscas da trachea que se produzem depois do seu desvio lateral, nos movimentos de flexão do pescoço. Quando além da compressão e desvio lateral ha inflexão da trachea, o vertice do angulo de curvatura encontra-se quasi sempre immediatamente abaixo da cartilagem cricoidea. A curvatura da trachea é tanto mais facil quanto mais longa fôr e quanto mais fixa estiver anteriormente á larynge, quer pela ossificação dos ligamentos, quer pelas adherencias inflammatorias secundarias, que

são mesmo capazes de dobrar a larynge e torcel-a sobre o seu eixo, quando soffrem uma forte compressão lateral, ficando a trachêa no seu lugar. As cartilagens laryngeas podem então ao nivel do ponto comprimido encontrarem-se atrophiadas e reduzidas á espessura d'uma lamina de papel.

Concebe-se, pois, que a larynge soffra modificações, que exista aponia pelas alterações nos pontos de inserção das cordas sem que haja paralyasia verdadeira por lesão dos recurrentes.

A compressão da trachea e larynge traz consigo varias consequencias como, rouquidão, dyspnea e tosse. Estas consequencias não só dependem das deformações mechanicas mas tambem:

*Da alteração da mucosa e do tecido mucoso do canal aereo comprimido* — Demme e Türck insistem na congestão habitual da mucosa das cordas vocaes, que, estendendo-se a maior ou menor distancia sobre a mucosa bronchica termina pela hypertrophia d'este tecido. Jaboulay e Roux (de Lausanne) demonstram que grande numero de mortes subitas nos papeirosos teem como causa o espessamento da mucosa e os accessos congestivos bruscos que ali se produzem, a ponto de obliterarem o calibre do canal. As veias thyroideas inferiores teem papel importante n'estes accidentes.

*Da distensão das vias aereas abaixo da parte estenosada* — Lück e Eppinger relataram casos d'ectasia da trachea, dos grossos bronchios e por vezes dos pequenos, quando a estenose é muito estreita ou si-

tuada muito abaixo: o doente apresenta então signaes de bronchectasia e emphysema.

O diagnostico das deformações da trachea e larynge faz-se principalmente pelo exame externo. O exame laryngoscopico prestaria grandes serviços, mas infelizmente é frequentes vezes impossivel por causa dos accessos de suffocação que sobreveem ao menor esforço e ao menor estorvo respiratorio imposto aos doentes.

A *carotida*, situada na parte profunda do lobo lateral da glandula, que a recobre em parte, póde conservar esta situação quando a papeira se desenvolve no lobo medio ou nas porções anteriores dos lobos lateraes; o seu calibre reduz-se, resultando d'ahi um pouco de anemia cerebral persistente.

Se a papeira attinge os bordos lateraes e posteriores da glandula, afasta o feixe vasculo-nervoso, e como a pressão incide mais sobre a carotida, póde repellil-a para fóra da jugular e do pneumogastrico, de sorte que na thyroidectomia a veia e o nervo são os primeiros a serem encontrados. Nas papeiras lateraes muito volumosas, a carotida repellida para a parte mais externa da papeira torna-se tão superficial que se desenha atravez da pelle sob a fórmula d'um cordão pulsatil, encurvado e volumoso que poderia dar a ideia d'um aneurisma.

Na clinica do professor Poncet, Boyer observou um caso (bastante raro) no qual a papeira lateral desenvolvendo-se muito profundamente passava atraz do feixe vasculo-nervoso e lançava a arteria para a

frente e para dentro. Lejars viu uma ulceração da carotida primitiva com hemorragia fulminante consecutiva, produzida por um kisto thyroideu inflamado.

A *thyroidea superior* soffre durante o seu trajecto varias modificações; mas quaesquer que ellas sejam, o nervo laryngeo superior fica na face profunda e pôde ser poupado na laqueação do vaso. Os pontos de reparo para encontrarmos esta arteria, são : o bordo interno do esterno-mastoideu e o corno superior do lobo lateral, quando o osso hyoide é repellido para a profundidade pela papeira e o omohyoideu para a frente e para fóra. Para Earle e Wölfler a arteria ao passo que se alonga, alarga-se e é susceptível de attingir o volume d'uma carotida.

As modificações e compressões da *arteria thyroidea inferior* podem ser muito consideraveis e oppõem um obstaculo grande á sua laqueação.

Das alterações das *veias* diremos apenas que: quando a papeira é muito vascular, a dilatação dos capillares arteriaes continua-se na origem das veinulas e propaga-se aos troncos venosos, sem que esta ectasia seja favorecida por nenhum estorvo da circulação de retorno: que o maior calibre que se encontra habitualmente nas veias do pescoço dos papeirosos, é devido a compressão dos grossos troncos venosos ou a perturbações respiratorias, que se manifestam sobre o coração direito e por intermedio d'este sobre o systema venoso; a dilatação faz-se então em sentido inverso á corrente sanguinea. Esta

ectasia venosa retrograda vae manifestar-se sobre os ramos intra-thyroideus; fóra da capsula o tracto e o calibre das veias thyroideas, dependem da séde da papeira e da compressão que ella exerce sobre as veias. Estas perturbações venosas trazem mais tarde como consequencia uma insufficiencia do coração direito.

O *nervo laryngeo superior* — póde contrahir adherencias com a capsula, d'ahi, o ser facilmente comprimido, quando o corno superior da glandula é muito desenvolvido, e assim produzir uma tal ou qual anesthesia da mucosa infra-glottica.

Do mesmo modo o *laryngeo externo* — póde ser comprimido e as perturbações consecutivas pouco importantes.

O *laryngeo inferior* — é luxado ou comprimido pela trachea. No primeiro caso, é repellido quasi sempre para traz e por vezes para a frente e para fóra, sobre a parte da papeira adjacente á larynge e á trachea. Gosselin, Billroth e outros, dizem não terem encontrado a luxação para a frente e para fóra. Na compressão, este adhere a capsula, como Wöfler verificou em duas papeiras kisticas que foram a séde de hemorragias. Para Demme estas adherencias são frequentes nas papeiras inflammadas e podem originar a nevrite intersticial, que se manifesta por espessamento do nervo e paralyisia da metade correspondente da larynge, ou segundo Schmidt o nervo parece atrophiado sem que se note sempre perturbações da phonação. Explica-se esta anomalia appa-

rente pela differença de volume dos recurrentes. As perturbações que as lesões d'estes nervos determinam nem sempre são faceis de verificar, por o exame laryngoscopio ser por vezes impossivel pela asphyxia que produz. Wölfler, pelas suas observações, calcula a paralyisia ou paresia das cordas vocaes em 10 por 100. Meyer-Hüni em 11 casos, encontrou 3 em que havia ligeira paresia esquerda, em 2 paralyisia completa esquerda, em 2 paresia direita e 1 paresia bilateral. Devemos notar que em todos estes casos havia deslocamento ou deformações da trachea, principalmente do lado esquerdo.

Krishaber admitte que estas lesões são mais frequentes á direita, e nega a paralyisia dupla dos recurrentes na papeira de boa natureza. Mickülicz, na sua estatistica, considera as lesões d'estes nervos em 39 por 100. Billroth e Poncet em 12 por 100.

A paralyisia das cordas vocaes póde desaparecer depois de operar a papeira, se as lesões dos recurrentes são recentes e se limitam á compressão, mas as paralyisias persistentes são mais frequentes devido á degenerescencia dos nervos e dos musculos, de modo que deve considerar-se como muito grave a paralyisia das cordas que sobrevem antes da operação.

A compressão do *pneumogastrico* foi assignalada por Pinner, Chibret e outros: Rötter e Billroth assignalam adherencias d'este nervo ao hypoglosso.

A compressão do *plexo cervical* causa dôres no thorax, braço, ante-braço e mão, como n'um caso de Reverdin.

A compressão do *sympathico* observa-se na papeira exophthalmica, mas a compressão do proprio tronco só é possível nas grandes papeiras ou nas retro-claviculares. Trata-se em geral de tracções exercidas pela arteria thyroidea inferior sobre este tronco, ou de lesões das anastomoses cervicaes do *sympathico* com os laryngeos, ou de lesões dos filetes thyroideus dos nervos. O filete mais frequentemente atingido é a anastomose entre o laryngeo externo e o ramo cardiaco superior do *sympathico* no momento em que esta anastomose costeia o constrictor inferior da pharynge: a sua irritação explica as accelerações tão frequentes do coração, que se encontra nos papeirosos sem outro symptoma basedowiano.

As perturbações da deglutição reconhecem varias causas; assim, ao nivel do *isthmo*, estas perturbações são devidas quer a uma thyroidea accessoria hypertrophiada na base da lingua, quer á congestão varicosa da base da lingua quando a circulação nas veias de retorno se faz com difficuldade.

Ao nivel da *larynge* e *esophago*, as compressões lateraes e anteriores por intermedio do canal laryngo-tracheal e as deformações consideraveis d'este ultimo canal, interessam raramente o calibre do tubo digestivo para estorvar a passagem dos alimentos; portanto, n'estas condições a papeira pôde contrahir adherencias intimas com a pharynge e esophago. Quando a compressão e ás adherencias se estendem muito para baixo, um dos recurrentes encontra-se,

quer recuado, quer englobado nas adherências: o recorrente esquerdo pela sua situação é mais solidário das deformações do esophago. Nos casos medios de dysphagia, os doentes queixam-se de algumas dôres e principalmente de lentidão na deglutição; raramente são obrigados a limitar-se aos alimentos liquidos.

O esophago pôde algumas vezes ser ulcerado pela papeira. Gooch e Lebert viram fragmentos de kistos thyroideus expulsos pelas vias digestivas. Cruveilha cita um caso em que existia uma ulceração circular da parede posterior da pharynge, produzida pelos bordos posteriores da cartilagem thyroidea lançada para traz pelo tumor. N'uma observação de Cornil, o esophago era perfurado por uma papeira que vinha fazer saliência na sua face interna.

### III PARTE

---

#### Tratamento.

Temos por fim referir-nos principalmente ao tratamento cirurgico, por isso limitamo-nos a dizer que o *tratamento medico* deve ser tentado sempre que não haja necessidade d'uma intervenção immediata, pela medicação iodada de Coindet. Caso esta não dê resultado, recorre-se assim como fizeram Kocher e Bruns á ingestão da thyroidina e ás diversas preparações thyroideas. Bruns, por este meio obteve em 350 papeiras parenchymatosas simples 28 curas completas, 115 melhoras bastante accentuadas, 115 melhoras pouco sensiveis e 92 resultados nullos. A idade desempenha um papel importante n'estes resultados e póde mesmo dizer-se que é nos individuos de menos de 20 annos que se emprega este methodo.

Quando a medicação actua, os seus effeitos manifestam-se ao fim de quatro a cinco dias, pela diminuição de volume do pescoço e menor difficuldade

na respiração; porém chegado a um ponto, o tumor não regressa mais e se os tecidos hyperplasiados voltam ao estado normal, é raro que não fiquem na glandula pequenos focos mal extinctos, que originam recidivas.

Bruns, seguindo os seus doentes, verificou que em 75 por 100 a recidiva dava-se um a quatro mezes depois de ter cessado o tratamento; para a evitar era necessario que o doente retomasse o tratamento primitivo de tempos a tempos.

Berard baseando-se nas applicações de Kocher, Mickülicz e Ewald conclue: «que a medicação thyroidea se emprega nas papeiras parenchymatosas sem phenomenos basedowianos e sem kistos antigos de paredes fibrosas, que nos individuos abaixo de vinte annos se obtem curas em 8 por 100, e deverá ser ensaiada sempre que se possa, antes de recorrer a um methodo cirurgico».

Os outros tratamentos palliativos pelas injeções intersticiaes e puncções parecem não darem resultados mais favoraveis: as estatisticas mostram que as puncções simples curam a papeira kistica na proporção de  $\frac{3}{4}$ , quando se trata de kistos recentes pouco volumosos e de  $\frac{1}{10}$  a  $\frac{2}{10}$  quando são velhos kistos de paredes calcificadas. Tanto para os primeiros como para os segundos, as vantagens diminuem pelo receio de hemorrhagias e suas consequencias.

A puncção do kisto seguida de injeção iodada offerece algumas vantagens sobre a puncção simples, por evitar as recidivas, mas augmenta os perigos das

complicações ulteriores, quer pela inflamação e suppuração da papeira, quer determinando uma estenose da trachea por retracção fibrosa dos lobos, quer fixando a capsula aos órgãos adjacentes.

Pelas consequencias que as punções kisticas podem acarretar, devem ser sempre regeitadas, mesmo como methodo de urgencia para combater a asphyxia imminente das papeiras suffocantes.

As injecções intersticiaes na papeira parenchymatosa, seriam, segundo Mosetig e Garré mais benignas e efficazes. Wölfler é de opinião que se deve tentar as injecções intersticiaes unicamente depois de ter fallhado o tratamento medico, nos doentes que não querem soffrer a operação por pusillaniedade ou pelo receio d'uma cicatriz indelevel.

Entre todos os papeirosos é conveniente experimentar o tratamento iodado, ou se podermos vigiar de perto os doentes, a medicação thyroidea: se ao fim d'um mez a seis semanas não ha atrophia apreciavel e se o doente se recusa a uma operação, póde-se utilizar a injecção intersticial de Garré. Em todos os outros casos recorre-se á thyroidectomy parcial, ás enucleações ou á exothyropexia.

### **Historia das operações sobre a papeira**

Apesar de numerosas discussões não se chegou a um accôrdo sobre quem foi o cirurgião que primeiro extirpou uma papeira. Assim, Pesme attribue esta operação a Albucasis, Wirchow a Fabrice

d'Acquapendente, outros a Paul d'Égine e Guy de Chauliac.

Os contemporaneos d'Ambroise Paré confundiam a papeira com os outros tumores do pescoço; segundo Hédenus as observações eram tão deficientes, para muitos casos, que não se podia affirmar se o tumor extrahido era ou não uma papeira.

Fabrice de Hilden foi o primeiro que fez considerações nitidas sobre a papeira e perigos consecutivos á extirpação.

No seculo XVIII, parece que os cirurgiões se abançaram muito na sua audacia operatoria, e se ha operações coroadas d'exitto, como as de Freytag, Vogel, Giraudy e Désault, outras ha que não o foram, como as de Bonnet (de Clermont-Ferrand), Gooch e do proprio Désault, que vê alguns seus operados morrerem de hemorragias, não obstante os esforços empregados para as sustar. Com estes insuccessos, Haller, Pelletan, bem como a maior parte dos membros da Academia de Cirurgia reprovaram a thyroïdectomia. Em 1794, Wichmann dizia que querer extirpar a papeira era, «em bom allemão, cortar literalmente a garganta ao seu doente».

Com os insuccessos de Désault e Dupuytren a thyroïdectomia foi abandonada em França; mas como em 1779 Moreau foi feliz n'uma operação d'esta natureza, Désault animou-se a operar duas papeiras em 1791, sendo apenas feliz n'uma d'ellas. Em 1808 uma mulher, a instancias suas, é operada por Dupuytren, morrendo 35 horas depois da opera-

ção: na autopsia viu-se o recorrente direito cortado e apertado n'uma ligadura.

Hédenus tornou-se partidario d'esta operação, apesar de Liston, Abraham, John Bell e a maior parte dos cirurgiões francezes a condemnarem. Em 1817 Rullier dizia que esta operação, possivel quando se tratasse de tumores isolados, muito pediculados, era formalmente interdicta contra as hypertrophias diffusas; Dieffenbach «que só se devia pensar com horror n'estas emprezas temerarias»; Boyer dizia que a extirpação da papeira «estava no numero das operações que a prudencia, a razão e a experiencia reprovam».

Na Allemanha, Graefe e Wein continuaram com estas operações, ao passo que na Inglaterra e França, Jones e Lange propunham para a papeira vascular a ligadura das arterias thyroideas, que depois foi praticada nas outras variedades de papeira por grande numero de cirurgiões, entre os quaes Green, Couate em 1818, Velpeau em 1825, Langenbeck em 1829.

Mayor propôz um outro processo, a ligadura em massa, que foi renovado no seculo XVIII por Heister e Moreau e adoptado por Bruninghausen, Mayor e muitos cirurgiões suissos aos quaes dá alguns successos. Bach, Ehermann e Ballard modificaram este processo, adoptando a ligadura sub-cutanea.

Em 1835 Nélaton, operando um kisto thyroideu em presença de Demarquay e Denouvilliers, vê succumbir o doente com uma hemorrhagia. Este ci-

rurgião fez notar na Sociedade Anatomica que a arteria thyroidea inferior tinha um volume consideravel. Em 1836, Voisin obteve uma cura e Roux um insuccesso. Em 1842, Sedillot extirpou uma papeira com bons resultados. Roux não desanima, e em 1847 pratica nova intervenção de resultado funesto, e em 1850 uma outra com resultado excellente. Em 1851 Sedillot pratica, com resultado, uma nova thyroidectomia, e a partir d'esta epocha a thyroidectomia é definitivamente abandonada em França.

Na Inglaterra, em 1862, Steele mostra á Sociedade Medica de Liverpool, em nome de Parsons, uma papeira extirpada com successo completo n'uma rapariga hysterica. Um pouco mais tarde, Voss (de New-York) praticou a thyroidectomia com resultado satisfatorio, tendo todavia de recorrer durante a operação ao esmagador de Chassaignac para evitar a hemorrhagia. Schuh, Middeldorph, Boeckel praticavam a operação com a ansa galvanica. Billroth praticava o esmagamento sub-cutaneo da papeira com um trocart.

Na Inglaterra, Suissa e Allemanha, graças á anti-sepsia, as estatisticas tornaram-se mais animadoras, e em 1871 Brière d'Yverdon faz a rehabilitação da thyroidectomia em França e Michel (de Nantes) demonstra não haver razões para a abandonar.

Contra a hemorrhagia, Héron-Watson propõe a laqueação dos vasos thyroideus; por este processo obtem cinco curas, ao mesmo tempo que Duncan Gibbe preconisa a extirpação do isthmo.

Em 1875 Kuester obteve uma reunião por primeira intenção depois d'uma extirpação total. Rose estuda as estenoses e degenerescencias da trachea consecutivas á operação, e em 1879 Duplay aconselha não levar o bisturi sobre o corpo thyroideu a não ser em casos de força maior.

Em 1880, Labbé, Tillaux, Péan e Richelot vêem as suas operações coroadas d'exitos. Em 1882 Reverdin assignala a existencia d'um myxoedema operatorio consecutivo á extirpação total; esta descoberta leva os physiologistas a estudar as funcções thyroideas e d'ahi o substituir-se a thyroidectomia total pela thyroidectomia parcial, enucleações e exothyropexia.

### **Anesthesia nas operações sobre a papeira**

As alterações que a papeira occasiona collocam os doentes em imminente risco de asphyxia, e dizem os adversarios da anesthesia que os perigos augmentam pelos narcoticos. Assim, o ether exagera as perturbações respiratorias, augmenta as secreções bronchicas, determina accessos de tosse por irritação da mucosa. Esta dyspnea congestiona os vasos do pescoço e favorece a entrada d'ar nas veias, podendo complicar-se de asphyxia brusca por espasmo glotico, abaixamento da trachea, ou pelo entumecimento da mucosa.

O chloroformio é contra-indicado pelo estado do

coração e susceptibilidade do pneumogastrico. É a elle que se attribue a maior parte das mortes subitas assignaladas pelos cirurgiões no principio da anesthesia, quando a respiração se tinha conservado normal até ahi. Tillaux, Roux (de Lausanne), Reclus, Reverdin e Jaboulay limitam-se a injectar ao longo da linha de incisão uma solução de cocaina a 1 por 100.

Apesar de Roux ser partidario da anesthesia local, pratica n'alguns seus doentes a anesthesia geral e diz Poncet que ha uma questão de tacto cirurgico, que se deve resolver para cada doente em particular. Nos adultos, cuja arvore aerea está em bom estado, ou nos velhos de myocardio forçado, emprega o ether. Nos individuos que antes da operação apresentam signaes de congestão pulmonar, prefere a anesthesia pelo chloroformio. Wölfler emprega a anesthesia mixta de Nüssbaum (morphina e chloroformio); injectando a morphina quinze minutos antes da narcose e em seguida o chloroformio em doses muito fraccionadas, obtem uma anesthesia sufficiente para supprimir a dôr, e muito superficial para que os doentes tenham conhecimento dos seus movimentos e procurem posições que se tornem favoraveis.

Qualquer que seja o anesthesico empregado, a anesthesia geral deve ser profunda e o cirurgião estar munido do indispensavel para praticar a tracheotomia, caso seja preciso.

A posição mais preferivel a dar ao doente, parece ser a horisontal com a cabeça um pouco levantada.

## Thyroidectomia parcial.

A thyroidectomia parcial consiste na ablação de um segmento do corpo thyroideu hypertrophiado, quer esta porção comprehenda ou não tecido são.

A operação da *thyroidectomia parcial extra-capsular* póde dividir-se em seis tempos:

1.º *Incisão das partes molles.* — São numerosas as fórmias d'incisões que se tem empregado. Em 1883 Liebrecht contava 22 fórmias, cinco annos depois Chrétien contava 32 em I, T, L, H e V interessando ou não o esterno-mastoideu.

O professor Poncet faz uma incisão longitudinal no centro da papeira, e caso seja preciso uma incisão crucial, estendendo-se d'um esterno-mastoideu ao outro. A incisão deve ultrapassar os limites da papeira, a não ser que esta seja nitidamente kistica e susceptível de ser punccionada antes de toda a tentativa de isolamento.

Se a pelle é sulcada de grossas veias, devem-se

seccionar entre duas pinças hemostaticas. Por falta d'esta precaução, Wölfler viu um operado de Billroth morrer pela entrada d'ar nas veias sub-cutaneas. Bergman e Sonnembourg recommendam laquear ou pinçar todas as veias que se vê sangrar.

Seccionadas as partes molles, chega-se ao tumor atravez do intersticio celluloso que separa os infra-hyoideus, ou atravez d'estes musculos, que em geral offerecem pouca resistencia á sonda canula.

2.º *Isolamento do tumor.* — O isolamento da papeira lateral pratica-se pelos methodos de Billroth e de Kocher.

Para a hemorragia não embarçar o operador, Michel e Rose são de opinião que o isolamento deve começar pelo corno inferior. Billroth, Reverdin e Krönlein começam pelo superior, sempre mais accessivel.

Para Jaboulay, deve agarrar-se, todas as vezes que se possa, o bordo externo pelo seu meio para luxar o lobo. Depois que a papeira esteja isolada de toda a adherencia, é conduzida por tracções suaves para fóra da sua loja, e se o cirurgião reconhece que o isolamento se torna perigoso, póde segundo Poncet e Jaboulay deixar a papeira incompletamente isolada, porque esta tem probabilidades de atrophiar-se espontaneamente.

3.º *Laqueação dos vasos.* — Héron Watson laqueia os vasos antes de intervir, mas este processo torna-se impossivel para as grandes papeiras.

Como as veias são mais superficiaes, a laqueação

começa por estes vasos, com grande prudencia por causa da sua friabilidade, por se lacerarem facilmente debaixo da sonda canula e por serem seccionados totalmente quando o fio que serve para a laqueação está muito apertado.

Na laqueação das arterias, começa-se pela thyroidea superior, no ponto em que vae lançar-se no corno superior. Esta arteria póde laquear-se com a veia, mas é preferivel fazel-o em separado e ter o cuidado de não incluir o nervo laryngeo superior.

A laqueação da thyroidea inferior é bastante difficil pelas modificações que esta arteria soffre com a papeira.

Segundo Wöfler, deve ser procurada proximo da trachea, visto ser esse o ponto por onde penetra na glandula, devendo-nos certificar ao mesmo tempo da situação dos ramos terminaes e das relações que affectam com os recurrentes. Conhecida a relação da arteria com o recorrente, qual deverá ser o ponto de laqueação?

Wöfler recommenda ligar os ramos terminaes, Kocher o tronco arterial, Reverdin, o tronco arterial para fóra do recorrente e os ramos desnudados juncto ao ponto de penetração na capsula.

A operação torna-se ainda mais complicada pela fusão da bainha do recorrente com a capsula da papeira.

Em virtude das anastomoses das arterias da papeira, é conveniente laquear o topo periferico e o central.

4.º *Laqueação do pediculo do tumor.* — A papeira está adherente á trachea pelo ligamento suspensor e lateral: corta-se este ultimo ligamento ao bisturi, chega-se ao isthmo, laquea-se a arteria communicante superior, destaca-se o pediculo do tumor da face anterior e lateral da trachea e termina-se a secção do isthmo com tesoura, bisturi ou thermocauterio. A complicação que póde surgir, é o abaixamento da trachea amollecida quando deixa de ser sustentada pela tala que lhe fornece o pediculo da papeira. Este accidente póde ser previsto e em parte evitado pelo operador.

Se o amollecimento da trachea se reconhece depois de extirpada a papeira, poder-se-ha talvez evitar o abaixamento pelos processos de Kocher e Maas.

5.º *Suturas e pensos.* — Depois de terminado o que deixamos dito, passa-se um fio de sutura sobre o hilo, laqueiam-se os vasos que ainda estavam pinçados e suturam-se os musculos. Raramente a ferida consecutiva a thyroidectomia é sêcca; produz-se nos primeiros dias um escoamento roseo, a que se deve dar ampla sahida por meio de mechas de gaze collocadas na parte inferior da ferida, ou por um dreno de caoutchouc. Durante o tempo em que se conservam as mechas ou drenos, os tegumentos approximam-se por meio de fios metallicos, porém, se quizermos conservar a fôrma exterior do pescoço é conveniente empregarmos a sutura intra-dermica. Para as suturas profundas emprega-se a seda, catgut ou crina de Florença.

A complicação a recear é a suppuração em volta d'um fio septico, e assim, será vantajoso no caso de papeira muito vascular, para não augmentar o numero de fios, substituir a laqueação dos pequenos vasos pela forcipressura, que geralmente ao fim de 24 a 26 horas evita uma hemorrhagia secundaria.

Os pensos devem ser feitos de maneira a evitar as infecções pelos orificios naturaes da face e a manter a cabeça, porque a queda brusca para a frentes ou para os lados durante o somno nos primeiros dias depois da operação é susceptivel de determinar a asphyxia.

O doente deve conservar-se immovel e n'uma posição que favoreça o escoamento dos liquidos da ferida para o exterior.

Os cirurgiões introduziram varias modificações n'esta operação, devidas quer á sua pratica, quer á séde da papeira.

Como já dissemos algumas palavras da thyroidectomia da papeira lateral, vamos agora referir-nos á thyroidectomia da papeira do lobo médio.

Depois da incisão das partes molles, que deve ser feita com precaução, procede-se á hemostase preventiva; á laqueação da arteria communicante superior; procura-se conhecer a largura dos pediculos que ligam o lobo médio aos lobos lateraes e verifica-se se existe ou não a arteria thyroidea média. Se os pediculos lateraes são estreitos, passam-se dois fios e seccionam-se entre elles, destaca-se o ligamento suspensor e extirpa-se o tumor de cima para

baixo, terminando pela laqueação da arteria thyroidea média. Se os pediculos são largos, com probabilidades de sangrar abundantemente á secção, luxa-se a papeira de baixo para cima procurando-a com os dedos introduzidos por traz da forquilha do esterno. Secciona-se entrè dois fios a thyroidea media, destacam-se os pediculos lateraes comprehendidos n'um só nó, ou quando são muito largos n'uma laqueação em cadeia para terminar pela secção do ligamento suspensor.

A ablação do lobo medio torna-se por vezes difficil por causa do achatamento da trachea e da dyspnea causada pela compressão d'esta; por isso as tracções durante o acto operatorio devem ser dirigidas de traz para deante.

Na papeira retro-esternal a thyroidectomia extra-capsular só deve ser tentada se o tumor poder ser luxado sem que se tenha de exercer o menor esforço: se as adherencias resistem, tenta-se a enucleação capsular e resecca-se, se necessario fôr, o punho do esterno.

Quando a mobilisação acima da forquilha é impossivel por causa das adherencias, recorre-se á punção, caso se trate d'um kisto, ou á tracheotomia immediata, caso se trate d'uma papeira solida e que o doente esteja em riscos d'asphyxia. Depois da extirpação do lobo medio o espaço que fica vasio enche-se, quer com uma esponja esterilizada cercada de gaze iodoformada, quer com um dreno.

**Accidentes que podem sobrevir durante a thyroidectomia parcial e complicações immediatas**

*Hemorrhagias operatorias e secundarias.* — Durante a operação podem sobrevir hemorrhagias consideraveis, por isso deve haver a maxima prudencia quando o bisturi se aproxima do esterno para não secciónar a anastomose transversa das jugulares anteriores e evitar tanto quanto possivel a entrada d'ar nas veias. Logo que o cirurgião reconheça a entrada d'ar na veia deve fechar a ferida. Se sobrevem accidentes de asphyxia e syncope é inconveniente empregar a respiração artificial, porque póde dar entrada a novas quantidades d'ar: seria util recorrer á faradisação da região precordial ou á aspiração do sangue espumoso contido nos troncos brachio-cephalicos, com um trocart de Potain, como indicam Wölfler e Jullien, embora nunca a tivessem feito. É no isolamento da papeira que mais se deve receiar das hemorrhagias venosas, sendo estas principalmente para temer na papeira retro-esternal. As hemorrhagias por lesões organicas dos grossos troncos venosos do pescoço são raras e pouco para temer. Warren Green em 1866 e Borrel e 1883 abriam a jugular interna sem consequencias para o operado.

As hemorrhagias arteriaes comportam-se como as venosas. Evitam-se apertando fortemente o fio da laqueação.

As hemorragias tardias são pouco frequentes como se comprova pelos operados de Poncet e Jaboulay. N'estes as hemorragias foram originadas pelas adherencias da gaze que servia de dreno, aos vasos profundos. No operado de Mosetig foi consecutiva á ulceração dos troncos venosos thyroideus sob o contacto prolongado d'um dreno.

Embora se empreguem todas as precauções as hemorragias tardias nem sempre se podem evitar e só em casos raros como nos de Pozzi, Reverdin e Poncet, etc., são susceptíveis de produzir a morte.

*Accidentes respiratorios e complicações provindo da trachea e dos nervos laringeos.* — Já fallamos nas alterações que a trachea soffre, por isso nos dispensamos agora de o repetir.

Além das syncopes cardiacas mortaes que se observam no principio da anesthesia, podem ainda observar-se accidentes graves de asphyxia antes da incisão da pelle. Entre as causas d'estas perturbações respiratorias devemos assignalar: a posição do doente, a influencia que o anesthesico empregado exerce sobre o pulmão, a compressão da trachea, o espasmo da glotte consecutivo á irritação ou á compressão dos recurrentes pela papeira. Os accidentes asphyxicos são mais para temer quando a papeira é descoberta e se procede ao seu isolamento. Por vezes, estes accidentes apparecem só na occasião da secção do pediculo, provindo talvez do amolecimento e abaixamento da trachea, e o que os torna graves é darem-se tanto no fim da operação como

alguns dias depois, assim como succedeu a um doente de Poncet, ao qual tirou um kisto contendo 500 gr. de liquido. O operado morre 48 horas depois com signaes de broncho-pneumonia. Todos estes accidentes sobreveem nos individuos cujas vias respiratorias já estão doentes: além das causas que apontamos, devemos mencionar a accumulção de mucosidades na trachea, larynge e garganta dos papeirosos attingidos de catarrho, que se submettem a anesthesia pelo ether. Maas vê morrer um doente que não pôde expulsar as mucosidades accumuladas no ponto estenosado da trachea.

Nos papeirosos operados por perturbações respiratorias, Rose propõe a tracheotomia preventiva; mas em 1893 Kocher, Wölfler, Maas e Billroth regeitam-a.

No mesmo anno, a proposito d'uma communicação de Pozzi, a Sociedade de Cirurgia pronuncia-se em França contra a tracheotomia preventiva. Esta operação além de ser insufficiente, quando a asphyxia é devida á congestão pulmonar aguda, ou á obstrucção dos grossos bronchios por mucosidades, é perigosa por se poder complicar de broncho-pneumonia. Segundo Poncet, mesmo durante o acto operatorio não se deve fazer a tracheotomia, a não ser como ultimo recurso, excepto para as papeiras retroesternaes adherentes, visto os deslocamentos exporem a hemorrhagias muito graves.

Se a dyspnea é inquietadora desde o principio da operação, é necessario segundo Krönlein seccio-

nar immediatamente as partes molles e dilacerar as camadas fibro-musculares que comprimem a papeira: se este meio não dá o resultado desejado, faz-se entre duas pinças a secção media do isthmo, como recommenda Sidney Jones.

Se a dyspnea continua, Poncet e Jaboulay indicam vêr se é um lobo e qual, ou se são os dois que exercem pressão sobre a trachea e luxal-os o mais possível para fóra da ferida.

Que fazer quando se deu o achatamento da trachea, e no momento da secção do pediculo a asphyxia se torna imminente?

Sem duvida, devemos recorrer á tracheotomia, mas para esta ser efficaz é necessario que seja feita d'uma maneira especial. A incisão depende do estado da trachea e da fórma da papeira; a canula deve ser longa e muito volumosa. Em 1878, König apresentou um modelo bastante imperfeito; a sua introdução era difficil, a limpeza incompleta e a sua fórma oppunha-se á introdução d'uma canula interna. Em 1880, Poncet fez construir uma canula apresentando todas as vantagens sobre a de König. Em 1892, Verneuil apresenta um modelo analogo ao de König, differindo apenas em se poder adaptar uma canula interna.

Depois de desaparecer os accidentes asphyxicos, deve-se tirar logo a canula?

Excepto nos papeirosos ha muito tempo attingidos de bronchite e d'emphysema, e n'aquelles em que a extracção da canula se impõe, espera-se mui-

tas semanas antes de dar livre entrada ao ar nas vias naturas. É conveniente fazer preceder a ablação definitiva d'algumas tentativas, durante as quaes se procede á reintroducção immediata ao menor ameaço de asphyxia.

N'alguns casos excepcionaes, os operados conservam a canula durante mezes, como nos dois casos de Ollier, em que a canula esteve permanente dois annos, e nos casos de Terrillon e Gangolphe um anno. Em media poder-se-ha tentar retirar a canula ao fim d'um mez.

As lesões dos *nervos laryngeos* consistem na sua laqueação com uma das arterias thyroideas, na sua secção, na sua tracção durante o isolamento do tumor, ou na sua inflammação consecutiva ao contacto prolongado das soluções antisepticas fortes.

Dupuytren, na autopsia d'um dos seus operados encontrou o recorrente direito cortado e apertado no fio de laqueação. Mais tarde, Roux encontrou o recorrente esquerdo cortado e um abcesso no mediastino.

Wölfler attribue ás lesões do *laryngeo superior* as falsas deglutições por anesthesia laryngea e a dysphonia crico-thyroidea dos primeiros dias consecutivos á operação. Devemos tambem mencionar a dysphagia dolorosa, principalmente accentuada á passagem dos alimentos sobre a base da lingua, muito frequente na exothyropexia, e proveniente, quer da congestão venosa, quer da irritação dos filetes sensitivos do laryngeo superior.

*A laqueação do recorrente* determina quasi sempre

espasmo glottico e só mais tarde é que a degenerescencia do nervo se acompanha de paralysisia.

As lesões irritativas d'este nervo, quer por tracções, quer por acção dos antisepticos fortes, teem effectos muito variaveis. Na sua estatistica Wölfler menciona paralysisias operatorias na proporção de 32 por 100 e Jankowski na de 14 por 100.

A paralysisia por *secção dos recurrentes* pôde ser completa para os adductores e abductores da glotte; as duas cordas vocaes ficam em posição cadaverica. Ou antes, a paralysisia glottica unilateral ou bi-lateral é completa e o operculo laryngeo apresenta uma obliquidade anormal. Rotter, para explicar estes factos, é de opinião que a ansa de Galeno encerra filetes motores para o musculo aryepiglottico. Ou antes, a paralysisia laryngea é complicada de paralysisia parcial da pharynge e porção inicial do esophago: durante alguns dias os doentes só podem engulir um pouco de liquido. Esta paresia pharyngo-esophagica é sempre transitoria, mesmo quando as paralysisias laryngeas persistem.

Wölfler menciona alguns casos em que ha paralysisia completa ou incompleta da glotte sem que haja secção dos recurrentes. Para explicar estas paralysisias operatorias, têm-se invocado varias causas entre as quaes citamos: as contusões do nervo, que pôde ser apertado n'uma pinça hemostatica, como n'um caso de Wegner: a apprehensão pelo fio de laqueação, como no caso de Hamilton; as lavagens antisepticas, segundo Reverdin e Julliard. Rara-

mente estas perturbações persistem ao fim d'algumas semanas.

Em certas paralyrias incompletas das cordas, limitadas aos abductores ou á glotte respiratoria, pôde-se admittir uma lesão operatoria de alguns filetes, unicamente do recorrente, ou uma atrophia anterior de alguns musculos laryngeos pela compressão prolongada da papeira. Seja qual fôr a origem da paralyria, é impossivel pronunciar-se durante os dias que seguem á operação sobre a gravidade das perturbações.

Durante o acto operatorio o *grande sympathico* pôde ser ligado em massa com a arteria thyroidea inferior, e as suas anastomoses com os nervos laryngeos tem probabilidades de serem pinçados ou lacerados n'uma desnudação prematura. Finalmente, os seus ramos thyroideus são sempre puxados e em parte lacerados no tempo do isolamento da papeira.

É principalmente a esta ultima lesão, e ás suas acções reflexas, que devemos attribuir as perturbações assignaladas por Reverdin, Jaboulay e outros, depois das diversas intervenções em que é preciso fazer a luxação do lobo doente (thyroidectomia, exothyropexia): estas perturbações consistem em modificações da dilatação pupillar e da estatica do globo ocular e em paralyrias vaso-motoras da face, todas sem gravidade.

Jaboulay, attribue á destruição dos filetes sympathicos thyroideus as perturbações trophicas que influem sobre a glandula depois das operações par-

ciaes para produzir a regressão das porções restantes hypertrophiadas.

Nos casos de papeira benigna não se tem assinalado a secção do *pneumogastrico*, mesmo quando o tumor muito adherente aos vasos necessita a resecção d'um segmento da jugular interna.

Chrétien falla muito superficialmente sobre as lesões operatorias d'este nervo e nos casos de morte consecutivos a thyroïdectomia. Riedel incrimina como causa da morte a alteração d'este nervo por uma solução phenica forte. Boyer e Julliard as suffusões sanguineas existentes na sua bañha.

Tudo isto parece não passar de simples hypotheses, porque Czerny reseccou o tronco d'um d'estes nervos sem consequencias para o doente, se bem que as duas jugulares internas, a jugular externa, a carotida e o hypoglosso esquerdo fossem cortados ao mesmo tempo. Além d'isso, o pneumogastrico foi desnudado muitas vezes sobre um grande comprimento sem que sobreviessem perturbações cardiacas ou respiratorias graves.

Dupuytren cortou o *hypoglosso* ao nivel da anastomose que envia ao plexo brachial, resultando d'ahi uma paralyisia com atrophia da metade correspondente da lingua.

### **Complicações da ferida e accidentes post-operatorios**

Podem-se observar varias complicações depois da thyroidectomia como: hemorragias prolongadas ou tardias, infecções locais e perturbações respiratorias com ou sem lesões dos recorrentes. Ha, porém, o syndroma denominado por Poncet e Jaboulay, *febre thyroidea post-operatoria*, que não é nem pôde ser considerado como uma complicação. Na propria tarde do dia da operação ou no dia seguinte, a temperatura eleva-se bruscamente a 39 e mesmo 40 graus, para oscillar depois entre 38 e 40 com remissões matinaes não constantes até que dez a doze dias depois chega á normal.

O que nos desperta a attenção quando observamos um doente n'estas condições é o desaccôrdo entre a hyperthermia e a frequencia do pulso e a respiração. O operado pôde accusar calor, suores abundantes e tremuras; os tegumentos podem apresentar uma vaso-dilatação irregular, mas estes accidentes basedowianos em miniatura deixam o estado geral quasi intacto. A lingua mantem-se humida e rosea, as funcções digestivas indemnes, os ruidos do coração regulares e bem batidos, e a auscultação do pulmão dá resultados negativos.

Se dois ou tres dias depois se descobre a ferida, encontram-se as mechas de drenagem embebidas de uma serosidade clara sem cheiro, que infiltra o penso:

os tegumentos da visinhança não estão inflammados nem quentes nem edemaciados.

Trata-se, pois, mais d'uma hyperthermia do que d'uma febre propriamente fallando.

Esta hyperthermia não traz consequencias immediatas ou ulteriores, quando não se acompanha de nenhum phenomeno geral provindo d'uma infecção local ou broncho-pulmonar. A febre thyroidea é antes um phenomeno physiologico do que uma complicação na evolução da ferida:

Devemos tambem assignalar a hyperthermia devida á infecção da ferida, que se observa principalmente quando se faz a tracheotomia e quando ha hemorragia abundante durante e depois da operação, porque n'estas condições os microbios do nariz e bocca encontram nos tecidos infiltrados terreno proprio ao seu desenvolvimento. A dysphagia post-operatoria facilita tambem a infecção forçando os doentes a expellir muita saliva e parcellas alimentares que apesar do penso podem chegar á ferida.

As infecções podem tambem ser originadas nos fios de ligadura, principalmente fios de sêda, ou em volta das mechas de gaze iodoformada: o seu principal perigo é a mediastinite observada antes da antisepsia por Rullier em 1808, por Roux em 1847 e mesmo depois por muitos cirurgiões entre os quaes Wölfler e Bouilly.

Quando este accidente sobrevem, o operdor apresenta signaes de septicemia geral muitas vezes sem localisação apreciavel. Poder-se-hia a principio con-

fundir com a febre thyroidea, mas bem depressa apparecem os signaes caracteristicos da mediastinite podendo esta complicar-se de pleurisia, pericardite suppurada e focos de broncho-pneumonia.

A ferida cervical infectada é aberta largamente e desinfectada com a menor quantidade possivel de liquidos antisepticos que poderiam facilitar a diffusão do pus no tecido cellular profundo. Mosetig tratou muitos casos d'estes com resultado enchendo o espaço supra esternal de glicerina iodoformada.

As *perturbações respiratorias* podem principiar durante a operação augmentando ou desapparecendo rapidamente.

Estas perturbações são devidas a *obstrucção dos bronchios pelas mucosidades, ao abaixamento ou curvatura da trachea e ás lesões dos recurrentes.*

Se não houver perturbações de deglutição a *hypersecreção da trachea* desapparece ao fim de dois ou tres dias quando todo o ether foi eliminado: só raramente favorece a apparição da broncho-pneumonia podendo unicamente determinar dyspnea e accesos de tosse que facilitam as hemorrhagias tardias e a obliteração da trachea por congestão da mucosa.

Quando as mucosidades são muito abundantes Wölfler recommenda fazer a lavagem da pharynge antes do penso.

O *abaixamento da trachea* post-operatorio sobrevem principalmente durante o somno ou nas mudanças de posição. Para obviar este inconveniente Maas recommenda pensos volumosos para manter a fixi-

dez da cabeça: o seu perigo é consideravel embora não determine asphyxia immediata, porque favorece a congestão pulmonar e a broncho-pneumonia. N'um caso de Poncet, a dyspnea de origem tracheal era devida ás adherencias d'este canal aos planos superficiaes e á cicatriz cutanea.

A dyspnea por *lesões dos recurrentes* é em geral immediata, porém, Wölfler e Kocher citam casos de paralytias glotticas tardias por compressão dos recurrentes englobados no tecido de cicatriz: Wölfler incrimina como causa, as lesões devidas a irritação que determina em volta d'elle o fio das ligaduras em massa do corno inferior; para Julliard, a suppuração da ferida é uma causa não menos frequente. Para evitar esta complicação é conveniente fazer sempre pediculos pequenos e deixal-os fragmentar por ligaduras isoladas.

Não devemos exagerar a gravidade das lesões tardias do recurrente: estas lesões não teem determinado mais do que perturbações ligeiras que cedem na maioria dos casos á faradisação. O prognostico das complicações respiratorias d'ordem mechanica pôde ser aggravado pela apparição das pneumonias operatorias.

Em geral estas pneumonias principiam cinco ou seis dias depois da intervenção, mas por vezes estalam com uma rapidez fulminante ao fim de 24 ou de 48 horas.

Para estes ultimos casos, Jaboulay é de opinião que se trate d'uma septicemia d'origem venosa, trans-

mittida directamente ao pulmão por intermedio das anastomoses dilatadas entre as veias thyroideas e as veias bronchicas.

A maior parte das vezes a infecção é transmittida ao pulmão pela trachea e as causas são: a infecção por uma ferida de tracheotomia ou uma infecção descendente propagada da pharynge ao pulmão, como nos processos habituaes das pneumonias de deglutição. N'estas pneumonias de deglutição não se deve incriminar exclusivamente nem á passagem da saliva e dos alimentos na trachea em seguida á paralyisia da epiglottle e da pharynge, nem as congestões pulmonares por paralyisia dos filetes do vago que se lançam nos vaso-motores do pulmão. Wöfler cita cinco casos de secção dupla dos recurrentes durante as thyroidectomias totaes sem pneumonia consecutiva.

As causas das pneumonias operatorias devem ser attribuidas: ás paralysias laryngo-pharyngeas que favorecem a passagem dos alimentos para as vias aereas, ao achatamento da trachea ou espasmo glottico que favorece a aspiração profunda d'estas particulas infectadas, á congestão venosa que prepara o terreno nos individuos anteriormente enphysematosos ou attingidos de bronchite chronica.

Péan considera por esta razão os accidentes broncho-pulmonares como uma contra-indicação formal da thyroidectomia.

A evolução d'estas pneumonias é muito variavel: nos individuos novos e vigorosos manifestam-se pelos signaes caracteristicos; a cura é frequente: nos

velhos papeirosos cujas vias aereas são já alteradas antes da operação, podem-se limitar a uma elevação de temperatura, muitas vezes pouco franca com um pouco de dyspnea, poucos accessos de tosse, sem expectoração e á auscultação encontra-se o peito cheio de ralas, com sibilos e roncões devidos ás mucosidades que o doente não tem força para expectorar. Estas pneumonias torpidas são as mais perigosas e é a ellas que se deve attribuir a maior parte da mortalidade nos operados attingidos de infecções pulmonares post-operatorias.

As *perturbações da deglutição post-operatorias* são quasi constantes nos primeiros dias consecutivos á thyroidectomia, manifestando-se pela dysphagia que vae desde o simples estorvo da deglutição até á impossibilidade de engulir mesmo os liquidos. Crédé foi obrigado a recorrer á sonda esophagica durante quatorze dias para não deixar morrer de fome um seu operado. Estas perturbações são muito passageiras, embora sejam devidas a paresia esophagica consecutiva a secção nervosa, porque em pouco tempo estabelece-se nos plexos motores suppressões, graças aos quaes os alimentos encontram a sua passagem facil.

O unico perigo d'esta complicação é a penetração dos alimentos nas vias aereas e a pneumonia consecutiva.

Depois das ablações incompletas extensas dos dois lobos observam-se por vezes *complicações nervosas e trophicas geraes* como phenomenos de my-

xoedema agudo, principalmente tetania com contractura momentanea dos braços, entumecimento da face, perturbações mentaes e perturbações de sensibilidade.

A maior parte d'estes phenomenos são provavelmente devidos, quer ás lesões dos filetes sympathicos, quer á hysteria, quer á insufficiencia momentanea da glandula. Em todos os casos, quando estes symptomas se desenvolvem depois da thyroidectomia parcial, não tardam a melhorar, por vezes mesmo antes da cicatrização da ferida. Consecutivamente á thyroidectomia parcial tem-se observado casos de myxoedema que melhoram pela ingestão de substancia thyroidea. A maior parte das vezes nas operações que respeitam uma parte da glandula obtem-se resultados favoraveis sobre o estado nervoso e nutrição geral.

### **Mortalidade**

Segundo as estatisticas parece que a mortalidade na thyroidectomia parcial extra-capsular é de 2 a 5 por 100 tendo como causas a hemorragia, a entrada d'ar nas veias, as lesões dos recurrentes e da trachea, a infecção das partes molles e das vias respiratorias e a tracheotomia que vae aggravar todos estes accidentes.

## Enucleação massiça de Poncet.

A enucleação massiça consiste na ablação da maior parte dos tecidos d'um lobo thyroideu hypertrophiado, operando sob a capsula propria o mais possivel e sempre debaixo d'ella, ou pelo menos na visinhança dos pediculos vasculares.

Por este processo o parenchyma do lobo não é todo tirado.

Poncet faz a enucleação massiça em tres tempos.

1.º TEMPO — O primeiro tempo da operação é analogo ao da thyroidectomia parcial, apenas para os vasos profundos podemos limitar-nos a pinçar aquelles que sulcam a parte superficial da capsula no ponto em que se vae fazer a incisão.

2.º TEMPO: *Incisão da capsula e isolamento do tumor.* — No ponto proeminente do lobo hypertrophiado corta-se entre pinças os tecidos que separam a papeira

e introduz-se o bisturi até encontrar o tecido granuloso da glandula ou a parede violacea dos kistos.

Dois casos podem apresentar-se:

1.º A papeira não faz saliencia especialmente n'um ponto e a capsula propria cercada d'um pouco de tecido cortical pôde ser facilmente destacada. O dedo escorrega então por baixo da capsula e termina a enucleação sem lacerar em nenhum ponto o envolucro: trata-se aqui de papeiras recentes e principalmente indemnes de toda a inflamação, hemorragia ou punção anterior. 2.º A papeira torna-se proeminente na face anterior do lobo, distende pouco a pouco os seus envolucros e solda-se a elles.

Procura-se então os pediculos vasculares, abre-se a capsula e enuclea-se o tumor da sua face profunda.

Quando os envolucros estão muito distendidos, pôde acontecer que o tumor se encontre por si mesmo em grande parte enucleado, e não se tenha mais do que seccionar a capsula ao nivel do pediculo mais ou menos estreito, que o liga ao resto do lobo.

Se se trata d'um kisto volumoso, Poncet punctura-o primeiro com um trocart volumoso para evacuar o seu conteúdo, depois corta a capsula nos pontos de inserção do kisto ao resto da glandula descorticando com os dedos as suas paredes.

Na enucleação produz-se sempre a laceração d'um certo numero de vasos, mas só nas velhas papeiras inflammadas com adherencias totaes intimas e de capsula muito vascular, nos devemos preoccupar da possibilidade d'uma hemorragia mais grave. Se-

riamos, assim, levados a terminar a operação por uma thyroidectomia propriamente dita, ou por uma exothyropexia.

3.º TEMPO: *Hemostase, drenagem e suturas.*— Poncet depois da ablação do tumor faz a sutura hemostatica do côto thyroideu. Para isso puxa para a superficie, com duas ou tres pinças, os destroços profundos sub-capsulares, e passa uma cerzidura com um fio de catgut que os applica contra as porções anteriores da capsula e as approxima umas das outras com o mesmo fio de maneira a obliterar completamente a cavidade. Quando a capsula é espessa, cercada d'uma camada sub-cortical rigida e que não se une perfeitamente, o espaço será cheio por uma pequena mecha de gaze iodoformada que sahe pela extremidade inferior da ferida.

Os planos musculares e cutaneos são em seguida reunidos. Para os planos profundos emprega-se o catgut e para a pelle pôde empregar-se o fio metallico, sendo preferivel para os individuos novos a sutura intradermica.

## **Enucleação intra-glandular ou strumectomia de Socin.**

Esta operação consiste em atingir directamente os nucleos papeirosos ou kistos a travez do tecido thyroideu no qual estão contidos, e repetir esta operação para cada nucleo perceptivel respeitando o mais possivel o parenchyma entreposto.

Procede-se a operação do seguinte modo:

1.º TEMPO: *Secção da pelle.* — Esta secção faz-se no ponto mais proeminente.

2.º TEMPO: *Enucleação depois da incisão do tecido thyroideu.* — Descoberto o lobo papeiroso puxa-se para a frente ou mesmo um pouco para fóra dos labios da ferida: abre-se a glandula ao bisturi sobre o nucleo o mais superficial, poupa-se ou pinça-se os vasos capsulares, e enuclea-se com o dedo apertando o tumor para não attingir o tecido thyroideu que se quer poupar. Faz-se a tamponagem ou emprega-se as pinças hemostaticas nos pequenos vasos.

Quando um nucleo é tirado, extrahe-se o que está

proximo augmentando a abertura da capsula ou seccionando as paredes da cavidade que o primeiro nucleo abandonou.

Não nos devemos preocupar com as hemorragias que sobreveem, porque cedem geralmente com o emprego de tampões.

Ha casos em que se deve fazer muitas aberturas na capsula thyroidea, quando os nucleos são muito afastados uns dos outros, como nos adenomas fetaes ou degenerescencia polykistica das hypertrophias lobares. Estas aberturas serão tanto mais largas quanto mais accentuada fôr a saliencia do tumor para fóra do lobo, porque então circunscribe-se a sua base por uma incisão circular e enuclea-se unicamente as porções ainda encaixadas na glandula.

Nas antigas papeiras inflammadas os nucleos são muitas vezes adherentes, e se estão approximados dos pediculos vasculares é preferivel tentar a enucleação massiça do lobo.

Quando em logar dos nucleos solidos são kistos de difficil isolamento, abrem-se e introduzem-se os dedos na bolsa para exercer tracção sobre elles, ou recorreremos finalmente á sua curetagem.

3.º TEMPO: *Hemostase e suturas.*— Este tempo quasi nada differe do da enucleação massiça.

Poncet se o numero de nucleos ou kistos a tirar fôr consideravel, depois de ter enucleado cada um d'elles, enche a cavidade com um pequeno tampão de gaze iodoformada que realisa uma compressão sufficiente.

Os planos musculo-fibrosos são reunidos em seguida o mais exactamente possível, e a sutura intradermica realisa-se todas as vezes que se não deve deixar as mechas que servem de tampão e que exigem uma larga abertura para a sua passagem.

Quanto menos profunda e menos extensa fôr a ferida tanto menos espesso será o penso; assim Jaboulay n'estas condições limita-se a estender á frente da pelle algumas laminas de gaze iodoformada mantidas com collodio.

#### **Complicações e accidentes post-operatorios das enucleações**

Os accidentes produzidos pelos anesthesicos e as lesões cardio-pulmonares são as mesmas que na thyroidectomia, mas mesmo debaixo d'este ponto de vista estas operações são mais benignas pela sua menor duração, pelos desbridamentos menos extensos que necessitam, e pela vantagem de não se empregar a maior parte das vezes o chloroformio ou o ether.

Do mesmo modo, se os operados teem conservado perturbações da voz depois d'uma enucleação, é porque ellas são devidas a lesões anteriores; ou trata-se unicamente d'uma dysphonia transitoria devida ás tracções exercidas sobre os differentes nervos durante a mobilisação do lobo para a frente e para fóra, praticada para facilitar a luxação dos nucleos. Mas o pinçamento ou secção do recorrente com pa-

ralysia glottica persistente não tem sido observados e apenas só alguns ramos thyroideus do sympathetic e do vago podem ser atingidos. É ás suas lesões e ás perturbações reflexas consecutivas, que devem ser attribuidos os phenomenos congestivos da face e a desigualdade pupillar que alguns doentes apresentam pouco depois da intervenção.

As hemorragias são menos graves, se bem que durante a secção dos planos superficiaes se possa ferir as grossas veias e d'ahi a entrada d'ar no seu interior.

As perturbações respiratorias são menos accentuadas que na thyroidectomia, tendo já Socin, Reverdin e Wölfler insistido sobre este ponto e Bœckel considera a dyspnea grave nos papeirosos como uma indicação formal da enucleação: do mesmo modo as perturbações dyspneicas post-operatorias tardias são excepçionaes.

Quanto ás perturbações laryngeas por lesão do recorrente, Belly notou pelas suas estatisticas que podiam ser evitadas as paralyrias dos recorrentes na enucleação, e que as paralyrias observadas antes da operação podem melhorar durante algum tempo para reaparecerem depois.

## **Exothyropexia.**

Esta operação praticada pela primeira vez por Jaboulay em 1892, consiste em luxar e manter o corpo thyroideu para fóra da incisão das partes molles.

O seu fim é produzir a decompressão do pescoço e a atrophia das porções papeirosas postas a descoberto.

Jaboulay descreve-a do seguinte modo:

1.º TEMPO — Comprimem-se as partes molles acima da forquilha do esterno com o fim de produzir o entumecimento da jugular anterior e evitar que está seja interessada, mas se fôr necessario seccional-a applicam-se duas pinças hemostaticas e corta-se entre estas.

Faz-se em seguida uma incisão a todo o comprimento da linha cervical e chega-se até ás camadas cellulares prethyroideas.

2.º TEMPO — Os dedos augmentam e dilatam a

abertura média; os musculos e as aponevroses reclinam-se para a direita, para a esquerda e para a frente da camada lamellosa laxa prethyroidea. Os dedos vão terminar a desnudação e o isolamento da papeira.

Se os lobos são muito volumosos para serem contornados, sem que os dedos sejam comprimidos entre elles e as camadas musculo-aponevroticas collocadas á frente, seccionam-se estas ultimas e a pelle; a menor pressão exercida á superficie da papeira manifesta-se sobre o canal laringo-tracheal e pôde augmentar a dyspnea.

Na desnudação dos lobos lateraes chega-se facilmente até aos bordos e luxam-se para fóra, mas cada lobo isoladamente e tendo o cuidado de não approximar o dedo, quer do corno superior, quer do corno inferior, porque n'estes movimentos de isolamento e desnudação podem-se lacerar os vasos e principalmente as veias que são abundantes.

Uma outra precaução a tomar é não introduzir os dedos por baixo dos lobos, passar para baixo sobre a linha média, e ir d'este ponto para os cornos inferiores. Todas as vias que conduzem os dedos para traz dos lobos lateraes são perigosas, excepto a via antero-lateral, que deve exclusivamente ser seguida nas hypertrophias lateraes.

Na *hypertrophia média inferior*, creando a variedade retro-esternal, a incisão deve ser média e ir até á camada cellulosa prethyroidea. Os dois indicadores são introduzidos á direita e á esquerda do lobo retro-

esternal puxando-o para o exterior. Não devemos ir até á face posterior d'este lobo porque se póde lacerar as veias; é necessario evitar passar entre o esterno e a face anterior d'este lobo, sob pena de provocar a asphyxia achatando mais a trachea.

Estas regras operatorias podem ser modificadas segundo as variedades de situação, de fôrma exterior e volume das papeiras, mas qualquer que seja a variedade do tumor thyroideu, a exothyropexia deve ser feita a sêcco, sem ferir os vasos e principalmente as veias da papeira.

O *penso* consiste na applicação de tiras de gaze á superficie e á periphèria dos lobos exothyropexiados, assim como no sulco que separa a papeira dos tegumentos. Colloca-se em cima da gaze camadas de algodão em espessura conveniente e renova-se o penso segundo as necessidades. Estas tiras de gaze que impedem a infiltração do mediastino tiram-se passados quatro a cinco dias e não são substituidas, para permittir á pelle unir-se á papeira e recobril-a pouco a pouco.

Durante todo o tempo da cicatrizaçãõ, as partes expostas devem ser protegidas contra a infecção exterior. A cicatriz cutanea dá-se ao fim de seis semanas a dois mezes.

Consecutivamente á operação ha um escoamento de serosidade muito abundante, que provém ás vezes dos troncos lymphaticos peri-capsulares lacerados e dos troncos venosos, nos quaes a compressão exercida pelos labios da ferida determina uma para-

gem brusca da circulação de retorno. Poncet julga esta serosidade muito irritante para os labios da ferida que se deverá proteger com gaze iodoformada, ou simplesmente gaze aseptica para evitar a absorção do iodoformio pelos papeirosos que são muito susceptiveis a este medicamento.

Poncet e Jaboulay consideram este escoamento de serosidade como uma verdadeira descarga dos productos da glandula congestionada pela estase venosa e explicam a febre thyroidea, quasi constante depois da exothyropexia, pela passagem d'uma parte d'estes productos nas vias de retorno que ficaram permeaveis.

Desde o segundo dia as veias que sulcam a capsula, primeiro turgidas, diminuem de volume pouco a pouco, thrombosando-se sob a acção do ar e da compressão. Este phenomeno foi invocado para explicar a atrophia ulterior da glandula. Entretanto que n'estas veias superficiaes não se dá a circulação, nas profundas ha uma fluxão complementar que por vezes determina do lado da base da lingua e da mucosa tracheo-bronchica accidentes ligeiros. Ao fim d'uma semana observam-se modificações na glandula que a pelle começa a recobrir: se se trata d'uma papeira carnuda vascular, reconhece-se pela palpação que a consistencia do lobo luxado é menos dura, menos homogenea, como se pequenos kistos apparecessem no interior.

Estes kistos augmentam, approximam-se da superficie do tumor e se dermos um corte no lobo

exposto verificamos estes pequenos kistos, os mais antigos cheios de materia colloide escura e os mais pequenos de serosidade sanguinolenta.

### **Incidentes e complicações resultantes da operação**

Procedendo com precaução á incisão das partes molles e á luxação da papeira toda a *hemorrhagia* pôde em geral ser evitada, excepto talvez nos casos de papeiras muito adherentes aos tecidos visinhos e muito vasculares.

Quando as veias da capsula são abertas, o lobo que sangra deve ser immediatamente luxado para fóra e fazendo assim a ischemia por compressão das veias entre os labios da ferida pôde-se mais facilmente pôr a descoberto os vasos que sangram ainda, e evitar a infiltração sanguinea dos tecidos profundos, precaução capital a tomar, porque se queremos deixar os tecidos expostos ao ar durante semanas sem que tenhamos a deplorar accidentes infecciosos, é necessario que conservem toda a sua vitalidade.

Nos casos em que a luxação é impossivel pela disposição annular da papeira, ou pela presença d'um prolongamento retro-tracheal, limitamo-nos a pinçal-as.

As *hemorrhagias secundarias* podem sobrevir no principio da primeira semana se a superficie do lobo exposto soffre alguma infecção; mas a thrombose dos vasos d'esta superficie dá ordinariamente um

escoamento sanguineo insignificante que cede pela applicação d'um tampão. A hemorragia torna-se grave se o esphacelo do lobo exposto se torna rapidamente profundo.

Um outro accidente post-operatorio que muitas vezes foi observado por Jaboulay e Rivière é a dilatação aguda das veias linguaes que se manifesta no proprio dia da operação, ou dois ou tres dias depois, por uma sensação de pêsso na base da lingua e dysphagia dolorosa, por vezes muito intensa a ponto de tornar difficil a deglutição dos proprios liquidos.

As *complicações de origem tracheal* durante a exothyropexia são menos frequentes do que na thyroidectomia parcial e talvez mais do que nas enucleações, mas os accidentes de asphyxia são menores do que n'outra operação qualquer.

Jaboulay preconisa a resecção do punho do esterno nas papeiras suffocantes com prolongamento retro-esternal profundo na qual os vasos muito adherentes ás partes visinhas se oppõem á luxação dos lobos, e que a secção das partes molles é insufficiente para descomprimir a trachea. Este processo tem ainda a vantagem de assegurar a drenagem do espaço retro-esternal vasio pela luxação dos lobos.

Não podemos dizer que a exothyropexia seja uma operação completamente exempta de perigos, porque algumas vezes é difficil manter a papeira luxada ao ar sem que se dê uma infecção.

### Indicações operatorias

A operação impõe-se quando a papeira se torna suffocante e a vida do doente corre perigo. Deve ainda ser feita o mais cedo possível quando se acompanha de dyspnea, dysphagia e asthma nocturna. Por causa das relações entre as funcções uterinas e thyroideas, Rivière recommenda operar pelo menos oito dias depois das ultimas regras.

Uma outra indicação operatoria é o doente querer vêr-se livre da papeira unicamente por uma questão d'esthetica.

Péan considera como contra-indicação formal, a congestão pulmonar e as perturbações cardiacas.

### Escolha das operações

Emprega-se a *thyroidectomia parcial* para as papeiras antigas inflammadas e adherentes á sua capsula. Quando se verifica que depois d'um certo tempo a papeira se desenvolve rapidamente por crescimento constante, ou por accessos congestivos, mas sem infecção verdadeira, podemos então recorrer á enucleação.

Em todos os casos a thyroidectomia será sempre limitada ao lobo, ou á porção do lobo que determina os accidentes funcçionaes.

Póde dizer-se que as *enucleações* se empregam

para todas as papeiras, mas a *enucleação intra-glandular de Socin* emprega-se principalmente para as kisticas.

Para as papeiras antigas volumosas e polykisticas recorre-se á *enucleação de Poncet*.

Nas papeiras vasculares e aneurismaticas emprega-se a laqueação atrophiante das arterias afferentes.

Quanto á *exothyropexia* utiliza-se principalmente nas papeiras retro-esternaes.

## Observação

Maria J., 56 annos, domestica, natural de Ourem, entrou para o hospital de Santo Antonio no dia 11 de novembro de 1906, onde ficou em tratamento na enfermaria de clinica cirurgica, sala de D. Lopo.

*Historia da doença.* — Ha pouco mais de quinze annos, notou por acaso, um pouco acima da forquilha do esterno e para a direita da linha média, uma tumefacção que foi augmentando pouco a pouco, parecendo mesmo que houve uma época em que ficou estacionaria. Ha, porém, tres para quatro annos, o seu desenvolvimento accentuou-se muito consideravelmente attingindo o volume que actualmente apresenta. Durante a sua evolução sente de vez em quando uma leve dôr ao nivel da tumefacção com irradiações para os membros superiores, principalmente do lado direito, assim como uma sensação de pêso na cabeça. Nos ultimos tempos, isto é, depois do

desenvolvimento rapido, tem palpitações, cansaço e dyspnea ao menor esforço.

*Exame objectivo.* — A doente está magra, fraca, com um facies que revela bastante abatimento physico e moral, dyspnea bastante accentuada, incoherencia nas suas respostas, sendo mesmo bastante difficil colher informações precisas.

Na parte antero-inferior do pescoço encontra-se uma tumefacção, maior do lado direito, na qual se descobre uma leve fluctuação, pelle fortemente distendida, pulsatil e de dimensões d'uma grande laranja, cujo relevo representa sensivelmente os seus tres quartos.

Esta tumefacção desloca-se com os movimentos de deglutição; a temperatura é mais elevada a este nivel; pulso pequeno e por vezes intermitente, marca 90 pulsações por minuto e a respiração accelerada.

*Antecedentes hereditarios.* — O pae morreu doido. A mãe é viva e saudavel. Um primo e uma tia tiveram affecção analoga á sua.

*Antecedentes pessoases.* — Na infancia teve o sarampo e já ha talvez mais de vinte annos teve o rheumatismo articular agudo e varias perturbações do estomago.

*Diagnostic.* — Quer pelo interrogatorio, quer pela séde da lesão parece tratar-se d'um tumor do corpo thyroideu e pelo diagnostico differencial entre os tumores d'esta glandula julgamos tratar-se d'um kisto, o que mais tarde é confirmado pelo Professor de clinica.

Devemos dizer que na terra d'esta doente ha pelo menos que ella conheça seis pessoas com pa-peira.

*Marcha da doença.* — Tem por vezes vertigens, palpitações, dorme mal, e tem dyspnea. Nada mais occorreu digno de menção até ao dia 26 de novembro.

N'este dia, pela mensuração, verificamos que o tumor augmentou.

Este augmento deu-se depois de fazer uso da thyroidina.

*Tratamento.* — Dia 20 de novembro inicia-se a medicação thyroidea. Dia 6 de dezembro principia a fazer-se-lhe a medicação iodada, mas como não melhorasse, no dia 22 de dezembro fez-lhe o Professor Dr. Roberto Frias a exothyropexia.

Dois dias depois a doente faz 40° de febre que se mantém com pequenas oscillações até ao dia 26 e attinge a normal no dia 29.

Dia 30 fez-se-lhe a enucleação massiça, durante a qual houve pequena hemorrhagia. Passados quatro dias sobrevem uma abundante suppuração, que com rigorosa drenagem e lavagens com agua oxygenada foi debellada em dez dias, ao fim dos quaes começa a fazer-se a cicatrização, que era completa em principios de fevereiro.

Dia 17 de fevereiro pede alta, e sahe completamente curada.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia descriptiva.** — Não considero o endocardio uma serosa.

**Histologã.** — Em ordem de perfeição cellular considero o leucocyto immediato ao neuronio.

**Anatomia topographica.** — A capsula thyroidea é uma dependencia das aponevroses do pescoço.

**Physiologã.** — A circulação thyroidea é uma valvula de segurança da circulação cerebral.

**Pathologã geral.** — A defficiente educação d'um povo é ainda o factor etiologico d'alta importancia na tuberculose e syphilis.

**Materia medica.** — O iodo póde considerar-se um succedaneo da iodothyryna nas applicações d'esta.

**Pathologã externa.** — Reprovo a punccão dos kistos thyroideus como meio de diagnostico.

**Anatomia pathologica.** — A papeira hyperplasica é o primeiro estadio das outras variedades de papeira.

**Operações.** — Aconselharei sempre a exothyropexia como preliminar de qualquer operação mutiladora do corpo thyroideu.

**Pathologã interna.** — Não formularei nunca um diagnostico decisivo da tuberculose pulmonar em face apenas da presença de bacillos *tuberculoides* no campo do microscopio.

**Hygiene.** — Uma das mais urgentes medidas sobre a hygiene urbana é a installação de vaccarias intra-muros e sob constante vigilancia da policia sanitaria.

**Partes.** — Na eutocia o trajecto da cabeça fetal no interior da bacia é analogo ao da bala n'um cano raiado.

**Medicina legal.** — Como medico-legista pugnaria intensamente por colonias de degredados e exterminaria as necrobioses das penitenciarías.

---

Visto.

R. Frias,  
Presidente.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,  
Director.

## ERRATAS

---

| Pag. | linhas | onde se lê           | leia-se              |
|------|--------|----------------------|----------------------|
| 32   | 8      | anatomia, pathologia | anatomia pathologica |
| 38   | 7      | nervo recorrente     | nervo recorrente     |
| 38   | 14     | é quasi              | e quasi              |
| 48   | 6      | irupções             | irrupções            |
| 48   | 11     | punção               | puncção              |
| 56   | 11     | »                    | »                    |
| 56   | 28     | »                    | »                    |
| 50   | 2      | incisar              | incidir              |
| 51   | 2      | d'um entumecimento   | d'uma tumefacção     |
| 52   | 11     | recorrentes          | recurrentes          |
| 59   | 3      | rijidez              | rigidez              |
| 63   | 5      | laryngoscopico       | laringoscopio        |
| 75   | 25     | pelo entumecimento   | pela intumescencia   |
| 81   | 8      | manteria             | manter a             |
| 81   | 9      | frentes              | frente               |
| 85   | 27     | descolamontos        | descollamentos       |
| 97   | 2      | entumecimento        | intumescencia        |
| 117  | 2      | »                    | »                    |
| 115  | 9      | »                    | »                    |
| 115  | 15     | »                    | »                    |
| 116  | 9      | »                    | »                    |
| 116  | 14     | »                    | »                    |