

N.º 1
João Duarte da Costa Rangel

N.º 567

CANCROS DA LARYNGE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA DE VIUVA GANDRA

80 — Rua de Entre-Paredes — 80

1887

41/1 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTEES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Antonio d'Azevedo Maia.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Matéria medica.	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria..	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia.....	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, sumetologia e historia medica....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTEES JUBILADOS

Secção medica.....	{ Dr. José Pereira Reis.
	{ João Xavier d'Oliveira Barros.
	{ José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	{ Antonio Bernardino d'Almeida.
	{ Visconde de Oliveira

LENTEES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ Vicenta Urbino de Freitas.
	{ Antonio Placido da Costa.
Secção cirurgica.....	{ Ricardo d'Almeida Jorge.
	{ Candido Augusto Correia de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Vago
-----------------------	------

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

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

À MEMORIA

DE

MINHA EXTREMOSA MÃE



Já que a fatalidade não permitiu, que ao findar o meu curso, vos pudesse abraçar, acceitae em pranto o testemunho do meu profundo desgosto, saudade infinda e gratidão indelevel.



A

MEU PAI

Estremecido amor e gratidão de filho.



*A' vous, qui avez guidé ma jeunesse
Et mes premiers pas
Je vous dois tous les soins et les caresses
Que les pères donnent ici-bas.*

J. B. Rousseau.

À MEMORIA

DE MEU QUERIDO
E SEMPRE CHORADO IRMÃO

Dr. Antonio Gonçalves da Costa Guimarães

Uma lagrima de sentida saudade



À MEMORIA

DE MEU QUERIDO TIO

JOÃO DUARTE RANGEL

General do exercito portuguez

*Lgrimas, — saudades —
veneração.*



À MINHA FAMÍLIA

Amisade e affecto

A' Ill.^{ma} e Ex.^{ma} Snr.^a

¶. Joaquina Wernoch d'Abreu e Nasconcellos

E A SUA FAMILIA

*Em testemunho de muita amisa-
de, gratidão e respeito tem a
honra de*

Off.

O Auctor.

AOS MEUS AMIGOS

E PARTICULARMENTE

OS ILL.^{MOS} E EX.^{MOS} SNRS.

Guilherme Antonio Correia

D. Lente de Desenho na
Academia Polytechnica do Porto

Dr. José Antonio Morcira dos Santos

Antonio Ponce Leão Barbosa

Jacinto Manoel de Abrunhosa Ramos

Em signal de muita amizade

Off.

O Auctor.

A' Ill.^{ma} e Ex.^{ma} Snr.^a

D. Carolina de Mello Fernandes

E Á SUA FAMILIA

*Em testemunho do mais viro re-
conhecimento e respeitosa ami-
sade*

Off.

O Auctor.

À

Escola Médico-Cirurgica

DO

PORTO

Aos

Meus Condiscipulos

*Recordação saudosa da nossa
excelente camaradagem.*

AOS

MEUS PROFESSORES

Os Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs. Drs.

João Pereira Dias Lebre
Pedro Augusto Dias
Antonio d'Oliveira Monteiro
Eduardo Pereira Pimenta
Agostinho Antonio do Souto
Vicente Urbino de Freitas

Relevem-me V. Ex.^{as}, que a tão insufficiente trabalho, baptisado pela lei com o nome de *dissertação inaugural*, ficam vinculados os nomes de V. Ex.^{as}. A' falta de merecimento que o caracterise, considerem-o V. Ex.^{as} mais como testemunho da muita admiração e sympathy que lhes vota o ultimo dos seus discipulos.

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

Dr. José d'Andrade Gramaxo

*Em signal de respeito, sympathia
e reconhecimento*

O. D. C.

O Auctor.

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Placido da Costa

Bem quizera eu ao terminar as minhas lides escolares offerter a V. Ex.^a um trabalho, digno do discipulo que teve tão illustrado professor; porem, o que sobra a V. Ex.^a em zelo e illustração, faltou-me a mim em engenho; e por isso é pobre e defeituoso o trabalho: ainda assim digne-se V. Ex.^a acceital-o não pelo que vale; mas como testemunho d'eterna gratidão.

*De V. Ex.^a
discipulo muito affectuoso
e grato*

João Duarte da Costa Rangel.

PROLOGO

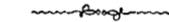
Vamos dar a ultima e mais difficil prova do curso a que arrojadamente nos dedicamos, e que a protecção e benevolencia dos nossos mestres nos permittiu concluir.

E' difficil o assumpto que escolhemos, e só temos para o tractar os recursos da nossa boa vontade de saber, e de ser util á sciencia e á humanidade.

Mas como não é por vaidade, mas só por dever de posição e por obediencia ao Regulamento da Escola de que somos filho, que atiramos o nosso modesto nome aos ventos da publicidade, confiamos que ninguem será inclemente contra as nossas faltas, nem mordaz contra os nossos erros, antes os desculpará com o favor que merece quem os reconhece e confessa de antemão.

A' nunca desmentida benignidade dos nossos sabios professores entregamos este humilde producto do nosso estudo e dos seus proficuos ensinamentos. E temos inteira fé de que quem nos trouxe pela mão a esta altura nos não ha de despenhar agora com inexoravel rigor.

CANCROS DA LARYNGE



CAPITULO I

Divisão do assumpto

Os tumores da larynge formam sob o ponto de vista da sua evolução clinica duas cathegorias distinctas: Uns, primitivamente desenvolvidos á custa dos tecidos que constituem a larynge, localisam-se n'esses tecidos, e não invadem nem destroem a trama d'esse órgão. Outros, primitivamente nascidos nos tecidos e órgãos que a formam ou a cercam, propagam-se em roda d'ella, invadem e atacam todos os órgãos visinhos, destroem a trama da larynge, ulceram-se, e matam pela asphyxia, pela inanição ou pela cachexia.

Por isso aquelles se denominam *benignos*, e estes *malignos*, ou cancros.

Só dos tumores malignos nos occuparemos aqui, porque nem o tempo de que dispomos, nem os limites d'um trabalho d'esta ordem, nem ainda a modestia dos nossos recursos, nos permitem escrever, sobre materia tão grave e tão vasta, um tratado completo.

Dando uma leve noticia das principaes observações até agora feitas sobre o assumpto, estudal-os-hemos sob o ponto de vista anatomico e clinico, e daremos algumas indicações sobre os diversos methodos do seu tratamento curativo e palliativo.



CAPITULO II

Noticia historica

E' historia recente a dos tumores malignos da larynge.

Podemos assignalar-lhe dous periodos. Começa o primeiro nas observações de Morgagni; e durante elle, os tumores malignos são apenas apontados por incidente, como meras curiosidades, pois mal se lhes conhece a historia. A sua anatomia pathologica é inteiramente desconhecida, e sob o nome de sarcomas e cancos confundem-se todas as affecções ulcerosas da larynge, limitando se o tratamento á abstenção, ou, quando muito, á tracheotomia palliativa quando é ameaçada a funcção respiratoria. O segundo periodo começa com a invenção do laryngoscopio, que produziu notaveis progressos no diagnostico, facilitando a differenciação entre os tumores malignos e outras doenças da larynge, distinguindo as diversas formas anatomicas de

tumores malignos, e aventurando a cirurgia a maiores esforços no tractamento.

Effectivamente as primeiras observações, e bem confusas ainda, por se tractar de cancos pharyngolaryngeos em que já era difficil precisar bem a origem do mal, são devidas a Morgagni, que d'ellas nos dá noticia no seu livro *De sedibus et causis morborum*.

O primeiro caso é d'um homem de 50 annos, que começou a queixar-se de embaraços crescentes na deglutição, e que, accusando apenas externamente um endurecimento da glandula maxillar ~~in~~ ~~terno~~ esquerda, dentro em pouco perdeu a voz, deixou quasi de engulir, emagreceu, e morreu subitamente, por um accesso de suffocação. Viu-se pelo exame do cadaver, que aquella glandula estava internamente revestida d'uma materia semelhante á albumina, e que na pharynge e no alto da larynge havia tumores de natureza carcinomatosa.

O segundo caso é d'um rapaz fallecido nas mesmas circumstancias, mas cujos tumores estavam já ulcerados em varios pontos, tendo uma das ulceras perfurado a propria epiglottle.

Parece que estas duas observações se referem a cancos da pharynge, secundariamente propagados á larynge.

Urner, na sua dissertação inaugural *De tumoribus in cavo laryngis*, descreve n'um homem de

50 annos, um tumor ulcerado da larynge, que invadira apenas um lado d'esse orgão, e que produzia tambem a morte pela suffocação, sem ter affectado as visceras, como a autopsia revellou, o que tudo nos leva a crêr que era um verdadeiro cancro da larynge.

Nas *Memoires de la Societé medicale d'observation*, publicou Louis, em 1837, um caso de cancro da larynge, que elle suppunha ser o primeiro observado, n'um homem de 68 annos, e no qual a autopsia revellou, por baixo da epiglote, uma materia branca, dura, resistente que se prolongava para a direita, e para traz, entre as cartilagens cricoidea e thyroidea, sem se elevar acima da thyroidea. A massa cancerosa tinha a forma de cunha, com o lado mais grosso voltado para a columna vertebral. Internamente molle, comprimia a larynge cujas cordas vocaes estavam destruidas. Havia outro tumor sob a corda vocal inferior esquerda, e a cricoidea estava ossificada.

Uma das primeiras tracheotomias de que ha noticia, operadas para palliar a asphyxia produzida pelo cancro da larynge, foi em 1835, e referem-na Trousseau e Belloc no seu *Traité de la phthisie laryngée*.

Apparecem-nos depois outros casos notaveis, em que se procurou desembaraçar por uma operação o doente atacado de tumores malignos, extra

ou intra-laryngeos. Regnoli tirou pela bocca, depois de abrir a trachea para combater accidentes de dyspnêa, um tumor situado ao nivel da epiglote, n'um aldeão de 70 annos.

Cooper fez uma operação analoga, mas sem a tracheotomia, a um tumor situado ao nivel da face posterior da epiglote. *Green*, em 1848, tentou fazer o mesmo a um tumor que enchia o fundo da garganta, e parecia nascer da raiz da lingua, mas o doente não resistiu á operação. *Gordon Buck*, em 1851, praticou a cricothyrotomia para um cancro da larynge, n'uma mulher de 51 annos.

Depois da importante descoberta da laryngoscopia, é que as observações se multiplicaram. Mas o primeiro estudo methodico e completo sobre o cancro primitivo da larynge publicou-o *E. Blanc*, em 1872.



CAPITULO III

Anatomia Pathologica

Geralmente, desenvolvem-se os tumores malignos da larynge nas partes molles que forram o interior da trama fibro-cartilaginosa: só em rarissimos casos é que o cancro primitivo começa pelas membranas fibrosas ou pelas cartilagens.

Segundo nascem na propria larynge, ou nos orgãos e tecidos que a cercam, assim os tumores malignos da larynge se dividem em primitivos e propagados. Não é facil fazer esta distincção, sobretudo quando as lesões estão adiantadas, e ultrapassam já a cavidade do orgão: só pela evolução da doença se poderão bem distinguir.

Raras vezes os tumores malignos invadem primitivamente a larynge. Pelo menos, os mais distinctos clinicos só tem observado um numero relativamente diminuto de cancos em taes condições.

Quanto á sua séde, os tumores malignos divi-

dem-se em intrinsecos ou extrinsecos, segundo comecem na propria cavidade da larynge, ou ao nivel dos orificios que a fazem communicar com a pharynge, ou com a trachea, desenvolvendo-se e propagando-se então á custa da epiglote, das pregas aryteno-epiglotticas, e das regiões arytenoideas e interarytenoidea.

A maior parte das vezes é impossivel determinar com segurança qual foi o ponto de partida inicial do cancro; mas póde dizer-se que são muito mais frequentes os cancros intrinsecos que os extrinsecos.

O cancro da larynge, comprehendendo n'este nome todas as variedades de tumores malignos, é frequentemente unilateral. Este character, já accentuado por Blanc, e confirmado por Fauvel e Turck, é de alta importancia sob o ponto de vista diagnostico, e póde tel-a tambem para a intervenção cirurgica. E é notavel, sem se lhe poder descobrir a causa, a sua predilecção pelo lado esquerdo.

As variedades anatomicas dos tumores malignos da larynge são os *sarcomas* e os *cancros* propriamente ditos, que comprehendem os epithelomas e os carcinomas.

Incluimos os sarcomas entre os tumores malignos da larynge :

1.º porque operam n'esse orgão como uma affecção invasora, mais ou menos rapida, produzindo a morte como os epitheliomas e os carcinomas;

2.º porque não ficam localisados nas partes molles como os tumores benignos, mas atacam as cartilagens, as membranas fibrosas;

3.º porque, extirpados, renascem muitas vezes, e depressa;

4.º porque, se são talvez menos graves que os epitheliomas e os cancos, estão muito longe de ser benignos como os polypos em geral.

O sarcoma é de todos os tumores malignos o menos frequente, e desenvolve-se quasi sempre na propria cavidade laryngea. Poucos são marginaes, poucos se alimentam á custa das partes que cercam o orificio superior do orgão vocal.

Quando o exame é tardio, torna-se impossivel dizer precisamente a sua origem. Os sarcomas intrinsecos começam quasi sempre pelas verdadeiras cordas passando depois ás falsas. Os extrinsecos nascem á custa da epiglote, da região arytenoidea, ou das pregas aryteno-epiglotticas.

O aspecto do tumor é em alguns casos papillar; na maior parte dos casos a superficie do tumor é lisa ou ligeiramente lobulada; em geral é muito circumscripta; é mais vezes sessil que polypoide, e, quando tem pediculo, este é geralmente

grosso. A' superficie do tumor, a mucosa é ordinariamente descorada, ás vezes rubra, livida quando é vascularizada por vasos volumosos e cheios de sangue.

O seu volume, quando se não tem espalhado pelas partes molles visinhas, não excede de ordinario o d'uma noz.

Rarissimamente se ulceram. Quando ha ulceração, é superficial e pouco extensa. Aparecem ás vezes pequenas ulcerações, separadas umas das outras por porções da mucosa sã.

Quando é invasor, produz os mesmos estragos do cancro propriamente dito: destroe as cartilagens, espalhando-se pelos musculos e pelas regiões visinhas, e só pelo exame microscopico se pôde então distinguir do verdadeiro cancro.

A variedade histologica do sarcoma mais comumente observada é a variedade fuso-cellular ou fasciculada. No sarcoma globo-cellular, o tecido do tumor simelha-se muito ao tecido embryonario.

Tem apparecido tambem sarcomas mixtos, constituidos em parte por pequenas cellulas embryonarias, e em parte por cellulas fusiformes.

O epithelioma e o carcinoma constituem as duas variedades anatomicas do cancro propriamente dito da larynge.

O primeiro parece ser muito mais frequente que o segundo.

O epithelioma ou *carcinoma epithelial* prefere o interior da larynge. A sua séde de predilecção é a região glottica, a superficie das cordas vocaes inferiores, que ás vezes invade simetricamente saltando por assim dizer d'uma para outra, e ainda a região sub-glottica. Com menos frequencia, nasce tambem á custa da epiglottle e das partes que limitam a larynge superiormente.

A sua variedade histologica mais commumente observada, quasi unica, é a variedade lobulada pavimentosa. Ha porém epitheliomas de cellulas cylindricas.

O carcinoma prefere como séde o orificio superior da larynge e a epiglottle, embora possa ser tambem intrinseco, como o epithelioma.

A unica variedade histologica observada parece ter sido o encephaloide: porque, nos rarissimos casos em que a variedade cirrosa é indicada, o exame histologico não merece inteira confiança.



CAPITULO IV

Etiologia

O sexo e a idade são duas causas predisponentes de certa importancia para os tumores malignos da larynge.

Dos 30 aos 60 annos o sarcoma é mais frequente: antes e depois d'este periodo apparece raras vezes.

O maximo de frequencia para o cancro propriamente dito nota-se entre os 40 e 60 annos.

O sexo masculino é tambem uma causa predisponente innegavel. Quasi todos os cancerosos da larynge são homens. E a maior parte dos auctores assignala esta circumstancia.

A causa efficiente do cancro está na propria diathese cancerosa; e como esta é quasi sempre hereditaria, com rasão se discute se o cancro da larynge será transmittido por herança. A verdade é que os casos de transmissão hereditaria são raros,

e são transmissões não só de cancros da larynge, como de cancros d'outro qualquer órgão, como o estomago, o utero, etc..

Quanto á predisposição causada por outras diatheses, ha pelo menos a coincidencia de se haver notado a existencia da tuberculose nos antepassados de alguns doentes atacados de cancros da larynge.

Ha um ou outro facto isolado, mas não observações completas ou regulares, que nos levem a affirmar genericamente que o cancro da larynge se desenvolva como cancro infectuoso, como manifestação a distancia d'um cancro primitivo situado n'outro órgão.

O abuso da palavra, do tabaco e do alcool são causas banaes que fatigam e irritam a larynge, pondo portanto esse órgão em condições de menor resistencia contra o cancro.



CAPITULO V

Symptomatologia

Os symptomas fornecidos pela presença de tumores malignos na larynge dividem-se em *physicos* e *funcctionaes* ou *objectivos* e *subjectivos*, e, quando a doença chega ao seu ultimo periodo, estabelece-se, como nos cancros em geral, a cachexia cancerosa com o seu quadro clinico habitual.

Estudaremos primeiro os symptomas funcctionaes, por serem quasi sempre os que abrem a scena morbida; e depois os signaes physicos, que actualmente, depois da descoberta do laryngoscopio, são quasi tudo no diagnostico dos tumores da larynge.

Symptomas funcionaes

Perturbações da voz. — São o primeiro symptoma que apparece, e ás vezes muito antes de qualquer outro. Não é raro que essas durem um, dois e mais annos, antes d'outros symptomas mais assustadores determinarem o doente a recorrer ao medico.

A's vezes a voz torna-se apenas velada; mas é quasi sempre sob a forma de rouquidão que esta alteração se manifesta, e pouco accentuada a principio, chega a tomar tal timbre que é facil a um clinico experimentado diagnosticar o mal sem outros exames.

Ha geralmente rouquidão, mas não aphonia. Os doentes podem fazer-se ouvir de muito longe, e o seu metal de voz tem o quer que seja de rachado, mais facil de perceber que de definir. Esse metal de voz revela uma transformação nos tecidos da larynge, porque se nota em todos os individuos soffrendo de affecções ulcerosas, e nunca se encontra quando ha simples dysphonia por compressão dos recorrentes.

A rouquidão póde variar de intensidade, mas nunca desaparece inteiramente. Assim como é o mais precoce, é tambem o mais duradouro dos symptomas.

Quando o cancro, e ainda não ulcerado, se desenvolva a tal ponto que comprima um dos nervos recorrentes, pôde a principio produzir na voz todos os caracteres da dysphonia por paralysis d'uma corda vocal, porque a paralysis é unilateral quasi sempre.

As modificações da voz revellam a invasão da larynge pelo neoplasma; e a sua intensidade vae diminuindo gradualmente. A's vezes ha aphonia repentina, o que geralmente indica terem sido invadidos ambos os lados da larynge. No entanto quasi sempre os cancerosos, com maior ou menor esforço, conseguem fazer-se comprehender nos periodos mais adiantados da doença, o que não succede aos tuberculosos, cuja aphonia costuma ser muito mais completa.

A dysphonia é symptoma quasi constante dos tumores malignos da larynge chegados a certo periodo da sua evolução; ha, todavia casos em que até final foi pouco notada, e até nulla. E' uma consequencia da séde do tumor, e das lesões que produz.

Se o tumor não invadiu a glotte, se se conservou completamente extra-larynge, se não ha catarrho concomitante, ou edema, pôde a voz conservar-se quasi intacta, e até perfeitamente normal. Não succede isso, porém, quando o cancro é intrinseco, ou mesmo quando ha inflammação e edema nas partes ainda não invadidas pelo tumor.

Tosse. — A tosse acompanha quasi sempre as perturbações da phonação, soffre de ordinario as mesmas variações, e completa com ellas o quadro clinico d'um catarrho laryngeo. A principio é tambem rouca, como a voz; perde-se depois a pouco e pouco; como que se estabelece uma especie de tolerancia e de insensibilidade da mucosa; quando existe n'um periodo mais adiantado, é tambem quasi sempre surda, como a voz. E' acompanhada de expectorações. Póde ser provocada por deglutições defeituosas, que dão lugar a fatigantes esforços de expulsão.

Perturbações respiratorias. — Os embaraços de respiração não vem logo; apparecem mais tarde, e gradualmente. São a principio intermitentes, e só se manifestam quando ha esforços de voz, caminhandas rapidas, ou subidas de escada; mas installam-se depois definitivamente e apresentam exacerbações que podem causar uma verdadeira dyspnea. Não ha rigorosa proporção entre a laryngostenose e a difficuldade respiratoria: ha doentes até que, com a larynge quasi inteiramente tapada pela producção maligna, continuam a respirar bem, ao passo que outros, com tumor menor, respiram com maior difficuldade. E' que além do volume e séde do neoplasma ha outras causas que interveem sem ser o aperto causado pelo proprio tumor. A compressão

feita pelo tumor sobre o recorrente, produz uma paralyisia do dilatador correspondente da glotte. A destruição cancerosa das fibras musculares ou das articulações crico-arytenoideas produz o mesmo efeito.

O esalfamento tem tambem nos cancerosos um caracter especial: parece que o ar passa atravez d'uma palheta lenhosa que tem grande difficuldade em vibrar.

O esalfamento accentua-se muitas vezes de noite, e produz então d'um momento para o outro accessos de suffocação, que pôdem causar a morte subitamente. Outras vezes a dyspnea augmenta pouco a pouco, e o doente succumbe por asphyxia lenta.

Perturbações da deglutição. — Quasi sempre só no ultimo periodo do cancro da larynge é que apparecem embaraços na deglutição; a não ser que o cancro se desenvolva ao nivel do orificio superior da larynge, porque então a dysphagia pôde vir a ser o primeiro symptoma funcional da doença.

A dysphagia pôde ser puramente mecanica, não dolorosa, e manifesta-se então pela difficuldade com que o doente engole os solidos; mas com os progressos do mal torna-se muitas vezes dolorosa, e o doente não só engole difficilmente e penosamente, mas até cada movimento de deglutição é acompa-

nhado d'uma sensação de soffrimento ao nivel da garganta ou da região da larynge, e ás vezes de dores agudas na cabeça e nos ouvidos.

Quando o tumor invade a pharynge e o esophago, póde ser tal o aperto das vias digestivas que se torne, por assim dizer, impossivel ao doente alimentar-se, e haja mesmo grande difficuldade em introduzir a sonda esophagiana para a alimentação artificial.

Dores. — Logo nos começos da affecção, o doente em regra não se dóe, ou dóe-se pouco. Sente, quando muito, um pequeno ardor e algumas picadas na larynge. Mais tarde é que elle começa a sentir, na região affectada, dores primeiramente espaçadas e surdas, e depois constantes e lancinantes. Em certos casos as dores teem irradiações para os ouvidos e para a face. Não são porém pathognomonicas dos tumores malignos, pois se observam tambem nos tuberculosos e nos syphiliticos atacados de affecções ulcerosas da larynge.

Salivação. — A's vezes apparece logo desde principio e abundante, sobretudo sendo o cancro extra-larynge; geralmente, porém, só se manifesta em mais alto grau quando a evolução do mal está já adiantada.

A acuidade do symptoma salivação depende

d'uma hypersecção verdadeira da saliva, e da dificuldade da sua deglutição.

Quando o cancro é ulcerado, a secreção salivar é frequentemente misturada de liquidos purulentos, sanguineos, que vêm da superficie da lesão.

Expectoração.—Não havendo ainda ulceração, a expectoração é escumosa, e em nada differe da expectoração da laryngite catarral; depois é que toma caracteres differentes.

Torna-se purulenta, saniosa, sanguinolenta; ás vezes é muito sangrenta, ordinariamente fetida: outras vezes, de envolta com os escarros, vêem fragmentos do tumor. Comprehende-se bem toda a importancia do facto para o diagnostico da natureza do mal. Tambem então o halito do doente é fetido, embora o doente o não perceba, o que torna incommodo o exame laryngoscopico.

Hemorragias.—Póde a expectoração ser sangrenta sem o tumor estar ainda ulcerado. Provéem isto de pequenas exsudações, causadas por alguma congestão intensa da mucosa. Mas a maior parte das vezes a presença do sangue nos liquidos expellidos pelo canceroso indica a ulceração do tumor, e só então ha verdadeiras hemorragias.

Symptomas physicos

Os symptomas physicos são-nos fornecidos pelo tacto, pelo exame laryngoscopico, e pelo exame directo da larynge e das partes visinhas.

O tacto só póde ser util quando se tracta de tumores extrinsecos que occupam a epiglottle, as pregas aryteno-epiglotticas, a região arytenoidea, ou ainda de tumores intrinsecos que as tenham invadido. Por elle podemos julgar da séde, da mobilidade ou fixidez, da consistencia, volume, e extensão do neoplasma.

Mas só o *exame laryngoscopico* nos póde dar indicações seguras sobre a natureza dos tumores interlaryngeos, sobre a sua séde, extensão, volume e connexões, e ainda sobre o estado de ulceração da sua superficie.

Adenopathias. — De ordinario, só n'um adiantado periodo da doença é que apparece o enfartamento ganglionar, que póde então vir a ter um desenvolvimento enorme, a ponto de forçar a cabeça a torcer-se para o lado, na attitude do torcicollo. Nem todos os tumores ganglionares, porém, são neoplasticos; muitas vezes os ganglios estão apenas hypertrophiados, e não cancerosos. No entanto o

seu volume, a sua densidade, as suas adherencias, e sobretudo a sua ulceração são signaes quasi certos de infecção neoplasica.

Estado geral.—Emquanto se desenvolvem estes diversos symptomas, cuja associação pôde variar, o estado geral conserva-se bom durante muito tempo, principalmente quando o cancro se limita á cavidade da larynge. Quasi que não ha então estado cachetico, e apenas emagrecimento. Logo que surgem embaraços na deglutição, apparece tambem a cachexia; e o emagrecimento rapido, e a côr amarellada indicam empobrecimento da economia.

Quando o cancro invadiu as partes externas da larynge, destruiu as cartilagens, e produziu vegetações ulceradas atravez das fistulas ou do orificio d'uma tracheotomia, torna-se então mais triste o quadro, e o doente morre, ou por suffocação, ou por inanição, ou ainda por uma complicação intercorrente, que muitas vezes é uma affecção pulmonar, de ordinario uma broncho-pneumonia.



CAPITULO VI

Marcha, duração e termo

Podemos dividir em tres periodos a marcha dos tumores malignos da larynge:

No primeiro, que póde ser mais ou menos longo, a affecção manifesta-se pelos symptomas d'uma laryngite catarral de varia intensidade. No segundo, o tumor, progredindo, produz a laryngostenose, e ulcera-se quando é cancro propriamente dito. No terceiro, o estado geral é fortemente abalado por perturbações respiratorias e de deglutição. O doente, muitas vezes já tracheotomizado durante o segundo periodo, definha a pouco e pouco sob a influencia da desnutrição provocada por uma salivação profusa, por pequenas hemorragias repetidas ou por hemorragias abundantes, pela reabsorção e deglutição dos productos putridos, sobretudo quando o cancro attingiu o tubo digestivo, pela propria

diathese cancerosa emfim; e morre quer por asphyxia rapida ou lenta, quer subitamente, sem causa apreciavel, ou ainda de inanição e extenuação.

E' muito difficil saber quando começa o primeiro periodo, o mais longo. Doentes ha que durante alguns annos apresentam ligeiras perturbações na larynge, sem se poder manifestamente reconhecer a natureza maligna da affecção. Em regra, esse periodo não passa de dois a tres annos.

Quando chega o periodo das perturbações mechanicas produzidas pelo aperto das vias respiratorias no cancro intra-laryngeo, ou das vias respiratorias e digestivas no extra-laryngeo, a doença reveste caracteres inteiramente diversos dos de benignidade relativa que apresentava durante o periodo anterior, e todas essas perturbações dependem do volume, séde, mobilidade ou fixidez do tumor. Torna-se então preciso estar preparado contra os accidentes de suffocação, que podem sobrevir d'um momento para o outro, e que podem ameaçar bruscamente a vida do doente. E' preciso intervir de qualquer forma, pela ablação ou pela operação palliativa da tracheotomia, para introduzir ar nas vias respiratorias.

No tumor extra-laryngeo, são as perturbações da deglutição que dominam o quadro morbido; mas quasi nunca se desenvolvem a ponto de produzirem um desenlace fatal.

O terceiro periodo é o da cachexia, quer o doente tenha sido, quer não tracheotomizado. No primeiro caso, a duração da doença depende de accidentes intercorrentes, quer das vias respiratorias, quer do canal digestivo; mas a morte é o seu termo fatal, umas vezes repentina, outras por uma extenuação lenta, em que o doente desce todos os degraus da cachexia cancerosa.



CAPITULO VII

Diagnostico

Mesmo nas condições mais favoraveis, apresenta difficuldades serias o diagnostico dos tumores malignos da larynge.

Sobretudo quando o tumor está ainda no seu primeiro periodo, não sendo o doente submettido ao exame laryngoscopico, é facilimo errar o diagnostico; quando causa perturbações de stenose laryngea, e attinge o segundo periodo, torna-se o diagnostico mais facil; mas ainda então os erros, mesmo com o auxilio do laryngoscopio, não são raros, e a syphilis e a tuberculose entram n'elle em grande proporção; chegando a doença ao seu terceiro periodo, o diagnostico tem menos difficuldades, pela conjuncção de todos os symptomas apontados, e quasi se torna impossivel desconhecer a natureza do mal.

No primeiro periodo, é raro ir o doente con-

sultar o medico, que assim não pôde assistir aos principios da doença, commumente attribuidos a accidentes da laryngite, e só quando as alterações da voz tomam uma certa gravidade é que se procede ao exame laryngoscopico. Se em virtude da séde do tumor as perturbações respiratorias veem juntar-se ás alterações da voz, chamam mais a atenção, mas attribuem-se á asthma, ou a qualquer compressão bronchica.

N'este primeiro periodo, o tumor pôde apresentar-se ao exame laryngoscopico com dois aspectos variaveis: umas vezes é uma infiltração submucosa, um enfartamento diffuso que occupa uma parte mais ou menos extensa d'uma das paredes da larynge, ao nivel do seu orificio superior, ou na sua cavidade; outras vezes é um tumor polyforme.

O sarcoma e o epithelioma apresentam-se com este ultimo aspecto mais vezes que o carcinoma propriamente dito.

Apresentando-se o tumor sob a forma de infiltração diffusa, como succede no maior numero de casos, é difficil que o laryngoscópio possa revelar a propria natureza do mal, e dá logar a suppor-se a existencia d'uma laryngite hypertrophica, ou ainda, quando a larynge se dóe com a pressão, d'uma perichondrite primitiva. A laryngite chronica hypertrophicante, porém, não se localisa como o

cancro, a colorisação da mucosa é vivamente rubra, e não é dolorosa.

No periodo ulceroso, o cancro confunde-se principalmente com a tuberculose e com a syphilis da larynge. Apparecem então os principaes symptomas funcionaes que já indicamos no estudo symptomatologico; mas nenhum d'elles infelizmente é pathognomonicô. Tem porém grande importancia para o diagnostico a presença de ganglios com caracteres de cancerosos, sobretudo á mingua de outros indicios importantes.

Ha quem dê muito peso ás dôres irradiadas na face e nos ouvidos; mas é certo que ellas apparecem tambem em muitas observações de ulcerações syphiliticas e tuberculosas; assim como a salivação, os escarros purulentos e sanguineos, etc.

Não pôde pois deixar de ser minucioso o exame objectivo. Emquanto o cancro affecta a cavidade da larynge, como séde, a syphilis, pelo contrario, localisa-se muitas vezes nas suas manifestações terciarias, nas alturas da epiglote e da sua visinhança; a tuberculose ataca de preferencia a parede posterior da larynge, e sobretudo a região das arythenoides.

Syphilis da larynge. — A ulceração syphilitica é ordinariamente cortada a prumo, nitidamente circumscripta. Frequentes vezes na sua visinhança

existem vegetações polypoides, que se não devem confundir com polypos. Em roda da ulcera a mucosa é vermelha carregada, muitas vezes edematosa; e, quando sobrevem o edema, augmenta com grande rapidez, e dá logar a accidentes de stenose quasi fulminantes.

Quando ao lado d'uma ulceração de natureza duvidosa se observa uma cicatriz, quasi se póde affirmar com segurança a natureza syphilitica.

A ulcera syphilitica diminue pela eliminação das massas gomosas, ao passo que a ulcera cancerosa augmenta sempre. Quando a syphilis invade, em forma de infiltrações gomosas, a região das cordas vocaes, geralmente as ulceras que d'ella resultam são simetricamente dispostas; o cancro é muitas vezes unilateral.

Quando o cancro e a syphilis coincidem no mesmo individuo, o diagnostico é por assim dizer impossivel sem o tractamento, ou sem o exame microscopico d'uma pequena parte do tumor, quando aliás existe um tumor ulcerado, que é o caso mais frequente.

Tuberculose laryngea.—A tuberculose manifesta-se na larynge em forma de massas que se ulceram, atacam a trama fibro-cartilaginosa, e dão logar a esse syndroma pathologico que se designa com o nome de phthisica laryngea. O tuberculo in-

vade todos os pontos da larynge, mas a sua séde de predilecção é a parede posterior. Quasi sempre a phthisica laryngea é secundaria. Existem já tuberculos pulmonares n'um estado de maior ou menor desenvolvimento; raras vezes é primitiva; em casos taes é que o diagnostico pôde offerecer difficuldades; mesmo porque o cancro e a tuberculose coincidem ás vezes no mesmo individuo.

A larynge tuberculosa apresenta de ordinario, como a mucosa da pharynge e do ceu da bocca, um estado anemico notavel, com enchimento edematoso e vermelhidão da região arytenoidea; é perto da inserção posterior das cordas vocaes, sobre a propria mucosa da região posterior que se formam as ulcerações consecutivas de depositos tuberculosos.

O fundo d'essas ulceras é ordinariamente amarellado, francamente purulento. Não é raro encontrar-lhe vegetações polypiformes. Em geral os individuos affectados são novos, e apresentam os caracteres da scrofula. Quando taes condições se reúnem, e quando accrescem antecedentes tuberculosos e signaes de phthisica pulmonar, o diagnostico não é facil.

Mas nem sempre succede assim. A's vezes a tuberculose manifesta-se em forma de verdadeiros tumores salientes na larynge, para se ulcerarem depois. Quando não estão ainda ulcerados, se não

houver outros indícios de tuberculose, podem tomar-se por tumores de má natureza.

Distinguir as úlceras cancerosas das que o lupus produz, é geralmente facil. O lupus da larynge é rarissimo, e só apparece nas creanças e nos mancebos, e portanto, na idade em que tambem o cancro é pouquissimo vulgar.

A ulceração do lupus tem aspecto especial: não é esponjosa e vegetante como a do cancro, mas granulosa e vermelha. A secreção que a ulcera fornece, é insignificante. Não é dolorosa, nem ha edema peripherico. Demais, o lupus modifica-se vantajosamente mediante um tractamento appropriado local e geral, ao passo que o cancro progride sempre.

Chegado o tumor maligno ao seu terceiro periodo, tudo concorre para lhe facilitar o diagnostico. A adenopathia apparece, se antes a não houver, apenas o cancro transpõe os limites do orgão, e acrescenta mais um indício aos existentes: isto no cancro endolaryngeo, porque, na forma extra-laryngea, a adenopathia póde ser muito mais precoce, e guiar-nos depressa ao conhecimento da natureza do tumor.

Reconhecida a existencia do cancro, convém determinar logo a sua séde exacta, a sua extensão, e as suas connexões com o tubo digestivo, e com as partes periphericas da larynge. Então o exame

laryngoscopico, depois o estado das partes examinadas atravez dos tegumentos do pescoço, permitirão conhecer o augmento de volume do orgão, a sua mobilidade facil ou a sua fixidez por adherencias pathologicas, emfim o exame das vias digestivas superiores pelo espelho, e a existencia dos signaes funcçionaes que resultam da sua alteração, permittirão resolver esses pontos importantes do diagnostico local.

O cancro intra-laryngeo primitivo começa quasi sempre por accidentes vocaes e depois respiratorios; os cancros extra-laryngeos dão antes logar a perturbações de deglutição; e as vocaes e respiratorias só sobrevem á medida que o tumor se desenvolve e cresce.

Quando o cancro é propagado do corpo thyroideo, ou das vias digestivas, ou ainda da raiz da lingua para a larynge, as perturbações começam tambem n'esses diversos orgãos, e só por ultimo se dá a invasão do tubo vocal.

Só se podem distinguir bem as diferentes variedades dos tumores malignos extrahindo pelo methodo endolaryngeo, com o auxilio do laryngoscopia, um fragmento do tumor para o analysar cá fóra. Os epitheliomas e carcinomas só pelo exame histologico se podem differenciar.

CAPITULO VIII

Prognostico

Os tumores malignos da larynge são d'um prognostico muito grave, pois que tem sempre, cedo ou tarde, um termo fatal.

Ha factos que parecem favoraveis á cura radical do cancro: mas são pouquissimos, e demais a mais em alguns o diagnostico anatomico não foi irreprehensivel, ou então o tempo decorrido desde a cura sem reincidencia é insufficiente para nos dar certeza d'uma cura radical; ou ainda pertenciam a variedades anatomicas, que parecem formar uma transicção entre os tumores benignos e os malignos.

Ha porém graus no prognostico, que dependem da séde do tumor e da sua variedade anatomica.

Séde. — Os tumores da larynge tornam-se mais depressa graves pelos accidentes de stenose da larynge que provocam; mas quando estes não sobre-

vem, ou só vem tarde, parece que o estado geral se conserva satisfatorio, e a infecção da economia pelo neoplasma só muito devagar se produz.

Com os tumores extra-laryngeos succede o contrario: o perigo, durante a maior parte do tempo, não está no aperto das vias respiratorias, mas nos accidentes da pharynge e da infecção geral da economia que se opera mais facilmente.

De todas as variedades anatomicas, a menos maligna parece ser o sarcoma nas suas formas duras. As suas formas globo-cellulares são de prognostico mais difficil, pois em nada differe muitas vezes do dos cancos propriamente ditos, pela invasão e pela reincidencia constante. Entre os cancos propriamente ditos, certas variedades de epithelomas são menos perniciosas que outras, sem que por ora nos seja possivel dar a rasão d'essa differença. Constituem uma especie de transicção entre os papillomas e os tumores metatypicos propriamente ditos.

Mas a grande maioria dos epithelomas constituem tumores malignos por excellencia, tão rapidos na sua evolução, nos seus termos, na sua reincidencia, quando são extirpados, como os proprios carcinomas.

CAPITULO IX

Tractamento

Os tumores da larynge, seja qual fôr a sua natureza, benigna ou maligna, podem causar pela sua presença no orgão vocal, accidentes respiratorios d'ordem vital, que exigem uma intervenção immediata e prompta, sob pena de ver a morte terminar rapidamente a doença: de ordinario, é do lado das vias digestivas superiores que o perigo se manifesta, e diversos symptomas podem dar logar a indicações d'ordem secundaria.

As medidas tomadas n'estas condições são puramente palliativas; obviam aos symptomas, mas não atacam a causa immediata, o tumor: o seu conjuncto constitue o tractamento *palliativo* dos tumores da larynge, que é muitas vezes um tractamento de *urgencia*. Mas não se deve limitar a isso o papel do cirurgião: deve procurar combater o proprio mal, destruindo-o pela raiz, se possivel fôr; n'isto consiste o tractamento *curativo*.

TRACTAMENTO CURATIVO

1.º — EXTIRPAÇÃO ENDOLARYNGEA

Este methodo consiste em ir, guiado pelo exame laryngoscopico, fundamental condição do seu emprego, destruir o tumor pela raiz ou extirpal-o por um dos seguintes processos, que se podem classificar em duas cathogorias:

- 1.^a processos operatorios obrando mecanicamente sobre o tumor;
- 2.^a processos obrando por cauterisação chimica ou potencial.

Os primeiros, mais commumente empregados, comprehendem o arrancamento, a esmagadura, a raspadura, e a excisão ou incisão dos tumores. Os segundos comprehendem todos os processos por

cauterisação chimica, thermica ou galvano-caustica, a que devemos accrescentar a electrolyse, que é apenas uma variante de applicação da cauterisação chimica.

Este methodo tem sido empregado algumas vezes, ora para tumores pediculados, ora para neoplasmas sessis que se apresentavam com todas as apparencias de benignidade.

Mas quasi sempre a reincidencia veio provar a malignidade da affecção.

Quanto aos sarcomas, ainda se tem dado casos de ablação pelas vias naturaes, não seguidos de reincidencias, pelo menos durante algum tempo.

Se o tumor, reconhecido como sarcoma, se deixa facilmente ligar pelo pediculo, e está em ponto de facil accesso, como, por exemplo, no orificio superior da larynge, não ha inconveniente em insistir na destruição. Mas deve aguardar-se a reincidencia, e não confiar muito na sua cura radical. No fibrosarcoma o prognostico therapeutico é menos desfavoravel.

No cancro propriamente dito, só por erro de diagnostico se tem, em regra, applicado o methodo endolaryngeo. Em verdade, só como methodo de diagnostico deve ser empregado: em casos duvidosos, a ablação d'um fragmento do tumor permittirá conhecer a natureza do neoplasma, e determinar portanto o que ha a fazer.

Como curativo, é inadmissível; e será mesmo inapplicavel aos cancrios infiltrados que constituem a grande maioria.

2.º — LARYNGOTOMIA

A laryngotomia, ou secção da larynge no todo ou em parte, é uma operação preliminar, para chegar á inserção do tumor, e extirpal-o depois por diversas formas.

Póde servir para a extirpação dos tumores benignos; mas os seus resultados para a cura dos tumores malignos são pouco apreciaveis, e por isso pouco se emprega hoje.

Para os sarcomas limitados, circumscriptos, quando não invadiram os tecidos proximos, ainda se admite a laryngotomia, comtanto que se procure logo obter a ablação larga do neoplasma. No caso de fibro-sarcoma, a não ser que hajam contra-indicações especiaes, é melhor experimentar primeiro a extirpação pela bocca, sobretudo se a séde do tumor se prestar a isso, fazendo, se fôr mister, a tracheotomia preliminar.

Quando o cancro se limita ao interior da larynge, quando ainda não invadiu as cartilagens, quando não chegou ás partes molles proximas, esophago e pharynge, nem affectou os ganglios, a laryngotomia pode fazer uma abertura talvez suffi-

cientemente larga para o extirpar sem haver reincidência. Mas para isso, preciso é que se deem condições excepcionalmente boas de localização do cancro, de natureza do tumor, e ainda de diagnostico precoce.

3.º — EXTIRPAÇÃO DA LARYNGE

Consiste a extirpação da larynge em extrahir todo ou parte do orgão da phonação. E' total no primeiro caso, parcial no segundo, e é unilateral quando se extrahe apenas a metade direita ou esquerda da larynge. Convém que a extirpação, quer total quer parcial da larynge, seja precedida, quinze dias ou tres semanas antes, pela tracheotomia, e esta praticada de forma a isolar completamente os dois focos traumaticos. A incisão da trachea deve ser feita um pouco mais abaixo da cricoidea, para que durante a operação estejam livres os movimentos do lado da larynge, e para que, no caso de sobrevir qualquer reincidencia depois da cura operatoria, não invada immediatamente a chaga tracheal, e obrigue a fazer outra abertura em baixo.

Feita a tracheotomia, deve-se cloroformisar o operado, e obstar á introducção do sangue e de liquidos septicos nos pulmões, durante e depois da operação.

Os córtes para a extirpação da larynge variam

segundo a extensão das lesões. Se o mal não invadiu os tecidos periphericos, basta ordinariamente uma incisão vertical ou em forma de T para pôr o órgão a descoberto. Quando se der um golpe só, deve começar um pouco acima do osso hyoide exactamente sobre a linha media, seguir depois esta linha para baixo, e terminar por cima do córte da tracheotomia, abaixo da cricoidea. Quando o córte fôr em forma de T, o que é preferivel porque dá mais luz, e deixa alargar melhor os lados da larynge sem ir muito abaixo, o ramo horisontal do T deve ser paralelo e á altura do osso hyoide; e do meio d'elle deve partir o golpe vertical.

Se o tumor transpoz já os limites da larynge, e invadiu as partes molles que a cercam, convém dar muito mais luz, e torna se necessario, alem do córte em forma de T, um outro córte horisontal inferior, que permitta uma longa exhibição do órgão.

Quando o cancro tiver invadido em baixo a trachea, é preciso extirpar todas as partes affectadas immediatamente por cima da canula, e é então que se torna conveniente operar muito abaixo a tracheotomia.

E' porém impossivel especificar aqui todas as modificações introduzidas no manual operatorio, pois variam segundo as condições anatomicas que se dérem. Para a extirpação unilateral ou parcial da

larynge dá-se um córte em forma de L, devendo a face anterior da larynge ficar a descoberto sobre a linha media. Corta-se depois a cartilagem thyroidea, e observa-se a cavidade da larynge, o melhor que se possa, para apreciar bem a extensão da lesão. Podendo ser, corta-se o meio da cricoidea depois de a ter despegado da trachea só d'um lado, e faz-se a ablação de baixo para cima, depois de haver desprendido toda a face lateral correspondente da larynge. Terminada a operação, sutura-se o esophago á membrana thyroidea, e tapa-se a ferida depois da introduccção d'uma sonda no esophago.

4.º — PROTHESE LARYNGEA

Tem-se usado substituir a verdadeira larynge por um apparelho artificial destinado a produzir a voz.

Esse apparelho compõe-se em geral de tres peças essenciaes: uma canula tracheal, destinada a ser introduzida na trachea; uma canula laryngea, que, escorregando pela primeira, vae pousar no conducto cicatricial resultante da extirpação da larynge, tendo na sua parte superior uma pequena tampa representando a epiglote, com mola metallica destinada a tel-a aberta, e a permittir ao mesmo tempo o seu facil abaixamento pela pressão da raiz da lingua; e a peça vocal, que se introduz por ultimo,

consistindo n'uma lingueta metallica, livre, podendo por conseguinte vibrar sob a influencia da passagem do ar, com um caixilho tambem metallico. As canulas laryngea, tracheal, e phonetica são furadas á mesma altura, de modo que os orificios coincidam, e o ar possa passar da trachea para a bocca; para isso, é a canula vocal munida de valvula que permite a aspiração, mas que se fecha durante a expiração. A canula phonetica é de prata, e as outras duas de *caoutchouc*.

Tem-se feito n'este aparelho muitas modificações ou simplificações segundo as disposições anatomicas individuaes, mas é sempre esta, pouco mais ou menos, a sua disposição geral.

Devemos confessar porém que os serviços prestados por elle não são muito grandes: produz difficuldades de respirar, por insufficiencia da passagem do ar, quando a lingueta vibrante se cobre de mucosidades; difficuldade de engulir, pelo cumprimento da canula laryngea, ou pela sua exagerada curvatura para traz; e som desagradavel de voz.

Valor operatorio da extirpação da larynge

E' gravissima a extirpação total da larynge cancerosa, pois quando não produz immediatamente a morte, põe sempre em grande risco a vida do doente.

Escusamos de fallar nos accidentes das feridas, em geral, que podem complicar tambem a ferida causada pela extirpação da larynge.

Como accidente causado pela propria natureza da operação, podemos indicar, nas primeiras horas immediatas, accessos de suffocação, devidos a mucosidades accumuladas na trachea, ou ao sangue que n'ella se tenha derramado.

Quanto aos resultados operatorios, é vulgar que sobrevenha a morte nos primeiros oito dias depois da operação, ou por hemorrhagia traumatica, ou por collapso, ou por embolia pulmonar, etc.

Mas as peiores complicações durante os primeiros quinze dias seguintes á operação, manifestam-se no aparelho respiratorio, devidas talvez á introducção de liquidos septicos nas vias respiratorias.

Alem d'isto, ha mais tarde accidentes do lado dos pulmões, verdadeiras pneumonias ou bronchopneumonias serodias, que só se manifestam algumas semanas e até alguns mezes depois, ou ainda

a inanição, pelo não restabelecimento da deglutição e pela dificuldade de alimentação pela sonda esophagiana.

Valor therapeutico. — Não é facil dizer-se a extirpação total preservará ao menos da reincidencia local regionaria e ganglionar, e se os poucos doentes operados, que resistem, tirarão grande beneficio da grave intervenção que soffreram.

A estatistica das extirpações totaes dos cancros e sarcomas, tomados em globo, dá-nos uma percentagem de 27 reincidencias locaes por 100 operações d'extirpação total.

Perto de $\frac{4}{5}$ dos operados succumbem, ou á operação e suas consequencias, ou á reincidencia.

A operação, porém, pode ser mais effcaz para o sarcoma, que para o cancro.

Indicações e contra-indicações da extirpação da larynge

Distinctos medicos teem regeitado quasi completamente a extirpação da larynge, em favor da tracheotomia palliativa, que em verdade não cura, mas allivia, e dá aos doentes uma sobrevivencia ás vezes notavel.

O cancro extrinseco da larynge, o que nasce

no limite das vias digestivas, é o peor de todos. Ataca os ganglios e ás vezes logo; infiltra-se profundamente e alastra-se com enorme rapidez. Contra elle, a extirpação da larynge pôde considerar-se inefficaz, porque, pondo mesmo de lado toda a questão operatoria, a reincidencia é quasi certa.

Quanto ao cancro intrinseco, é menos grave, diffunde-se mais devagar, invade menos vezes as glandulas lymphaticas, e com mais frequencia se localisa em metade do orgão. Em taes condições, a extirpação total ou parcial admite-se, excepto se estiverem tomados os ganglios, e se a doença se estendeu e forçou as barreiras cartilagosas.

Não devem nunca operar-se os doentes cachecticos ou affectados de lesões pulmonares, ou ainda os de avançada idade, para quem as condições são muito mais desfavoraveis. Se o cancro tiver invadido já o canal digestivo, é quasi impossivel esperar uma cura radical. Se porém o tumor fôr intralarynge, se os ganglios não estiverem presos, se ficou limitado ás cartilagens, não deve haver hesitações em operar, e quanto mais precoce fôr a operação, melhores devem ser os resultados.

A extirpação unilateral deve ser sempre preferida, sendo possivel, porque causa menos perturbações consecutivas da deglutição, e permite ás vezes o restabelecimento das funcções vocaes, sem necessidade de larynge artificial.

Perante a necrologia da extirpação, é sympathica a tracheotomia palliativa; mas não cura, e muitas vezes a situação do doente tracheotomizado é menos invejavel do que a do operado pela extirpação da larynge.

A tracheotomia e as operações palliativas deverão ser a regra, e a extirpação da larynge uma excepção.



TRACTAMENTO PALLIATIVO

Vê-se que é bem restricto o tractamento curativo dos tumores da larynge. Por isso é indispensavel quasi sempre recorrer a um tractamento palliativo, indicado pela apparição dos phenomenos graves do lado da respiração e da deglutição, ou pela exaggeração de certos symptomas penosos da doença.

1.º — INDICAÇÕES DADAS PELOS ACCIDENTES RESPIRATORIOS

A dyspnea é devida umas vezes ao proprio obstaculo causado pelo tumor maligno, e de ordinario então accentua se á medida que o mal se estende lentamente, e progressivamente; mas outras

a phenomenos de spasma da glotte e de edema da larynge. De todos os accidentes da doença, são estes os mais rapidamente graves, e os que demandam solução mais urgente.

E' então conveniente, e quanto mais cedo melhor, abrir ao ar uma via artificial pela tracheotomia.

A tracheotomia pôde ser necessaria em duas circumstancias differentes: ou quando se tracta de accessos de suffocação que é preciso sustar immediatamente, sob pena de morte; ou quando o doente accusa apenas uma dyspnea com esfalfamento, que permite um exame do estado local e geral. No primeiro caso, convém operar o mais depressa e o mais seguramente possivel; no segundo, pôde-se, segundo as lesões locais, abrir o tubo laryngeal tracheal em qualquer altura.

Teremos assim de praticar umas vezes a tracheotomia propriamente dita, outras vezes a laryngotomia intercrico-thyroidea.

Além da tracheotomia, ha outras medidas palliativas da dyspnea, como são as ablações palliativas de fragmentos do tumor facilmente accessiveis pelas vias naturaes; mas devem ser empregadas com grande circumspecção e prudencia, porque, quanto mais se toca em tumor de má natureza, mais elle tende a propagar-se, a progredir, e a provocar accidentes que talvez não sobreviessem tão depressa sem a intervenção intempestiva.

2.º — INDICAÇÕES DADAS PELAS PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

Os embaraços na deglutição começam de ordinario mais cedo nos casos de cancros extrinsecos e pharyngo-laryngeos do que quando o cancro se limita á cavidade da larynge. Tambem então se tornam mais depressa uma ameaça para a vida.

Póde diminuil-os a tracheotomia, quando são devidos ao edema, e á inflamação das partes molles; mas de certa altura em deante já assim não é, e torna-se então necessario intervir directamente, ou a deglutição seja excessivamente dolorosa, ou haja um verdadeiro aperto das vias digestivas.

Os unicos recursos que ha quando a deglutição dos liquidos se torna difficil, ou mesmo impossivel, são o catheterismo, com a sonda esophagiana, intermittente ou permanente, a extirpação da epiglotte pelas vias naturaes, ou ainda a gastrostomia.

3.º — INDICAÇÕES DADAS POR OUTROS SYMPTOMAS DOS TUMORES MALIGNOS

Os symptomas mais custosos para o doente são as dôres e a salivação; os mais graves são as hemorragias; o mais repugnante é o mau halito.

Ha contra cada um d'elles uma medicação paliativa, que os attenua, se não os extingue.

As dôres ás vezes são atrozes, ora provocadas pela deglutição, ora expontaneas.

Facilitada a deglutição, pela tracheotomia, ou supprimida pelo catheterismo, desapareceu o primeiro factor, ou diminue consideravelmente por isso mesmo.

Quando as dôres persistem e são expontaneas, temos á nossa disposição toda a serie de narcoticos, dos quaes o mais recommendavel de todos é de certo o chlorhydrato de morphina em injeções hypodermicas. E não ha que receiar d'essa applicação, visto que, não podendo curar, a primeira indicação é alliviar o doente.

Temos tambem as inhalações calmantes e os topicos compostos de pós ou de soluções narcoticas introduzidas profundamente, até á séde do mal. Muitas vezes pelos cuidados proprios se consegue diminuir a salivação, assim como a abundancia do cuspo ichoroso.

Recommendam-se tambem, para modificar estes estados, ligeiras cauterisações com soluções causticas fracas de nitrato de prata, de acido chromico.

O cheiro pode combater-se por meio de gargarejos e lavagens com soluções de permanganato de potassa, ou de qualquer outro antiseptico inoffensivo e inirritante.

Contra as hemorragias, a applicação d'uma especie de rolha embebida em perchloreto de ferro ou n'outro qualquer hemostatico poderá ser util, a não ser que se possam extrahir directamente, pelo galvano cauterio no tracheotomizado, as partes que dão causa ao escoamento sanguineo.

Todos estes meios, bem entendidos e variados segundo as indicações dadas por cada caso, e segundo tambem a maneira de ver de cada cirurgião, poderão bastantes vezes produzir um estado de saude muito toleravel até ao termo fatal.

Quando se produzirem phlegmões, abcessos, serão tractados como sempre, e furados logo que fôr preciso: ficam muitas vezes fistulosos, e as vegetações cancerosas fazem erupção pelo orificio artificialmente creado.

4.º — INDICAÇÕES FORNECIDAS PELO ESTADO GERAL

Conservar as forças do doente por todos os meios possiveis, pelos analepticos e pelos reconstituintes, é a missão do medico; não precisamos de insistir sobre isso.

Tal é o tractamento palliativo dos tumores malignos da larynge, ou porque se não pôde conseguir a cura radical, e houve reincidencias, ou porque desde todo o principio se estabeleceu.

Parece-nos bem que, depois de tudo o que te-

mos dito, podemos concluir que tem sido baldadas todas as tentativas de cura radical dos tumores malignos da larynge por operações cirurgicas, embora maravilhosamente combinadas; e que a tracheotomia e os meios que apontamos continuarão a ser o unico tractamento palliativo dos accidentes que elles provocam, emquanto lhes não podermos conhecer a origem e a natureza intimas, ou ao menos emquanto um diagnostico precoce e preciso nos não pèrmittir reconhecê-los logo no primeiro momento da sua apparição.

FIM.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A estrutura das arterias e das veias auxilia a circulação.

Physiologia—O systema nervoso é o regulador do calor animal.

Materia medica—A acção dos balsamicos sobre o catarho das mucosas é puramente local.

Pathologia externa—A extirpação é o principal meio a que se deve recorrer, quando a região o permitta, no tratamento do carcinoma quer como meio curativo quer palliativo.

Medecina operatoria—Em casos de fractura comminutiva complicada de forte esmagamento de tecidos molles, a cirurgia mutiladora é a unica a que deve olhar o pratico.

Partos—O diagnostico da gravidez extra-uterina é difficil.

Pathologia interna—Nos grandes derramamentos pleuríticos a indicação é dar sahida ao liquido, quer seja seroso, quer purulento.

Anatomia pathologica—O estado anatomo-pathologico do rim na albuminuria só póde rigorosamente ser revelado pela analyse microscopica da urina.

Hygiene—A mortalidade d'um povo está na razão directa dos tributos lançados aos alimentos de primeira necessidade.

Pathologia geral—O signal mais caracteristico das fracturas é a crepitação secca dos topos osseos.

Vista.

A. Placido da Costa

Póde imprimir-se.

O Conselheiro-Director,

Visconde d'Oliveira