

Vasto cholesteatoma da orelha media; phlebite do seio lateral; abcesso subdural na fossa cerebellosa. Operação. - Cura.

Professor Victor de Britto

OBSERVAÇÃO (1)

"J. C. L., creador, 19 annos, branco, solteiro, natural deste Estado, apresenta-se á minha consulta particular no dia 9 de setembro de 1918.

Antecedentes. Aos tres annos de idade foi accommettido de intensa inflamação suppurativa do quivido direito, seguida de surdez. A supuração tomou a fórma chronica, com alternativas de melhora e peóra, até que, em 1914, se complicou de cephalalgia, dôr á pressão sobre a apophyse mastoide e entumescimento da região mastoidéa. Esses symptomas se attenuaram espontaneamente, continuando, porém, o corrimento de pus pelo ouvido.

"Dous annos depois, em 1916, tendo voltado as dôres e a tumefação da mastoide, consultou, na cidade de Cachoeira, um medico, que o submetteu a uma intervenção cirurgica (incisão de Wilde), com a qual melhorou das dôres, persistindo, porém, a supuração pelo conducto auditivo externo e um ligeiro corrimento de pus pela incisão praticada atrás da orelha. Nesse estado continuou até ao fim de 1917. De então para cá se tem agravado sensivelmente o seu estado. A tumefação inflammatoria da região mastoidéa e a supuração pela abertura da antiga incisão têm persistido sem alternativas, acompanhadas de dôres que se irradiam na parte correspondente da cabeça. O corrimento pelo conducto tem continuado sem alteração.

"Nega antecedentes syphiliticos. Ha alguns annos contrahiui blenorragia, de que lhe restam ainda vestígios — uma gotta militar.

"Estado actual. O paciente, cujo estado de magreza é muito pronunciado, mostra-se profundamente abatido. Osapparelhos vascular

e respiratorio nada offerecem digno de menção; quanto ao digestivo, ha a assignalar um volumoso abcesso gengival e constipação habitual. Exame do apparelho auditivo. Atráz do pavilhão da orelha direita, a 12 millimetros do sulco, na direcção de uma linha horizontal passando pelo meio do orificio do conducto auditivo, nota-se um trajecto fistuloso, cuja abertura mede 2 millimetros, situado na parte media de uma cicatriz vertical de cerca de 3 centimetros de extensão. O orificio fistular está obstruido por uma espessa camada de pus crostoso. Depois de retirada a crosta purulenta nota-se a sahida de pus amarello, sem cheiro, á pressão sobre a pelle adjacente, que é ligeiramente edemaciada e um tanto sensível. A exploração minuciosa do trajecto fistuloso por meio de um estilete fino não permite penetrar alem da superficie ossea, que não parece rugosa, offerecendo antes a sensação de um tecido de consistencia fibrosa. Otorréa fetida; larga perfuração do tympano e estado fungoso da caixa. Como symptomas subjectivos, dôr espontanea na cabeça sem localisação bem definida, parecendo, todavia, mais accentuada no lado direito. A dôr não tem character agudo; é uma dôr profunda, contusiva, que o vem perseguindo de um anno para cá. Não tem tido, nem presentemente accusa, vertigens nem vomitos. O thermometro accusa t. abaixo de 37.º.

"Diagnostic: Mastoidite chronica fistulizada, provavelmente complicada de infecção intracranéa. Faço ver aos parentes que acompanham o pac. a gravidade do caso, e indico, como intervenção urgente, o esvaziamento petro-mastoideu, resalvando a necessidade de uma segunda operação, na hypothese de se verificar a presença de uma complicação intracranéa, dada como provavel. Aceita a indicação, é o paciente recolhido á Casa de Saude Dr. Dias Fernandes.

Operação. — Depois da incisão, curetagem

(1) As notas diarias para a presente observação foram tomadas pelo sr. José Guedes, interno da Casa de Saude do Dr. Dias Fernandes.

e desinfecção do abcesso da bocca, pratico, no dia 14 de Setembro, o esvaziamento petro-mastoideu, servindo de auxiliar o Dr. Julio Velho e de chloroformisador o Dr. Dias Fernandes. Feita a incisão classica e ruginado o periostio para deante até ao conducto e, para traz, até além da cicatriz retroauricular e, depois de realisada a hemostase, procedo ao exame do trajecto fistuloso, verificando a existencia de uma depressão ou, antes, excavação do osso, afunilada na direcção do conducto auditivo externo, medindo, mais ou menos, um centimetro nos diversos sentidos, coberta de um tecido de consistencia fibrosa — tecido cicatricial — e limitada em alguns pontos da periphéria por ligeiras fungosidades.

“Aos primeiros golpes de martello para a abertura da apophyse, a cortical apresenta-se pouco consistente, permitindo facilmente reconhecer, com o auxilio da cureta, a presença de enorme massa cholesteatomatosa, que transformára o antro e as cellulas mastoidéas, em uma cavidade de grandes proporções, cujo maior desenvolvimento se fizera para cima na direcção do *tegmen mastoideum*. Passando á curetagem da caixa e da attica, são essas cavidades egualmente encontradas litteralmente cheias e dilatadas pela massa cholesteatomatosa.

“Depois de praticada a curetagem completa, podem-se examinar a céu aberto aquellas tres cavidades, agora transformadas em uma só, enormemente dilatada. Tendo-se feito o desenvolvimento do cholesteatoma na direcção do tecto do antro e da caixa e, não me parecendo affectada a cortical na visinhança do seio transverso, abstenho-me de o desnudar no mesmo acto, preferindo acompanhar a marcha da primeira operação, prompto para uma segunda intervenção, que, porventura, viesse a ser indicada por symptomas supervenientes.

“As consequencias do esvaziamento são excellentes durante as primeiras 72 horas, ao fim das quaes é realisado o primeiro curativo. A cavidade operatoria nada deixa a desejar. O estado geral é sensivelmente melhor do que antes da intervenção. O pac. conciliára melhor o somno; as dôres de cabeça têm diminuido. A temperatura, que, momentos antes do acto operatorio, era de 37.°5, está abaxio de 37.°

“No dia 17 á noite a temperatura se eleva

inopinadamente a 40.°2, precedida de violento calafrio e seguida de sudação abundante. Parecendo-me inequivoca a presença de uma phlebite do seio lateral, proponho uma segunda operação, que é praticada no dia 18 pela manhã.

“*Incisão, curetagem e desinfecção do seio lateral.* — O seio é descoberto na extensão de quatro centimetros, mais ou menos, sendo encontrado levemente fungoso em alguns pontos. Uma larga incisão dá apenas algumas gottas de sangue sem pus. A curetagem, quer na direcção superior, quer na inferior, retira das paredes do vaso uma camada de sangue semi-coagulado, de consistencia xaroposa. A curetagem é feita além dos limites do seio desnudado.

No dia 19, novo calafrio, $t = 40.°2$.

Dia 20, t . maxima = 38°8, sem calafrio. Curativo: campo operatorio, limpo. Até ao dia 24, franca remissão da temperatura, que desce á normal. O paciente diz que a dôr de cabeça continua, se bem que menos intensa.

“No dia 25, ligeiro calafrio; $t = 40.°2$. Campo operatorio em excellentes condições⁽²⁾. O paciente é mais abatido; persiste a cephalalgia.

“*Abertura de abcesso subdural.* — No dia 27, persuadido da existencia de um abcesso na fossa cerebellar, em virtude da persistencia da cephalalgia e do estado febril remittente, não obstante a curetagem e a desinfecção do seio transverso, resolvo pesquisar minuciosamente toda a extensão dos bordos osseos ao longo da porção desnudada do seio. Curetando então um ponto do bordo interno, que me parece suspeito de osteite, penetro na fossa cerebellosa, da qual jorra uma onda de pus amarello escuro, bem fluido, que enche os tres quartos da cavidade operatoria. Depois de alargada a abertura por meio da curetagem do bordo osseo e de passeada a cureta cautelosamente na cavidade em varios sentidos, faço uma larga irrigação do fóco com agoa bi-distillada e colloco um dreno de borracha, cuja extremidade externa é fixada por um fio de seda esterilizado, que fica pendente sobre o bordo posterior da ferida operatoria. Dia 29: a temperatura desce á normal; ao cura-

(2) Os curativos são feitos com solução de sublimado a 1^o/100. Agoa oxygenada e toque do seio curetado com tintura de iodo; tamponamento frouxo com gase iodoformada.

tivo, gaze ligeiramente suja de pus, na parte em contacto com o dreno. Retirado este, sahida de algumas gottas de pus. Lavagens do fôco com agoa bidistillada; o liquido das duas primeiras lavagens sahe turvo, o da terceira, limpo. Novo dreno. Dia 30: mesmo estado local; o paciente sente-se bem animado, sem febre nem dôr de cabeça. Dia 1.^o de Outubro: a temperatura sobe a 39.^o2; o campo operatorio não revela nada anormal; continuam-se as lavagens da loja cerebellosa com agoa bidistillada; curativo habitual da cavidade operatoria. O exame do ventre revelando tympanismo, prescrevo uma lavagem intestinal. Dia 2 de Outubro: nenhuma novidade; $t = 37.^o$ Dia 3: $t = 39.^o2$. Persiste o estado de tympanismo; a descarga provocada pela lavagem intestinal foi escassa. Prescrevo um purgativo salino, que produz algumas dejecções abundantes. Dias 4 e 5: estado da ferida operatoria sempre melhor; lavagens do fôco cerebellosa, quasi limpas; o dreno penetra muito menos. Dia 6: um pouco de cephalalgia durante o dia; curativo habitual. A' noite, ligeiras horripilações, $t = 38.^o1$. Dia 7: estado geral mais animado; cavidade operatoria, granulando bem, reduzindo-se a olhos vistos; fôco do abcesso extracerebellar, muilissimo reduzido; o dreno não penetra mais de um centimetro; liquido da lavagem, limpo. Dias 8 e 9: nada de novo a assignalar. Dia 10: ligeira elevação thermica. Informado de que continua a constipação, prescrevo o uso diario de lavagens intestinaes.

“Dahi em deante a temperatura se normalisa definitivamente; o estado geral e o local vão de melhor a melhor. Ha ainda a registrar, todavia, certa pertinacia da constipação, que continua a reclamar o uso de lavagens intestinaes. No dia 23 de Outubro a abertura do abcesso extradural da loja cerebellosa está completamente cicatrizada. O processo de epidermisação da cavidade operatoria progride bellamente.

A começar de meados de Dezembro regularisam-se as funcções intestinaes; são supprimidas as lavagens.

Emfim, no dia 23 de Janeiro de 1919, estando completo (desde muitos dias) o trabalho de epidermisação, é praticada a plastica, retirando-se o paciente plenamente restabelecido, com augmento de peso tão consideravel que

tiveram de ser substituidas todas as roupas com que entrara para a casa de saude⁽³⁾”.

*
*
*

Considerações. — No caso da presente observação trata-se, em synthese, de um vasto cholesteatoma tympano-mastoideu, complicado de phlebite do seio lateral e abcesso subdural na fossa cerebellosa. Como symptoma subjectivo, o paciente accusa cephalalgia profunda, de mediana intensidade; queixa-se da sua dôr sem gemidos, sem gritos. Não tem febre, nem vomitos. Na primeira intervenção verifica-se que a massa cholesteatomatosa tem distendido consideravelmente o antro e a caixa, principalmente na direcção do tecto das duas cavidades. A cortical posterior não me parecendo affectada de osteite, prefiro aguardar a marcha da operação para resolver sobre a necessidade de uma segunda intervenção.

Violento calafrio, seguido de forte elevação thermica e suores copiosos, induz-me a desnudar o seio, que é incisado, curetado e desinfectado. Mas os phenomenos não cedem. Mais tarde, no acto de um curativo, é praticada a abertura de um abcesso extradural na região cerebellosa.

Poder-se-me-ia objectar que eu devia, quando ataquei o seio lateral, ter aberto a fossa do cerebello, em busca do abcesso, possível ou, mesmo, provavel? Mas os symptomas eram, a toda evidencia, os de uma trombo-phlebite; nada me podia fazer pensar, de preferencia, na existencia do abcesso extradural encontrado, o qual só a persistencia de phenomenos graves me levou a procurar com pleno exito.

Assim procedendo, eu o fiz de accôrdo com um preceito, que me parece de muita sabedoria: “Desde que symptomas evidentes, inequivocos, não existem, no acto do esvaziamento petro-mastoideu, permitindo localisar, ou, pelo menos, presumir com bons fundamentos, a séde das complicações intracraneeas, é prudente observar a marcha dos symptomas e intervir á primeira indicação que se offereça.” Esperar, em taes circumstancias, é de bom aviso; com isso nada tem a perder o doente. Ao contrario, toda precipitação pôde vir a ser de graves consequencias. Operar-se-á *por eta-*

(3) O paciente, de quem ainda recentemente tive noticias, continua gosando excellente saude.

pas, segundo o conselho do distincto otologista da Argelia, o Dr. Aboulker. No meu caso o abcesso extradural era ainda latente, quando pratiquei o esvaziamento petro-mastoideu, reclamado pelo cholesteatoma. Fui, pois, coherente com esses princípios, que francamente esposou.

**

A leitura da lição XXV do excellente livro de Luc (edição de 1900) offerece-me ensejo para algumas considerações que mais justificam o meu modo de ver. O auctor trata das difficuldades do diagnostico do abcesso cerebral otítico e, a proposito, refere o seguinte caso que apresenta mais de um ponto de analogia com o da minha observação.

“O primeiro paciente no qual eu tive occasião de observar um abcesso encephalico, diz Luc, era portador de uma velha otorréa, para a qual eu pratiquei um largo esvaziamento petro-mastoideu. Encontrei a apophyse transformada em uma vasta caverna fungosa, occupada por um enorme cholesteatoma, e notei (o grypho não é do auctor) *uma perfuração do sulco sigmoide que deixava o seio lateral descoberto em uma extensão bastante grande*. O operado deixou o meu dispensario ao fim de 8 dias em um estado aparentemente satisfactorio, promettendo voltar para se submeter a curativos regulares. Alguns dias mais tarde, porém, era elle accommettido de vertigens vilolentas, de vomitos verdes, e dôr, a principio pouco pronunciada, na metade da cabeça correspondente ao ouvido operado, de modo que não mais lhe foi possível sahir, tendo eu me visto obrigado a ir cural-o em domicilio.

“Como o paciente vivia em uma habitação sordida, tomei a resolução de o fazer admitir em um serviço hospitalar. Porque a temperatura até então se havia conservado normal, pensei não haver motivo para me alarmar pelos symptomas precedentes, aos quaes eu attribui uma origem labyrinthica. Uma semana depois, fui informado pelo interno do serviço onde o paciente era tratado, que este havia fallecido depois de dous dias de intensa cephaléa seguida de coma muito rapido. *Só então e serodidamente* (o grypho não é do auctor) *eu reformei o meu diagnostico e não duvidei que se tivesse tratado de um abcesso encephalico, que não hesitei em localisar no cerebello, em virtude da sede especial das le-*

ões osscas verificadas no acto do esvaziamento petro-mastoideu. Minha opinião foi, em todos os pontos, confirmada pela autopsia, na qual se encontrou o terço anterior do hemispherio cerebelloso transformado, parte em uma papa saniosa, parte em uma bolsa cheia de pus esverdinhado extremamente fetido”.

**

Como se vê, Luc, mesmo em presença daquelle quadro symptomatico, representado por vertigens, vomitos e cephalalgia profunda, em um paciente operado de esvaziamento petro-mastoideu, *com perfuração do seio sigmoide, deixando o seio lateral descoberto em uma grande extensão*, não pensou na complicação que, de preferéncia, lhe devia ter acudido ao espirito, e contra a qual a intervenção sem perda de tempo offerecia a maior somma de probabilidade de salvar o seu doente.

Em outro caso, egualmente de esvaziamento petro-mastoideu, praticado em 1896, a paciente foi victimada por um abcesso cerebral, cujos unicos symptomas consistiram na permanencia, depois da operação, “de dôres surdas na metade correspondente da cabeça, acompanhadas de abatimento e inapetencia”, e aos quaes Luc declara não haver ligado a importancia que mereciam.

Os erros do eminente mestre, por elle confessados com a mais nobre lealdade, mostram quanto é, muita vez, delicado o diagnostico, nas infecções da orelha media, de certas complicações intracraneeanas, entre as quaes figuram o abcesso cerebral e o extradural, em virtude da sua symptomatologia obscura que lhes dá o character latente durante um periodo mais ou menos longo.

Emquanto o fóco mastoideu não foi operado, maiores são as difficuldades do diagnostico, porquanto, como pondera Luc, é logico attribuir á retenção do pus a mór parte dos symptomas accusados pelo paciente. Na hypothese, porém, de um esvaziamento executado com todos os preceitos da technica operatoria, os symptomas locaes, ou geraes dependentes do processo infectuoso petro-mastoideu devem desaparecer. A persistencia ou o apparecimento de certos symptomas, como cephalalgia, vomitos, etc., constitue indicio vehemente de uma complicação intracraneeana, contra a qual o cirurgião terá de intervir chamando em seu auxilio outros elementos, que concorram para o diagnostico topographico dessa complicação.