

É também applicavel o mesmo tratamento aos callos molles entre os dous ultimos dedos do pé, visto provirem de causa semelhante.

---

## REVISTA DA IMPRENSA ESTRANGEIRA

### CIRURGIA

Cinco casos de extirpação completa do larynge.—Heine attribue a ideia d'esta operação arrojada ao districto cirurgião de Berlim, v. Langenbeck; porem foi Czerny, hoje professor em Freiburg, quem primeiro a experimentou em animaes.

Os trez primeiros cães por elle operados, succumbiram; ao quarto, e depois a mais trez conseguiu Czerny conservar a vida após esta grave operação. Somente trez annos depois, em fins de 1873, praticou Billroth na especie humana este grande feito cirurgico, já indicado pelas experiencias do então assistente de sua clinica em Vienna. Foi n'um caso de neoplasia maligna do larynge em que todos os outros methodos de tratamento tinham sido infructiferos. As tentativas feitas antes do emprego d'este recurso extremo, a marcha da molestia, a delicadeza e gravidade da operação, e peripecias do tratamento consecutivo, tornam tão interessante este caso que julgamos de muita utilidade aos nossos leitores dar um resumo, ainda que muito succinto da minuciosa e illustrada historia, que d'este admiravel caso fez o Sr. Gussenbauer no 3.º congresso dos cirurgiões allemães em Berlim.

Um professor que ha trez annos soffria uma rouquidão chronica, da qual por vezes se tratára, foi atacado em Março de 1873 de completa aphonia. O Dr. Stœrek, celebre laryngoscopista de Vienna, descobriu um tumor abaixo das cordas vocaes, e tratou-o por meio de cauterisações repetidas com o nitrato de prata e injecções parenchymatosas de perchlorureto de ferro. Apezar d'isto o tumor crescia e começou a produzir dyspnéa por stenose da glotte.

Stœreck praticou a excisão parcial do tumor, e pelo exame microscópico d'uma das pequenas porções excisadas, verificou que se tratava d'um carcinoma epithelial do larynge.

Parecia então possível a excisão do tumor maligno, sendo precedida pela laryngotomia, e foi esta operação praticada pelo illustre professor Bilroth com o auxilio do engenheiro aparelho de Trendelenburg. <sup>1</sup> Foi necessario fender na linha media a cartilagem cricoide, o ligamento conoide e a cartilagem thyreoide. Depois da excisão do carcinoma com a tesoura curva, foi raspada fortemente a ferida com a colher aguda, de bordos cortantes, e applicada sobre ella o perchlorureto de ferro para sustar a hemorragia e produzir ao mesmo tempo uma cauterisação superficial.

O doente melhorou durante pouco tempo, mas a dyspnéa e os symptomas de stenose do larynge reapareceram, e no dia 30 de Dezembro o professor Stœreck verificou pelo exame laryngoscopico que havia uma proliferação carcinomatosa diffusa do larynge.

1 O aparelho inventado por Trendelenburg produz o *tamponnement* da trachéa e permite não somente praticar no larynge, na boca ou no pharynge qualquer operação sangrenta, sem que a hemorragia possa asphyxiar o doente, ou qualquer quantidade de sangue entre pela trachéa e brônchos produzindo mais tarde uma pneumonia, que pôde ser fatal; e mo tambem, ao mesmo tempo que impede a entrada do sangue, permite a chloroformisação do doente.

O aparelho compõe-se de duas partes principaes, uma canula de tracheotomia, e um tampo que consiste em um sacco tubular de gomma elastica, que se ajusta perfectamente em torno do tubo vertical da canula. Este sacco é formado por duas paredes, que como dous cylindros concetricos entre si interceptam um espaço completamente fechado, excepto n'um ponto que communica por um tubo fino tambem de gomma elastica com um pequeno balão da mesma substancia, muito mais espessa, que serve como bomba comprimente para e chere de ar o sacco tubular que cerca a canula tracheal. Pela pressão do pequeno balão o ar passa para a cavidade do tampo, affasta a par de externa contra a mucosa tracheal e a interna contra o tubo vertical da canula, e assim intercepta completamente a passagem de ar ou liquido por fóra da canula, ao passo que por meio d' esta se faz a respiração; e por um aparelho accessorio que se fixa a canula da trachéa, e que consiste n'um longo tubo com um cartucho metallico na extremidade, pode-se fazer a chloroformisação.

Vi o emprego d'este aparelho n'uma laryngotomia praticada por v. Langenbeck em Berlim, em maio de 1872, para a extirpação d'um papilloma do larynge. A chloroformisação e a operação correu perfectamente. Depois de feita a tracheotomia e applicado o tampo de Trendelenburg foi fendida na linha media a cartilagem cricoide e a thyreoide, o papilloma excisado com uma tesoura forte, especialmente na face inferior da corda vocal esquerda onde tinha o volume d'uma amora, e cauterisada a superficie sangrenta com o galvano-caustico. A canula-tampo foi tolerada durante toda a operação sem esforços de tosse e foi conservada ainda durante tres horas, no fim das quaes foi substituida por uma canula tracheal commun.

A operação foi feita no dia 2 de maio, e no dia 29 do mesmo mez sabio o doente do Hospital com a ferida cicatrizada.

Dr. Pacifico Pereira.

O professor Billroth quiz ainda tentar a excisão com a colher aguda de toda esta parte interna do larynge, e cauterisação consecutiva com a solução de perchlorureto de ferro, porem logo no começo da operação verificou que o carcinoma não só comprehendia toda a mucosa, como tambem o perichondrio interno, e pela cicatriz o perichondrio externo.

A extirpação completa do larynge era o ultimo recurso indicado, e foi proposto por Billroth ao doente, que immediatamente o aceitou.

A chloroformisação foi feita com o emprego do tampo tracheal de Trendelenburg, e a operação executada do modo seguinte:

A incisão já feita na linha media, segundo descrevemos, foi prolongada para cima até o osso hyoide, ali destacadas do larynge para ambos os lados as partes molles, por meio quasi sempre de instrumentos rombos. Foram ligados dous ramos da arteria thyroidéa superior direita, que davam hemorrhagia. Com grande difficuldade foi despegado o larynge das partes molles circumvisinhas, não só por causa da adherencia da cicatriz da primeira operação, como por que pelas tracções com o gancho agudo rompia-se frequentemente a cartilagem cricoide, cercada de granulações hyperplasicas e amollecida. Foi por muitas vezes interrompida a operação para estancar-se a hemorrhagia, e foi somente depois d'uma hora que elle terminou esta parte da operação introduzindo uma canula na trachéa cortada transversalmente abaixo da cartilagem cricoide.

Então foi levado o larynge para diante, separado do tecido celular frouxo que o une ao esophago, e cortado o ligamento thyrohyoideo. Pequena quantidade de sangue que escapava para o lado da trachéa, era immediatamente enxugada por pequenas esponjas, ou expellida pela expiração forçada.

O ultimo tempo da operação foi executado com rapidez, por que era grande a hemorrhagia de ambas as arterias laryngeas superiores. Bastou para sustal-a a introdução de duas esponjas grandes na cavidade da ferida, e compressão para os lados do pescoço.

Foi necessario extirpar tambem cerca da terça parte da epiglótte, da base para cima, bem como uma parte dos dous anneis tracheaes superiores, já invadidos pelo carcinoma. A trachéa foi fixada na pelle do pescoço com dous pontos de sutura de ambos os lados, e o

pharynge com trez pontos que uniam entre si as superficies da ferida do esophago, destacadas de ambos os lados, e o estreitavam de modo que difficultavam o escorregar dos alimentos para fora.

Toda a operação durou uma hora e tres quartos. Foi sustada por ligadura uma hemorragia consecutiva da arteria laryngea superior.

A cavidade da ferida diminuiu rapidamente; a suppuração, a principio forte, baixou depressa, havendo eliminação apenas d'uma porção do tecido cellular peritracheal.

Apezar da irritação da ferida pela saliva e pelos restos dos alimentos a formação de granulações foi prompta.

Nenhuma complicação traumatica sobreveio, nem a temida infiltração do pescoço com mediastinite e pleurite consecutiva, nem a bronchite capillar ou pneumonia pela aspiração dos productos segregados.

Os movimentos de deglutição executavam-se bem ainda mesmo immediatamente depois da operação; somente os alimentos liquidos corriam em parte para fora pela ferida do pescoço, e por isso a alimentação nos primeiros dias foi feita exclusivamente pela sonda esophagiana. Depois do oitavo dia o doente começou a engolir agua e alimentos molles, e no fim de dezoito dias engolia alimentos solidos, de sorte que poude dispensar a sonda de esophago. O doente aprendeu a contrahir para traz a base da lingua, de modo que seu plano obliquo conjuntamente com o resto da epiglote cobria perfeitamente o orificio da ferida.

Para complemento da operação, o professor Billroth e seu ajudante Gussenbauer, auxiliando-se das experiencias anteriores de Czerny e do illustre physiologista Brucke, fizeram construir para o doente um larynge artificial. Este aparelho, cuja descripção minuciosa não cabe n'esta simples noticia, compunha-se de trez canulas, a trachéal, a pharyngéa, e a phonica, tendo no interior uma pequena palbêta de metal que era vibrada pela corrente d'expiração, produzindo um tom que substituia o da vibração das cordas vocaes, mas que era sempre da mesma altura, de sorte que a voz se tornára monotona.

Com este aparelho, porém, o doente conseguia fallar, ainda que com esforço maior que o natural, de modo que n'uma grande enfermaria se o ouvia e entendia na extremidade opposta áquella em que

elle fallava. (Archiv. fur Klinische Chirurgie, von Langenbeck, vol. 17., 2.º fasciculo.)

O professor Heine, de Praga, fez a *segunda operação* d'este genero n'um professor, que soffria já ha muito tempo de rouquidão e difficuldade de deglutição.

Um mez antes a respiração se tornára fadigosa, e começaram a apparecer ataques de dyspnéa. Pelo exame laryngoscopico descobriose um tumor irregular, no ventriculo esquerdo de Morgagni, que cobria completamente a verdadeira corda vocal esquerda, e dous terços do espaço livre no interior do larynge.

Heine pretendeo a principio fazer a ablação parcial do larynge, mas vio no correr da operação que a parte posterior estava tambem comprehendida pela affecção, e extirpou-o todo. Foram ligados nove vasos; em tudo o mais correo a operação como a de professor Billroth. No decimo quarto dia a canula de Trendelenburg foi substituida por uma canula elastica. Com uma simples canula já era a falla intelligivel. Com o larynge artificial o operado não podia ainda fallar por causa de um forte catharro. (Bohm. Corr. Bl. 2, p. 265.)

A *terceira ablação completa do larynge* foi feita por Moriz Schmidt em Frankfort, fallecendo o operado no 6.º dia. Não foi permittida a autopsia. Do 3.º dia em diante seu estado se aggravára rapidamente; a temperatura subira a 39º,6; a ferida exhalava máo cheiro não obstante o tratamento pelo acido carbólico; o liquido expellido pela canula trachéal era purulento.

Schmidt aconselha que não se faça semelhante operação sem uma boa canula-tampo não só para prevenir durante a operação a entrada do sangue, como depois d'ella a dos productos d'excreção da ferida para a trachéa. No caso de Heine foi conservada esta canula durante quatorze dias, isto é, até a cicatrisação.

Observa ainda a vantagem de ser praticada a tracheotomia, muito tempo antes da ablação do larynge, pois d'este modo a trachéa se fixa na pelle, e não pode ser repuxada para traz. No caso de Billroth foi feita a laryngotomia, como vimos, muitas semanas antes da ablação do larynge; e no de Heine foi tambem praticada a tracheotomia 24 dias antes. (Archiv. fur Klinische Chirurgie, von Langenbeck, vol. 18, 1.º fasciculo, pag. 189)

Bottoni, professor em Novara, executou uma d'estas operações,

com feliz resultado, indicada por um tumor maligno do larynge. Alguns mezes antes praticára no mesmo individuo a laryngotomia, e fizera a cauterisação do tumor pelo galvano-cauterio. Apesar d'isto foi necessaria a ablação completa do larynge. Correu sem accidentes mais notaveis que os das precedentes. No sexto dia do tratamento consecutivo appareceu a erysipéla que se estendeo por todo o pescoço. Quinina internamente e em injeções hypodermicas, e applicações topicas d'uma solução de nitrato de prata (4:10), bastaram para debellar-a. Um mez depois da operação, epoca em que publicou a historia o Dr. Martelli, ajudante do professor Bottoni, o doente já podia engolir alimentos semi-solidos, havia pouca tosse, e bem fundadas esperanças de mais feliz resultado.

O illustre cirurgião de Berlim, von Langenbeck, praticou mais recentemente a ablação do larynge n'um caso em peiores condições do que os já descriptos. Muitos mezes antes tinha sido feito a tracheotomia. O tumor maligno comprehendia a epiglote, e invadia o pharynge e a base da lingua.

Foi dilatada a abertura tracheal, applicado o tampo da trachéa pelo methodo de Trendelenburg, ao qual dá v. Langenbeck, grande importancia, e pela canula feita a chloroformisação. A incisão foi n'uma linha transversa abaixo do osso hyoide, partindo outra do meio d'ella em direcção vertical até a abertura tracheal.

O operador teve de extirpar ganglios lymphaticos infiltrados e a glandula sub-maxillar direita; foram cortados os musculos mylohyoide e degastricos, os nervos hypoglossos e linguaes, e ligados ambas as carotidas externas.

Foram comprehendidos na extirpação parte da base da lingua; até dous centimetros acima do osso hyoide, parte do pharynge e do esophago. Em baixo a incisão foi abaixo da cartilagem cricoide. No tratamento v. Langeubeck empregou uma solução de acido salycilico, na proporção de 1:300. No dia seguinte a temperatura não excedeo á tarde a 39°,8; no 5.º dia chegou somente a 38°,2; e no 7.º dia já estava o operado sem febre. (Berl. klin. Wochenschrift, 12º, pag. 33, 1875).

Antes das duas ultimas operações, o professor Billroth praticou mais uma outra ablação completa do larynge, cuja descripção não foi, porém, ainda publicada.