

1134

João Pinto Junior

1903

N.º 3.

Breve estudo  
das otites

(Um caso de otite média purulenta)

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL



PORTO  
IMPRESA NACIONAL  
Rua da Picaria, 35  
1908

11515 EMC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedrativos

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

Lentes jubilados

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } José d'Andrade Gramaxo.         |
| Secção cirurgica . . . . . |                                   |
|                            | } Pedro Augusto Dias.             |
|                            | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } Vaga.                            |
|                            |                                    |
| Secção cirurgica . . . . . | } Antonio Joaquim de Sousa Junior. |
|                            |                                    |

Lente demonstrador

- |                            |         |
|----------------------------|---------|
| Secção cirurgica . . . . . | } Vaga. |
|----------------------------|---------|

ESCOLA MEDICA CIRURGICA DO PORTO  
ANTONIO LOPES DE MORAES CALDAS  
LICENCIADO EM MEDICINA  
Licenciado em Medicina

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

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

Se a otite média suppurada, não ou defeituosamente tratada, é, entre as affecções do ouvido, uma das mais communs, ella é seguramente a mais perigosa pelas complicações que determina e pelas lesões irreparáveis que arrasta, complicações muito graves para produzir a morte, lesões assaz pronunciadas para assegurar uma surdez completa.

Assim diremos como Troeltsch: «Citez-moi une autre cavité du corps humain qui, aussi étroite que la caisse du tympan, confine de toute part á des organes aussi importants.»

Muita gente não vê no corrimento do

ouvido, senão um simples derivativo e este prejuizo é as mais das vezes, senão sempre, a causa de affecções totalmente irreparáveis. O progresso deve luctar contra a velha rotina, e corrigir efficazmente este erro que tem os seus adoradores, defensores e especuladores.

Este prejuizo tem origem n'este facto; emquanto o corrimento existe, ouve-se bem e, por vezes, melhor ainda que depois de ter cessado o corrimento. Depois de ter acabado a secreção, o tecido connectivo de nova formação da mucosa, retrahe-se e fixa os ossinhos mais sólidamente, emquanto que a mobilidade volta com o corrimento.

O doente pouco preocupado da sua affecção prefere ouvir e ter uma otorrheia. Por vezes é o doente que procura dissimular o seu estado chronico e por pretendidas rasões sociaes recusa tratar-se. Uma outra rasão, é que não se vê o perigo senão no dia em que os accidentes se revelam e succedem aos symptomas puramente objectivos.

A otorrheia não sendo incompativel com a audição, pelo menos ao principio, o doente não vem consultar senão quando sobreveem os accidentes. Ficam ainda os tratamentos defeituosos. Ha medicos que julgam ter curado a doença, desde que acalmaram a dôr com injecções ou instillações medicamento-

sas, limitando assim bem parcamente a sua acção curativa. Algumas vezes é uma injeção irritante que prejudica o doente. E' só em face da chronicidade da doença que se procura um especialista, e não é raro ver chegar doentes com um corrimento datando de 8, 10, 20 annos e mais, procurando o conselho medico sem dar grande importancia á sua affecção.

D'esta fórma está a comprehender-se a utilidade de uma propaganda tenaz e duradoura, para que os prejuisos que adveem da ignorancia, sejam postos bem em evidencia.

Oxalá que este trabalho, por muito minguido, vá de alguma fórma attenuar um dos grandes males que torturam a humanidade.

## CAPITULO I

### **Etiologia**

A etiologia das otites compõe-se de causas predisponentes e causas determinantes.

As causas predisponentes compreendem causas de ordem geral e causas de ordem local.

Trataremos das causas geraes. E' preciso citar entre ellas, as doenças infecciosas. A via classica da infecção é a via vaso tubar. Nelter diz que os microbios podem parar nos capillares do rochedo, que pôdem vir da cavidade craneana por meio do lago lymphatico que envolve os nervos facial e auditivo na sua entrada no canal auditivo interno.

Diz ainda que, na maior parte das doenças infecciosas, existem determinações pha-

ryngeas constantes e, que se a bilateralidade frequente das otites, parece ter sido invocada em favor da sua origem pharyngea, ha uma rasão de grande valor que vem em favor da penetração dos agentes pathogénicos pelas trompas d'Eustachio — esses agentes que pôdem produzir otites teem sido encontrados em individuos sãos.

Qual o mechanismo da emigração dos microbios pelas trompas? A chegada do ar á caixa, no decorrer dos movimentos da deglutição, basta para arrastar os micro-organismos. Nelter admite que, na occasião da tosse, pôdem introduzir-se no ouvido médio escarros contendo microbios; mas diz também que, mesmo sem tosse, estes pôdem caminhar facilmente pela via salpingea. A infecção do ouvido médio pôde dar-se de outra fórma. Bezold sustenta que a otite que se observa no sarampo é o resultado de uma localisação do virus especial sobre a mucosa do ouvido e que tem a mesma significação que a conjunctivite, bronchite, etc. Garnault admite que a otite média pôde ser devida a uma propagação da infecção pela *scisura* de Glaser.

Pelos trabalhos de William, Milligan, Monsconst, sabe-se que os bacillos de Kock pôdem attingir o ouvido médio, quer pela via tubar, quer pelos vasos sanguineos e

lymphaticos da mucosa da caixa, quer por uma perfuração do tympano.

De todas as doenças infecciosas aquellas que mais gravemente atacam o ouvido médio são: o sarampo, a escarlatina, febre typhoide, tuberculose, syphilis, infecção puerperal e prenhez.

As doenças da nutrição, as affecções proprias de todos os systemas organicos, podem gerar tambem otites médias. Comtudo são menos importantes que as derivadas das doenças infecciosas. Von Troeltsch diz que, a otite média observada nos individuos com o mal de Bright, deve ser attribuida ao excesso de tensão vascular intra-aortica. Nelter assignala, pela primeira vez, a frequencia da otite nos athrepsicos. As autopsias de Troeltsch demonstraram a frequencia das otites médias purulentas nos recém-nascidos. Klebs, Moos indicaram que nas meningites a infecção podia propagar-se atravez da sutura petro-escamosa.

Durante a primeira infancia, esta sutura está largamente aberta e em communicação com a cavidade do ouvido médio. A hereditariedade desempenha um papel importante. Assim Valleroux e Troeltsch, referem ter visto, em certas familias, diversas creanças attingidas de *catarrhos tympanicos* identicos. O frio tem um valor etiologico limitado.

Encontram-se diariamente exemplos em que o arrefecimento domina sem duvida a etiologia, todavia parece actuar sobre um terreno em que está semeado o germen. A humidade, as mudanças bruscas de temperatura teriam um papel importante na producção da otite catarrhal observada em certos individuos, particularmente na primavera e no outono.

Vejamos as causas predisponentes de ordem local. As vegetações adenoides, ou a hypertrophia da amygdala são uma causa importante. Determinam phenomenos de obstrucção, cobrindo os pavilhões tubares e determinando facilmente a propagação da infecção. O catarrho naso-pharyngeo agudo determina tambem manifestações auriculares. A maior parte das affecções do nariz e da pharynge são susceptiveis de determinar a otite aguda. A corysa aguda ou rhinite idiopathica propaga-se por vezes ao sacco lacrymal ou aos seios, e propaga-se tambem ao ouvido médio.

A angina *catarrhal* aguda, e phlegmonosa pódem tambem dar logar á otite média. Abordaremos agora o estudo das causas determinantes. Comprehende essencialmente o estudo dos differentes microbios encontrados n'estas affecções. O estudo da bacteriologia das otites é de data recente.

Nelter a quem são devidas as primeiras investigações bacteriologicas feitas em otologia dizia que a otite média não é uma doença unica, sempre devida ao mesmo micro-organismo. Ha muitas especies de otites, tendo cada uma um microbio particular. Cada uma d'estas especies apresenta caracteres especiaes em relação com as propriedades dos microbios que lhes deu origem.

Cada microbio dá com effeito á otite média um caracter particular. Assim a otite devida ao pneumococo de Talamon Fraenkel é brusca e, algumas vezes, muito grave pelas suas complicações. A otite toma um aspecto especial sob a influencia do bacillo de Kock.

Este facto permite distinguir a otite tuberculosa das otites não tuberculosas.

A tuberculose do ouvido, negada por muitos, era já acceite por muitos auctores. A par de Lebert, de Troeltsch, de Hardy e Behier que negam a tuberculose do ouvido, apparece Grisolles, Ménière, Wilde, Tassel, Rilliet, Barthez e outros que affirmam a existencia de lesões tuberculosas.

Estas affirmações foram mais tarde plenamente confirmadas pela descoberta do bacillo de Kock. Foi Eschle que verificou o bacillo nas secreções do ouvido. Wolf ve-

rifica que a tuberculose miliar aguda pôde produzir rapidamente a necrose da cadeia dos ossinhos; para elle a tuberculose tem uma influencia, cujas manifestações são quasi tão frequentes como as da grippe. Krepuska cita um caso de tuberculose miliar primitiva do tympano com carie consecutiva do rochedo. Schwartzze declara que a tuberculose primitiva do ouvido médio é uma affecção muito rara, de diagnostico reservado, mas admitte a tuberculose secundaria do ouvido.

\*

\*

\*

Vejamos como os bacillos tuberculosos entram na caixa. Milligan diz-nos que podem entrar no ouvido médio por muitas vias: pela trompa de Eustachio, pelos vasos sanguineos e lymphaticos, pelo canal auditivo externo quando ha perfuração do tympano.

A trompa de Eustachio parece ser o logar de passagem mais frequente para os bacillos de Kock. Nos tuberculosos a trompa é permeavel e em contacto, pela extremidade pharyngea, com os escarros e mucosidades dos bronchios e pulmões. Esta cavi-

dade é rica em bacillos de toda a especie. Fraenkel encontrou o bacillo de Kock 10 vezes em 50 tuberculosos. Os bacillos invadem os espaços lymphaticos, e determinam ali lesões superficiaes e profundas; a mucosa apresenta sempre ulcerações e assim se pôde admittir a localisação primitiva da tuberculose n'esta cavidade.

Pelo que diz respeito aos vasos sanguineos e lymphaticos, a experiencia demonstrou que as suas paredes pôdem ser invadidas pelo processo tuberculoso e que o sangue pôde propagal-os por todo o organismo. Para affirmar a natureza tuberculosa de uma otite média é preciso ter verificado a presença do bacillo no pus e nas diversas partes que constituem a caixa; a otite tuberculosa não o é senão sob esta condição, porque embora um doente esteja attingido de tuberculose pulmonar, não se conclue que toda a otite seja de natureza tuberculosa.

Pôde produzir-se uma simples otite média catarrhal, com o microbio banal de inflammção. Toda a otite de um tuberculoso não é necessariamente tuberculosa. Comtudo, embora não se encontre o bacillo de Kock, a otite pôde ser tuberculosa. D'esta forma é necessario fazer a cada passo o exame bacteriologico.

Se o exame microscópico não é seguro, se acreditamos na possibilidade da tuberculose, recorreremos ás inoculações.

Hoje é ainda difficil saber exactamente qual a frequencia das otites médias tuberculosas, entre os tuberculosos. As estatisticas que existem, são baseadas em dados muito hypotheticos, e não satisfazem.

Comtudo, não se errará muito, dizendo que 30% das otites médias são tuberculosas.

Dos estudos feitos nos ultimos annos sobre os microbios do pus da otorrheia resultam conclusões de larga importancia. Os microbios da otite aguda differem dos microbios da otite chronica, os primeiros desaparecem e são substituidos pelos segundos. Esta passagem faz-se insensivelmente.

Dois micro-organismos existem na otite aguda, o pneumococo que, segundo Zaufal, se encontraria sobretudo nas otites graves e intensas, e o diplococo de Fraenkel que para o mesmo auctor, teria um papel importante na producção das meningites; os microbios da suppuração são em pequeno numero. Na otite chronica pelo contrario, encontram-se o streptococo e o staphylococo. O microbio das suppurações chronicas seria o spreptococo; a elle seriam devidos os principaes accidentes vistos em seguida a otites

suppuradas, abcessos, infecção geral, thrombose dos seios, meningite.

A presença d'este agente teria pois um valor prognostico consideravel. Existe muitas vezes na pharynge e, d'essa fórma, explicava-se a sua entrada na trompa. A identidade do streptococo pyogénico e o da erysipela foi demonstrada por Fraenkel; viu-se, com effeito, a erysipéla da pharynge dar lugar a uma otite e a uma otite succeder uma erysipéla da pharynge. O streptococo foi encontrado frequentemente nas cellulas epitheliaes dos cholestéatomas, corroe o periosseo e os ossos, aloja-se no osso cariado, penetra nas veias e vae levar a pyohémia, depois de ter produzido necroses e phlébites. Recentemente Sermoyer e Helma, publicaram um trabalho em que tendem a admittir que a chronicidade é devida ao staphylococo e principalmente ao staphylococo pyogeneus albus. O bacillo da tuberculose deve entrar tambem como factor importante na chronicidade do corrimento. Alem dos tres micro-organismos que teem um papel importante nas otorrheias chronicas temos ainda: o bacillo tenuis, micrococus tetragenes, bacillus pyocyanus, oïdium albicans, o bacillo saprogenico de Rosenbach, proteus vulgaris de Hamer. O streptococo e staphylococo são pois os dois grandes

factores do corrimento chronico, mas só as culturas nos pôdem dizer d'uma forma segura, qual o agente causal. Estes germens infecciosos pôdem chegar á caixa por quatro vias: o sangue, a trompa de Eustachio, o tympano e cavidade craneana (sutura pétro-escamosa). Mas dois sobretudo merecem fixar a nossa attenção; a via tubar e a via tympanica.

Resulta das investigações de Nelter que os streptococos, staphylococos e pneumococos existem muitas vezes na bocca e trompa. Os microbios pôdem tambem entrar pela perfuração tympanica, e assim o nosso illustre professor snr. Dr. Roberto Frias fazia gosar um grande papel ao algodão que se põe no ouvido. E' assim que se explica a volta das suppurações já extinctas, e o augmento dos corrimentos persistentes.

A necessidade de fazer a asepsia do canal auditivo, e das cavidades buccal e tubar é evidente e, como veremos, o tratamento racional da otorrheia repousa em grande parte sobre as lavagens antisepticas d'estas regiões.

Novas investigações poderão lançar mais luz sobre a pathogenia d'esta affecção e que ella se faça em breve, que com isso terá a lucrar a humanidade soffredora.

## CAPITULO II

### **Symptomatologia**

Os symptomas differem na fôrma aguda e na fôrma chronica.

Assim as dôres na forma aguda são leves, intermittentes, podendo até passar despercebidas; ha só sensação de tensão do lado do ouvido doente. E' um mal-estar que apparece ou augmenta sob a influencia do frio, do ar, ou de outra qualquer causa. Na fôrma chronica a dôr é quasi nulla; o doente sente mais uma sensação de obstrucção que uma verdadeira dôr.

Esta dôr, pouco intensa, é mais caracteristica da otite tuberculosa, do que das otites devidas a streptococos ou pneumococos em que a dôr é muito intensa.

Os ruidos subjectivos na fórma aguda teem uma grande intensidade. Os zumbidos, os assobios, apparecem quer intermitentemente de dia ou á noite, quer de uma fórma continua. Na fórma chronica os ruidos subjectivos são muito variaveis. Ao principio ha apenas leves zumbidos. Mais tarde póde sentil-os por vezes, mas não são continuos e não teem a intensidade da fórma aguda. Quando a fórma chronica succedeu logo á fórma aguda, os ruidos subjectivos desaparecem, desde que começa o corrimento. Quanto á audição na fórma aguda, não chega a manifestar-se a surdez propriamente dita, mas a audição é diminuida. Por pouco que a affecção se prolongue, sobretudo quando se haja formado um exudato na caixa, a mobilidade dos ossinhos diminue, os ruidos subjectivos augmentam, o ouvido enfraquece, torna-se mais duro, mas sem produzir uma surdez absoluta. Na fórma chronica a audição é geralmente alterada. Em alguns doentes ha só diminuição da funcção auditiva, ainda mesmo que os ossinhos tenham desaparecido. Outras pela menor infiltração da mucosa, a funcção é quasi abolida. Tudo isto depende da extensão da infiltração, das lesões dos ossinhos, das alterações dos musculos do martello e do estribo, porque a audição ainda

que incompleta pode voltar, e ser algumas vezes sufficiente. Todas as vezes que a mucosa sclerosada sobre a parede labyrinthica cerca o estribo ou fecha a janella oval ou a janella redonda, ou que a carie destroe estes mesmos orificios e attinge o ouvido interno, o ouvido está totalmente perdido.

Na fórma aguda a auscultação dá-nos ralas humidas devidas ao exudato. Desapparecem em breve para dar lugar a um sopro que se torna cada vez mais rude á medida que o exudato se reabsorve. Se está só deprimido, sem adherencias na caixa, nem ankylose dos ossinhos, o tympano toma ordinariamente a sua posição primitiva.

Quando ha adherencia do tympano á parede labyrinthica e ankylose dos ossinhos, ouve-se um estalido secco devido ao deslissamento das bridas fibrosas da caixa e algumas vezes á ruptura de algumas mais recentes. Pelo contrario a auscultação póde ser negativa se a ankylose é completa.

A penetração de ar na caixa suavisa o doente, comtanto que as adherencias não sejam muito antigas. No momento da deglutição, o doente percebe pequenos estalidos no ouvido, devidos ao movimento do ar e de mucosidades na trompa e na caixa. Na fórma chronica a auscultação dá-nos sibilos, que nos revelam ao mesmo tempo a permea-

bilidade da trompa, e a perfuração do tympano. Se o ar passa através da caixa cheia de pús, ouve-se á auscultação um gorgolejo devido a ralas mucosas.

O exame otoscopico na fórma aguda mostra-nos algumas vezes o tympano com a sua transparencia normal. Outras vezes apparece-nos turvo e levemente opaco, tendo perdido o seu aspecto brilhante, e o cabo do martello apresenta-se velado. Em volta da apophyse externa do martello, nota-se grande espessura e enorme vascularisação. Quando as adherencias estão formadas, attrahem o tympano, deprimem-no, de fórma que o ramo vertical da bigorna póde soldar-se á parede labyrinthica e o cabo do martello dirigir-se horisontalmente para dentro e parecer retrahido.

A adherencia do tympano ao promontorio póde fazer hesitar, se o que se vê é o tympano ou a parede interna da caixa. Na fórma chronica o exame otoscopico mostra-nos algumas vezes o canal auditivo cheio de pús e de mucosidades que é preciso tirar para vêr a caixa. Na fórma aguda o tympano existe inteiro, apenas com differença de coloração. Na fórma chronica é espesso palido ou acinzentado. Apresenta sempre, muitas pequenas perfurações, algumas vezes obturadas por mucopus.

Mais tarde, veem-se as perfurações ganharem em superficie reunirem-se, formando uma unica perfuração mais larga, e abrangendo quasi todo o tympano. O que ha de caracteristico é que estas perfurações são indolores. Atravez das vastas perfurações tympanicas vê-se a caixa e os ossinhos. A mucosa apresenta-se infiltrada, chegando esta infiltração a occupar toda a caixa.

Apresenta tambem por vezes ulcerações. Pouco a pouco as lesões ultrapassam a mucosa e estendem-se a todo o systema osseo da caixa. Se as lesões continuam, ellas podem estender-se ao ouvido interno.

Os symptomas que denunciam o avanço das lesões são os seguintes: os ruidos subjectivos, zumbidos, sibilos, predominam e attingem uma grande intensidade. As vertigens e nauseas são frequentes. A surdez é completa e a conductibilidade ossea é absolutamente nulla. Além d'isso ha quasi sempre cephalalgia, insomnia, excitação cerebral.

### CAPITULO III

#### **Diagnostico e prognostico**

Abstrahindo a meningite que pôde por vezes confundir-se com a otite média aguda, por isso que os phenomenos morbidos attingem por vezes uma intensidade igual, nós abordamos o character especifico da affecção que não pôde revelar-se por um simples exame otoscopico. Assim recorremos ao exame bacteriologico. A otite média aguda devida ao streptococo ou ao staphylococo é muito dolorosa, e dá origem a pus dentro da caixa, do qual se veria o nivel atravez do tympano. A dôr é forte, ha agitação, delirio, febre, depois o tympano arqueado perfura-se e o pús escoo-se para fora. A affecção cederia bruscamente.

Na pneumococica, o principio é muito

brusco e violento, a otite é dolorosa e supura a breve espaço. Na sclerose da caixa, os sibilos e os zumbidos do ouvido dominam, mas o tympano é acinzentado, de aspecto floconoso, por vezes em depositos calcareos. Os zumbidos são tambem muito violentos na otite syphilitica, mas o tympano apresenta uma coloração azulado-escura, característica, e podendo ceder ao tratamento especifico. A otite média tuberculosa aguda é simplesmente exudativa com symptomas leves, desaparecendo no fim de algumas semanas, até que o corrimento nos vem dar um diagnostico mais ou menos seguro.

Todas as vezes que apparece uma otorrheia, cujo principio passou ignorado, mas que é rebelde a todo o tratamento, quando, ao exame otoscopico, se encontra uma vasta ulceração do tympano, de bordos macerados, quando a mucosa da caixa está infiltrada, fungosa ou ulcerada, quando os ossinhos estão cariados, apresentando vastas lesões, sem que tenha havido dôres vivas, febre elevada, poderemos affirmar que se trata de uma otite média tuberculosa, e investigaremos o bacillo. A otite média chronica streptococica ou staphylococica é sempre brusca e dolorosa. Na otite média chronica pneumococica o principio é talvez mais brusco e mais doloroso.

Só na otite média chronica tuberculosa, é que a dôr falta por completo. Se por acaso, o doente sente alguma dôr, devemos ligal-a a uma infecção secundaria, porque não ha outra doença que, apesar de uma marcha tão indolente, faça destruições tão vastas no ouvido médio e partes visinhas.

**Prognostico.** — A otite média é sempre uma affecção seria.

Nas creanças as lesões produzidas arrastam por vezes a surdez; nos adultos uma diminuição notavel de acuidade auditiva. A fórmula aguda não apresenta por si mesmo grande gravidade, mas se notarmos que ella termina quasi sempre na fórmula chronica, poderá concluir-se que o prognostico é sempre desfavoravel. Accrescentemos ainda que as lesões podem vir uma ou duas vezes em seguida e que d'esta fórmula as lesões podem progredir. As fórmulas chronicas podem durar muito tempo. Assim a otite média tuberculosa chronica pôde durar muitos annos. Segundo observações conhecidas, pode-se fixar a duração da affecção em 8, 10 e mesmo 20 annos.

Devido á chronicidade da affecção, podem as remissões durar muitos annos e o estado geral ficar por muito tempo satisfactorio. Em geral, todas as vezes que na

evolução da tuberculose o processo fibroso sobrepuja o processo caseoso, pode-se esperar, senão a cura, pelo menos uma melhora longa e sensível; mas existe sempre um certo grau de surdez. A cura pôde ainda obter-se depois da eliminação dos sequestros que veem das paredes cariadas ou dos ossinhos e em geral ha mais probabilidades de a obter quando mais perto estamos do principio da affecção.

## CAPITULO IV

### **Tratamento**

Faremos em primeiro logar um tratamento geral.

Em face das relações intimas que teem as affecções da pharynge nasal e as doenças da caixa, trata-se em primeiro logar das lesões pharyngeas. As fumigações, as pulverisações, as irrigações nasaes são sempre uteis. Em certos casos, a ablação das amygdalas e a secção da uvula estão indicadas. Se a otite média está em principio, as sanguisugas, ventósas, banhos calmantes poderão dar resultado. Comtudo, quando as dôres augmentam, deve fazer-se immediatamente a paracenthése do tympano. Desde que o corrimento se estabelece, fazem-se

lavagens do ouvido. Se as dôres persistem empregam-se soluções calmantes. Quando as dôres acalmem, faremos lavagens com soluções astringentes, taes como sulfato de zinco, tannino, bismutho, acido phénico, etc. Os revulsivos applicados sobre a apophyse mastoideia constituem uteis adjuvantes. Para actuar efficaçmente sobre a mucosa da caixa, praticam-se duches de ar, dada a permeabilidade da trompa. Se a trompa estiver obstruida e a perfuração do tympano é estreita e situada em logar elevado, augmenta-se o orificio e dirigimol-o para um ponto mais inferior. Evita-se assim a propagação ás cellulas mastoideias. Nos casos mais favoraveis, a suppuração diminue pouco a pouco; a perfuração pôde chegar a obliterar-se. Segundo as alterações produzidas na caixa durante a primeira phase, a audição volta em parte ou fica perdida para sempre. As substancias medicamentosas empregadas podem ser reduzidas a tres grupos: os astringentes, os antisepticos e os causticos. A caixa encontra-se ordinariamente cheia de pus mais ou menos espesso; deve-se pois fazer a sua limpeza, quer pelo cathéterismo, quer por meio de injecções pela trompa, quer por injecções externas. O sublimado tem sido empregado com successo. Uma solução de vinte e cinco

centigrammas por litro é sufficiente. Estas injeções devem ser frequentes e abundantes; devem ser tépidas e com pressão moderada. Para evitar as feridas do canal, a pèra de cautchouc é preferivel á seringa de vidro. Depois de cada injeção deixa-se cahir no ouvido seis a oito gottas do seguinte preparado :

Oleo de vaselina	15 grammas
Salol	} aa 0,03 cent.
Resorcina	
Salicylato de bismutho	

depois applica-se um pequeno tampon de algodão. Este oleo, ao mesmo tempo que assegura a antisepsia da caixa, oppõe-se á entrada das bacterias.

A injeção que segue costuma tambem dar bons resultados :

Hydrato de chloral.....	6 grammas
Borax.....	4 "
Agua.....	1 litro

Juntamente com estas injeções, devem fazer-se irrigações do nariz e dúches da garganta sobretudo se ha inflammação d'estas cavidades. Poder-se-ha empregar a resorcina a  $1/1000$ ; o naphtol a 0,05 por litro; o salicylato de sóda, uma colher de café por litro. Os adstringentes e os causticos são

uteis, quando a suppuração augmenta e ha uma hyperemia da mucosa com granulações. Empregou-se o acetato de chumbo, o sulfato de zinco, etc.; o chloreto de zinco dá tambem bons resultados. Os pós teem o inconveniente de formar uma massa com o pus e oppor-se á sua sahida. E' bom alternar as differentes injecções.

Ha um ponto sobre o qual todos os otologistas estão de accordo, é a influencia perigosa da agua fria. A hydrotherapia sob todas as fórmás, os banhos do mar devem ser rigorosamente proscriptos; pelo contrario a medicação thermal é bastante util.

As regiões marítimas, pela actividade maior que dão ao organismo, conservam as otorrheias que se tornam não só incuraveis mas ainda se aggravam e dão logar a complicações mastoideias.

Os valles, os climas frios e humidos, as estações de inverno aggravam-nas tambem; o ar secco das montanhas, os climas quentes favorecem pelo contrario a cura. Emfim as habitações cuja hygiene é defeituosa não convem á esta doença, e certas profissões devem ser prohibidas. Os esforços violentos, augmentando a pressão athmospherica dentro da caixa, podem impedir a cicatrisação tympanica; por este motivo deve-se evitar o assoar muito fórte.

A perfuração não se fecha sempre, mas o ouvido soffre pouco se as lesões não forem profundas. Tres causas teem um longo papel na prolongação da otorrheia e todas ellas necessitam de um tratamento medico, são: as granulações da caixa, as inflammações naso-pharyngeas, e o estado geral do individuo.

**Tratamento cirurgico.**— Physiologicamente póde prever-se que os doentes attingidos de otite possam ser melhorados por uma intervenção cirurgica. Os resultados clinicos obtidos provam-nos que os doentes podem tirar proveitô de uma operação.

Mas a par d'estes casos felizes, ha outros e numerosos, em que toda a intervenção fica quasi inutil. E' curioso ver que as melhoras são obtidas, por assim dizer ao acaso, quer para uma simples paracentése do tympano, quer para uma operação qualquer mais complicada que, praticada uma segunda vez pelo mesmo cirurgião ou por outro, não deu nenhum resultado, ou até um resultado deploravel, em casos que parecem identicos. Parece que muitas vezes a operação não actua melhorando directamente as condições pelas quaes o som é transmittido, mas provocando uma irritação diffusa da caixa sob a influencia da

qual se produz, provavelmente, quer uma reabsorpção dos productos d'exudação, quer uma verdadeira acção dynamogénica sobre o ouvido interno. Esta ultima hypothese permite-nos comprehender perfeitamente ao mesmo tempo, a inconstancia dos resultados e a sua instabilidade.

Permite-nos egualmente comprehender os casos aparentemente paradoxaes, nos quaes uma operação sobre o ouvido médio praticada em um individuo de conducção ossea fortemente diminuida, póde augmental-a e legitimar até um certo ponto a conducta dos cirurgiões que não param em face do mau estado do labyrintho e do nervo acustico, quando se trata de intervir sobre o ouvido médio d'um surdo. Além d'isso, operando sobre o ouvido médio, não sabemos nunca exactamente até que ponto vamos modificar as condições de pressão no ouvido interno, e não podemos pois nunca avançar que não actuamos indirectamente, mas materialmente sobre o labyrintho.

De mais a região do ouvido é a séde de reflexos ainda mal estudados e não sabemos que papel elles gosam nas modificações consecutivas ás operações. Se por outro lado estudarmos os resultados das autopsias, relativamente raras, de ouvidos de individuos, tendo apresentado symptomas de otites,

encontramos o mesmo vago, a mesma incerteza.

Para bom entendimento da operação que a doente da nossa observação soffreu farei breves considerações sobre as regiões que estão sob o dominio da operação de Stacke. A suppuração diffusa da apophyse mastoideia coincide por vezes com o catarrho suppurado da caixa. A apophyse mastoideia póde ser considerada como um appendice ou um diverticulum da caixa pelas cellulas que contem e pela connexão que existe entre as duas mucosas. Assim a inflammção d'uma cavidade communica-se muito facilmente á outra. Estas duas partes estão reunidas por um canal (canal pétromastoideo de Sapgez, antro petroso de Poirier) formando o antro mastoideo. Este canal, dirigido obliquamente de baixo para cima e detraz para diante vem abrir-se na parte postéro-superior da caixa tympanica. A mucosa d'esta região confunde-se intimamente com o periosseo, e d'esta forma a sua inflammção reage inevitavelmente sobre a nutrição ossea.

Da configuração anatomica d'estas duas regiões resulta que toda a mastoidite prolongada contribue ou póde contribuir com uma larga parte para a continução da otorrheia.

A otite média suppurada é a causa quasi constante da inflammação das cellulas mastoideias, e, em quasi todas as suppurações do ouvido médio, a mucosa das cellulas e do antro soffre alterações pathologicas simultaneas. Todas as causas que favorecem a retenção do pus na caixa concorrem para esta inflammação. A estagnação do pus na apophyse mastoideia produz depressa a alteração do osso. Muitas vezes dá-se a carie da apophyse, a inflammação prolonga-se e o pús procura sahir para fóra; pelo decubito sobre o lado doente, póde ser recalçado para a caixa, mas não é a forma mais habitual e o seu contacto permanente com as cellulas osseas vae alterando o tecido. Esta destruição poderá fazer-se adeante e produzir uma communicação mais larga entre a caixa e a apophyse, poderá fazer-se no exterior e produzir uma fistula. E' talvez o caso mais favoravel. Se a destruição se faz adeante o pus chega á caixa e então duas vias estão abertas; pode descer pela trompa para a garganta, e é o caso menos frequente; outras vezes com o tympano já perfurado por uma otite média preexistente, o pus escoá-se pelo canal auditivo externo. Se a abertura se faz para o exterior, ha em breve fluctuação na região mastoideia e sente-se com o dedo o rebordo osseo que limita a destruição, for-

ma-se uma abertura e o pus escoo-se para fora. A estas fistulas podem succeder uma carie ossea e uma cellulite mastoideia que passa ao estado chronico. O pus pode sahir pela parede posterior do canal auditivo, porque as cellulas mastoideias correspondem directamente a esta parede. Emquanto subsistir a suppuração da apophyse, subsiste quasi sempre a otorrheia, porque a mucosa da caixa continua-se directamente com a das cellulas e participa da inflamação d'esta ultima. A cura espontanea pode ter logar; mas em presença dos perigos, que a suppuração d'esta região pode occasionar e na impossibilidade de prevêl-os, devê-se intervir como se dêsse a pypothese mais desfavoravel. Loevenberg, no congresso de Cirurgia de 1885, propoz um tratamento medico; comtudo todas as vezes que o tratamento cirurgico fôr possivel é preferivel empregal-o porque, apesar de todas as improbabilidades, offerece mais garantias de exito. E' preciso intervir depressa, logo que o pus seja reconhecido; (l'indication est formelle et ne parait souffrir aucune exception). disse Duplay. E' preciso abrir largamente a apophyse e ir direito ao antro. A incisão de Wilde, feita profundamente e interessando o periosseo, não encontra indicação senão no caso d'ostéo-periostite ou d'abcesso

e não impediria o pus de derramar-se nas regiões perigosas e faria perder muito tempo. Se existe uma fistula é necessario augmental-a, impedir de fechar muito depressa e favorecer o escoamento.

Instrumentos variados teem sido propostos para abrir a apoplexy (trepano, prefurador, etc.) o trepano é geralmente adoptado. Os processos operatorios são numerosos e a anatomia n'estes ultimos tempos, prestou grandes serviços á technica operatoria d'esta região.

Podemos dividil-os em dois grupos, os que se dirigem ao antro e os que se dirigem ao mesmo tempo á caixa. A operação de Stacke corresponde a esta ultima indicação. Deve-se fazel-a quando ha ao mesmo tempo osteite dos ossinhos, da caixa e sobretudo suppuração antiga da parte superior da caixa, o altico cuja suppuração é muito longa.

**Operação de Stacke.** — A operação de Stacke consiste em abrir o altico pelo canal, abatendo o parede ossea de Walb ou muro osseo. A incisão cutanea é traçada no sulco retro-auricular. Mede toda a altura da apoplexy e recurva-se acima do canal.

A incisão é levada em um tempo ao osso dividindo o periosseo. A desnudação ossea que se leva fundo abaixo e atraz da

apophyse. O pavilhão é levado para diante de forma a luxar completamente para fóra do canal osseo o canal membranoso já descollado. Depois de alguns momentos de tamponage com uma mécha de gaze aseptica, vê-se com grande nitidez o canal, os restos do tympano, tira-se com a pinça o martello, e procede-se á operação ossea. A trepanação do altico, praticada fóra de toda a trepanação da apophyse resume por assim dizer a operação. O protector de Stacke é introduzido no orificio tympanico, e o bico é enterrado no altico, obliquo para cima e para fóra, detraz da parede ossea de Walb.

E' no angulo postero-superior do canal, abaixo da crista sub-mastoideia, para dentro e acima da espinha de Heule, que se applica a rugina cuja gotteira, mais ou menos larga, deve adaptar-se pouco mais ou menos á concavidade do canal; o cortante deve entrar francamente no canal, muito profundamente, e sobre o protector quebra-se a parede ossea da profundeza para a superficie, por lascas successivas. E' a forma prudente de proceder. E' só em face d'um grande habito de intervir que se póde applicar a rugina contra a espinha de Heule, isto no bordo do canal, e com alguns golpes de maço, fazer saltar d'um bloco a parede postero-superior do canal. O altico é

aberto, e, n'este tempo operatorio, nenhum órgão corre perigo. Quando é preciso chegar ao adito para o explorar e abrir, assim como ao antro, é então necessario operar com precaução. Depois da ablação do muro osseo, caixa e altico são abertos largamente no fundo do canal.

Com a cureta estreita e longa, tira-se a bigorna, depois as fungosidades que enchem a caixa, e, no lugar em que se encontrava o curto ramo da bigorna, ve-se o adito. Então pratica-se a trepanação retrógrada do adito e do antro, guardando com o protector, o facial e canal semi-circular. O bico do protector é mettido, quasi transversal, mas um pouco obliquo para cima e para fóra, na entrada do adito e acima d'elle, para a abóbada, augmentando um pouco a brécha; póde-se então dirigil-o para baixo e para fóra, para o fazer penetrar no antro, e abre-se o adito, depois o antro, depois as cellulas diversas. Em seguida á operação de Stacke, o canal membranoso é fendido de cima para traz até á concha, depois é reintegrado no canal osseo e comprimido contra elle por um tampão de gaze iodoformada, com uma mecha bem apertada, levada até ao fundo da caixa. A ferida retro-auricular é suturada, e os pensos ulteriores são feitos pelo canal.

## OBSERVAÇÕES

### OBSERVAÇÃO (PESSOAL)

#### **Otite média com suppuração antiga. —**

Maria Joaquina, solteira, de 20 annos, natural de S. João da Foz, entrou para o hospital a 11 de janeiro de 1902, queixando-se de dõres no ouvido esquerdo e corrimento pelo mesmo e por uma fistula existente na região mastoideia.

**Antecedentes hereditarios.** — O pae morreu no mar; não se recorda d'elle a doente. A mãe tem 45 annos e soffre de lithiase biliar. Teve 6 irmãos dos quaes um nasceu morto e outro, contando apenas alguns annos, morreu não sabendo de que; os tios gosam de boa saude.

**Antecedentes pessoais.** — Teve ha dois annos uma febre typhoide.

**Historia da doença.** — Aos 14 annos, apoz uma corysa começou a sentir dôres no ouvido esquerdo com zumbidos e diminuição da audição. Ao mesmo tempo a região tumefez-se, as dôres augmentaram.

Pouco tempo depois, estabeleceu-se um corrimento purulento e assim esteve uns 2 mezes. Depois melhorou mas desde então ficou a soffrer sempre d'um ouvido com alternativas de melhoras e aggravamento.

As dôres e o corrimento augmentaram por varias vezes, apesar das lavagens anti-septicas de que começou a fazer uso. Ha dois annos tinha entrado n'este hospital, onde lhe fizeram operação a um abcesso mastoideo.

**Exame da doente.** — Na occasião em que foi examinada a doente estava apyretica e nada apresentava de anormal nos principaes aparelhos que tambem exploramos. Queixava-se de dôres no ouvido irradiando para toda a metade correspondente da face e do craneo. O pus corria pelo ouvido e por uma fistula situada na base da apophyse mastoideia e era abundante e fluido. O exame otoscopico mostrou a ausencia da mem-

brana do tympano e a inflammação suppurada da caixa. A fistula da região mastoideia tinha communição com o ouvido. O estylete não entrava pela fistula até ao ouvido, talvez em virtude das sinuosidades do trajecto.

**Diagnostic.** — O nosso diagnostico foi de otite média chronica com mastoidite. A fistula da apophyse era mantida pela suppuração rebelde que resultava da carie das cellulas e provavelmente das paredes osseas da caixa.

**Prognostico.** — As complicações das otites médias são terriveis pelos accidentes cerebro-meningeos a que podem dar origem. O prognostico é pois reservado, por quanto a longa suppuração e a carie podem determinar d'um momento para outro taes accidentes.

**Tratamento.** — Na esperanza de parar a suppuração e acalmar as dôres fizemos durante bastante tempo lavagens antisepticas e applicamos topicos calmantes. Em face do nenhum resultado obtido, fez-se a operação de Stacke.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — O appendice vermicular é um órgão perigoso.

**Physiologia.** — A acção da saliva é mais physica do que chimica.

**Pathologia geral.** — O cafeismo é um dos accidentes menos frequentes e mais benignos.

**Anatomia pathologica.** — A presença das falsas membranas não basta para o diagnostico da angina diphtérica.

**Therapeutica.** — A medicação purgativa é quasi sempre necessaria.

**Pathologia externa.** — Nas feridas por esmagamento aconselho a injeção do sôro anti-tetânico.

**Pathologia interna.** — E' impossivel affirmar antes da thoracanthése, se uma pleurezia é hemorrhagica ou séro fibrinosa.

**Medicina operatoria.** — A dilatação gradual é, em geral, o melhor tratamento dos apertos da urethra.

**Obstetricia.** — A syphilis é uma causa frequente de aborto.

**Medicina legal.** — As manchas de Tardieu, indicam quasi sempre a morte por asphyxia.

**Hygiène.** — A circumcisão devia ser obrigatoria.

---

Visto,  
*Illydio Valle,*  
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,  
*Moraes Caldas,*  
DIRECTOR.