



**Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Memorial da Medicina Brasileira**



Esta obra pertence ao acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, e foi digitalizada pela equipe do Laboratório de Preservação do Memorial da Medicina Brasileira.



# MEMORIAL DA MEDICINA BRASILEIRA

Janeiro de 2024

**Memorial da Medicina Brasileira – Faculdade de Medicina da Bahia**  
Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho - Salvador - Bahia - Brasil

[www.bgm.fameb.ufba.br](http://www.bgm.fameb.ufba.br)  
[bibgm@ufba.br](mailto:bibgm@ufba.br)

EX-LIBRIS

MEMÓRIA • BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ • ZIN  
SAÚDE BRASILEIRA



*São José Preto*

**D.<sup>ra</sup> Cleonice de Assunção Alakija**



**TÉSE INAUGURAL**

— 103 —

**As afecções cervicais e a infecção focal**

**(principalmente o bocio)**

**APROVADA COM DISTINÇÃO**

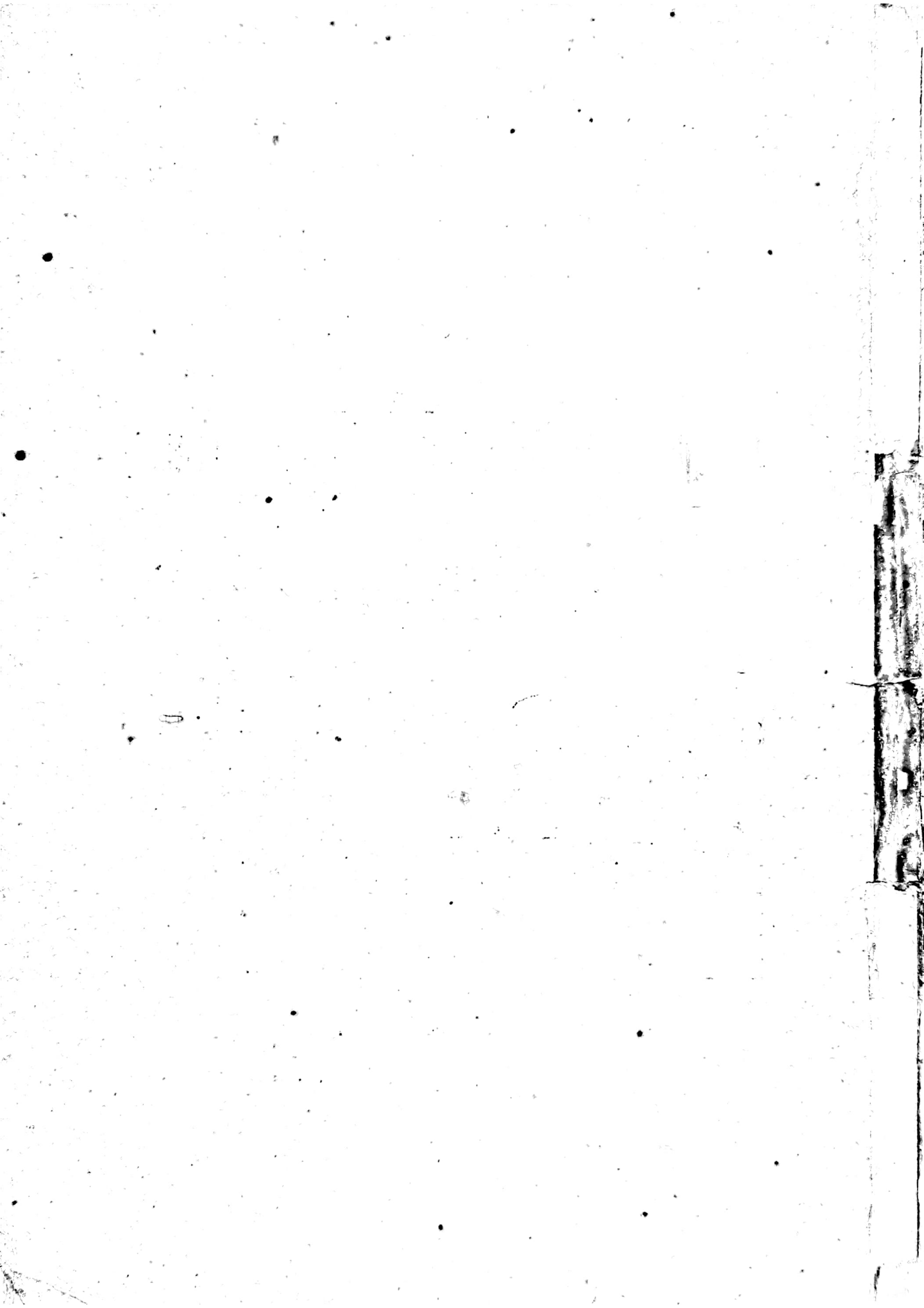
**OBSERVAÇÃO:**

A nota de distinção proveio do brilho expressado pela candidata a sua defesa, revelando ahí conhecimentos que deixaram de aparecer no texto do seu trabalho.

Ass. Prof.<sup>rs</sup> Eduardo Moraes  
Edgard Santos.

**BAHIA**

1931



# Tése



FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

---

# TÉSE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1931

PUBLICAMENTE DEFENDIDA EM 7 DE DEZEMBRO DO MESMO ANO  
PELA

Dr.<sup>a</sup> Cleonice de Assunção Alakija

Ex-auxiliar e ex-interna da Clinica Oto-Rino-Laringologica (serviço do Professor Ed. Moraes) ex-socia, ex-membro da comissão de finanças, ex-tesoureira, ex-bibliotecaria da Sociedade Beneficencia Academica; ex-socia da Sociedade Academica Alfredo Brito

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

*Filha legitima do Dr. Maxwell P. de Assunção Alakija  
e Inez Selene de Assunção Alakija*

PARA OBTÉR O GRAU DE  
DOUTORA EM CIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

## DISSERTAÇÃO

As afecções cervicaes e a infecção focal

(PRINCIPALMENTE O BOCIO)

CADEIRA DE CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICA

APROVADA COM DISTINÇÃO

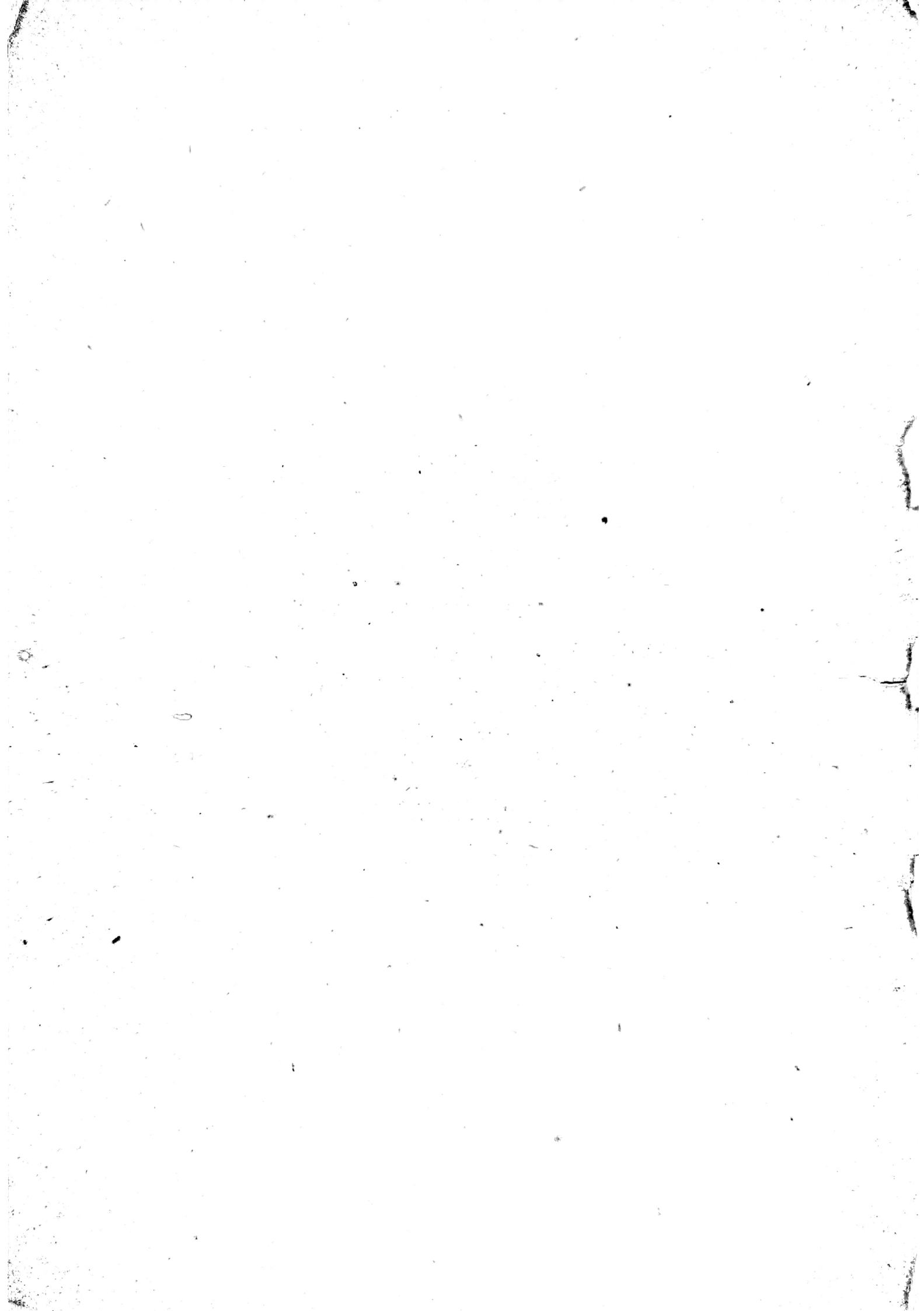
---

1931

GALDINO LOUREIRO & C.—EDITORES

LIVRARIAS GALDINO E ECONOMICA

BAHIA





# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

*DIRETOR — Dr. Aristides Novis*  
*SECRETARIO — Dr. José Pinto Soares Filho*

## PROFESSORES CATEDRATICOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Eduardo Diniz Gonçalves . . . . .	Anatomia
Raphael de Menezes Silva . . . . .	"
Mario Andréa dos Santos . . . . .	Histologia e Embryologia Geral
Alvaro Campos de Carvalho . . . . .	Physica Biologica
Antonio do A. Ferrão Moniz . . . . .	Chimica Physiologica
Euvaldo Diniz Gonçalves . . . . .	"
Aristides Novis . . . . .	Physiologia
Sabino Silva . . . . .	"
Augusto Cesar Vianna . . . . .	Microbiologia
Manoel Augusto Pirajá da Silva . . . . .	Parasitologia
Octavio Torres . . . . .	Pathologia
Antonio Bézerra Rodrigues Lopes . . . . .	Pharmacologia
Leoncio Pinto . . . . .	Anatomia e Physiologia Pathologicae
Antonio I. de Menezes . . . . .	Technica Operatoria e Cirurgia Ex- perimental
Antonio do Prado Valladares . . . . .	Clinica Propedeutica Medica
Albino Arthur da Silva Leitão . . . . .	Clinica Dermatologica e Syphili- graphica
Eduardo Rodrigues de Moraes . . . . .	Clinica Oto-Rhyno-Laryngologica
Antonio B. de Freitas Borja . . . . .	Clinica Cirurgica
Fernando Luz . . . . .	"
Edgard Rego Santos . . . . .	Pathologia Cirurgica
José de Aguiar Costa Pinto . . . . .	Higiene
Estacio L. Valente de Lima . . . . .	Medicina Legal
João Americo Garcez Fróes . . . . .	Clinica de Doenças Tropicaes e In- fectuosas
Fernando José de São Paulo . . . . .	Therapeutica Clinica
Agrippino Barbosa . . . . .	Phatologia Medica
José Olympio da Silva . . . . .	Clinica Medica
Armando Sampaio Tavares . . . . .	"
Caio Octavio Ferreira de Moura . . . . .	Clinica Urologica
Almir Sá Cardoso de Oliveira . . . . .	Clinica Obstetrica
Joaquim Martagão Gesteira . . . . .	Clinica Pediat. Medica e Hygiene Infantil
Durval Tavares da Gama . . . . .	Clinica Cirurgica Infantil e Ortho- pedica
João Cesario de Andrade . . . . .	Clinica Ophtalmologica
Aristides Pereira Maltez . . . . .	Clinica Gynecologica
Alfredo Couto Britto . . . . .	Clinica Neuiriatria
Mario Carvalho da Silva Leal . . . . .	Clinica Psychiatria

## PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Sebastião Cardoso . . . . .	Chimica Analytica
João E. de Castro Cerqueira . . . . .	Chimica-Organice
José Rodrigues da Costa Doria . . . . .	Botanica e Zoologia Medicas
José Eduardo Freire C. Filho . . . . .	Therapeutica e Arte de Formular
Gonçalo Muniz Sodrê de Aragão . . . . .	Pathoologia Geral
Aurelio Rodrigues Vianna . . . . .	Clinica Medica
Alfredo Ferreira de Magalhães . . . . .	Clinica Podiat. Cirurg. e Orthopedica
Menandro dos Reis Meirelles Filho . . . . .	Clinica Obstetrica
Luz Pinto de Carvalho . . . . .	Clinica Psych. e Molestias Nervosas
Adriano dos Reis Gordilho . . . . .	Anatomia Microscopica

## PROFESSORES SUBSTITUTOS

Augusto de Couto Maia . . . . .	Microbiologia
Flaviano Innocencio da Silva . . . . .	Clinica Dermatol. e Syphiligraphica

## PROFESSORES HONORARIOS

Dr. Juliano Moreira—Dr. Carlos Chagas—Dr. Thiago de Almeida

**A Faculdade não aprova nem reprova as opiniões exaradas nas teses que lhe são apresentadas.**



**AO MEU PAE**

**A QUEM DEVO TUDO O QUE SOU.**

a minha eterna gratidão.



## À MINHA MÃE

“Alma de mãe, templo, de afeto,  
—monumento de Fé Suprema, erecto  
para catequizar filhos incréos!

alma que imitas  
e igualas a alma azul dos céos,  
porque sois, ambas, infinitas...”

Esta pagina de carinho.



*Aos meus irmãos*

*e a minha cunhada*

tributo de minha amizade.

★ ★ ★

**AOS MEUS PARENTES**

dedicação.





AO MEU CARO MESTRE

prof. Eduardo Rodrigues de Moraes

CHEFE DA OTO-RINO-LARINGOLOGIA BAHIANA

A mais sincera amizade e reconhecimento.

★ ★ ★

AOS DRS.

*David Bastos e Carlos Moraes*

agradecimento eterno pelos seus ensinamentos,  
durante o meu convívio na clínica  
Oto-rino-laringológica.



A' RADIANTE MENTALIDADE DOS

*Prof.<sup>rs</sup> Edgard Rego dos Santos  
Aristides Novis  
Prado Valadares e  
Almir de Oliveira*

a minha admiração e grande estima.

★ ★ ★

*Aos meus companheiros de internato na clinica*

**OTO-RINO-LARINGOLOGICA**

dedico a minha fése.

★ ★ ★

AOS COLEGAS DE TURMA

**DOUTORES DE 1931**

Votos de felicidades.



# **Prefacio**



## Explicando...

L'obligation d'écrire fait pardonner  
les fautes de ce qu'on écrit».

Chegamos enfim ao termino da jornada.

Depois de seis longos anos de lutas, a doce esperança do titulo de doutora, nos apodera.

Assim em meados de Abril, procuramos ouvir a opinião abalísada do nosso dignissimo mestre a quem pedimos um assunto que servisse de tema para o nosso trabalho inaugural.

A observação constante de certas afecções cervicaes principalmente do bocio, ligadas á infecção focal, levou-nos a aceitar o assunto proposto pelo mestre.

A escassez do tempo, nos impediu esmerilhar o tema conforme desejavamos.

Procuramos na sua feitura sintetisar o mais possivel. Que os sinões e lacunas nele apresentados não representem uma falta de esforço da nossa parte, e sim uma falta de experiencia propria áquelles que começam. . .

Para maior compreensão dividimol-o em 3 capitulos: no 1.º trataremos da infecção focal (ligeiros comentarios); assunto já bastante ventilado nestes ultimos tempos e por isto não nos detemos em minucias; no 2.º falaremos das afecções do pescoço ligadas a esta infecção; no 3.º faremos um estudo da relação existente entre o bocio e a infecção focal; por ultimo as observações e conclusões.

\*  
\* \* \*

Ao DR. EDUARDO RODRIGUES DE MORAIS fôssô dignissimo chefe, pela maneira fidalga com que sempre nos tratou, durante todos estes anos que com ele convivemos, pela dedicação que nos dispensou como verdadeiro pai, e ademais pela honra que nos deu, nos nomeando sua interna, o ~~nosso~~ mui sincero agradecimento.

Cleonice Alakija



# **Dissertação**

---

**As afecções cervicais e a infecção focal**

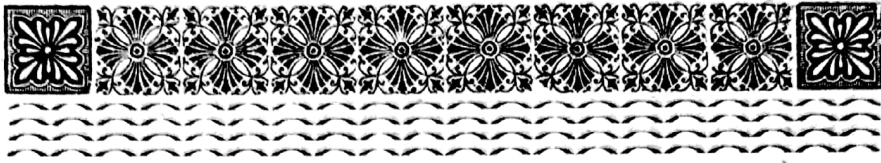
**(PRINCIPALMENTE O BÓCIO)**

**CADEIRA DE CLINICA OTO - RINO - LARINGOLOGICA**

---







## CAPITULO I

### A INFECCÃO FOCAL E SUA DOUTRINA (Ligeiros comentarios)

Todo lo que viene de lá clinica de Mayo en Rochester es bueno, aun mismo la infeccion focal» con Mayo e otros, creo firmemente en la importancia de infeccion focal».

DEAVER

Foi BILLINGS quem primeiro estudou em forma concreta, a « focal infection » dos americanos, conhecida na Allemanha por *infeccion septicemica cronica*, *sepsis cronica*, *sepsis fluctuante*, *sepsis lenta*, *sepsis lentissima*.

Coube porem a ROSENOW chefe do departamento de bacteriologia experimental da « Clinica MAYO » em Rochester, desenvolver o seu estudo.

Recorda FISCHER que os especialistas, de tempos atrás chamaram a atenção sobre a correlação entre

processos circunscritos (foco infectivo) e complicações ou afecções gerais; assim informaram sobre infecções agudas, sub agudas ou prolongadas originadas de afecções nasais, óticas ou genitais.

Na França porem, não dão ao papel etiologico da infecção focal o seu merecido valor.

Entre nós, vemos o nome do Prof. ED. MORAIS, como um dos maiores defensores da infecção focal. Os seus trabalhos de valor têm sido apresentados não só entre nós como no estrangeiro.

A teoria da infecção focal consiste no seguinte: a analyse de certos casos clinicos e das pesquisas experimentais levou BILLINGS, CH. MAYO, ROSENOW á pensarem que muitas manifestações infecciosas gerais ou locais se originavam da existencia em um ponto do organismo algumas vezes afastado, dum ou de diversos focos microbianos mui limitados. Muitas vezes o processo patologico primario pode não dar sintomas locais, e ser ignorado pelo enfermo.

Este conceito fundamental na infecção focal é a base da sua doutrina. NICKEL diz que um foco de infecção de apparencia em geral innocente, não produzindo sintomas locais, pode em determinadas condições atuar como porta de entrada para microbios patogenos dentro do organismo e causar afecções sistematicas variadas.

A diferenca entre a infecção focal e a infecção aguda é como diz COTTON que os germens que a originam não produzem pús, nem dôr, nem inflamação local, nem tumefação, apesar de serem altamente patogenos.

«A tenaz guerra que se fizera a esta idéa norte

americana, cessou, e são legião os investigadores americanos estrangeiros que na atualidade aceitam que os focos septicos são causas de afecções variadas.»

BILLINGS define «foco de infecção» como uma zona circunscrita de tecido infectada de microbios patogênicos. Ele divide os focos infecciosos em primários e secundários. Os 1.<sup>os</sup> têm sede em geral nos tecidos em comunicação com superfície mucosa ou cutânea. Os 2.<sup>os</sup> são, o resultado direto da infecção através de tecidos contíguos ou bem a distância mediante o transporte linfático ou sanguíneo dos microbios. Os focos primários podem ter sede em qualquer ponto do organismo. Os mais frequentes são os dentários, amigdalinos óticos, mastoideus e seios paranasais.

Na definição sobre infecção focal divergem as opiniões dos cientistas. Querem uns que essa denominação seja adotada ao foco primário: outros ao secundário. Assim MELBHIOR é partidário da segunda opinião pois assim ele se expressa quando descreve a infecção da cavidade bucal. «Sous les termes «infection focale» il faut entendre la maladie d'un organe quelconque extérieur a la bouche, provenant d'un foyer infectieux chronique et latent situé dans la cavité buccale, par le fait de la pénétration par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, des bactéries ou de leurs toxines dans le torrent circulatoire». Diz ele que para haver infecção focal é imprescindível a cronicidade.

NEILSON (in Castex) define a infecção focal como uma infecção crônica localizada, como de ordinário, o são todas as infecções crônicas, resultantes do alojamento do agente infeccioso nas cavidades revestidas de mucosa,

cuja drenagem se processa de modo defeituoso em consequencia de rasões inherentes a sua disposição anatomica ou de alterações oriundas da propria infecção. NEILSON em 1927 chegou a dizer que a infecção focal é um dos problemas medicos ainda não definitivamente estabelecido e que a unica coisa realmente conhecida é a existencia da infecção focal. Acrescenta mais que a infecção focal é causada por microorganismos variados e mui diferentes em todas as suas reações; por germens de crescimento lento e escassa virulencia.

MELCHIOR, não é tão pessimista como NEILSON ao referir-se a infecção focal, e assim diz: « Je ferai remarquer que bien que la question de l'infection focale ait été traitée a beaucoup de points de vue d'une façon superficielle et non scientifique de telle sorte que la plus confusion régne, elle a cependant été d'utilité ».

A localisação da infecção focal é a mais variada possivel. Assim BILLINGS estabeleceu a lista de suas localisações por ordem de frequencia em mais de 500 casos :

Amídalas . . . . .	336
Dentes gengivas . . . . .	136
Seios . . . . .	12
Utero—salpinx . . . . .	12
Prostata e tratus genito urinario . . . . .	24
Vesicula biliar . . . . .	3
Intestino . . . . .	2
Apendice . . . . .	2
Orelha media . . . . .	2

## GERMEM

CASTEX no seu trabalho intitulado « *La Doutrina de la infeccion focal* » escreve : « Los dos atributos cardinales de los germen morbigenos, que dominam la teoria de la infeccion focal, han sido sostenidos por E. C. ROSENOW basandose en infinidad de investigaciones bacteriologicas y experimentales (inoculacion en animales) realizadas durante varios lustros e ellos son : 1.º—*La mutabilidad de los microbios* ; 2.º—*La electiva afinidad tetricular de los mismos*.

Mais adiante encontramos : E. C. ROSENOW demonstró por medio de cultivos especiales en los cuales, entre otros factores la cuantia de oxigenio desempenaba papel importante que las bacterias pertenecientes al grupo estrepto — neumococcico poseian la propiedad de la transmutacion de unas en otras.

Con medios de cultivos especiales, con tension de oxigeno progresivamente crescente, comprobo la mutacion seriada de estreptococo hemolitico en reumatico, de este en viridans de este en neumococo y de este en estreptococo mucoso y al proprio tiempo, invertiendo los medios de cultivo, comprobó la transmutación inversa a sea partiendo del estreptococo mucoso, posó por el neumococo, viridans y reumatico, para llegar al hemolitico ».

Para FISCHER, o germen mais encontradisso na infeccão focal é o estreptococo seguindo logo pelo stafilococo.

CASTEX citando FREUND diz: que a investigação

morfologica e fisiologica tem demonstrado a existencia de mais de 20 especies de estreptococos.

A especie estreptococo está assegurada diz FREUND e sua transformação em pneumococo tem sido demonstrada experimentalmente por MORGENROTH, SCHMIZER, BERGER E SILBERSTEIN. Este polimorfismo da infecção diplo estreptococica ele, designou de «*Streptomycosis Fluctuante*».

Alguns autores com MOODY HERVICI Y MEYER comentam, dizendo que os seus resultados foram diferentes dos de ROSENOW, fracasso a que HADEN atribue a não haverem seguido rigorosamente a tecnica de ROSENOW, *Conditio Sine Qua Non* para obter-se os resultados do investigador americano.

SCHOTTMULLER rebate a doutrina norte-americana da infecção focal, considerando-a erronea. Em Abril de 1930 no Congresso de Medicina Interna, reunido em Wiesbaden entre os relatores, apareceram as figuras de PASSLER Y ROSENOW que reafirmaram os seus conceitos sobre a infecção focal.

Em discussão aos relatos de PASSLER Y ROSENOW, intervêm numerosos investigadores allemãs, sobresoiando os seguintes.

SCHOTTMULLER que repudia mais uma vez o conceito de E. C. ROSENOW sobre a infecção focal reafirmando suas idéas anteriores; RUHMANN, de Berlin, que não admite a importancia atribuida a infecção focal no reumatismo.

ROSENOW de Berlin que confirma os assertos de E. C. ROSENOW sobre a afinidade electiva dos germens na localização dos animaes, alem de outros mais. Por



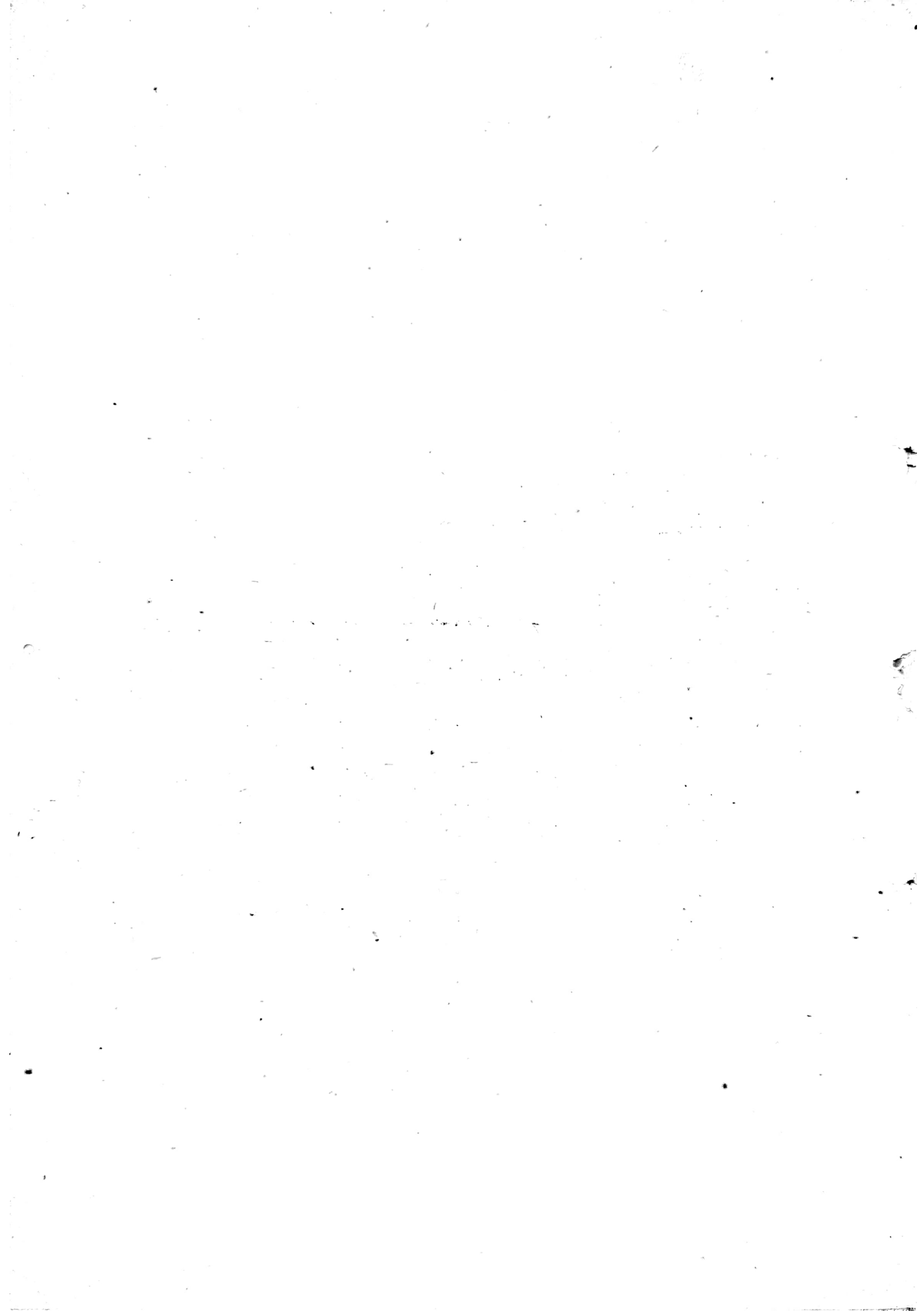
ultimo CASTEX diz : *Por nuestra parte, creemos en la existencia de la infeccion focal, creemos en la frecuencia de la misma, creemos en la importancia practica y cientifica de la cuestion y creemos en la doctrina de Billings y Rosenow, basandonos en la observación clinica de más de um decenio, en las investigaciones anatomo-patologicas y bacteriologicas realizadas y en el numero reducido de experiencias practicadas.*

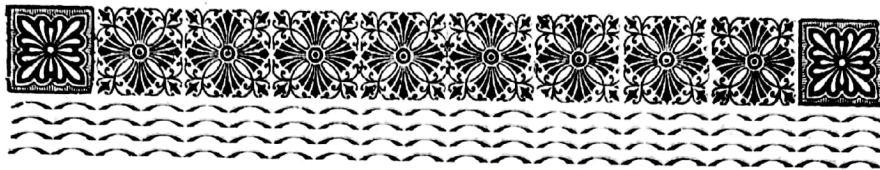
Um ponto discutido no ultimo congresso medico do Centenario foi a forma como atuam estas infecções focais para produzirem manifestações clinicas á distancia, pois alegam que estudos bacteriologicos demonstram a ausencia frequente de microbios ao nivel das manifestações secundarias. Assim WEISSENBACH diz que no reumatismo articular de origem focal, o exame bacteriologico dos exudatos articulares e dos cultivos sanguineos são negativos.

OSGOOD porem, sustenta a possibilidade da existencia de um certo grau de alergia ou sensibilidade local provocada pela lisis dos microbios.

Vimos assim mais ou menos sintetizado a infecção focal e sua doutrina, assunto que achamos indispensavel falar, antes de abordarmos o 2.º capitulo.

---





## CAPITULO II

### AS AFECÇÕES DO PESCOÇO

No 1.º capitulo do nosso trabalho, fizemos um ligeiro estudo em torno da infecção focal.

Estudemos agora as afecções do pescoço muitas vezes ligados á infecção focal.

Não é nosso intuito fazer um estudo detalhado destas afecções, para nós desnecessario; façamos assim um estudo sumario dos quistos, das fistulas, adenites e por ultimo do bocio que constitue um capitulo a parte do nosso trabalho.

Antes porem de tecermos commentarios em torno destas afecções, achamos mais didatico fazer um estudo, embora ligeiro, da embriologia destes quistos e fistulas, para que se possa melhor compreender o seu aparecimento.

CLAOUÈ tem toda razão quando diz: *L'aridité que semblent presenter ces notions embryologiques est largement compensé par la lumiere qu'elles nous apportent.*»

Se no ponto de vista clinico são os quistos e as fistulas do pescoço hoje bem conhecidos, no ponto de vista patogenico constituem uma das questões das mais complexas da patologia cirurgica. Para bem se conhecer as conexões originaes destas fistulas e destes quistos com as formações embrionarias do pescoço que são os pontos da partida, é indispensavel conhecer-se bem as fases essenciaes do desenvolvimento do mesmo e mais particularmente o desenvolvimento dos arcos branquiaes e de seus derivados. Até ASCHERON em 1832 que descobriu a conexão das fendas branquiaes fetaes com as fistulas congenitas, pouco era conhecido ou escrito sobre ellas. Assim é que na literatura medica, não se encontra traço algum na idade media. Somente no seculo XIV se assinalam alguns trabalhos. Ficou porá LUSCHKA, ROSE, KOENIG e outros descobrirem a natureza congenita de certos tumores obscuros, quistos e fistulas que apareceram mais tarde na vida e provaram a origem fetal real das mesmas.

**Embriologia dos quistos branquiaes** :— Primitivamente descreviam-se 4 fendas branquiaes no feto de 4 semanas analogo ás guelras de peixes com 4 barras intermediarias chamadas arcos branquiaes. Estudos modernos de VIALLETON vêm demonstrar que o numero tipico dos arcos branquiaes nos amniotes é de seis, o sexto arco se separando do corpo por uma bolsa branquial como se vê nos amfibios; entre os arcos se interpoem superficialmente sulcos externos de profundidade variavel, e para dentro entumecimentos endodermicos ou bolsas branquiaes que se juntam aos sulcos

para, constituirem as membranas obturadoras. E' nos mamiferos que a membrana obturadora persiste salvo ao nivel da 2.<sup>a</sup> bolsa. E' de notar entretanto que os arcos não existem simultaneamente na sua integridade, o aparecimento dos ultimos coincidindo com o começo da regressão dos precedentes. As barras ou arcos branquiaes são chamados respectivamente barras do mandibular, e do ioide e 1.<sup>o</sup> e 2.<sup>o</sup> arcos branquiaes. Das fendas intermediarias somente a 1.<sup>a</sup> persiste formando o fenda mandibular; as outras 3 fendas devem coalescer na vida fetal deixando o pescoço plano. Quando isto não acontece, encontramos quistos, chamados quistos branquiaes ou fistulas. O 1.<sup>o</sup> arco chamado branquial se divide em 2 ramos: 1.<sup>o</sup> — vertical destinado a constituir o maxilar superior, outro horisontal futuro maxilar inferior. O 2.<sup>o</sup> arco volumoso oferece um ramo horisontal que se dirige para a linha mediana e um vertical provido de uma elevação a qual *Ратке* dá o nome de operculo. Os arcos (1) pelos seus ramos inferiores se soldam largamente; os arcos (2) se soldam ao nivel duma faixa mais estreito; os arcos 3 e 4 ficam separados. Assim se delimita o campo mesobranquial de His espaço triangular de vertice superior correspondendo ventralmente ao pericardio e ao coração. O destino dos arcos é pois este: o 1.<sup>o</sup> arco branquial dá 2 maxilares superiores e inferiores, os labios, as partes laterais da boca e contribue a formação da lingua. O 2.<sup>o</sup> arco dá o osso ioide e seus musculos, o pilar anterior do veu ou arco palatoglosso e contribue á formação da lingua. O 3.<sup>o</sup> arco dá o grande corno do osso ioide, o pilar posterior ou arco faringo-glosso. Sua parte no esboço da lingua

é minima (KALLIUS) contrariamente do que pensava His. O 4.º arco dará as partes moles peritiroidianas e uma parte da cartilagem tiroide. Quanto ao papel topografico do 5.º arco dizem elles ser difficil a precisar. A dislocação precoce dos arcos primitivos explica esta incerteza que reina sobre o destino dos ultimos arcos e mesmo sobre o papel dos arcos 2 e 3 na genese dos pilares do veu.

A maior parte dos autores admitem mais ou menos implicitamente a soldadura de cada um dos 4 primeiros arcos com seus homologos sobre a linha mediana. Assim se pode constituir a idéa comumente admitida que a parada ou o desaparecimento da cavidade coelomica em sua altura estava em relação com a coalescencia das peças medianas emitidas dos arcos. VIALLETON contrariamente a esta idéa, mostrou que esta zona mediana desprovida de ceeloma e que corresponde aproximadamente á região sub-ioidea do adulto, nada tem de comum com os arcos os quaes não se unem sobre o lado ventral, mas provêm do alongamento duma massa de mesenquina distinta constituindo o que se chama a lamina prepericardica. O pescoço escreve VIALLETON vae se formar por um acrescimo que se faz entre a extremidade cranial do coeloma que fica fixa e o assoalho da boca ou região infra-maxilar. Diversos fatos assim provam: o estiramento da traquea que acompanha o deslocamento do orificio laringeo e a constancia das relações que se observam nos embriões entre o 4.º arco e a extremidade cranial do coeloma. Em definitivo—a parede ventral do pescoco não se forma como pensava His, ás custas da parede toracico primitiva, mas se

constitue de maneira independente cranialmente a esta ultima.

\* \* \*

Os residuos deixados sobre os lados do pescoço no curso da evolução dos arcos visceraes têm muita importancia no estudo das fistulas e dos quistos.

A maior parte dos autores tinham se prestado a descobrir as origens, sem si preocuparem em saber si elas quadrariam com a embriologia topografica do embrião e do feto, Outros como os cirurgiões de Montpellier, *Exagerando uma reacção no sentido oposto* desconhecem ao mesmo tempo seu papel e sua existencia. Veau quiz com razão os procurar sobre secções transversaes de embriões humanos. No laboratorio de Hamenar onde constatações tão interessantes têm podido ser feitas, prova-se que vestigios normaes ou heterotópicos podem ser descobertos si não indentificados quando si os procura sistematicamente.

## FISTULAS

Clinicamente as fistulas congenitas são consideradas como cavidades epiteliaes completas de pelc, através da faringe, dando origens no pescoço humano ao menos á 5 tipos de anormalidades.

(1)—**Fistula branquial completa** (abertura interna e externa; abertura completa)

(2)—**Fistula externa incompleta** (bertura externa somente.)

( 3 ) — **Fistula interna incompleta** ( abertura interna. )

( 4 ) — **Quisto branquial** ( nem abertura externa nem interna. )

( 5 ) — **Dermoides branquiaes.**

Internamente as 4 locações, correspondentes ás fendas branquiaes são sulcos pequenos sobre a faringe ou cavidades naturaes a saber: ( a ) primeira cavidade faringea; ( b ) segunda cavidade seio de Rosenmuller seio tonsilar ( c ) uma dobra não bem marcada na frente do nervo laringeu ( d ) quarta cavidade ( fundus branquialis, seio piriforme. )

Quando persistem são anormaes, estes seios internos causam sacos e bolsas congenitas que podem desenvolver fistulas como as reportadas por KOENIG e VIRCHOW, apontando internamente ao redor da trompa de Eustaquio, tonsila etc.

Eis pois descrito em rapidas palavras a origem embrionaria dos quistos e fistulas.

Qual a causa que coadjuva para o aparecimento destes tumores na idade adulta, tumores estes de origem embrionaria como ja vimos, devendo se desenvolverem na infancia e no entanto nesta epoca permanecem latentes ?

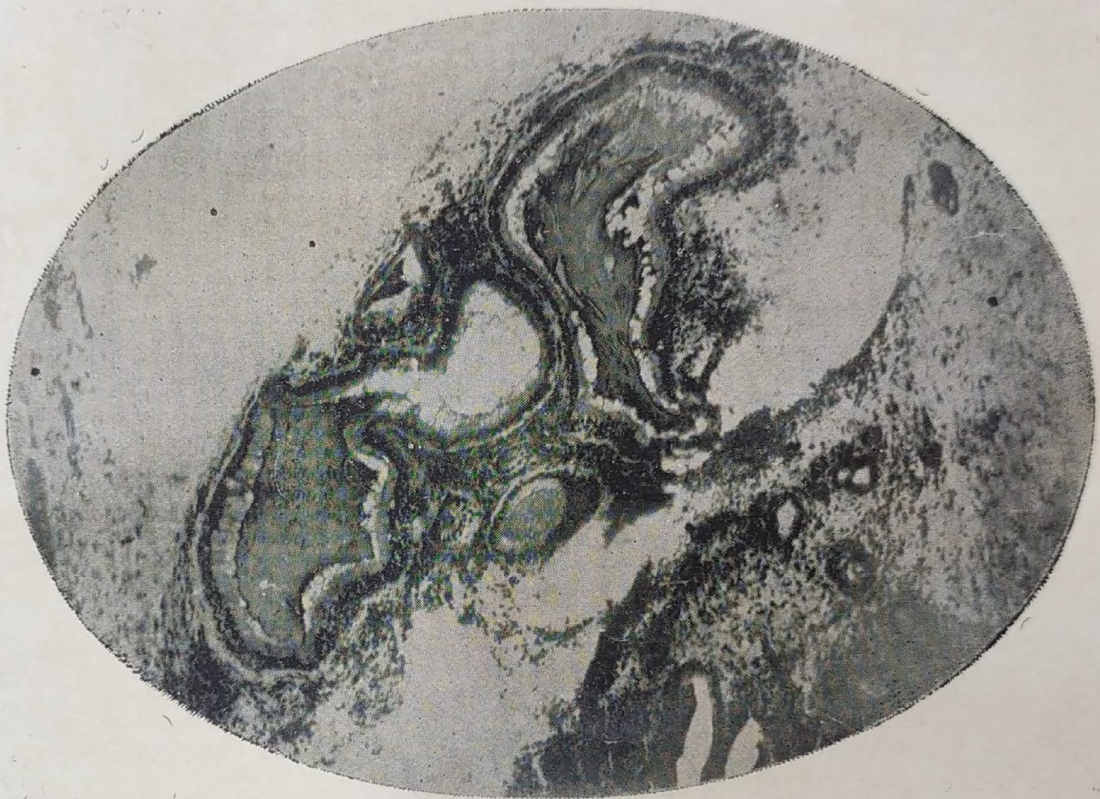
Será a sífilis ou a infecção focal?

Mackenzie confessa: « *At one time i believed that in eye, ear, nose, and thoroat diseascs, syphilis was the most important single etiologic factor.* »

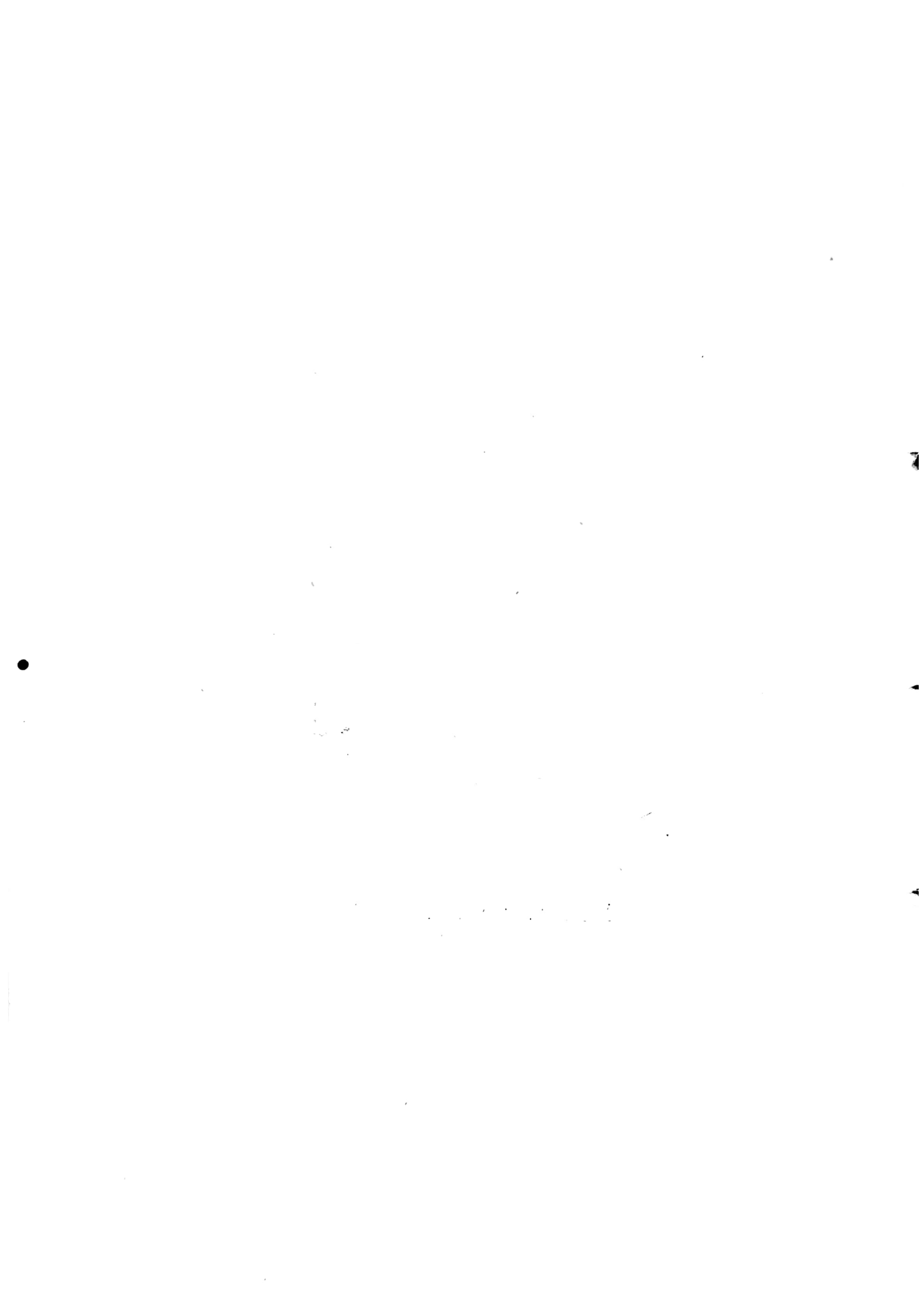
Opinamos porem pelo ultimo fator; e não estamos sós pois é o proprio MACKENZIE que mais adiante escreve :



MICROFOTOGRAFIA 1



MUCOSA DO ANTRO MAXILAR



*My present belief is that syphilis is a very important factor in the etiology of local as well as general diseases, but that focal infection is an even more important one, from the standpoint of frequency.*

É a infecção dos dentes, dos seios paranasais e das amídalas; a prova é que muitas vezes retirando-se estes focos de infecção obtemos a melhora dos sintomas.

Ainda mais uma vez, o proprio MACKENZIE nos ajuda quando diz: *the best proof of precision in the consideration of cause and effect is the promptness and permanency of the improvement or cure of a disease that follows the removal of the causative factor in the question».*

## ADENITES

O sistema linfático é uma imensa glandula que emite sua secreção linfa—nas veias.

RANVIER

Antes de entrarmos no estudo clinico das adenites façamos um ligeiro esboço da anatomia destes grupos ganglionares do pescoço, pois é importante reconhecer-se estes grupos ao estudar-se estas infecções e metastases das glandulas cervicaes. Estes grupos ganglionares se desenvolvem na parte anterior ou prevertebral desta região; a parte posterior ou nucæ é totalmente dioprovída.

TESTUT divide estes ganglios, cervicaes em 2 grupos: os *superficiaes* e os *profundos*. Os primeiros que não merecem verdadeiramente o nome de superficiaes, pois são recobertos pelo cuticular e a aponeurose cervical superficial e se são assim chamados é para distinguir dos 2.<sup>os</sup> que são mais profundos, são em numero de 4 a 6 disseminados sobre a face externa do sternocleido-mastoideu ao longo do bordo posterior deste musculo e na parte inferior do triangulo super-clavicular. Eles parecem se agrupar ao redor da veia jugular externa: donde o nome de *cadeia jugular externa* que dá-se algumas vezes ao conjunto destes ganglios.

Os *ganglios profundos, ganglios sub-sterno-mastoideus* de alguns autores, são mais numerosos que os superficiaes. Em numero de 20 a 30, acham-se situados abaixo do musculo sternocleido-mastoideu, sobre as faces laterais do canal alimentar e do canal respiratorio, formando ao longo da jugular interna, uma cadeia ininterrupta que ocupa toda a altura do pescoço e constitue a *cadeia jugular interna*.

Á esta cadeia jugular interna, se ligam como dependencias: 1.<sup>o</sup>)—para fora este grupo ganglionar importante que ocupa a parte superior do triangulo super-clavicular, irregularmente disseminado nesta massa de tecido celulo adiposo que recobre os escalenos, esplenio e o angular do omoplata; 2.<sup>o</sup>)—para dentro um segundo grupo de 4 a 6 ganglios menores que os precedentes seguindo o trajecto do nervo recorrente, constituindo no seu conjunto o que se designa algumas vezes sob o nome de *cadeia recurrencial*.

Alem destes ganglios descritos que são laterais,

encontram-se sobre a linha mediana um certo numero de pequenos ganglios—*ganglios medianos* que se dispõem para diante do laringe (*ganglios prelaríngeos*) — para diante da traquea (*ganglios pretraqueais*) algumas vezes porem raramente, para diante do corpo tiroide, (*ganglios pretiroideus*).

**Linfaticos aferentes:** — Aos ganglios cervicaes se dirigem a principio linfaticos eferentes dos ganglios da cabeça. Em alturas diversas recebem uma parte dos linfaticos do faringe, dos linfaticos do nariz, linfaticos da abobada palatina e do veu do paladar, linfaticos do laringe, linfaticos do corpo tiroide, linfaticos da porção cervical do esofago e da traquea, um certo numero de linfaticos provenientes da face anterior do thorax, e até mesmo alguns linfaticos superficiaes do membro superior notadamente os que acompanham a veia cefalica e que se dirigem aos ganglios sub-claviculares.

**Linfaticos eferentes:** — Todos os vasos linfaticos que são tributarios dos ganglios cervicaes, atravessam estes ganglios e dirigem-se em seguida de cima para baixo para a base do pescoço. Neste trajeto eles se anastomosam entre si depois se reúnem em troncos de mais a mais importantes, porem de menos em menos numerosos. Chegados no espaço angular que circunscrevem a jugular interna e a sub-clavia, eles não formam mais que 3 ou 4 troncos (muitas vezes se reúnem em um só) que vêm se abrir, á esquerda no canal toracico, á direita na grande veia cefalica.

Estes troncos designados — *troncos jugulares* se anastomosam antes de sua terminação ou diretamente, ou pelos seus ramos de origem com os linfáticos sub-claviculares que provêm do membro superior.

\* \* \*

A adenite aguda do pescoço é consequente á varias infecções dos dentes, boca, gengivas, narinas, tonsilas etc. Tambem ás febres exantematicas, como difiteria e escarlatina. Porém o atrium de infecção está usualmente em um dente cariado; outras vezes o dente não está nestas condições e no entanto é sede de infecção.

E' como diz CHARLES MAYO em Castex:

«*O dente perigoso é o que simula igidez, possuindo entretanto um abcesso apicular*».

Outras vezes é uma tonsilla doente ou aparentemente sã. DAVID e ROBERT THOMSON têm razão quando escrevem:

«*The septic tonsil responsible is often small and comparatively innocent in appearance*»

Em outras ocasiões o foco está ao redor das cavidades paranasais.

E assim pensamos ter dado uma noção sucinta embora, das afecções do pescoço dependentes da infecção focal.

Falta o bocio — e é o que vamos ver no capitulo seguinte.

---



### CAPITULO III

#### A INFECCÃO FOCAL E O BOCIO

Neste terceiro capitulo do nosso trabalho, não temos em mira descrever com minucias o bocio; não é este absolutamente o nosso objetivo.

O que pretendemos, é deixar de lado todas estas teorias já bastante estudadas e conhecidas em compendios que tratam do assunto, referentes á sua etiologia, e pormos a baila este estudo moderno e sedutor que é a infecção focal responsavel muitas vezes pelo bocio.

Antes porem de tecermos comentarios referentes á etiologia, façamos um ligeiro esboço da anatomia da glandula tiroide.

\* \* \*

A glandula tiroide, glandula de secreção interna, está situada na face anterior do pescoço para diante do

conduto laringo traqueal ao qual se acha verdadeiramente anexada.

A tiroide é composta de 2 lobulos unidos por uma parte estreitada que se chama istimo. Este se applica aos primeiros aneis da traquéa. Assemelham-se assim o corpo tiroide a um H cujas pontas inferiores são aproximadas.

Alem dos lobulos e do istimo, encontramos ainda um prolongamento longo e delgado que partindo do istimo vae obliquando geralmente mais para a esquerda, ter a membrana crico-tiroidéa e flancos da cartilagem tiroide. E' este prolongamento que se chama *piramide de Lalouette* que se prende ao osso ioide por um ligamento.

Ha as vezes um cordão ou um canal que liga a piramide de Lalouette á base da lingua, e que se chama *canal tireoglosso de His* ou *tratus tireoglosso*.

Na visinhança da tiroide encontramos as tiroides accessorias, formações supernumerarias ou aberrantes que se acham para diante do osso ioide, atrás dele, entre os dois musculos genio-ioideus, e até mesmo na espessura da lingua.

Quanto a textura da glandula, encontramos nela elementos epiteliaes, vasos e elementos conjuntivo-fibrosos que constituem por assim dizer o esqueleto do orgão. Este esqueleto é representado por uma capsula conjuntivo-fibrosa que envolve a glandula. Esta capsula fornece prolongamentos para o interior da glandula, tal como a capsula de Glisson faz no figado. Na sua espessura passam vasos arteriaes, venosos e principalmente linfaticos. Entre estes prolongamentos, nos intersticios



portanto, vemos vesículas tendo no centro uma substância colóide, e que contêm substâncias particularmente estudadas como a tirotoxina.

## RELAÇÕES

O corpo tiroide tendo a forma de um H como já vimos se aplica ao conduto laringo traqueal. Por isso, se fizermos um corte transversal ao nível do istimo, veremos que se apresenta como um arco, verdadeira forma de ferradura, cuja concavidade está voltada para trás, ajustando-se bem á convexidade do conduto laringo-traqueal. Vemos por ahí que nos casos em que a tiroide se hipertrofia pode haver uma compressão da traquea, que pode reduzir tanto o seu diametro até chegar a ficar como « *lamina de sabre.* » Nesses casos é que o bocio deve ser operado, pois que a operação se impõe.

Para diante, o corpo tiroide se acha em relação com as aponeuroses, o tecido gorduroso, as veias jugulares anteriores e a pele. O istimo pelo seu bordo inferior se relaciona com as veias tiroidianas inferiores.

Existem, posteriormente á glandula, as glandulas para-tiroides que em geral se encontram na porção posterior dos lobulos laterais. Quasi sempre existem 2 paratiroides atrás dos lobulos. Entretanto estudos de Milzner os mais recentes dizem que paratiroides foram já observadas na parte anterior do istimo e bordos laterais dos lobulos.

Por esta razão os cirurgiões sempre respeitam uma porção da parte posterior dos lobulos fazendo o mesmo

na parte anterior do istimo e no bordo externo dos lobulos.

Os lobulos da tiroides, se relacionam para diante com as aponeuroses, e os musculos sub-ioideus, para dentro com os flancos da traquea e das cartilagens cricoides, para traz com o feixe vasco-nervoso do pescoço e a alça do hipoglosso.

O bordo superior do istimo recebe as tiroidianas superiores ramos da carotida externa.

As arterias que se distribuem ao corpo tiroide em numero de 4 raramente de 5 são : as tiroidianas superiores e inferiores. As vezes a tiroidiana media de Neubauer, ramo do tronco arterial braquio cefalico se dirige tambem ao corpo tiroide. É ela que as vezes dificulta a traqueotomia baixa.

Visto em rapidas linhas a anatomia da tiroide passemos então ao estudo do bocio

O bocio não é mais do que um processo de hipertrofia da glandula tiroide. Ainda outros processos podem atingir essa glandula : processo de tuberculose, de cancer etc.

Existem diversas modalidades de bocio : *bocio simples* tambem chamado *difuso*, *bocio exofitalmico*, *bocio adenomatoso* e *bocio cistico* tambem chamado *circunscrito*.

O bocio simples ou difuso, endemico é aquele em que toda a glandula foi atingida pelo processo morbido. O bocio exofitalmico tambem é difuso pelo mesmo modo. Os cistos e os adenomas tiroidianos constituem os bocios circunscritos, que se limitam a afetar parte da glandula.

O bocio *coloide*, variedade simples é de consistencia mole, bastante movel, condicionando um estado de hipotiroidismo.

## ETIOLOGIA

Estudos anteriores demonstravam como causas do bocio, a prenhez, a hereditariedade, as intoxicações crônicas, os fibromas uterinos, os polipos nasais, os grandes sustos e excitações e até molestias outras que enfraquecendo o organismo, constituíam freguentemente como dizia o professor HERMANN SCHESINGER, de Vienna, momentos etiologicos dessa afecção.

Alem desta causas; os autores apresentam 3 teorias principaes que procuram explicar o aparecimento do bocio:

1.<sup>o</sup>)—*Theoria hidrotelurica*; 2.<sup>o</sup> *theoria toxi-infecciosa*:  
3.<sup>o</sup> *teoria do deficit de iodo*.

Na 1.<sup>a</sup> teoria dizem eles ser de ordem chimica, devido ao excesso de sais de calcio e de magnesio.

A teoria infecciosa tem sido sustentada por CARILE e LUSTING, por KUMMER e TAVEL por JABOULAY. Assim dizem eles que nas inflamações agudas da tiroide o papel da infecção está demonstrado. Os microbios assinalados são ordinariamente stafilococcus atenuados.

E' porem na concepção duma *perturbação no metabolismo do iodo organico* que os cientistas modernos se orientam para explicarem a patogenia de bocio, baseados nas experiencias de GAYLORD, LENHARD e MARINE

que demonstraram que proporções mínimas de iodo eram capazes de impedir a produção do bócio no carneiro.

Porem deixemos de lado estas teorias, e apontemos uma moderna e digna de estudos aprofundados: a infecção focal.

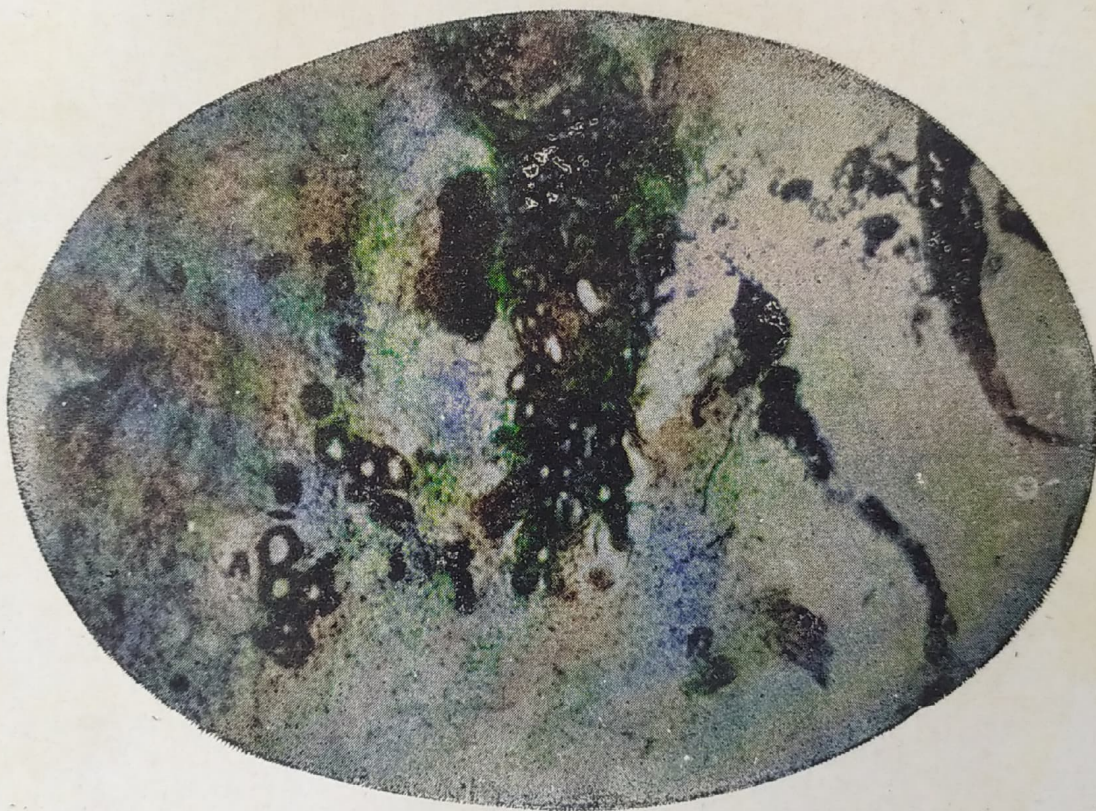
Os adeptos fervorosos da teoria toxi-infecciosa se aliam um pouco á teoria da infecção focal pois assim eles se expressam: «é preciso estabelecer que estes micro-organismos (levados pelas aguas ou introduzidos por meio duma *infecção bucal*, por intermedio do canal tireo-glosso premeavel), podem por sua presença atenuada, dar logar a uma infecção crónica, suscitando a proliferação glandular. Passaria assim da *tiroidite crónica*, a neoformação adenomatosa, como se passa da *mamite crónica* ao tumor quístico do seio.

Não queremos dizer que a infecção focal, seja a causadora do bócio em todos os casos; verifica-se sim que em alguns, ela é a causa principal.

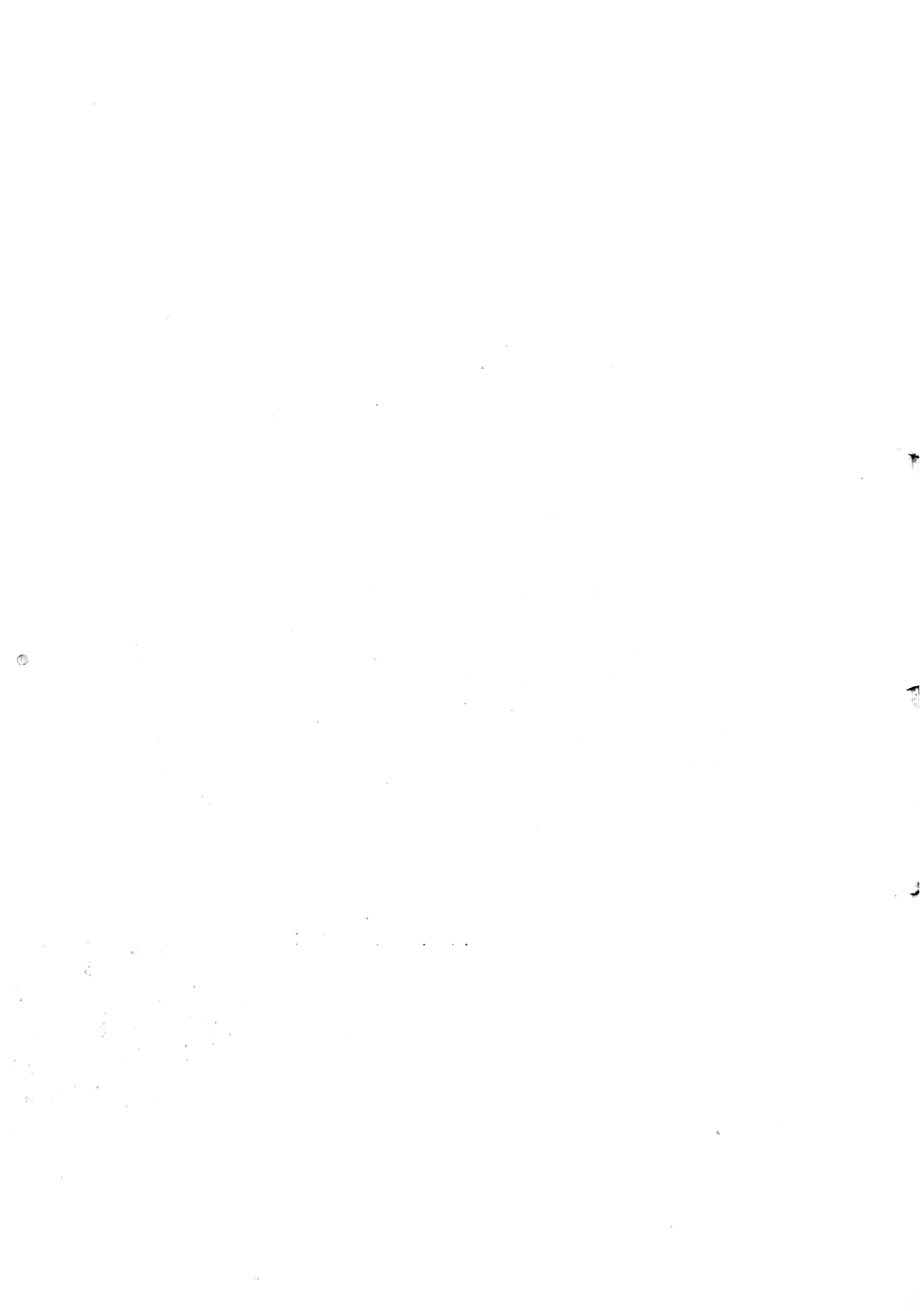
Em favor deste nosso dizer temos a observação n. 2. Quem poderá contestar que nessa doente a causa do bócio não foi a infecção focal, pois a doente ao apresentar-se ao nosso serviço não tinha jamais usado medicamento algum e ao ser operada, dias depois com grande espanto nosso, havia desaparecimento completo do tumor e dos outros sintomas? Persistia apenas um pouco da ofitalmia.

Diante de tamanha quantidade de causas apontadas pelos autores, produzindo um só efeito, mais tão complicado, tão misterioso, tão cheio de modalidades diferentes, a intelligencia humana vacila, prende-se num verdadeiro cipoal, sem nada descobrir de positivo! Mas,

MICROFOTOGRAFIA 2



MUCOSA DO ANTRO MAXILAR



quando meditamos nos muitos beneficios feitos a humanidade pela concepção superior dos grandes genios, quando contemplamos LAENNEC assegurando pela auscultação o diagnostico de grande numero de molestias, VIRCHOW creando a patologia celular PASTEUR fundando a teoria microbiologica, LISTER sob cujo impulso appareceu a antisepsia, PIERRE CURIE e sua illustre esposa, que fizeram a fenomenal descoberta do radio, pensamos que um dia dissipar-se-á a negra visão do desconhecido e a luz maravilhosa da ciencia, guiando o sabio, atravessará préscrutados os seus misterios, os meandros insondaveis desta molestia, firmando os alicerces de sua patogenia e creando os meios faceis de restringir-lhe a marcha, debelando-a por completo.

Deixemos estas divagações e voltemos para o papel que desempenha a infecção focal na etiologia do bocio. Saber si o bocio é causado pelo foco de infecção dentro do corpo é de maxima importancia, não só em prevenir como tratar a molestia.

HARROWER (1) acredita que a occurencia coincidente das infecções dentais e orais no bocio simples tenha sido exatamente demonstrada. EVANS (2) encara a falta de iodina como uma, se bem que a mais importante, causa do bocio. Em adição ele cita maus dentes, tonsilas infectadas, supurações no nariz, perturbações digestivas, choque mental, e outras emoções poderosas como fatores responsaveis.

---

(1) Rational treatmen for simple goiter. American Medicine.

(2) How to keep well Chicago Tribune.  
C. A.—Fl. 4

BRAM (1) estabelece que as infecções focais dos dentes, tonsilas, seios nasais e mais remotamente afecções gastro-intestinaes e genito-urinarias são comumente responsaveis pelo enlarguecimento da tireoide.

L. E. BROWN (2) lembra a possibilidade de uma relação entre o bocio e as infecções tonsilares. Inclina-se contudo a acreditar que a tonsila *is no more likely to be the focus of infection than any other nidus e g. sinuses teeth aud gall bladder.*

BROWN manda que os especialistas de garganta prestem particular atenção ao estado da tireoide em todos os casos de tonsilas infectadas. Todos que tratam das disordens da tireoide são convidados por ele para olharem as tonsilas infectadas como possivel fator excitante.

BOOTH (3) tem frequentemente notado melhora em bocio adolescente depois do foco da infecção ter sido eliminado. Afirma que o bocio é o resultado indireto da infecção focal ou geral mais depressa do que o resultado direto de alguma infecção especifica tal como pode ser nascida pela agua.

Ele olha a infecção da boca, seios, tonsilas, vesicula biliar, apendice ou a presença da flora anormal no trato intestinal, como causas possiveis de bocio.

Diante de tantas conclusões desses autores americanos, sentimo-nos ainda mais animados, pois vemos

---

(1) Goiter—Non surgical types and treatement.

(2) Tonsils and thyrotoxicosis Annals of Otology, Rhinology and Laryngology.

(3) Goiter—Journal—Lancet.



que não estamos sós, em incluir a infecção focal como uma das causas do bócio.

O ilustre chefe da Oto-rino-laringologia Bahiana, professor ED. MORAIS, baseiado em suas observações clinicas afirma ser a infecção fócal causadora do bócio em grande numero de casos. Em meados do ano passado este competente professor apresentou um trabalho na Sociedade Medica dos Hospitais intitulado : *Um caso de tico doloroso da face e bócio*, curado pela intervenção sobre as cavidades nasais e paranasais (com apresentação de doentes).

ROBERT OLESEN fez suas observações entre os escolares de Cincinnati ; mas como realisasse em um numero limitado não obtendo portanto um resultado satisfatorio. um tanto esmorecido assim se expressa : *Before the relationship between thyroid enlargement, and potential foci of infection in the teeth and tonsils can be regarded as definitely determined it is desirable that additional studies be made in other sections of the country on a more comprehensive scale and possibly with different methods.*

E já desanimado, chega ao ponto de dizer : *nevertheless it felt that in so far as the present study is concerned, such a relationship is non existent.*

Mais adiante ele diz : *despite these negative findings, neglect of oral hygiene is not advocated. On the contrary renewed efforts to insure as nearly perfect denture as possible, through appropriate nutritional guidance and practice as well as competent dental prophylaxis and treatment are recommended and urged. Moreover, appropriate*

*treatment for enlarged and diseased tonsils is likewise advised.*

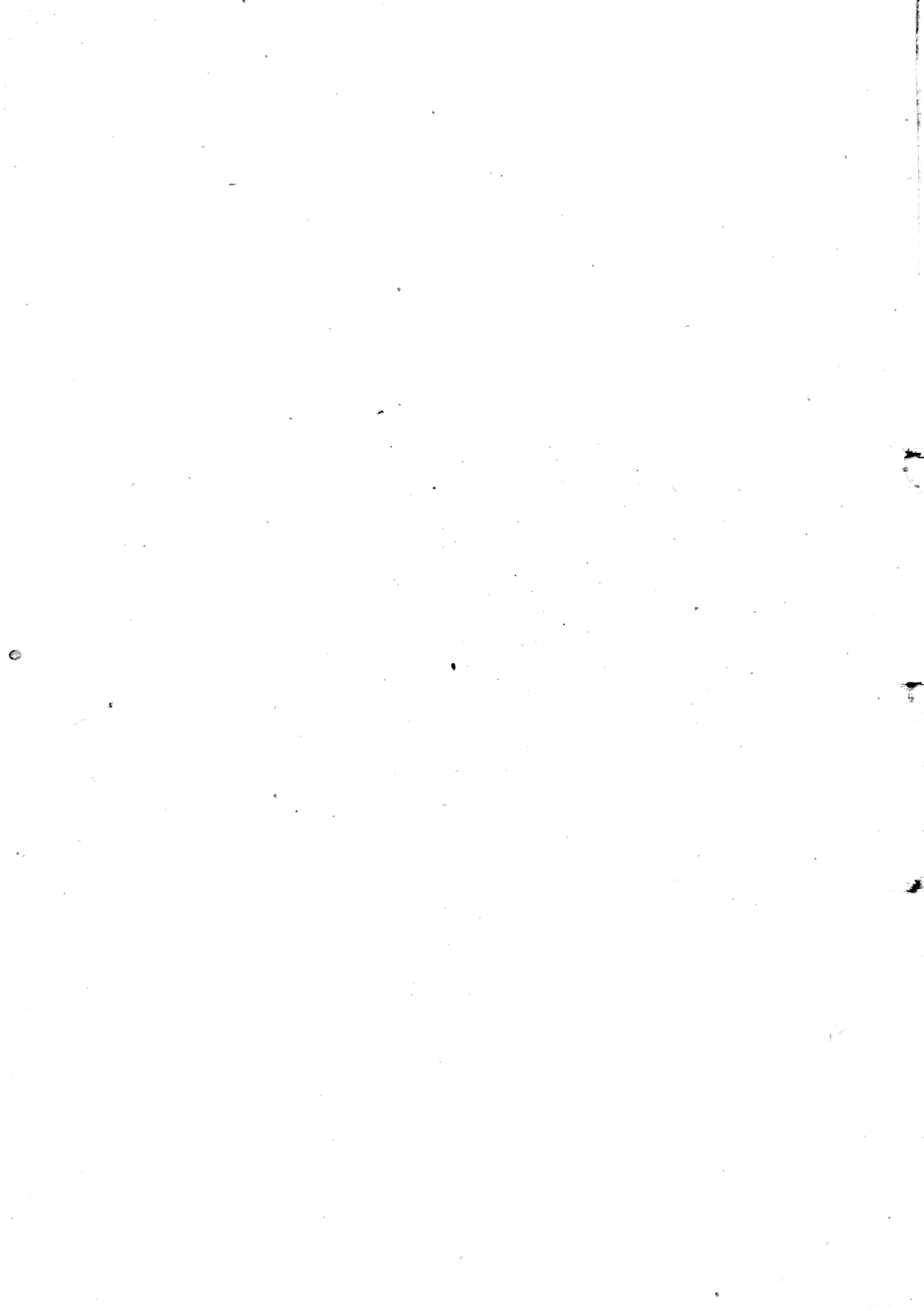
Em estudos ulteriores em Connecticut este mesmo autor baseando-se no material retirado durante a investigação assim se expressa : *It appears that slight and markedly decayed teeth, as well as hypertrophied and cryptic tonsils were more frequently associated with thyroid enlargement than with normal thyroid conditions.* Vê-se perfeitamente que nesse segundo estudo, o autor inclina-se já a acreditar no papel do foco da infecção.

Termina como acima aconselhando a profilaxia dental e dizendo que não se deve interpretar que a correção dos defeitos dentais e tratamento radical das tonsilas doentes sejam desnecessarios em individuos que tenham a glandula tireoide normal e diz : *quite the contrary, remedial measures are desirable in both thyroid normal and thyroid enlarged persons.*

E assim a teoria da infecção focal vae se erguendo, apesar do desanimo de uns e descrença de outros.



# Observações



## OBSERVAÇÃO N.º 1

### **Bocio exofthalmico**

M. B. preta, solteira, 28 anos de idade, lavadeira, residente ao Guadalupe, internada na Enfermaria S. Ana.

*Antecedentes familiares*:—Mãe viva e pae morto de congestão. Tem 8 irmãos vivos e sadios, dois morreram com a idade de 7 mezes.

*Antecedentes pessoais*:—Já teve paludismo ha 10 anos passados, sarampo quando creança; catapora ha 3 mezes; sente constantemente dores reumaticas.

*Historia clinica*—Não sabe informar ha quanto tempo está doente, pois somente ha uns 6 mezes foi que lhe chamaram a atenção para um caroço (sic) que estava nascendo em seu pescoço.

Procedendo o exame verificamos um tumor consistente, abrangendo os dous lobos da tiroide, taquicardia, exofthalmia (sinal de Stellwag) isto é, aumento da fenda palpebral e oclusão incompleta dos olhos; e ligeiro tremor.

Esta sintomatologia, levou-nos a afirmar que se tratava de um caso de bocio exofthalmico. A doentinha tendo usado diversos medicamentos, aplicações electricas e não obtendo resultado, pedimos permissão ao seu medico assistente para pesquisarmos a infecção focal, Procedemos então o exame da boca.

*Exame da boca*—Dentes aparentemente são, notando-se apenas uma carie do 2.º 3º no molar superior direito.

*Exame nasal*—Iperemia do cartuchos medios.

*Exame da faringe*—Amídalas hipertrofiadas.

*Exame da laringe*—Normal.

*Diafanoscopia*—Antros maxilares obscuros, antros frontais bem iluminados.

*Exame da urina*—Normal.

*Exame de fezes*—Ovos de tricocefalo.

### EXAME CLINICO GERAL

*Aparelho circulatorio*—taquisfigmia (120 pulsações).

*Pressão arterial*—(Vacquez e Laubry) Mx 13,5  
Mn—9.

*Aparelho nervoso*—excitação nervosa ligeira, tremores, insomnia.

*Aparelho digestivo*—apetite normal, figado normal a percussão e palpação—ligeira constipação intestinal.

*Aparelho respiratorio*—normal.

*Aparelho genital*—Regras normais ; tem um corrimento esbranquiçado.

*Tratamento*—Conforme dissemos acima, a doentinha usou diversos medicamentos sem resultado ; de sorte que, ao nos ser entregue, resolvemos operá-la afim de pesquisarmos a infecção focal. O Dr. ED. MORAIS abriu ambos os seios maxilares pelo processo de Caldwell Luc e praticou logo em seguida a amidalectomia pelo processo de Ruault. (3—6—931).

*Resultado post-operatorio*—Correu sem novidade. Assim 7 dias depois da operação achamos : (Em 10—6—931).

Pressão arterial (Vacquez e Laubry) Mx 13—Mn — 8  
Pulsações 116—Temperatura 37°.

Dia 6—7—931 — Pressão arterial — Mx — 12—  
Mn 8 1/2—Pulsações—112

Dia 17—7—931—Pulsações 104.

Dia 24—7—931—Pulsações 81.

Dia 1.º—8—931—Dia em que deixamos a paciente :  
—Pressão artarial Mx—13, Mn, 9. Embora o tumor não desaparecesse totalmente, houve porem uma certa regressão do mesmo e melhora dos outros sintomas : assim verificamos a diminuição da taquicardia como se pode verificar linhas acima, da oftalmia e do tremor.

## EXAME ANATOMO PATOLOGICO

### *Exame macroscopico.*

Seio direito - atrofia consideravel da mucosa.

C. A. — Fl. 5

Seio esquerdo—Vestígios de mucosa—parede anterior visivelmente doente.

*Exame - microscópico.*

Necrose completa, impossibilitando tirar-se a microfotografia.

---



## OBSERVAÇÃO N.º 2

### **Bocio Exofthalmico**

M. J. S. preta, 21 anos de idade residente a Avenida S. José (Calçada).

*Antecedentes familiares*:—Pais vivos e aparentemente sãos.

*Antecedentes pessoais*:—Teve sarampo e variola quando creança.

*Historia clinica*:— Está doente ha 2 anos. Ao historiár o seu mal, diz que foi notando um tumor que a principio pequeno, depois foi aumentando ao nivel do seu pescoço, á medida que observou não enxergar bem.

Procedemos o exame da paciente e verificamos: um tumor consistente abrangendo os dois lobos da tireoide, taquicardia, evidente exofthalmia, apresentando alem disto o sintoma de Graefe (falta de sinergia nos movimentos do globo ocular e da palpebra). A fisionomia da nossa paciente tinha uma expressão desagradavel,

de estupidez e colera que provocou-nos um mixto de pena e medo.

Tentamos examinar o fundo do olho, o que nos foi impossível, pois havia manchas de iritis, impossibilitando assim o exame.

Um ligeiro tremor por fim, veio completar o nosso diagnostico. Estavamos portanto em frente de uma portadora de bocio exofitalmico.

O nosso intuito era pesquisar a infecção focal e portanto sem nos deter em tratamentos apontados para tal síndrome, resolvemos fazer as nossas pesquisas preliminares passando então para o *exame da boca*.

*Exame da boca*—Dentes aparentemente são notando-se a ausencia do 2.º molar inferior (direito e esquerdo) e do mesmo superiormente, alegando a doente ter arrancado antes de apresentar-se ao nosso serviço.

*Exame nasal*—Iperemia dos cartuchos, catarro no cartucho medio do lado direito.

*Exame da faringe*—Amídalas pequenas e doentes, notamos verdadeiro processo de cicatrização como se anteriormente houvesse alguma inflamação nas mesmas. A doente nos informa que ha tempos foi vitima de um abcesso na amídala.

*Exame da laringe*—Normal.

*Diafanoscopia*—Antros maxilares claros e antros frontais bem iluminados.

*Exame da urina*—traços de urobilina.

*Exame de fezes*—Ovos de ascaris.

*Exame clinico geral*.

*Aparelho circulatorio*—100 pulsações (taquicardia).

*Pressão arterial*—(Vacquez e Laubry)-Mx-12-Mn-9.

*Aparelho nervoso*—ligeira excitação nervosa, tremores.

*Aparelho digestivo*—Apetite normal - figado normal á precussão a palpação.

*Aparelho genito urinario*—Normal

*Tratamento*—Devido ao estado das amidalas, resolvemos operal-as; empregamos o processo de Sluder. Dias depois a doente tinha 84 pulsações; 20 dias depois praticamos a dupla sinusectomia pelo processo de Caldwell Luc.

*Resultado post-operatorio*—Foi dos mais animadores, nos dando forças para continuarmos as nossas pesquisas.

Assim é que a doente operada em 27—6—931 no dia 7—7—931— tivemos a imensa satisfação e ao mesmo tempo a surpresa de observar o *bocio* completamente desaparecido; dir-se-ia que esta doente jamais teve tumor algum ao nível do seu pescoço; *taquicardia* diminuida 80 *pulsações*, ligeiro *tremor*, persistindo somente a exofthalmia mesmo assim melhorada.

Diante desse caso, um dos mais brilhantes em favor da infecção focal como pode ser a causadora do *bocio*, lamentamos para melhor documentação, não termos tirado a fotografia da paciente antes e depois da operação.

Devemos mencionar contudo que a nossa paciente foi apresentada á Sociedade Academia Alfredo Brito pelo nosso companheiro de internato Acad. Orlando de Castro Lima.

*EXAME ANATOMO PATOLOGICO*

*Macroscopico*—Seio direito—espessamento da parede ossea, mucosa doente.

*Seio esquerdo* — espessamento da parede ossea mucosa aparentemente sã.

**Microscopico—Microfotografia 2**

A mucosa apresenta um estado de inflamação crônica com zonas de degeneração no tecido conjuntivo. As glandulas se avolumam e se condensam em certos pontos deixando-se infiltrar por elementos inflamatórios. Ha esboço de formação cística.

Tensão arterial ao terminar o tratamento. Mx - 12  
Mn - 7'2 : Pulso - 85.

---

## OBSERVAÇÃO N.º 3

### **Bocio Simples**

A. C. L. branca, bahiana, residente em Itapagipe.

*Historia Clinica*—Apresentou-se á clinica queixando-se de um tumor no pescoço ha 1 ano. Ao examinarmos, verificamos que ao nivel do lobo direito da tireoide existia um tumor mais ou menos consistente. Procuramos examinar mais detidamente a paciente e observamos ter a mesma taquicardia—90 pulsações por minuto. Falta-  
vam porem os outros sinais do bocio exofitalmico.

A doente nos informou ainda mais que o seu tio morrera de bocio, tanto que nos pedia alarmada uma medicação que a livrasse desse mal pois já tinha usado diversos remedios e sem resultado.

O nosso intuito era pesquisar a infecção focal, e assim sem mais delongas procedemos o exame da boca.

*Exame da boca*—Dentes em pessimo estado, existindo carie de 3.º grau nos 1.ºs molares superiores e alguns dos molares inferiores.

*Exame nasal*—Nada de anormal.

*Exame da Faringe*—Normal.

*Exame da Laringe*—Normal.

Aconselhamos á nossa paciente tratar do seus dentes cariados.

Dois mezes depois quando já desesperançada estavamos de tornar a ver a nossa doentinha, pois nunca mais tivemos a menor noticia, eis que ela surge a nossa procura no Hospital alegre e sorridente, nos dizendo que o tumor do seu pescoço havia desaparecido! Contou-nos que a medida que ia arrancando os dentes notava uma regressão do tumor até que afinal desaparecera completamente.

O numero de pulsações era de 80 por minuto.

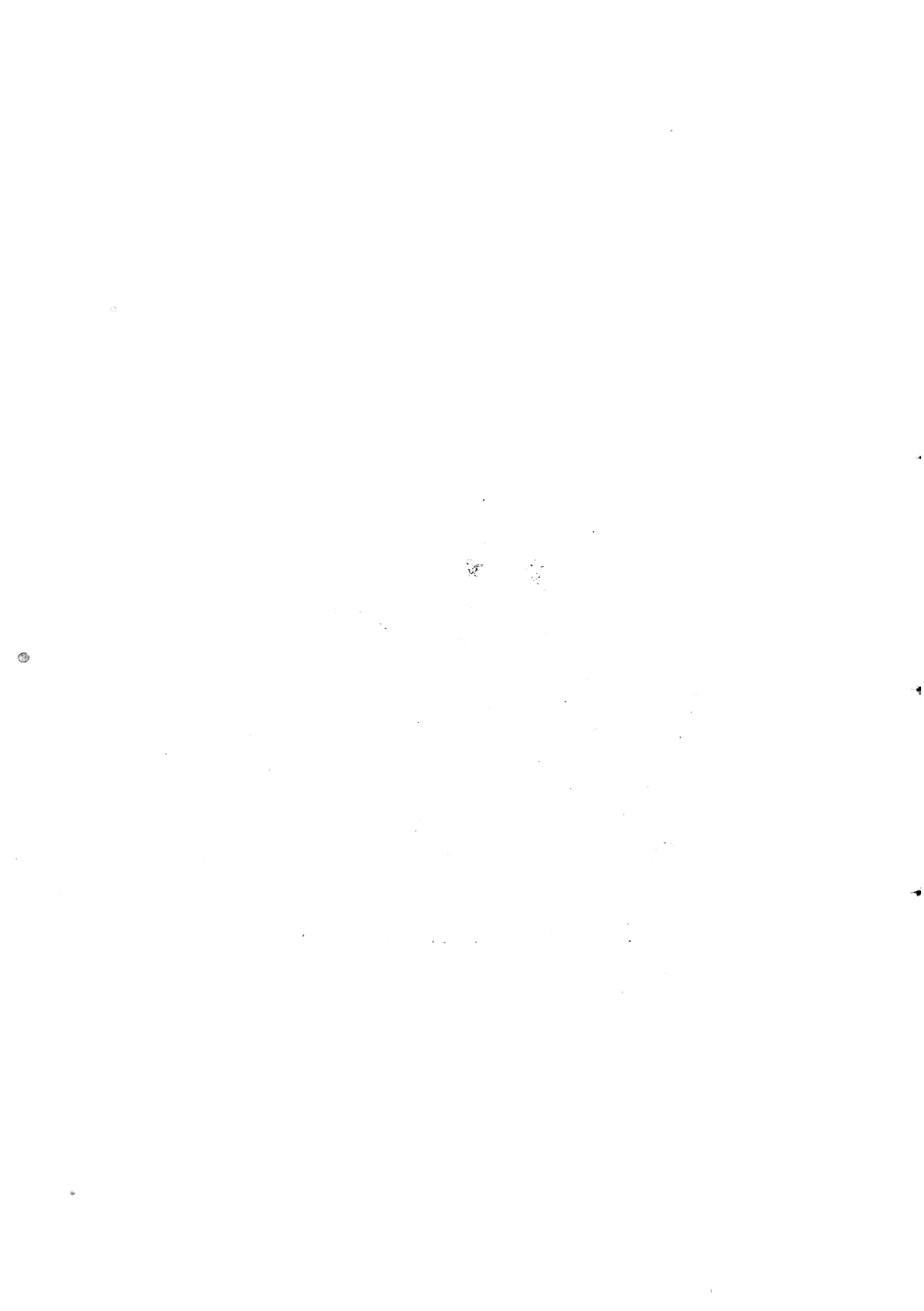
Está aqui um caso de bocio ligado á infecção focal.

---

**MICROFOTOGRAFIA 3**



**MUCOSA DO ANTRO MAXILAR**





## OBSERVAÇÃO N.º 4

### Da Clinica Civil do Prof. Moraes

Trata-se de uma doente que apresentava o tique doloroso da face e bocio.

Toda terapeutica empregada tinha lhe sido inutil. Afinal o professor MORAIS foi encontrar a causa material desta nevralgia, na fossa nasal esquerda, que apresentava um desvio do septo com um esporão osseo a penetrar no meato medio e em contacto com a mucosa que, por sua vez, se banhava num intrincado de fibras sensitivas do trigemio. Fóco de infecção, tambem primordial, no interior e na periferia do outro maxilar com um processo cronico de degeneração e espessamento O nervo sub-orbitario bem mais volumoso que normalmente, sem a defesa do canal osseo, no meio septico referido. Com a ressecção do sub-orbitario, torsão das suas extremidades, e intervenção sobre as cavidades nazais e para-nazais (dupla sinusectomia maxilar ; processo de Caldwell Luc ), a doente curou-se completamente da sua nevralgia, e o bocio teve uma notabilissima diminuição.



## OBSERVAÇÃO N.º 5

### Da Clinica do Prof. Moraes

Doente portadora de bocio do lado esquerdo, com infecção no interior das cavidades maxilares, sobretudo á esquerda.

Com a intervenção sobre essas cavidades, houve uma rapida diminuição do tumor cervical. Apesar disso, o pólo inferior do bocio tendendo a invadir o mediastino, e com a compressão do laringeu, a tosse do paciente não cedeu e com elas as perturbações respiratorias e circulatorias. Precísava portanto a retirada do bocio remanescente.

---



## OBSERVAÇÃO N.º 6

### Da Clinica do Prof. Moraes

Doente portadora de bocio involuido consideravelmente, somente com a regressão da infecção focal no interior de dentes cariados.

Alem destes casos, aparece outra doente com a síndrome completa ( síndrome de Basedow ) apresentando carie dentaria acentuada, e infecção das cavidades paranasais.

Depois de operada, a melhora era consideravel

---



## OBSERVAÇÃO N.º 7

### **Quisto branquial do pescoço**

N. S. branca, 35 anos de idade, viuva, residente em S. Pedro.

*Historia clinica* :—Apresentou-se á clinica queixando-se de um tumor que vem lhe incomodando ha 3 anos ao nivel de seu pescoço. Acrescenta que no inicio da sua molestia sentia dores na garganta.

Ao procedermos o exame verificamos : *sinais fisicos*: a palpação profunda da região cervical direita, sentimos uma massa livre com os planos superficiais e aderindo intimamente aos planos profundos. Esta tumefacção se estendia do bordo inferior do maxilar a parte superior da cartilagem tiroide. Ao palpar ele se revelava um pouco consistente. O palpar bimanual não podemos praticar em rasão de sua profundidade. Para o lado da faringe e laringe nada constatamos digno de nota.

*Exame complementar* :—Fizemos punção no tumor e o liquido retirado apresentava uma cor amarelo citrino. A nossa doente nos informa que antes de aparecer em nosso serviço tinha ido a diversos medicos que praticavam punções repetidas no tumor como meio terapeutico. Alega a doente que notava uma certa regressão do mesmo, para mezes depois voltar ao que era.

*Tratamento* :—Pelos sinais acima mencionados, vimos que se tratava de um caso de quisto branquial da região lateral do pescoço.

Qual a causa que deu origem ao seu aparecimento na idade adulta?

Seria a sífilis? A doente informa que os seus parentes são aparentemente sãos; o seu esposo morrera de uma furunculose e que ela tem tomado constantemente injeções para sífilis porem sem resultado.

Faltava-nos somente pesquisar a infecção focal e então começamos pela exame da boca.

*Exame da boca*:—Dentes aparentemente sãos. Ausencia de alguns molares, que a doente diz ter arrancado quando fora vitima de um formidavel abcesso no mesmo.

*Exame nasal*:—Mucosa atrofiada e iperemiada; cartuchos medios de ambos os lados, doente.

*Exame da faringe* :—Normal.

*Exame da laringe* :—Normal.

## OPERAÇÃO

Resolvemos então a intervir. Assim, mediante anestesia local, abrimos ambos os seios maxilares pelo pro-



cesso de Caldwell Luc. No seio direito notamos logo após o descolamento da mucosa, atrofia consideravel do osso ; este achava-se tão delgado que partia-se ao simples toque da goiva. O mesmo se verificava no lado oposto.

*Resultado post-operatorio* :—Bom.

Podemos observar depois de 10 dias uma regressão consideravel do tumor. Como persistisse ainda vestigios do tumor depois de 2 mezes de operada, resolvemos fazer a extração da mesmo, ainda não realisada ao ultimarmos esta.

## EXAME-ANATOMO-PATOLOGICO

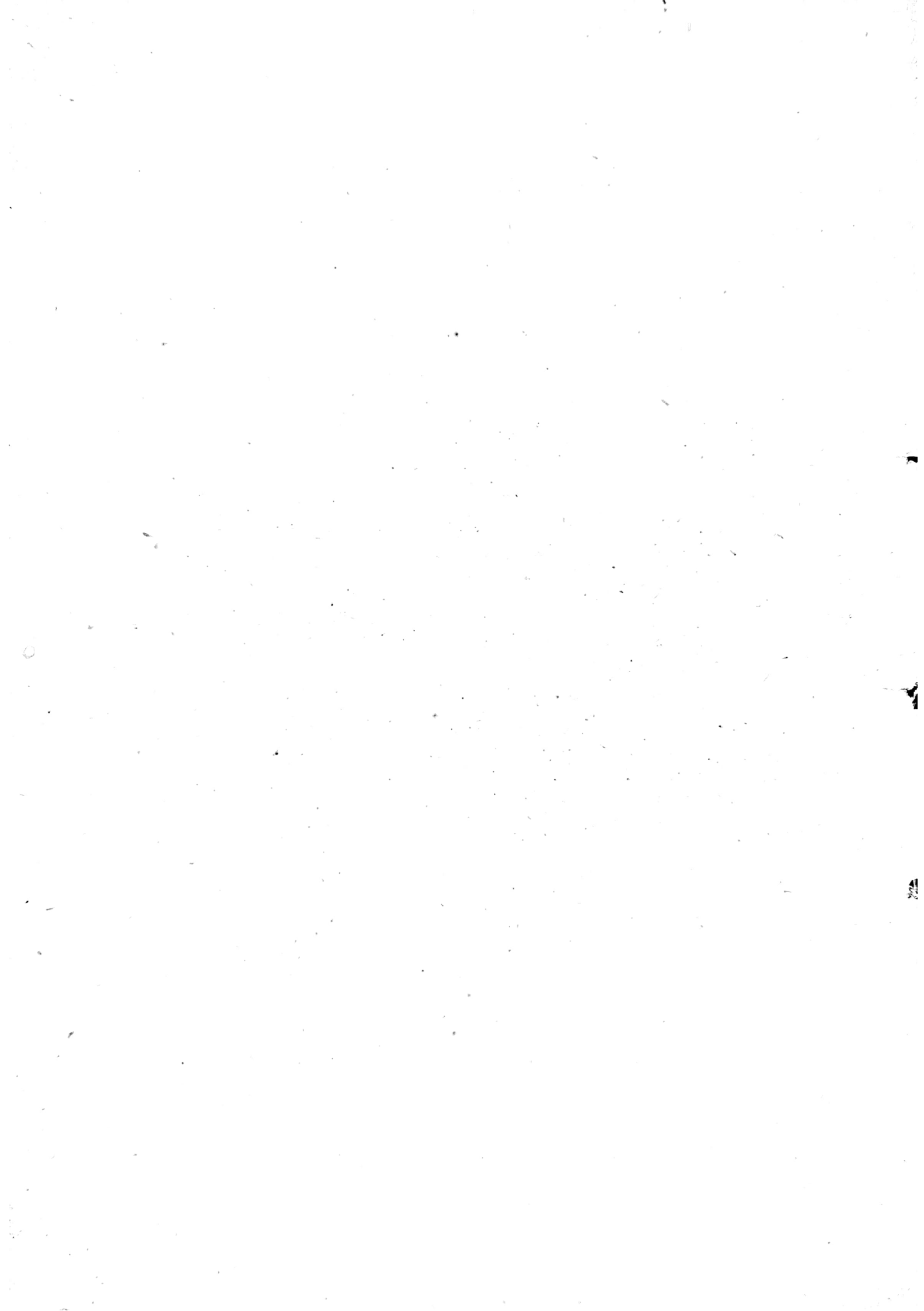
### *Macroscopico*

*Seio direito*-- ausencia de mucosa ; formidavel, quantidade de polipos.

*Seio esquerdo* :—quantidade de polipos muito maior do que no seio oposto.

### **Microscopico—Microfotografia 1**

A mucosa e o veu, em completa transformação, como o corte está a demonstrar. Os polipos vistos microscopicamente têm a seguinte estrutura : parede formada de elementos epiteliaes cilindricos mais ou menos normais, muito até com os cilios conservados ; e um conteúdo formado por uma substancia acidofila, com reações aproximadas de muco.



## OBSERAAÇÃO N.º 8

### **Adenite Cervical**

E. P. O., branca, casada, 35 anos, residente ao Sodré.

*Historia Clinica*—Aos 28 dias do mez de Abril a nossa doente começou a sentir dores violentas e atrozes ao nivel do pescoço todas as vezes que deglutia; no dia immediato como não melhorasse chamou um medico que lhe receitou uma fricção e um remedio para uso interno; a doente porem peiorava cada vez mais, as mandibulas começavam a cerrar-se de tal maneira que a doente não podia abrir a boca. Havia um engorgitamento dos ganglios cervicaes. E diversos medicos foram consultados; a paciente receitada já por 8 medicos e sem que nenhuma melhora lhe adviesse tornava-se cada vez mais nervosa.

Afinal recorreu ao 9.º Este depois de examinal-a cuidadosamente e sem achar a causa possivel de todo aquele seu mal teve a feliz lembrança de pesquisar a infecção focal desprezada pelos seus antecessores e por isto procedeu o exame da boca.

*Boca*:—Dentes em pessimo estado: raizes aqui e acolá; carie de 3.º gráo em outros. Contou-nos a doente que em 1928 fez a colocação de um bridge depois do tratamento previo dos canais.

Mezes depois esta bridge caiu e os dentes começaram a doer horrivelmente.

Tirada a bridge o dentista fez um tratamento local e aconselhou-a tirar os cacos que ahí ficaram. Como a dôr passasse a doente não ligou mais importancia ao tratamento dos mesmos.

Este distinto clinico, levou-a incontinenti ao dentista. O seu estado de fraqueza não permitiu que nesse dia fizesse a extração dos dentes; a medida que ia se fazendo a extração, a sua melhora era consideravel. Findo o tratamento dos dentes a doente sentia-se completamente curada. Eis aqui portanto um caso de adenite ligada á infecção focal.

*Exame dos Dentes Extraídos*: —Podemos constatar o seguinte: 1 canino com exostose; 2 incisivos centrais com granuloma; nos 2 cisos superiores, o direito com um granuloma bem desenvolvido

---

## OBSERVAÇÃO N. ° 9

### **Adenite Cervical**

L. T. J. preta, 28 anos de idade, residente ao Bom Gosto do Canela.

*Historia Clinica*—Apresentou-se á clinica queixando-se de uns caroços ao nivel do pescoço que lhe doía ao simples toque do dedo, e dores atrozes na garganta.

Ao procedermos o exame verificamos que de fato, na região sternó cleido mastoideu direita, existia uns ganglios volumosos e dolorosos á pressão.

*Exame Nasal*—Ligeira iperemia da mucosa.

*Exame da Boca*—Dentes estragados, ausencia de alguns molares superiores.

*Exame da Faringe*—Amídalas pequenas encastoadas e doentes. Enorme quantidade de calculos que conseguimos retirar mediante expressão. Notava-se um processo de amídalite críptica.

*Exame da Laringe*—Normal.

*Tratamento*—No 1.<sup>o</sup> dia a doente apresentava elevação de temperatura (38.<sup>o</sup>) ministramo-lhe uma empola de protinjetol (A) e mandamos ao dentista devido ao seu mau estado dentario. Fizemos expressão das amidalas, uma embrocação nas mesmas com azul de metileno e nitrato de prata.

No dia imediato a doentinha arrancou dois dentes; repetimos o mesmo processo do dia anterior, nas amidalas. Febre 37, 5.

Nova empola de Protinjetol.

3.<sup>o</sup> dia melhora para o lado dos ganglios do pescoço, a medida que sua amidalite ia melhorando. Febre 36, 5.

4.<sup>o</sup> dia—A melhora era tão sensível, que a doente nos perguntou se poderia deixar de vir a clinica. Não sentia mais a sna garganta doer, nem os caroços do pescoço lhe incomodavam mais. Fizemos nova expressão nas amidalas, e pincelagem com nitrato de prata e azul de metileno e pedimos que voltasse dias depois.

Accedendo ao nosso pedido, a doentinha voltou 4 dias depois dizendo nada mais sentir. Procuramos examinal-a, e verificamos que aquela amidalite tinha desaparecido existindo apenas ligeiras iperemia dos pilares. Para o lado do pescoço havia desaparecimento daqueles ganglios dolorosos á pressão. Em vista disto, diagnosticamos: um caso de adenite cervical cuja origem foi a infecção focal localizada nos dentes e amidalas.

---

## OBSERVAÇÃO N.º 10

### **Bocio simples**

M. J. O. preta, 20 anos de idade, residente E. da Liberdade.

*Antecedentes familiares*:—Pais mortos, ignorando a causa; tem 5 irmãos aparentemente sadios.

*Antecedentes pessoais*:—Já teve sarampo, catapora e sofre constantemente de dores na garganta. Diz ter feito uma operação na mesma ha 4 anos passados.

*Historia clinica*:—Está doente ha 2 anos. Ao historiar o seu mal acusa que notou um tumor se desenvolvendo ao nivel do seu pescoço.

Ao examinarmos a paciente, verificamos um tumor mais ou menos consistente abrangendo o lobo esquerdo da tireoide. Passamos então aos outros exames. Assim podemos verificar 110 pulsações em um minuto. Ausencia de exofthalmia e tremor.

Tratava-se pois de um caso de bocio.

*Exame da boca*:—Dentes mal implantados, carie do 2.º grau no 1.º premolar superior e de 3.º grau nos dois molares inferiores direito e esquerdo.

*Exame nasal*:—Mucosa iperemiada — hipertrofia dos cartuchos, catarro no cartucho medio.

*Exame da faringe*:—Congestão dos pilares. Verdadeiro processo inflamatório apresentando o aspecto de um abcesso amigdalino.

*Exame da laringe*:—Devido o estado da faringe nos foi impossível fazer o exame da laringe.

*Diafanoscopia*:—Antros maxilares ligeiramente obscuros — antros frontais bem iluminados.

### EXAME CLINICO GERAL

*Aparelho circulatório*:—Taquicardia—110 pulsações em 1 minuto.

Pressão arterial (Vacquez e Laubry) Mx 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Mn 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> (sentada).

*Aparelho nervoso*:—ligeira excitação nervosa.

*Ap. digestivo*—falta de apetite, dores constantes no estomago; dor no lobo direito do figado.

*Ap. genito urinário*:—tem dismenorréa.

*Exame de urina*:—Excesso de urobilina.

*Tratamento*:—Embrocações de nitrato de prata com azul de metileno, nas amídalas; empolas de protinjetol (A).

*Operação*:—Praticamos a dupla sinusectomia pelo processo de Caldwell Luc.



*Resultado post-operatorio*:—Bom; regressão do tumor, pulsações diminuídas; 95 em um minuto.

*Pressão arterial*:—(Vacquez e Laubry) Mx 12'/2, Mn 8'/2. (deitada).

### *EXAME-ANATOMO-PATOLOGICO*

#### *Macroscopico*

*Seio direito*:—espessamento da parede ossea, mucosa degenerada.

*Seio esquerdo*:—grande quantidade de polipos.

#### **Microscopico—Microfotografia 3**

O corte microscopico, confirma o diagnostico de sinusite cronica do antro maxilar. O epitelio está alterado em diversos sectores, conservando quasi sempre o seu aparelho ciliar. A mucosa sofre em grande parte a involução cistica. O estroma é formado por um tecido reticulado com aglomerados de histiocitos.

---



## Conclusões

a)—Pelo exposto nas paginas anteriores, vemos que a infecção focal tem papel proeminente na etiologia das afecções do pescoço.

b)—O *quistos branquial do pescoço*, tumor de origem embrionaria pode ter como causa do seu aparecimento a infecção focal, assim como as adenites.

c)—O bocio em grande numero de casos tem como causa inicial a infecção focal.

d)—Em frente de um portador de bocio; devemos antes de qualquer outro tratamento, pesquisar a infecção focal.

e)—fazer-se a profilaxia dentaria e das cavidades perinasais, não só nos individuos sãos como naquelles que apresentem certas perturbações para o lado da tiroide, ou outras afecções cervicais.





*Aceito pelo Conselho Técnico  
e Administrativo.*

*Bahia, 31 de Outubro de 1931*

*a) O Diretor: Dr. ARISTIDES NOVIS*

---





