

RUBEM C. L. AMARANTE

---

# OTO-ANTRITE LATENTE NA PRIMEIRA INFANCIA

TÊSE DE DOUTORAMENTO



---

OFFICINAS GRAPHICAS ALMANAK LAEMMERT  
RUA CARLOS DE CARVALHO, 48  
RIO DE JANEIRO

---

1933

**RUBEM C. L. AMARANTE**

Assistente do Serviço de Oto-ri-  
no-laringologia do Dr. Raul  
David de Sanson, na Policlínica  
de Botafogo e na Fundação Gaf-  
frée e Guinle. Ex-interno  
do mesmo Serviço na Po-  
liclínica de Botafogo.

# **OTO-ANTRITE LATENTE NA PRIMEIRA INFANCIA**

**TÊSE DE DOUTORAMENTO**



OFFICINAS GRAPHICAS ALMANAK LAEMMERT  
RUA CARLOS DE CARVALHO, 48  
RIO DE JANEIRO

**1933**

O assunto da tese do Dr. Rubem Amarante ainda não é bem conhecido entre nós. O Dr. Paulo Sâes comunicou á Semana de Oto-Neuro-Oculistica, realizada de 15 a 26 de Outubro de 1926, em São Paulo, um trabalho, com duas observações completas, nas quais não conseguiu praticar a punção, e acentuou, na replica aos comentarios despertados, que apresentára estas duas observações acreditando poder chamar a atenção dos especialistas e pediatras. Estes comentarios frizaram a dificuldade da punção sem mencionar outras observações de otite latente.

Em Agosto de 1931 levámos á Academia Nacional de Medicina as pesquisas do nosso assistente, que resolvera se dedicar ao assunto. Estas tiveram o alcance desejado — despertar no Rio de Janeiro o interesse dos pediatras para esta modalidade da otite. Filho da nossa Escola, estamos mal colocados para elogiar o seu trabalho; podemos todavia afirmar que o Dr. Rubem Amarante foi no nosso meio o primeiro a praticar, com resultado, a punção da caixa através do timpano não perfurado para pesquisa da flora microbiana do ouvido medio e estudo da otite latente.

**Dr. Raul David de Sanson**



O nosso modesto trabalho representa o estudo e as observações que fizemos em um periodo de mais de dois anos. Iniciámos pesquisando a flóra bacteriana das otites médias agúdas, com o material que colhíamos pela punção—tecnica e pesquisas originais entre nós — dirétamente na caixa, através do timpano ainda não perfurado.

Resolvemos depois, devido á importancia do assunto, orientar o nosso trabalho exclusivamente no estudo da **Oto-antrite latente primitiva** — afecção pouco conhecida no nosso meio, relativamente freqüente, mas que passa muitas vezes despercebida ou é diagnosticada tardiamente por ser assunto descurado tanto dos pediatras quanto dos otologistas.

Procurámos analisar as opiniões que nos pareceram mais razoaveis de todos os trabalhos ao nosso alcance, principalmente dos estudos apresentados e respostas dadas ao Inquerito Internacional de Le Mée, Bloch e Cazejust, de 1925 segundo o ponto de vista que a nossa observação permitiu.

Na parte bacteriologica somos muito gratos aos Drs. José Bica e Nogueira Penido, assistente do Instituto Oswaldo Cruz, Manguinhos.

AOS MEUS QUERIDOS PAIS

CARINHO E AMIZADE.

— Frente al escepticismo de la mayoría de los pediatras alemanes, admitimos nosotros la justeza y el valor para la práctica de tal noción y por observaciones exactas hemos llegado al resultad de que hay un síndrome cuya presencia hace suponer con gran probabilidad la existencia de una afección latente del oído y debe procederse a practicar la paracentesis y, de no dar resultad satisfactorio en breve plazo, la antrotomía doble. Dicho síndrome se compone 1.º fiebre de aparición aguda, diarrea acuosa rebelde a todo tratamiento dietético; 2.º vomitos de variable intensidad que deben considerarse de tipo cerebral porque la punción lumbar da salida a demasiado líquido céfalo raquídeo y con tensión mayor que la normal, y 4.º pérdida de peso muy rápida e invencible. En la operación o autopsia se encontra pús dentro y al rededor del antro a ambos lados. Todos los casos de este tipo que no se trataron por intervención quirúrgica fallecen; de los operados, cierta proporción se salvaran y siempre causa sorpresa la notable mejoría del estado general a continuación de la intervención y la pronta, a veces inmediata cesación de los vomitos y diarrea.

#### FINKELSTEIN.

— Porque no se piensa suficientemente en la otitis, y porque este examen no se practica con más frecuencia, el diagnóstico de esta afección figura, raramente en clínica, y las más de las veces es sólo un hallazgo de autopsia.

#### MORQUIO.



— A l'hôpital des Enfants de Saint-Louis (Missouri) le service du professeur Marriot est pour ainsi dire commun au médecin et à l'auriste, qui tous deux examinent l'enfant dès son entrée, qu'elle que soit l'affection en cause. Les deux fiches d'observations sont à la tête du lit et servent de moyen de liaison. Point n'est besoin pour le pédiatre de demander l'avis du spécialiste, ni pour celui-ci de faire appel à l'examen de celui-là; l'importance du district respiratoire supérieur paraît tellement grande chez l'enfant qu'on ne peut concevoir un diagnostic auquel il manquerait un des éléments principaux. De cette symbiose sont nées des indications opératoires précises que auraient pu nous paraître audacieuses, si l'on ne nous avait montré des résultats probants.

LE MÉE, BLOCH E CAZEJUST.

— Tout petite malade dont la maladie ne siège pas notablement ailleurs qu'aux oreilles appelle impérieusement la ponction.

PANNETON-EOUGPRÉ.

## CAPITULO I

### DEFINIÇÃO — HISTORICO

DEFINIÇÃO — Podemos definir a oto-antrite latente como sendo uma modalidade de otite média, aguda, não perfurada, que evolue quasi sem sintomas carateristicos, quer objetivos, quer subjetivos.

Preferimos a denominação de oto-antrite latente, dada por Leroux Robert, á de otite latente ou silenciosa, como é mais comumente conhecida, por acharmos que as razões em que êle se apoia, baseadas em dados anatomicos, são muito justas. Como sabemos, na primeira infancia, o antro não é senão um diverticulo da caixa, pois o *additus ad antrum* é tão grande que méde 3 milímetros em todos os diametros, enquanto que no adulto, não passa de 4 a 5 milímetros. Em consequência da larga comunicação entre a caixa e o antro, e sendo a mucosa que os reveste a mesma, toda vez que há infecção da caixa, o antro tambem reage. (Fig. 1).

HISTORICO — A primeira observação de oto-antrite latente foi feita por Zaufal em 1868, que a diagnos-



ticou por meio de paracentese dupla. As lesões da caixa na primeira infancia já eram conhecidas pelos anatomistas desde 1683, principalmente por Duverney. Antes de Zaufal, em 1858, Troeltsch muito se havia preocupado com o assunto; mas, nessa época, a otoscopia não fazia ainda parte da tecnica usual dos exames, achando-a até mesmo impraticavel na primeira infancia Troeltsch e Wrender. Foi Gompres quem teve o mérito de mostrar a possibilidade deste exame. As alterações encontradas no ouvido médio da primeira infancia eram, a principio, atribuidas por Brunner e Gruber á lenta regressão fisiologica do tecido embrionário, existente na caixa.

O nome de otite latente foi dado por Comby; a divulgação á devida a Maurice Renaud.

A primeira comunicação feita a uma Sociedade científica foi a de Parrot, na França, no ano de 1869. Ultimamente, Barbillon, Robert Rendu, Leroux Robert, Robertson, Cazejust, Bloch e, principalmente, Le Mée, muito têm estudado essa fórmula de otite.

No Congresso de oto-rino-laringologia, reunido em Paris, no ano de 1925, foi muito discutido o assunto. Chegou até a motivar uma enquête mundial, dirigida por Le Mée que, baseado nela, publicou com Bloch e Cazejust, em 1926, documentado trabalho, talvez o melhor e mais completo que existe.

No Uruguai, esta fórmula de otite tem sido muito estudada por Morquio que em 1908 publicou um interessante trabalho, por Martino em 1916, e modernamente por Murryo. No Canadá foi feito ótimo trabalho na Crèche de Youville, por Panneton, oto-rino-laringologista e Longprée,

pediatra, Chefes deste serviço. Na America do Norte, Gleason foi dos primeiros a tratar do assunto. Na Austria, o melhor estudo que conhecemos é o de Alexander.

Embóra sejam muito antigos os trabalhos sobre otite latente, sómente há uns 10 anos é que o assunto tornou-se universalmente conhecido. Robert Rendu, em um trabalho publicado nos Annales de maladies de l'oreille, du larynx, em 1923, diz que a imensa maioria dos medicos ignora que, em média, 90 % dos lactentes mortos nos serviços hospitalares têm otite purulenta dupla, sem que nunca tenham tido corrimento dos ouvidos. Esta ignorância, diz êle, é explicavel porque até 1921 nenhum tratado de patologia interna ou de medicina infantil fez referências á otite purulenta latente.

No nosso meio, podemos dizer que esta modalidade de otite é pouco conhecida. Nós fomos dos primeiros a estudá-la e quem, sistematicamente, nos casos de diagnósticos duvidosos, preconizou a punção exploradora do ouvido médio.



## CAPITULO II

### PATOGENIA — ETIOLOGIA

En la gran mayoría de los casos, la otite media es una afección ascendente que llega á la caja, pasando por la trompa de Eustaquio, siendo á su vez consecuencia de una infección naso-faringéa — Morquio (1).

Para explicar a gênese da oto-antrite latente, existem tres teorias: a mecânica, a linfática e a hemática.

#### CAUSAS QUE FAVORECEM A OTITE —

Desde o quarto mês da vida embrionária existe a caixa ou ouvido médio, mas, sómente no nono é que se apresenta com a morfologia do tipo adulto. No recém-nascido, a cavidade da caixa é cheia de tecido mucoso embrionário. Pensou-se, durante algum tempo, que este tecido era proprio da caixa, mas após os trabalhos de Wenden, Zaufal, Burnier, Gruber e, principalmente, de Troeltsch, sabe-se ser este tecido um exsudato que ocupa a

---

(1) Morquio — Afecciones del oido en la primera infancia.



caixa por baixo da mucosa, reabsorvendo-se pouco após o nascimento. Ao nascer, como já vimos, a cavidade da caixa é virtual, tornando-se real após a reabsorção do seu conteúdo. A existência deste tecido submucoso embrionário, e a grande vascularização da mucosa, explicam a predisposição especial para as infecções do ouvido médio na primeira infância (Morquio).

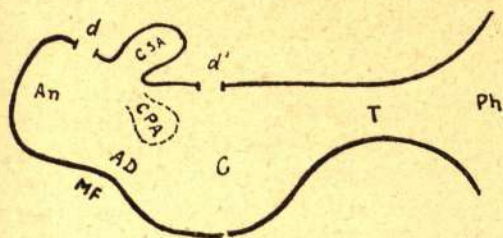


Fig. n.º 1 — Esquema do ouvido médio do lactente ou divertículo otítico do rino-faringe. — Nota-se a continuidade dos diferentes segmentos: trompa, caixa e antro, a ausência de istmo ao nível da trompa (T), seu orifício faringêo, desprovido de boriçã, seu largo orifício auricular, o fundo da caixa (C); a ausência, por assim dizer, do aditus (AD), dadas suas largas dimensões em relação às das cavidades vizinhas; o antro (An) em situação mais alta, o grupo celular sub-antral ((CSA) e pre-antral (CPA), a saliência pouco pronunciada do massiço do facial (MF), as deiscências mais ou menos marcadas d, d'), a ausência da saliência do canal semi-circular externo. — (Segundo Le Mée, Bloch e Cazejust).

Koth, Disse e Laurent chamam a atenção para particularidades anatómicas do nariz dos lactentes que facilitam as infecções do ouvido médio: grande abertura das fossas nasais, meatos apenas esboçados, falta de vibrças, mucosa muito fina, cartuchos muito pouco desenvolvidos,

com exceção do inferior, glandulas ainda rudimentares secretando pouco. Além destes fatores, a disposição especial da trompa, muito curta, muito larga, quasi horizontal, sem istmo, a abertura faringéa desprotegida da borraina tubaria — Fig. 1 (“proteção que só começa após o terceiro ano de idade”), desenvolvimento abundante do tecido adenoidiano, intensa vascularização da mucosa — explicam a importancia que têm as afecções naso-faringéas, na patogenia das otites lactentes. Aliás, observa-se que a maior parte das otites são precedidas de rino-faringite. As molestias infectuosas, muito especialmente a gripe, complicam e são freqüentemente complicadas pela otite.

TEORIA MECANICA — A particularidade anatômica da trompa, a posição quasi sempre de decubito dorsal dos lactentes, permitindo o contáto da secreção do rino-faringe com os orificios da trompa, são os principais fatores incriminados na explicação pela teoria mecânica ou tubaria. O muco-pús do rino-faringe que, como já vimos, está banhando os orificios da trompa, poderá penetrar no ouvido médio, se conseguir vencer a pressão existente na caixa e a aspiração faringéa que se produz no final da deglutição. A permanencia da secreção, obstruindo os orificios da trompa, não permite o renovamento do ar na caixa, que aí se reabsorve lentamente, diminuindo portanto a sua pressão. Esta pressão diminuida, como a abertura das trompas no áto de deglutar, facilitam a entrada de secreção no ouvido médio, dificultando ou impedindo o seu arejamento pela propria secreção, por particulas ali-



mentares regorgitadas pelo vômito ou, ainda, pela reação das paredes da trompa. O fechamento da trompa e a permanência de secreção septica no ouvido médio, provocam a principio, hiperemia da mucosa, depois transudação, e por fim, supuração — explicação de Veillard.

Segundo Codinach, nos recém-nascidos, o liquido aniotico, germens e secreção que se encontram no rino-faringe, têm a sua penetração facilitada no ouvido médio á medida que se dá a reabsorção do tecido sub-mucoso embrionário existente na caixa, isto é, poucas horas após o nascimento (diminuição da pressão na caixa). O cavum do recém-nascido é, como sabemos, cheio dos liquidos materno que estão em contáto com os orificios da trompa. Rasch diz nunca ter observado otites nos primeiros dias de nascimento e condena a denominação de Wren-den de otites néo-natorum. Em nossas observações não contamos nenhuma de recém-nascido. Rino-faringe infectado e mal arejado, abóbada palatina ogival em crianças de mais idade, vegetações adenoides, tosse, vômitos, choro — facilitam a penetração de germens na caixa pela trompa. Quando há obstrução nasal, a pressão feita pela criança ao tossir; ao chorar, ao mamar, ao gritar, ao vomitar, com mais razão ainda, permite que a secreção ou particulas alimentares que se encontrem no rino-faringe penetrem na caixa (Codinach).

Changelidze, citado por Morquio, estudou as variações de pressão do ar contido na caixa, debaixo de certas influencias; verificou assim que, quando a respiração nasal se efetua normalmente, não há alteração no manômetro de mercurio, ao passo que, se a respiração fôr



bucal, o mercurio no manômetro se eleva de 3 milímetros; de 4 a 5, quando o lactente grita e, de 6, quando tosse.

Aschoff explica a patogenia da oto-antrite lactente, exclusivamente pela penetração de corpos estranhos na caixa, que a principio, irritam a mucosa e a modificam, provocando emigração leucocitaria. Naturalmente, com esses corpos estranhos, penetram germens patogenicos que terão a sua virulencia aumentada por diversos factores.

No recém-nascido, a cavidade nasal é asseptica, mas algum tempo depois, nela são encontrados germens, principalmente estafilococos (Massei). As mudanças de temperatura, as perturbações vaso-motoras e outros factores que diminuem a resistencia organica, podem exaltar a virulencia desses germens. Normalmente a respiração se faz pelo nariz, a base da lingua adere ao paladar fechando a via bucal. Qualquer obstrução nasal trás grandes inconvenientes porque obriga ao vicio da respiração pela boca.

TEORIA LINFÁTICA — Le Mée e Bloch são partidarios desta teoria e perguntam: “porque não se admite a infecção por via linfatica, que é o ponto habitual do inicio de todas as infecções crânio-cervicais, isto é, o tecido linfoide, a amigdalade Gerlach (tubaria), cujos prolongamentos estão longe do canal da trompa. A inflamação das fendas ou espaços linfaticos determina uma grande distensão que mecânicamente reduz o calibre da trompa. Assim, a formação de exsudato na caixa seria precedida de uma fase de infecção tubaria.

estado de salpingite (precedida esta, as mais das vezes, de rino-faringite, de adenoidite), sendo a fase terminal a otite. O periodo de salpingite é mais ou menos curto, mas é muito provavel que seja a causa da elevação termica premonitória da otite e que explique os casos de paracentese branca, quando se apressa para incisar uma membrana que não reage senão por infecção de visinhança. Também assim se explica a localização dos primeiros sinais timpanicos na parte superior da membrana, correspondente á trompa”.

TEORIA HEMATICA — Esta teoria é a que conta com menor numero de adeptos e é até mesmo negada por muitos (a infecção por via hematica admitida por Weiss é simplesmente uma hipótese que está longe de ser demonstrada — Morquio). Para que se dê a infecção por esta via, é necessario que tenha havido no organismo um processo septicemico, processo de generalização, de germens patogenicos levados pelo sangue. Estes germens poderão ser encontrados no sangue transitoriamente. Em consequência dos meios de defesa naturais, os germens que penetrarem no sangue serão destruidos ou emigrarão para os diversos órgãos, constituindo focos metastáticos, que, periodicamente, descarregarão germens na massa sanguínea. Esses ultimos serão, por sua vez, destruidos pelos meios já referidos ou emigrarão para algum órgão que poderá ser o ouvido.

A teoria mecânica é a que nos parece estar mais freqüentemente em causa, é a mais simples e é também por meio dela, que explicamos a razão da freqüencia da



oto-antrite lactente no meio hospitalar. Nas enfermarias, a resistencia organica dos pacientes é diminuida por diversos fatores entre os quais as moléstias infectuosas (gripe, pneumonias etc.), favorecendo a infecção otitica. A secreção do rino-faringe que quasi sempre acompanha, a otite fica em contáto constante com os orificios da trompa, *devido á posição prolongada do decubito dorsal ou lateral em que ficam os pacientes.* Mamando, tossindo e chôrando nesta posição, a secreção, detritos alimentares e gorgitados pelo vômito e gérmenes que se encontrem no rino-faringe terão facilitada a sua entrada no ouvido médio. A mucosa da caixa reagirá não só pela obstrução da trompa, como tambem pela permanencia de corpos estranhos. Na clinica civil *além do meio ser menos propício ás infecções, as crianças passam menos tempo deitadas, quasi sempre mamam e são adormecidas no colo.*

GÉRMENS — Os gérmenes mais comumente encontrados como responsaveis pela oto-antrite latente são: pneumococos, estafilococos, estreptococos e os bacilos piocianicos. Dentre estes, os mais freqüentes são os pneumococos, e a freqüência é tal que Sargnon disse ser a oto-antrite provocada unicamente por pneumococos.

As nossas conclusões, quanto á flora bacteriana com material colhido diretamente na caixa, são semelhantes ás chegadas no estrangeiro; têm, no entretanto, o merito de serem as primeiras realizadas no nosso meio, embóra com pequeno numero de observações.

Em nossas observações, dez casos de oto-antrite lactente primitiva, foram encontrados 11 vezes o pneumo-



cocos, 5 estreptococos e uma vez um bacilo gram negativo. Estamos também estudando a oto-antrite concomitante com molestias infectuosas e a otite média aguda não supurada. Dentre trinta e um casos que já observamos, vinte e cinco de oto-antrite concomitante, seis de otite média aguda não supurada, o pneumococos tem sido encontrado em percentagem enorme e a seguir, o estafilococos, o estreptococos e o bacilo piocianico.

### CAPITULO III

#### SINTOMAS GERAIS

“L'otite doit donc soupçonnée chaque fois qu'existe un état febrile prolongé dont la cause n'est pas reconnue avec évidence. Elle doit être soupçonnée encore si cet état febrile se prolonge, sans modification, alors que sa cause initiale (lésion pulmonaires par exemple) a disparu. Enfin, s'il existe quelques symptômes méningés, même très discret, dans tous les états cachectiques que l'otite vient compliquer d'une façon à peu près constante, si l'on constate de façon concomitante de l'infection nasal marquée, s'accompagnant, d'obstruction et de jetage, l'existence de l'otite n'est plus une simple présomption mais devient une quasi certitude” — Blechmann-Hallez”.

Os sintomas gerais da oto-antrite latente assemelham-se aos da otite média aguda, não perfurada.

---

(") Précis d'Hygiène et de maladies du nourrisson — A. B. Marfan H. Lemaire.



DÔR — A dôr nem sempre é constante e é difícil, muitas vezes de ser positivada na primeira infancia. Manifesta-se pelo choro, grito, inquietação e agitação. Às vezes, muito intensa durante algum tempo, desaparece rapidamente, para voltar horas depois. Esta intermitencia é provavelmente devida á drenagem da secreção da caixa para o faringe, pela trompa de Eustachio, o que evita a compressão das terminações nervosas (a trompa na primeira infancia é muito curta, muito larga, quasi horizontal; o seu orificio faringeu está no nivel da abóbada palatina e não é protegido pela borrhaina tubaria). A drenagem se dá quando a secreção acumulada na caixa atinge o nivel do orificio tubario e é facilitada pela mudança de posição dos pacientes. Veremos mais adiante que estes, na oto-antrite lactente, apresentam-se inquietos, movimentando-se freqüentemente de um lado para outro. — Não será esta inquietação, provocada pela dor, pensamos nós, um meio de defesa contra ela? — Com a drenagem, a dôr diminue, mas a febre e outros sintomas persistem, porque continua a infecção do ouvido médio. Alguns especialistas acham que as otites dos primeiros mêses da vida são indolores. Kerley diz que 70 % das otites agúdas que ocorrem antes da idade de 6 meses evoluem sem dôr. O choro é angustioso e é sintoma muito freqüente. Munnos no seu trabalho "otites del lactente", publicado nos "Anales de oto-rino-laringologia del Uruguay", em 1921, cita um caso observado por êle e pelo prof. Morquio, no qual o choro foi o unico sintoma encontrado; tratava-se de um lactente com 25 dias de idade apenas, e que desde o seu nascimento chorava incessantemente. Não tendo o me-

dico assistente encontrado a causa que justificasse este choro, foi chamado o Prof. Morquio, que pensou em afecção latente do ouvido médio. A otoscopia, feita por Munyos, resultou negativa, mas a miringotomia terminou, como por encanto, com o choro. Munyos insiste em afirmar que, fóra o choro, não havia outro sintoma apreciável e que a temperatura estava normal.

**INQUIETAÇÃO — RESPIRAÇÃO — SUOR —**  
Observamos nos pacientes grande inquietação, principalmente durante a noite, ficam muito agitados, ansiosos, gritando, com movimentos exagerados da cabeça, virando-se de um lado para outro quando na cama e, até mesmo no colo continuam inquietos. A respiração é por vezes muito irregular e o suor profuso.

**INAPETENCIA —** Recusam alimentação, possivelmente pela dôr que provoca a deglutição (“aumento de pressão intra-timpanica pela contração dos peri-estafílios”). *Sinal de Pins*

**TEMPERATURA —** A curva térmica não tem característica particular. Pode-se observar periodos de elevação com periodos apiréticos e, em alguns casos, hipotermia. Curva acendente com oscilações entre 38° e 39°. Curva em platô: a temperatura chega a 39°, a 40° e mesmo a 41°, com o tipo da curva das afecções brônquio pneumonicas. Aliás, é comum encontrar-se otites concomitantes com afecções pulmonares — Geralmente a temperatura é mais elevada á tarde, mas também se observa o inverso. Le Mée e Bloch dão a esta inversão muito valor.



Em nossas observações temos um caso em que a temperatura atingiu 41º, sem nenhum outro sintoma apreciável.

O pulso fica em relação com a temperatura; no entanto, algumas vezes, pode acelerar-se sem que a temperatura se eleve: estes casos são de prognóstico mais grave. (Condinach).

**PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS** — As perturbações digestivas, vômitos, diarréa sem colicas e sem dores abdominais (Martino), são a miúdo encontradas. Os vômito são freqüentes, principalmente quando os pacientes trocam de posição, não se modificando com a mudança de regimem alimentar, o que os caracteriza (Le Mée). Podem ser provocados pela hiperemia da arteria meningéa média, ou ser de origem labirintica ou de natureza toxica.

**FÉZES** — As fézes, ás vezes esverdeadas, são viscosas. A diarréa é devida á piófagia de origem auricular ou faringéa. As crianças, na primeira infancia, não se assôam nem expectoram, daí se tornarem piófagas quando atingidas de rino-faringite ou de oto-antrite. (Rendu). A diarréa de origem auricular é para Maurice Renaud a causa responsável da atrepsia dos lactentes. Para Robert Rendu estas perturbações são devidas ao pús deglutido que vem da caixa, considerando este autor, a otite latente como verdadeiro abcesso fistulado para o tubo digestivo. Segundo outros especialistas, basta a secreção do rino-farin-

gite, que quasi sempre precede a otite, para explicar estas perturbações parenterais. (1)

A hipertrofia do baço e do figado que algumas vezes se observa, regride lentamente com o tratamento da otite. (Kisch).

SINTOMAS MENÍNGEOS — CONVULSÕES — ESTRABISMO — Podem existir sintomas meníngeos discretos, convulsões localizadas principalmente nos olhos, estrabismos convergentes e vômitos. As convulsões e o estrabismo passam em geral despercebidos.

SINAIS — Nunca observámos o sinal de Halle, que consiste na palidez e congestão alternativa do rosto, nem o de Robertson (1) que se traduz pela diferença da temperatura das mastoides, difficil não só de observar como também porque, freqüentemente estão os dois ouvidos doentes; ou o Gruenfelder, flexão dorsal do grande dedo do pé, do lado oposto ao ouvido doente, com os outros dedos em leque (Este sinal que é muito precoce, diz o autor, não se manifestando espontâneamente, pode ser provocado por pressão sobre o ponto aonde a sutura lambdoidea se une á

---

(1) Rabinovici, em recente conferencia, feita na Sociedade Medica Egipciana, chama a atenção para a relação existente entre a toxicose e a otite média, assunto que diz ser tratado, ultimamente, por Alden, Lyman, Marriot com a opinião favoravel de Finkelstein. Acentua, segundo ensina sua experiencia, que nas crianças intoxicadas, nada faz pensar na inflamação do ouvido, o que é necessario sempre procurar.

(1) Descrição minuciosa ver Revue Portmann — Sur la conductibilité thermique des apophyses mastoides.



apófise mastoide. Igualmente pode ser observado do lado são, mas, neste caso, o sinal se manifesta do mesmo lado em que foi pesquisado). Já temos encontrado o sinal de Salazar de Souza, movimentos de lateralidade da cabeça sobre o ombro com inclinação para o lado doente; o de Vachet, dôr á pressão sobre o tragus (a compressão feita sobre o tragus se transmite, por intermedio da coluna de ar do conduto auditivo externo, ao timpano e á caixa; havendo inflamação nesta, o paciente acusa dôr pela compressão porvocada) (2); e o de Kishi, ranger dos dentes. De todos, o que observámos com mais freqüência foi o de Vachet.

Conssolino chama a atenção para as otites nos lactentes, que muitas vezes constituem achado de autopsia, e que se traduzem, clinicamente, por sintomas de septicemia acompanhados de manifestações pulmonares e digestivas.

FORMAS CLINICAS — Freqüentemente predominam alguns sintomas da oto-antrite latente; ora a febre, ora os sintomas pulmonares, ora as perturbações digestivas e ora os sintomas meníngeos, constituindo formas clinicas especiais, bem descritas por Le Mée e Bloch que, abaixo, passaremos em revista, esquematizando.

FORMA CLINICA NA QUAL A FEBRE PREDOMINA — Nesta forma o exame geral sómente revela elevação de temperatura (em escada), que se mantem du-

---

(2) Explicação de Le Mée Bloch.

rante semanas inteiras, apenas com pequenas remissões e rebeldes aos tratamentos feitos. Vem logo a suspeita de uma crise aguda de adenoidite, de um processo pulmonar ou, então, de possível infecção do aparelho urinário. Os exames clinicos, radiograficos, de laboratorio e outros a estes subsidiarios, facilitam, por vezes, o diagnostico diferencial. Sobrevem intoxicação, podendo terminar pela morte, se não houver perfuração espontânea ou artificial do tímpano pela miringotomia.

FORMA NA QUAL OS SINTOMAS PULMONARES PREDOMINAM — Sabemos como é frequente a complicação pulmonar da otite, que se estabelece seja por via hemática, seja pela secreção que da caixa drena pela trompa para o faringe podendo ir diretamente ao pulmão (piopnéa de Le Mée e Bloch). Nêstes casos a temperatura é elevada e não está em relação com a lesão pulmonar. A elevação da temperatura desaparece por alguns dias, para voltar novamente elevada; acode a possibilidade de outros focos pulmonares ou complicações pleurais, quando a miringotomia ou a perfuração espontânea do tímpano esclarece o diagnostico.

FORMA NA QUAL AS PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS PREDOMINAM — Observa-se, principalmente em lactentes com temperatura elevada 38° a 40°, diarréa, dificuldade para mamar, queda da curva ponderal (a mudança de regimen alimentar em nada modifica o estado geral dos pacientes, ás vezes, pelo contrario, agrava-o). É uma forma de evolução demorada, grave, ter-



minando por vezes em atrepsia com brônco-pneumonia ou meningite. Numerosas autopsias, feitas em lactentes mortos com esta symptomatologia, mostraram o aparelho digestivo normal e a caixa cheia de pús. Kishi deu a esta fórma clinica o nome de DISPEPSIA OTITICA DOS LACTENTES. Finkelstein aconselha paracentése e, quando negativa, antrotomia, toda vez que se observar o seguinte quadro: febre elevada, diarréa aquosa, rebelde a todo tratamento dietetico, vômitos, hipertensão do liquido cefalo-raquiano, perda de peso.

FORMA NA QUAL OS SINTOMAS MENINGEUS PREDOMINAM — Esta fórma é de evolução rapida, temperatura elevada, 39° a 40°. Sinal de Kerning, rigidez da nuca, paresia pupilar, sono agitado, reflexos exagerados, convulsões repetidas, vômitos, estado cômatozo, liquido cefalo-raquiano hipertenso sem outras modificações. (*Sinais de irritação meningéa devido á delgadez da parede que separa o ouvido médio das meninges e, ás vezes tambem, á deiscência do tegmen tympani*). Esta fórma termina em meningite se não fôr drenado, a tempo, o ouvido médio. É, freqüente a evolução da oto-antrite latente associada á meningite (Morquio, em um trabalho publicado em 1927, relata um caso no qual foram observados todos os sintomas de irritação meningéa; feita miringotomia dupla, foi o ouvido médio drenado. Apesar desta intervenção não melhorou o estado geral do paciente; foi indicada antrotomia; quando chamado em conferencia, Morquio discordou do tratamento, diagnosticando meningite cerebro espinhal, concomitante á otite média aguda. O exa-

me do liquido cefalo-raquiano confirmou o diagnóstico e o tratamento sôro-terapico trouxe a cura do doente.

FORMA NA QUAL A REAÇÃO DAS CELULAS MASTOIDES (ANTRO) PREDOMINA — O quadro observado é o seguinte: curva termica pouco acentuada sem o caráter remitente da febre de supuração, reação á altura do antro, ás vezes tumefação e até mesmo flutuação da região mastoidéa (*devido á passagem do pus pela cisura mastoide-escamoso que se conserva aberta nos lactentes*). Algumas vezes se encontra fistula e paralisia facial. Alguns especialistas americanos, pediatras e otologistas, segundo Hautant, procuram isolar um *síndrome* de mastoídite gastro intestinal; mastoídite acompanhada de febre, vômitos, diarréa e sinais de desidratação. Modernamente há tendencia a se admitir que a mastoídite primitiva é sempre precedida de oto-antrite latente, mesmo no adulto (1).

---

(1) Racoveau publicou, na Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, n.º 9, de Novembro de 1932, uma interessante observação de mastoídite primitiva em adulto; neste caso, o primeiro sintoma por êle observado foi a paralisia facial. O timpano tinha o aspéto normal, mas, mesmo assim, foi feita a miringotomia, o ouvido médio estava vazio. A temperatura era normal. A radiografia das mastoides e, mais tarde, a reação mastoidéa, indicaram a trepanação. Foi encontrada secreção na ranhura inter-sinuso-facial. O exame bacteriologico da secreção revelou a presença de estreptococos. Posteriormente á intervenção, todos os sintomas desapareceram ao fim de poucos dias.



Há pouco tempo tivêmos oportunidade de observar um caso de mastoidite primitiva na clinica do nosso mestre Dr. David de Sanson, de cuja ficha transcrevemos alguns dados interessantes. Paciente com 4 mêses e meio, de bôa constituição, gosando ótima saúde, apareceu repentinamente com vômitos, diarréa e insonia. Quando dormia era agitado, o mesmo acontecendo ao acordar. Virava-se freqüentemente na cama, mamava interrompendo seguidamente êste ato, muio principalmente quando do lado direito (Sinal de Pins). O pediatra consultado nada encontrou que justificasse as perturbações do paciente; pediu exame de urina e deixou-o em observação. Dias após a primeira consulta, notou-se além dos sintomas encontrados anteriormente, vermelhidão acentuada na região mastoidéa direita e, alguns dias depois, tumefação. Novamente consultado o pediatra, só então é que pediu exame otológico. O paciente nunca teve corrimento dos ouvidos, o timpano apresentava-se de aspéto normal. Diagnosticada mastoidite primitiva e operado o doente, foi encontrado um extenso fóco cê osteite que obrigou a desnudar a dura-mater em larga extensão. O quadro clinico modificou-se logo após a abertura do antro e o paciente teve alta, curado, em 30 e poucos dias. *Não se teria evitado esta intervenção se o pediatra, o primeiro consultado, pensasse em oto-antrite latente?*

Munyon, no seu trabalho já citado, chama a atenção para as otites que encobrem a causa principal de uma afecção (pielite, gripe, afecções pulmonares, etc.). Chama-as de otite serpiginosas e exemplifica com o caso de um lactente de 7 para 8 mêses com temperatura elevada e rino-faringite. Feita paracentése, a caixa drenou durante alguns

dias secreção muco sanguinolenta e a temperatura baixou de 2°. Alguns dias mais tarde, a temperatura elevou-se novamente, e o exame de urina revelou a presença de pús (pielite). A secreção do rino-faringe infectou a caixa provocando otite que mascarou durante algum tempo a infecção principal.

Segundo a opinião da maioria dos pediatras, principalmente Finkelstein, Marfan, Morquio, Feer, Variot, Comby, Panneton, Marriot, Abt, e Wilcox, quando observamos na primeira infância elevação de temperatura, ás vezes associada com perturbações digestivas e outros sintomas, que não tenham explicação pelo exame clinico geral, devemos examinar os ouvidos e o rino-faringe onde é quasi certo encontrar a sua causa. Verificamos que a sintomatologia da oto-antrite latente é muito rica mas não encontramos sinais ou sintomas que, por si só, a caracterizem. Pensamos por isto que, em todos os casos de duvida, quanto á etiologia de alguns dos sintomas mencionados acima (Le Mée, Bloch e Cajezust dão muita importancia á triade constituída por elevação de temperatura, diminuição de peso e perturbações digestivas) devemos sistematicamente praticar a punção exploradora do ouvido médio unico meio seguro, conforme vemos mais adiante, para o diagnóstico desta afecção.



## CAPITULO IV

### OTOSCOPIA — SINTOMAS LOCAIS

“Le tympan peut rester intact et complètement indifférent au processus inflectieux que se déroule dans la caisse. — Martino (1).”

Antes de descrevemos os sintomas locais da otomite latente, convém chamarmos atenção para alguns importantes detalhes da tecnica otoscópica e dados anatómicos do ouvido na primeira infancia.

OTOSCOPIA — Praticar na primeira infancia boa otoscopia é, por vezes, tarefa difficil, se bem que sempre possível. Um bom exame requer ótima iluminação, boa contenção e muita paciencia por parte de quem examina. A fonte luminosa deve ser colocada de lado, um pouco atrás e na mesma altura do ouvido a ser examinado. O doente deve ser envolvido em um lençol e seguro no colo

---

(1) Congrès Française d'Oto rhino Laryngologie, Paris, 1925.

cc um auxiliar (Fig. n.º 2). Com o espêlho frontal (a escola francesa utiliza-se do espelho de Clar, que tem



Fig. n.º 2

para êste exame grande vantagem), focaliza-se a luz no conduto auditivo, fazendo-se, depois, ligeira tração no lóbulo do pavilhão para baixo e para fóra, de maneira a



tornar o conduto réto, e para traz, para alargá-lo (Fig. n.º 3).

CONDUTO AUDITIVO — Inspeciona-se assim o conduto auditivo externo. E' comum encontrar-se aí, cezumem, detritos epidermicos, adherentes ás paredes do

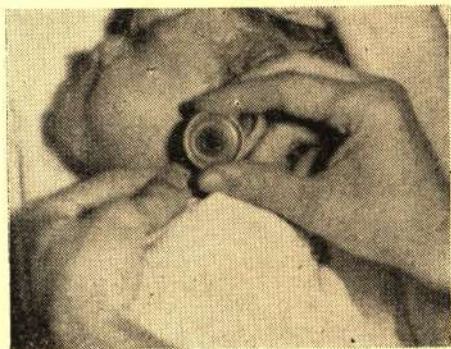


Fig. n.º 3

conduto, que muito dificultam a visão. Em tais casos, êsses obstaculos devem ser removidos com muita paciencia e delicadeza, sob o contrôle da vista, — nunca ás cegas — para se evitar o menor traumatismo no conduto, que além de sangrar facilmente, mascára a imagem otoscópica. Removemos, habitualmente, os obstaculos com um porta-algodão embebido em agua oxigenada. Evitamos fazer lavagens por congestionar o tímpano. O chôro, os gritos, os esforços de sucção, o áto de mamar, provocam hiperemia do tímpano. Para afastar êstes inconveniente, si

o paciente estiver muito inquieto, após a limpeza, deve-se esperar alguns minutos, antes de examiná-lo, procurando distraí-lo.

**TÍMPANO** — Examinando o conduto auditivo externo que na primeira infancia é sómente cartilaginoso e membranoso, passa-se ao exame do tímpano. O espéculo, seguro pelo seu pavilhão, entre o polegar e o indicador, é introduzido, pouco a pouco, com ligeiros movimentos de rotação, até aparecer no fundo a imagem do tímpano. Este é uma membrana muito fina, sua espessura sendo de um decimo de miliméto, muito resistente, muito sensível, de côr cinza-pérola, muito refrigente e ligeiramente bombada para dentro.

*“No primeiro mêz da vida extra-uterina, êle é quasi horizontal; durante os quatro ou cinco primeiros mêses conserva exagerada obliquidade; sómente no terceiro ano da vida é que toma a posição definitiva”.* A inclinação em certos individuos é tal que a distancia da parede inferior do tímpano ao pavilhão é o dobro da tomada na parede superior (Fig. n.º 4). Encontra-se, pouco abaixo do seu centro, na extremidade inferior do cabo do martelo, uma depressão — o umbigo —. E’ de notar que o cabo do martelo que no adulto só chega á metade do tímpano, na primeira infancia ocupa os 2/3 superiores da membrana. Da extremidade superior do cabo do martelo partem dois ligamentos — tímpano maleolares, anterior e posterior, que dividem o tímpano em duas porções: uma



inferior, tensa; outra superior, flácida, chamada Schrapnell — parte correspondente ao ático ou epitimpano. (1). *Dada a grande obliquidade da membrana, a apófise curta do martelo sobressai mais do que o cabo e, por isso, a parte do tímpano que fica acima da apófise, a Schrapnell, é quasi vertical, ao passo que a parte que está abaixo aproxima-se muito da horizontal, (Observação de Martino). Na primeira infancia, a Schrapnell ocupa mais da metade do tímpano.*

Leroux Robert dá muita importancia ao triangulo luminoso, e considera mesmo o seu desaparecimento como sinal patognomônico de otite latente. O desaparecimento do triangulo luminoso indica alteração histológica dos elementos anatomicos do ouvido médio. Martino acredita que o reflexo de iluminação artificial não produz no lactente o triangulo luminoso característico que é, nêle, muito pouco accentuado, apenas visível, seus contornos se confundindo com a opacidade geral; quando mais visível, apresenta-se com a apparencia de mancha sombria. Cayt, em observações feitas em Estrasburgo, na clinica infantil do prof. Rohmer, afirma que a ausência do

---

(1) Como se sabe, a membrana do tímpano é constituída por duas camadas fibrosas: uma externa, formada por fibras radiadas, a outra, interna, formada por fibras circulares. Estas camadas fibrosas são recobertas, externamente, por tecido epitelial, continuação do revestimento do conduto auditivo externo; internamente, por mucosa, continuação da mucosa que reveste a caixa. A parte superior do tímpano, a Schrapnell, é só constituída por tecido epitelial e mucosa, faltando as camadas fibrosas, o que explica a sua flacidez.

triângulo não pôde ter o valor de sinal patognômico, e acentúa a dificuldade de praticar o exame otoscópico, nos lactentes. Le Mée e Bloch só dão importância á presença ou ausência da *mancha* luminosa. (Dizem muito bem *mancha*, pois, no lactente, não existe triângulo, porém *mancha* ou, melhor, ponto luminoso). A ausência da *marcha*, ou ponto luminoso, não é sinal em que possamos nos basear com segurança, para diagnostico da oto-antrite latente, pois, podemos encontrar tal modificação do tímpano como seqüela de otites cicatriciais.

**COLORAÇÃO DO TÍMPANO** — Na oto-antrite latente o tímpano se apresenta despolido, óra de côr cinza-escura, ou cinza-amarelada, óra branco-amarelada ou rosea, tendendo á “lilá”, com o ponto ou *mancha* luminosa ausente e com o cabo do martelo invisível.

Marsch pensa que o aspéto branco-acinzentado ou amarelado que se observa comumente na oto-antrite latente, seja consequência da pressão existente na caixa, que prejudica a circulação do tímpano. — “Tympan mat et terne” (Leroux Robert); “wite drum” (March); aspéto de porcelana (Biehle); tímpano “givré” (membrana despolida, rosea ou amarelada, semeada de pequenos pontinhos esbranquiçados e brilhantes) é sinal de grande importância para Le Mée e Bloch.

Na otologia de Bruggemann e Kummel da utilíssima coleção “Erros Diagnosticos y Therapeuticos” diz Bruggemann que muitos medicos, pelos simples fáto de examinarem bem o cabo do martelo e o triângulo luminoso, creêm poder excluir a possibilidade de otite mé-



día latente, o que é erroneo. Para Bruggemann, muito valor tem a presença de pequenos vasos marginaes ao tímpano dirigidos radialmente para o umbigo, o que lhe parece ser indicio de reacção inflammatoria do ouvido médio, principalmente nos lactentes.

Não existe aspéto otoscópico carateristico, constante, na oto-antrite latente; *na maior parte das vezes, encontra-se o tímpano de aspéto normal*. A membrana timpanica reflete incompletamente o processo infectuoso que se desenvolve na caixa (Leroux Robert). Martino nos dá, abaixo, as razões porque o tímpano póde ficar, durante algum tempo, indifferente ao processo infectuoso que se desenvolve na caixa. Diz êle que, "na maior parte das otites, não há reacção para o lado do tímpano, mas para a mastoide, meninges, aparelho respiratorio, gastro-intestinal ou para o lado do estado geral. A caixa infectada constitue um laboratorio de pús e toxinas que vão manifestar os seus efeitos á distancia maior ou menor, segundo as circunstâncias. O quadro clinico local, predominante no adulto, passa, em geral, na criança, a segundo plano, pelas razões anatômicas que passaremos a expôr: no adulto e na criança, a partir dos 4 anos, todas as paredes da caixa, do ádito, do antro e da mastoide estão ossificadas; quando há pús na caixa, o ponto fraco é a membrana timpanica. Na primeira infancia, ao contrario, há pontos de mais facil escoamento para o pús, por que existem outras paredes mais fracas que o tímpano". O tímpano do lactente é mais espesso que o do adulto, pela seguinte razão: na caixa do recém nascido existe um tecido mucoso que ocupa a sua cavidade e fica

abaixo da mucosa propria do tímpano e do revestimento das outras paredes da caixa; êste tecido se reabsorve, pouco a pouco, após o nascimento. Além das tres camadas, epitelial, fibrosa e mucosa, existentes no tímpano do adulto, encontra-se na primeira infancia, recobrimdo a sua parede interna, restos deste tecido mucoso embrionário que o torna, nesta época, mais resistente e espesso que no adulto. Le Mée e Bloch pensam que as outras paredes da caixa, embóra não ossificadas completamente, são mais resistentes que o tímpano, o qual é uma simples membrana. Admitem a falta de reação do tímpano unicamente porque a drenagem se faz, pela trompa, para o faringe. Segundo Martino, as paredes do ouvido médio, mais fracas que o tímpano, são: "a zona crivada, que constitue a parede externa do antro, a sutura petreoscamosa (verdadeira fissura no recenascido, séde de intensa vascularização, que une a mucosa do ouvido ás meninges), a largura excessiva da trompa de Eustachio (que no lactente, além de ser muito curta e muito larga, é quasi horizontal, facilitando a drenagem do pús para o tubo digestivo e, muitas vezes, para as vias respiratorias), enfim, a persistencia de deicências osseas para o lado do facial, do seio lateral e do labirinto". Ainda segundo Martino essas razões poderão explicar: 1.º) porque a maioria das otites dos primeiros mêses da vida é latente, não terminando com perfuração esponjosa do tímpano; 2.º) porque a tensão do pús não é sufficiente para criar a perfuração; 3.º) porque a perfuração do tímpano, é muitas vezes tardia (pois sómente após a defesa dos órgãos visinhos, é que o pús chega ao tim-



pano); 4.º) porque os sintomas locais podem estar ausentes tão freqüentemente, não só os subjetivos, como os objetivos, pois, têm-se observado que, no lactente, a dôr não é sintoma constante nos primeiros mêses da vida; 5.º) porque a drenagem em um ouvido suspeito, de que resulte saída de pequena quantidade de pús, trás, em regra, a melhora de um estado geral grave.

Panneton e Longpré dizem que, havendo razões para pensar em oto-antrite latente, ainda que seja possível fazer ótima otoscópia, e sendo esta negativa, tal exame não basta para afastar aquele diagnostico. Barbillon em numerosas autopsias feitas em crianças na primeira infância, nas quais não havia encontrado, durante a vida, sinais objetivos de otite, constatou supuração nos ouvidos sem alterações nos demais órgãos.

Alguns especialistas acham mesmo que o caráter da latencia está na falta completa de qualquer dos sinais objetivos. Daí a razão de Renaud em dizer que a otite latente só é encontrada por quem tem vontade de procurá-la e de Codinach em acrescentar que quando a encontram, já é tarde. Martino verificou em grande numero de lactentes que a reação do tímpano, em casos de otite média, constitue exceção; a regra é esta afecção evoluir sem sinais otoscópicos. A sintomatologia é mais acentuada para o lado do aparelho digestivo, respiratorio ou estado geral.

VALOR DA OTOSCOPIA — Para nós, a otoscopia tem grande valor, e póde de inicio dar bôa orientação. Deve, porém, ser praticada cuidadosamente, para se poder

examinar o tímpano, com todos os detalhes, prestando especial atenção á côr e á mancha ou ponto luminoso; mas, o maior valor dêsse meio de exame, acreditamos estar nos casos em que há modificação do aspecto otoscopico; naqueles em que a membrana tem a aparência normal, a otoscopia não póde infirmar o diagnostico de oto-antrite latente; têm-se, então, de recorrer a outro meio de diagnóstico — punção exploradora da caixa do tímpano, de que mais adiante trataremos.



## CAPITULO V

### DIAGNÓSTICO

Après trois ans de travail dans une institution de plus de sept cents lits pour enfants de moins de deux ans, après plus de deux mille ponctions exploratrices, après plus de deux cents trépanations mastoïdiennes indiquées par elle, nous avouons que nous devrions renoncer á tout espoir de succès chez nos petits, si ce moyen d'exploration nous était enlevé. Nous avons l'avantage, dirait-on, de pratiquer la collaboration entre le pédiatre et l'auriste. En fait, la ponction est actuellement faite chez nous par le pédiatre et l'auriste n'est appelé que pour la paracentese ou la trépanation, les cas échéant. Avec une technique simple, cela est possible. — Panneton-Longpré (1).

SINTOMAS — Conforme já dissemos, não existem sintomas constantes característicos da oto-antrite latente.

---

(1) De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez nourisson — Annales de maladies de l'oreille Larynx — 1929.

Está mesmo na falta ou no pequeno numero de sintomas, a particularidade desta modalidade de otite.

DIAGNÓSTICO — De uma maneira geral, podemos dizer que se deve suspeitar de oto-antrite latente toda vez que observarmos, sem causa justificada, alguns dos seguintes sintomas: elevação de temperatura, perda de peso, perturbações digestivas (vômitos, diarréas sem cólicas, sem dôres abdominais e que não melhorem com a mudança da regime alimentar), sinais de irritação meningéa (convulsões, vômitos que não estejam relacionados com a alimentação), insonia prolongada e intranquilidade.

Especialistas americanos do norte vão mais longe ainda. Assim, no Hospital de crianças em Saint-Louis (Missouri), Serviço do Prof. Mariott, todo doente é normalmente fixado e observado em clinica medica e em clinica oto-rino-laringologica, qualquer que seja a afecção em causa. No serviço de Wilcox, outro notavel especialista dos Estados Unidos, diz Le Mée, todas as crianças são examinadas pelo oto-rino-laringologista, quer tenham ou não elevação de temperatura. Weeder, tambem de Saint-Louis, responde á "enquête" de Le Mée dizendo: "Acredito; examino sistematicamente e ensino aos meus alunos de pediatria, que o exame dos ouvidos deve constituir rotina na clinica infantil, da mesma maneira que o da garganta, coração e pulmões". (1).

---

(1) Responderam afirmativamente a enquête mundial de Le Mée e Bloch "Faites vous examiner systématiquement les oreilles dans toutes les affections fébriles de l'enfant et



**MEIOS DE EXAME** — Passemos em revista os diversos meios de que dispomos para o diagnóstico da oto-antrite latente.

**RADIOGRAFIA** — A radiografia das mastoides no lactente não nos serve como meio de diagnóstico, pois sabemos que até a idade de 3 a 5 anos, há ausência normal de toda a estrutura das células mastoidéas. Existe apenas uma grande cavidade que constitui o antro, este mesmo, segundo Reverchon e Worms, nem sempre impressionando a chapa radiográfica.

**EXAME FUNCIONAL** — Pelo exame funcional encontra-se diminuição da audição, mas este exame só tem valor em crianças de mais idade; nos lactentes é praticamente impossível obter resultados seguros.

**IMAGEM OTOSCÓPICA** — Praticamos a otoscopia com todos os cuidados, já em outro capítulo assinalados: 1.º) procuramos não examinar logo em seguida ao choro,

---

du nourrisson”, os seguintes pediatras: Abt, Frank, Adans, Breeuman, Caillé, Carr, Canfield, Cooley, Crozer, Eaton, Emerson, Faber Foote, Freeman, Gittings, Grulee, Hess Jeans, Kerley, Kopetzky, Koplik Knom, Marriott, Miller, Mitchele, Morse, Injerson, Ramsey, Rodda Shaw, Sisson, Smith, omen Smith, South-Worth, Sundell, Taylor, da **America do Norte**; Apert, Debré, Demiedter, Lessage, Henyer, Bilancioni, Cassonte, Debille, Stods, Tollemer, Hélie, Blechmann, Philipps, Leenhardt, Guthorie, Nobécourt, Salazar de Souza, Marfan, Lereboullet, da **Europa**.

ao ato de mamar e aos gritos; 2.º) tomamos muito cuidado para não ferir as paredes do conduto auditivo externo; 3.º) comparamos, sistematicamente, a imagem otoscópica de ambos os tímpanos; 4.º) prestamos especial atenção á côr, ao polido e á presença ou ausência da mancha ou ponto luminoso da membrana tímpanica.

MEIO DE CERTEZA — Afastadas todas as causas possiveis de erro, após cuidadosa otoscópia e bem orientada anamnêse, só nos resta, como meio certo de diagnóstico, — a punção exploradora da caixa do tímpano. Sómente a punção exploradora revela o que se passa atrás do tímpano que se apresenta com aparência normal (Panneton-Longprée). Alguns especialistas aconselham a paracentese como meio de tratamento e diagnóstico.

Preferimos a punção á paracentese; a punção é de tecnica mais simples, é o unico meio seguro de diagnóstico póde mesmo ser feita ás cegas, está ao alcance não sómente do medico pratico como do *pediatra*, deixa cicatriz tímpanica menor, no caso de ser negativa, e “só por meio dela se consegue recolher a secreção da caixa assepticamente para exame bacteriologico”. Em nossas observações nunca verificámos inconvenientes com a punção, é claro que tivemos os necessarios cuidados de assepsia. Tivemos occasião de puncionar o tímpano de algumas crianças, com resultado negativo, sem que tivesse havido o minimo acidente.

Pensamos com Le Mée e Bloch ser muito mais perigoso deixar passar despercebida uma otite do que praticar paracentese; preferimos puncionar em caso de du-



vida; não esperamos que haja bombeamento e congestão do timpano, sinais que traduzem tensão na caixa, para praticar a paracentese ou punção exploradora do ouvido médio. Também com Le Mée e Bloch, achamos que a paracentese nos lactentes é destinada não tanto a dar saída à coleção purulenta sob tensão na caixa, quanto a impedir permanência de exsudato no ouvido médio, exsudato que não precisa ser abundante para ser virulento.

*Fazemos sistematicamente, nos casos de diagnósticos duvidosos, a punção exploradora do ouvido médio.*

Martino, com muita razão, pergunta porque se puncciona diariamente o seio maxilar, o peritônio, os envoltórios medulares e se vacila, nos casos de duvida, em punccionar o timpano?

“A punção tímpanica deve tornar-se de uso corrente nos serviços da Pediatria. Ela será muitas vezes mais indicada que a punção raquidiana, e ainda mais que a pleural; deverá ser feita sistematicamente todas as vezes que estivermos em presença de um lactente que seja portador de um syndroma infectuoso, de causa obscura acompanhado ou não de fenomenos brônquios ou gastro intestinais. (Rendu).

Vamos descrever a tecnica por nós seguida para a punção. No capitulo de tratamento descrevemos a da paracentese.

**TECNICA DA PUNÇÃO** — Para punção usamos uma seringa de vidro Luer de 1 cc., com agulha de bisel muito curto, recurvada em angulo obtuso, para facilitar

a visão. Na gravura n.º 4 vemos bem a razão do bisel curto e da curvatura. A punção é feita nos quadrantes postero e ântero inferiores; a caixa tem aí um e meio

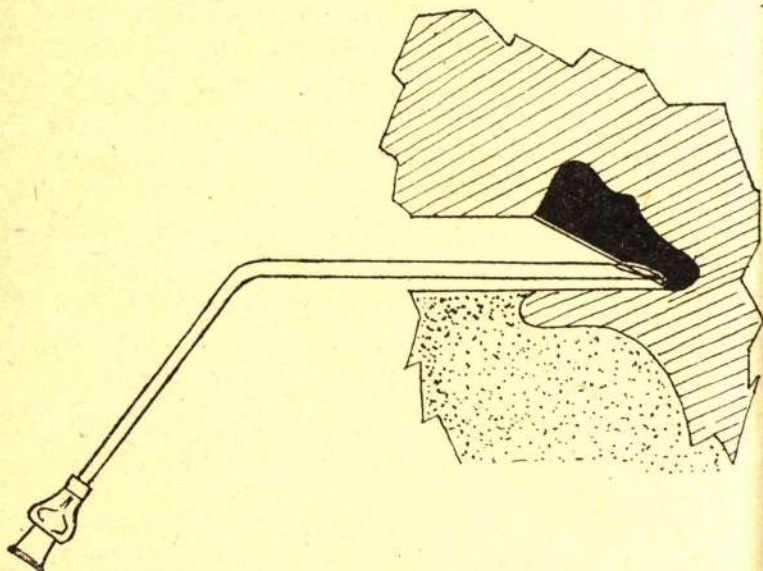


Fig. n.º 4 — A agulha com bisel longo: parte do bisel fica por fóra da caixa não permitindo a aspiração completa.

milimetro de profundidade. Não se deve puncionar no quarto superior do tímpano, por corresponder á região dos ossinhos.

ANESTESIA — Alguns especialistas acham desnecessaria a anestesia nos lactentes, outros preferem a anes-



tesia geral pelo cloreto de etila, outros a local com o cloreto de etila ou com o liquido de Bonain. Estamos entre estes ultimos; usamos sistematicamente e Bonain, que nos tem sempre satisfeito. O liquido de Bonain é uma combinação, em partes iguais, de cristais de mentol, anti-séptico e analgésico; de cloridrato de cocaina, isquemiante e anestésico; e de acido fenico, mordente e antiséptico. (1).

Embebe-se um pequeno tampão de algodão no liquido anestésico, que é levado ao contáto do timpano e aí deixado pelo espaço de alguns minutos. O timpano em contáto com o anestésico toma um aspéto esbranquiçado.

ASSEPCIA — Após a anestesia, levamos mais a rigor ainda a assepcia local, lavando o ouvido externo com alcool e com eter, secamos bem o conduto auditivo para, no caso de ser necessário paracentése, evitar que, pela abertura feita pela lança ou faca de paracentése, penetre na caixa a mistura anestésica, o alcool ou o eter que seriam aí absorvidos muito rapidamente. Com o espéculo já no conduto, enfiamos através dêle a agulha montada na seringa e puncionamos no lugar de eleição: quadrante postero-inferior do timpano.

PUNÇÃO ÀS CEGAS — No caso de puncionar às cegas, basta acompanhar com a agulha a parede postero-

---

(1) Modernamente o cloridrato de cocaina foi substituido pela Percaina de Ciba na dose de 0,10 para 1,0 de mentol e acido fenico. A percaina tem maior poder anestésicos e é empregada em dose menor.

inferior do conduto, por dentro do espéculo. Ao tocar com a agulha a membrana do tímpano, tem-se a sensação de pequena resistencia; forçando-se levemente e, vencida, aspira-se. Havendo processo inflamatório na caixa, sairá uma gota de líquido sôro-hemático, sôro-mucoso, mucopurulento ou pús franco. Reconhe-se que o ouvido está normal quando, ao perfurar o tímpano, ouve-se um estalido característico que lembra o do pergaminho ao ser perfurado. Sendo a punção positiva, deve-se tratar da otite drenando o ouvido médio por meio de larga miringotomia.

ACIDENTES DA PUNÇÃO — Os acidentes da punção são os mesmos da miringotomia. No capítulo n.º 8 referente ao tratamento, ocupar-nos-emos dêles.

Panneton e Longprée nos declaram, em seu trabalho feito na crêche de Jouville, que “a punção exploradora da caixa do tímpano faz parte do exame completo de todo lactente cujo mal não esteja evidentemente localizado e tem tanto valor quanto a auscultação e a percussão”. A punção aspiradora e a vacinação diftérica são duas armas das quais se serviram para reduzir a mortalidade infantil, graças ao que a mortalidade do seu serviço diminuiu, nestes 3 últimos anos, de quatro vezes. Examinaram em *quatro anos*, de 1925 a 1929, 3718 crianças e fizeram 2.000 punções e 200 antrotomias. O serviço da chêche de Jouville no Canadá tem atualmente 700 leitões.

Observámos a supuração do ouvido médio de um lactente no decurso de uma molestia infectuosa, após o terceiro dia da punção negativa; está claro que não se pôde



atribuir esta infecção da caixa á punção. Insistimos em dizer que puncionámos alguns timpanos de lactentes normais e que acompanhámos os pacientes durante sessenta horas sem que tivéssemos verificado o menor inconveniente.

*As nossas observações permitem afirmar que a punção exploradora é inocua e que se deve praticá-la em todos os casos suspeitos de oto-antrite latente.*

## CAPITULO VI

### PROGNÓSTICO

Le pronostic en est absolument subordonné au fait qu'elle a été dédistée ou non. — Le Mée, Bloch et Cazejust. (1).

A oto-antrite latente, diagnosticada cedo, é, em geral, de bom prognóstico; dura em média 2 a 3 semanas. Nos casos em que passa despercebida, podem-se observar complicações graves. É certo que grande numero de oto-antrites que passam despercebidas curam espontâneamente. Não temos, no entanto, base para afirmar que dessa cura não restem seqüelas, tal seja a surdo-mudez. Nos caqueticos a oto-antrite é grave e de prognóstico quasi sempre fatal. Naturalmente, tambem o terreno tem enorme importancia, na evolução da otite. É claro que em um terreno tuberculoso, em um sífilítico, em um etilista ou em um convalescente, a oto-antrite latente é muito mais

---

(1) Le Mée, Bloch et Cazejust — Otite latente chez l'enfant — 1925.



grave do que em um organismo são. Sabemos que é frequentíssima a oto-antrite latente no decurso de molestias infectuosas. (*Dentre tinta lactentes, portadores de gripe, sarampo, coqueluche, pneumonia, diftéria, que puncionámos o tímpano, sómente cinco não tinham secreção no ouvido médio*).

Os gérmens responsaveis pela infecção otitica têm grande importancia no prognostico dessa afecção; assim a oto-antrite de etiologia estreptococica é de maior gravidade do que a pneumococica e a estafilococica. Le Mée e Bloch atribuem a gravidade especial das otites que se observam no decurso das molestias infectuosas, muito principalmente da escarlatina, a uma fase de oto-antrite latente que precede o periodo de otite manifesta. Podemos dizer, baseados em observações, que no nosso meio a oto-antrite, diagnosticada no inicio, é em regra de bom prognóstico.

## CAPITULO VII

### COMPLICAÇÕES

Ces otites peuvent se terminer par une complication grave ou évoluer d'une façon prolongée en amenant des troubles auditifs pouvant aller jusqu'à la surdité complète. — Zaliouk. (1).

Dentre as complicações da oto-antrite latente, a mais freqüente é a gastro-enterite, e, a seguir, as brônco-pneumonias e as pneumonias de focos disseminados. O abcesso sub-periosteo é também muito freqüente. Aliás, sendo a mastoide das crianças na primeira infancia quasi que exclusivamente constituída pelo antro, e a antrite, pelas razões anatomicas já expostas, a companhia das otites, é natural que so observe com freqüência esta complicação.

A mastoidite, diz Aloin, é muitas vezes a primeira manifestação da otite latente. A maior parte dos especialis-

---

(1) Les otites latentes de l'enfant — Folia oto-laringologica orientala Palestina.



tas é de opinião que a *mastoidite primitiva é sempre precedida de otite latente*.

A trombo-flebite é muito rara na primeira infancia (no nosso meio conhecemos dois casos da estatística do Dr. David de Sanson). É muito grave, evolue, ás vezes, despercebida, constituindo comumente achado de autopsia (a curva termica não é característica e faltam os calefrios).

A meningite é de desenvolvimento muito rapido e quasi sempre fatal. Os sintomas são discretos: (ligeira reação meningéa, sinal de Kerning, convulsões, vomitios, pouco freqüentes).

Segundo alguns autores a surdo-mudez é, em grande numero de casos, seqüela da oto-antrite latente. As mastoides ebürneas, ou melhor, esclerosadas, são tambem attribuíveis a um processo de oto-antrite latente, de evolução demorada. Leroux Robert diz que a sífilis e a oto-antrite são as entidades morbidas mais responsaveis pela surdo-mudez.

## CAPITULO VIII

### TRATAMENTO

La indicación para la paracentesis no depende esencialmente del resultado de la otoscopia, sino de los síntomas generales — Finkelstein. (1).

O tratamento da oto-antrite latente consiste em estabelecer boa drenagem da secreção formada na caixa. A paracentese do tímpano constitue a primeira intervenção e, algumas vezes, a antrotomia a segunda.

PARACENTESE — Paracentese, ou melhor, miringotomia é a abertura cirurgica do tímpano tendo por fim a drenagem do ouvido médio.

MATERIAL NECESSARIO — Espelho frontal. Anestésico. Lança ou faca para miringotomia. Espéculo

---

(1) Tratado de las Enfermidades del niño de pecho — 1932. — Tradução espanhola.



auricular, Estilete para ouvido. Pinça em baioneta. Tesoura. Gaze debruada para dreno auricular.

ANESTESIA — ASSEPCIA — POSIÇÃO-TECNICA — A anestesia e os cuidados de assepcia são os mesmos usados para a punção e já foram descritos no capítulo referente ao diagnóstico. A posição é idêntica á escolhida para a otoscopia (figura numero 2), Com a lança ou escalpêlo na mão direita, cingidos nos detalhes tecnicos requeridos para a atoscopia, incisamos a membrana do tímpano no quadrante postero ou antero inferiores, largamente, de baixo para cima. (Deve-se escolher uma lança que não tenha a ponta muito longa, pois diminue-se assim a possibilidade de atingir a parede interna de caixa. (Fig. n.º 5). Dada a obliquidade do tímpano a miringotomia deverá ser feita de baixo para cima, para que a incisão atinja a membrana em maior extensão. A gravura n.º 6 é bem demonstrativa.

Feita a miringotomia, colocamos no conduto auditivo um pequeno dreno de gaze de maneira a ficar em contacto com o tímpano, porém, não muito cerrado.

Dizem Le Mée e Bloch e a nossa observação concorda que "quando pela abertura do tímpano sai sangue puro, a evolução da otite é rapida; quando a secreção é mucosa ou sôrosa, a evolução é mais demorada, em regra seis a dez dias; e quando a secreção é muco-purulenta dura a evolução, em média, duas a tres semanas nos casos não complicados. Pôde-se tambem dizer, de um modo geral, que a oto-antrite provocada por estafilococos e pneumococos

tem pequena duração, a por streptococos maior e a por pneumococos mucosos tem gravidade especial”.

ACIDENTES — Falaremos por alto dos accidentes que podem ocorrer ao praticar-se a miringotomia :

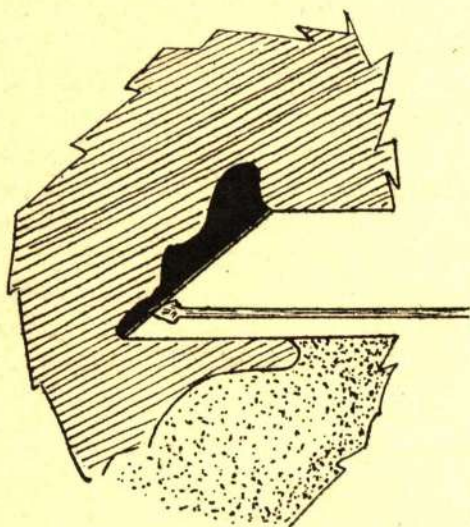


Fig. n.º 5 — A lança pouco pontiaguda diminui a possibilidade de ferir a parede interna da caixa. — (Esquema seg. Le Méc e Bloch, modificado)

- a) ferimento das paredes do conduto auditivo externo, acidente sem importancia;
- b) ferimento do promontorio. Provoca dôres violentas e, ás vezes, pequenas hemorragias, acidente tambem sem gravidade;



c) ferimento da carótida interna, acidente muitíssimo raro, possível nos casos em que houver deicência do canal carotidiano, ou que a arteria esteja muito proxima da janela oval ou redonda;

d) ferimento do golfo da jugular. Dos casos que conhecemos citados na literatura medica mundial, dois fo-

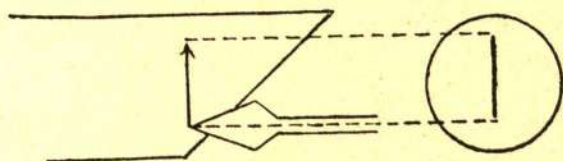


Fig. n.º 6 — A incisão feita de baixo para cima atinge o tímpano em maior extensão. — (Seg. Lermoyez).

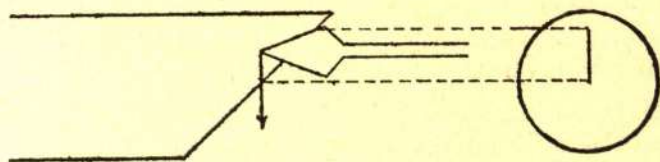


Fig. n.º 7 — A incisão feita de cima para baixo atinge o tímpano em menor extensão. — (Seg. Lermoyez).

ram fatais. Sabemos que a caixa é separada do golfo da áugular pela sua parede inferior. Esta parede é, segundo Bellocq, óra muito espessa, óra muito delgada e muito convexa, fazendo saliencia no interior da caixa. Já tivemos oportunidade de verificar em uma preparação anatomica a convexidade e a delgadez desta parede. Succedendo êste acidente faremos tamponamento bem cerrado no con-cuto, o que será suficiente para cessar a hemorragia.

## ANTROTOMIA

**INDICAÇÃO** — Persistindo os sintomas de oto-antrite latente e não havendo complicação nos demais aparelhos após miringotomia, mesmo repetida, há indicação para antrotomia. Apoiam êste ponto de vista Finkelstein, Panretton, e Longprée. Especialistas há que trepanam sistematicamente a mastoide de todo recém nascido que se apresente com perturbações gastro-intestinais agúdas, ainda que os sinais otoscópicos sejam negativos. Parece-nos um tanto exagerado tal ponto de vista. Preferimos agir de acôrdo com os primeiros, mas sempre após novo e cuidadoso exame do pediatra. Muito bem disse o nosso mestre Dr. David de Sanson, em uma conferência na qual fez referências ao nosso trabalho: "sem comunhão de idéas não será tarefa facil para um especialista impôr o seu ponto de vista. E' possível que consiga praticar quando muito a punção, porém nunca a antrotomia, a não ser que o pediatra, a quem compete em semelhantes casos orientar o tratamento, se coloque inteiramente ao seu lado". (1).

**ANESTESIA** — O plano dêste trabalho não comporta a descrição da tecnica da antrotomia; achamos no entanto que a anestesia usada deve ser sempre a local, para a qual preferimos uma solução de novocaína em sôro fisiologico a meio por cento, e que esta intervenção em linhas gerais poderá ser realizada apenas com bisturi e curêta.

---

(1) Conferencia realizada na Policlínica de Botafogo pelo Dr. David de Sanson em Maio de 1933.



## CAPITULO IX

### OBSERVAÇÕES

A nossa observação gira em tórno de quarenta e um casos, sendo dez de oto-antrite latente primitiva, vinte e cinco de oto-antrite concomitante com molestias infectuosas e seis de otite média supurada não perfurada. Dentre estes casos, sómente publicaremos dez observações de oto-antrite latente primitiva, que são as que têm maior importancia clinica.

### OBSERVAÇÕES

#### *Observação n.º 1*

Casa dos Expostos — observação n.º 151.

M. A. — 9 meses e 6 dias. Data: 8-7-931.

Examinado a pedido do Dr. José Martinho da Rocha que clinicamente nada encontra que justifique a elevação de temperatura (37,6) diarréa (5 a 6 dejeções), insonia e vômito freqüente do paciente há alguns dias.

Exame do nariz — s. m. s. (1).

Faringe — amígdalas pequenas, sem reação inflamatória.

Ouvido { O. D. tímpano com aspéto normal. Não conseguimos vêr o triangulo luminoso.  
O. E. tímpano com aspéto normal. Não conseguimos vêr o triangulo luminoso.

OBSERVAÇÃO — Resolvemos puncionar o ouvido médio para esclarecer o diagnostico. Pela punção retiramos quasi um centimetro cubico de secreção purulenta do ouvido esquerdo; á direita havia menor quantidade, mas tambem francamente purulenta. O exame bacteriologico revelou a presença de pneumococos.

TRATAMENTO — Larga miringotomia dupla e drenagem com gaze.

9-7 — Temperatura 37. Conduto auditivo de A. O. (2), cheios de secreção. Não vômitou mais. Dormiu bem.

10-7 — Temperatura 36,8. Evacuação normal. Ouvidos drenado bem.

19-7 — O paciente foi observado diariamente. Não teve mais elevação de temperatura, vômitos nem diarréa. Não tem mais secreção nos ouvidos. Alta.

(1) Sem maior significação.

(2) Ambos os ouvidos.



*Observação n.º 2*

Policlinica de Botafogo — Ficha 7.348 — Data: 3-9-931.

E. N. 2 anos e 4 meses. Real Grandeza, 184.

Veio á consulta a mandato da clinica infantil do Prof. Luis Barbosa para examinar a garganta, causa provavel da elevação de temperatura — 38-38,5-39 graus. Não dorme bem, acorda-se freqüentemente virando-se de um lado para outro. Tem diarréa.

Nariz — secreção catarral em ambas as narinas.

Faringe — amígdalas pequenas com ligeira reação inflamatória.

Ouvido { D. timpano baço. Mancha luminosa presente.  
E. Imagem identica a do D.

OBSERVAÇÃO — No momento do exame temperatura 39°. A reação inflamatória das amígdalas não nos pareceu suficiente para explicar a elevação de temperatura. Resolvemos por isto praticar a punção exploradora de ambos os ouvidos que resultou positiva. Secreção mucopurulenta. O exame bacteriologico revelou a presença de pneumococos á D. e pneumococos estafilococos á E.

TRATAMENTO — Larga miringotomia dupla. Pro-targol para o nariz. Dreno de gaze.

4-9 — Ouvidos drenando bem. Dormiu bem á noite. Temperatura 37,5.

5-9 — Bôa drenagem. Temperatura 37°.

7-9 — Está diminuindo a secreção. Não tem mais diarreia.

7-9 — Dorme bem.

22-9 — Não tem mais secreção nem teve mais elevação de temperatura. Foi observado diariamente. Alta.

*Observação n.º 3*

N. S. 4 meses — Rua 15 de Novembro, 32 — Niterói — 20 de Maio de 1932.

Examinado a pedido do Dr. Carlos Abreu que pelo exame clinico geral não encontrou explicação para a temperatura elevada que ha muitos dias apresenta a paciente. Estava pela manhã com 41°. Foi examinada ontem, por um especialista, que nada encontrou nos ouvidos, nariz e garganta. Dôr á pressão no trago (Sinal de Vacher).

Nariz — s. s. s.

Faringe — amígdalas pequenas com ligeira reação inflamatória.

Ouvido { D. timpano com aspéto normal. Não conseguimos vêr a mancha luminosa.  
E. timpano de aspéto normal. Não conseguimos vêr a mancha luminosa.

TRATAMENTO — Punção exploradora de O. D. positiva, secreção francamente purulenta. Larga miringotomia. A mãe do pequeno não nos deixou puncionar o outro ouvido.



21-5 — Passou bem a noite, temperatura 38,5. A mesma imagem otoscopica a E. Ouvido D. drenando bem. Larga miringotomia a E.

22-5 — Tem passado muito bem. Temperatura 37°. Ouvidos drenando bem.

30-6 — Temos tido informações diarias do pequeno. Não deve mais elevação de temperatura. Ouvidos secos. Alta. O exame bacteriologico revelou pneumococos a D.

*Observação n.º 4*

G. C. 1 ano e 7 meses — R. André Cavalcanti 127 — Dezembro de 32. Está sendo tratada ha varios dias por um pediatra que atribue a febre elevada que tem tido, 39°, á garganta. Tem supuração no O. E., não dorme bem á noite, tem vômitos e diarréa. No momento do exame temperatura 39°.

Nariz — Secreção catarral em ambas as narinas.

Faringe — amiggdalas aumentadas de volume com pequena reação inflamatória.

Ouvido { D. timpano baço, despolido. Não conseguimos  
vêr a mancha luminosa.  
? secreção purulenta no conduto. Perfuração  
timpanica no quadrante postero-inferior.

OBSERVAÇÃO — Puncionamos o ouvido médio direito para esclarecer o diagnóstico. Secreção fracamente purulenta.

TRATAMENTO — Larga miringotomia. Protargol para o nariz.

No dia seguinte, temperatura 37,8. Ouvidos drenando bem. Dois dias depois não apresentava mais elevação de temperatura nem diarréia. Não teve mais vômitos desde o dia seguinte á maringotomia.

O exame bacterologico revelou a presença de pneumococo. Teve alta curada ao fim de 28 dias.

*Observação n.º 5*

Policlinica de Botafogo — Ficha 8.398 — 25-4-33.

C. G. 7 meses — R. General Polidoro, 256.

Veio á consulta a mandado da clinica infantil do Prof. Luis Barbosa com a informação de que pelo exame clinico geral nada foi encontrado que justificasse a elevação de temperatura que apresenta o paciente ha alguns dias. Temperatura 38,5. Dôr á pressão sobre o trago. Não tem vômitos nem diarréia. Não tem insonia. Mama bem.

Nariz — secreção catarral em ambas as narinas.

Faringe — amígdalas pequenas sem reação inflamatória.

Ouvido	{	D. Timpano despolido. Não conseguimos vêr a mancha luminosa.
		E. Timpano despolido, côr de perola. Não conseguimos vêr a mancha luminosa. Ligeira congestão na região de Schrapnell.

OBSERVAÇÃO — Embora com a imagem otoscópica de aparência normal, resolvemos praticar a punção ex-



ploradora que resultou negativa á direita e positiva á esquerda.

TRATAMENTO — Larga paracentese. Drenagem com gaze.

26-4 — Está drenando bem o ouvido esquerdo. Temperatura 37,2

12-5 — Tem sido observado diariamente, ouvido seco. Alta curado. O exame bacteriologico revelou a presença de pneumococos.

*Observação n.º 6*

Hospital de São João Batista — Ficha 46 — Serviço do Dr. Calazans Luz.

T. C. 6 meses — 26 de Abril de 1933.

Examinado a pedido do Dr. Calazans Luz. O paciente está ha 10 dias muito sonolento, com hipotermia (35,4 a 36,5), diarréa, quéda da curva ponderal. E exame do liquido cefalo-raquiano, a reacção de Von pirquet e o exame de urina nada revelaram de anormal. Antecedentes hereditarios — Lues, alcool.

Nariz — s. m. s.

Faringe — amígdalas pequenas com ligeira reacção inflamatória.

Ouvido { D. timpano com aspéto normal.  
E. Idem, idem.

OBSERVAÇÃO — Punção positiva em ambos os ouvidos. Secreção purulenta e sanguinolenta.

TRATAMENTO — Larga miringotomia dupla.

O paciente faleceu dois dias depois da punção. O exame bacteriológico revelou a presença de pneumococos, estreptococos.

AUTOPSIA — Enterite aguda.

COMENTARIO — A punção foi feita apenas para esclarecer o diagnostico, o estado geral do paciente era pessimo. Temperatura no dia da punção 35,2.

*Observação n.º 7*

Policlinica de Botafogo — Ficha 8.643 — 13 de Junho de 1933.

L. A. 2 anos — Rua Pacheco Leão, 25.

Veio á consulta para examinar a garganta. Diz a mãe do pequeno que ha uns 10 dias está sendo tratado por um clinico mas que continua com febre. Temperatura 38,4.

Nariz — s. m. s.

Faringe — s. m. s.

Ouvido	}	D. cerumen no conduto. Timpano de aspéto normal. Mancha luminosa presente.
		E. Timpano despolido, mancha luminosa presente.



OBSERVAÇÃO — Pedimos novo exame clinico geral, pelo qual nada foi encontrado que justificasse a elevação de temperatura (38,6). Punção exploradora em 14-6-933. Secreção sôro-purulenta.

TRATAMENTO — Larga mringotomia dupla.  
15-6 — Temperatura 36,9. Secreção. Sôro purulenta no conduto.

5-7 — Tem passado muito bem, tem sido observado quasi diariamente. Não tem mais secreção. Alta.

Exame bacteriologico revelou presença de estreptococos.

*Observação n.º 8*

Policlinica de Botafogo — 24 de Agosto de 1933.

B. A. 3 meses. Mandado á consulta pela clinica infantil do Prof. Luis Barbosa. Pelo exame clinico geral sómente foi encontrado bronquite cronica, temperatura 39°. Tem diarréa e quéda da curva ponderal.

Nariz — s. m. s.

Faringe — s. m. s.

Ouvido { D. timpano com aspéto normal. Não conseguimos vêr a mancha luminosa.  
E. a mesma imagem que a D.

OBSERVAÇÃO — Puncionamos ambos os ouvidos para esclarecer o diagnostico. Secreção sôro-purulenta.

TRATAMENTO — Larga miringotomia.

O pequeno faleceu no dia seguinte.

COMENTARIO — A punção foi feita apenas para esclarecer o diagnóstico, o estado geral do paciente era pessimo. A temperatura no dia seguinte ao da punção estava normal.

*Observação n.º 9*

A. S. 1 mês e 24 dias — Casa dos Expostos — 24 de Junho de 1931.

Exame clinico geral feito pelo Dr. José Martinho da Rocha. Curvas termica e ponderal muito irregulares. A temperatura varia entre 36,2 e 37,9. Tem vômitos, diarréa, inapetencia. Temperatura no momento 38º.

Nariz — s. m. s.

Faringe — s. m. s.

Ouvido { D. Timpano com aspéto normal. Não conseguimos ver a mancha luminosa.  
E. Idem, idem.

OBSERVAÇÃO — Punção em ambos os ouvidos positiva. Secreção sôro purulenta.

TRATAMENTO — Larga miringotomia dupla.

30-7 — Passou melhor. Temperatura 37,5.

2-8 — Está passando muito bem, temperatura 36,8. não tem mais vômitos nem diarréa, alimenta-se bem.

25-8 — Tem sido observado diariamente. Não tem mais elevação de temperatura. A curva ponderal está em ascensão. Ouvidos secos. Alta.



O exame bacteriologico revelou a presença de pneumococos á direita e pneumococos e bacilo gram negativos á E.

*Observação n.º 10*

Policlinica de Botafogo — Ficha 9.151 — 13 de Setembro de 1933.

G. P. S. 6 anos — R. José Lopes, 13.

Veoi á consulta a mandado de um pediatra do H. Artur Bernardes com a informação de que pelo exame clinico geral não havia sido encontrada a causa para justificar a temperatura elevada que tem tido a pequena. Tem diarréa, sono agitado. Está no momento com 40,5. Temperatura oscilando entre 39,5 e 40°. Sinal de Vacher presente á direita.

Nariz — secreção catarral em ambas as narinas.

Faringe — amígdalas pequenas, encastoadas, sem reação inflamatória.

Ouvido { D. Congestão discreta na parte superior da membrana. Mancha luminosa presente.  
E. Timpano de aspéto normal. Mancha luminosa presente.

OBSERVAÇÃO — Puncionamos o O. D., tendo saído um centimetro cubico de secreção purulenta.

TRATAMENTO — Larga miringotomia.

14-9 — Passou muito bem a noite, dormiu. Temperatura 38°. Ouvido drenando bem. Mesma imagem á E. Resolvemos puncionar tambem a E. Punção positiva, menor quantidade de secreção do que á D. Larga miringotomia.

16-9 — Tem passado muito bem. Não tem mais giarréa. Dorme bem. A temperatura tem sido tomada em casa, 2 vezes por dia, não tem passado de 37,2. Está agora com 36,8. Ouvidos drenando bem.

25-9 — Tem sido observada quasi diariamente. Ouvidos sem secreção. Alta.



## CAPITULO X

### CONCLUSÕES

#### I

A oto-antrite latente é uma afecção conhecida há muito tempo, de muita importancia clinica, mas que só ultimamente tem chamado a atenção dos pediatras e dos oto-rino-laringologistas.

#### II

Não existem sinais otoscópicos, nem sintomas subjetivos constantes, carateristicos da oto-antrite latente.

#### III

Dentre os sintomas mais comumente encontrados, destacamos perda de peso, vômitos e diarréa (triade de Le Mée e Bloch).

## IV

A secreção do ouvido médio na oto-antrite latente, dada a disposição anatomica da trompa, é por aí drenada para o faringe.

## V

O unico meio seguro para o diagnóstico da oto-antrite latente é a *punção exploradora* do ouvido médio.

## VI

A *punção exploradora* do ouvido médio tem, em prodeutica infantil, valor comparavel ao da auscultação e percussão. — (PANNETON E LONGPRÉE).

## VII

A *punção exploradora* do ouvido médio é inocua.

## VIII

Sómente por meio da *punção* é que conseguimos recolher na caixa material assépticamente para exame bacteriologico. — (LEROUX ROBERT).

## IX

A ,oto-antrite latente é muitissimo freqüente no decurso de molestias infectuosas.



## X

Dentre as complicações, a mais comumente observada é a *gastro enterite*.

## XI

Dentre os germens causadores da oto-antrite latente, predomina o pneumococos.

## XII

A oto-antrite latente diagnosticada no início, é geralmente, no nosso meio, de bom prognóstico.

## XIII

A *punção exploradora* do ouvido médio deve ser feita sistematicamente em todos os casos de diagnósticos duvidosos.

## XIV

Para o diagnóstico e tratamento da oto-antrite latente é indispensável a colaboração do pediatra com o oto-rinolaringologista.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAND — L'otite de nourrisson en particulier chez les atrepsiques. Annales de maladies de l'oreille duz larynx — pagina 824 — 1923.
- ALEXANDER, G. — Ohren Kraukheiten in Kin des alter — 1927.
- ALEXANDER, G. — Huber latente otites — Zeitschrift für Hals Nasen und Ohrenheilk — Vol. 14 pg. 1 — 1926.
- BONAIN, A. — L'oreille et ses maladies — pag. 189 — 1933.
- BOUCHUT, E. — Traité Pratique des Maladies de Nouveaux nés — pag. 860 — 1885.
- BRUGGEMANN-KUMMEL — Erros Diagnostico — 1925.
- CODINACH, A. — Otites medias del recien nacido y del lactente Boletin de la Sociedad Cubana de Pediatria — Habana — pag. 423 — 1932.
- COMBY, J. — Traité des maladies de l'enfance — pag. 898 — 7.<sup>a</sup> edição — 1928.
- COMBE, A. — Les Maladies Gastro Intestinales Signes des Nourrissons — 1913.
- DARABAU, E. — RUSESCO, A. — Otite Latente causée par le Bacille d'Hoffmann — Revue de Laryngologie-otologie-rhinologie — pag. 99.
- DENKER KAHLER — Die Kraukheiten des Ghöror Gans — Vol. 1 — 1926.
- DENKER-ALBRECH — Otorrino Laringologie — 1928.

- ELIZALDE, F. — Otites y Mastoidites en la primeira infancia — El Dia Medico — n.º 38 — pag. 729 — 9132.
- FEER, E. — Diagnostico de las Enfermidas de los Niños — 4.ª edição espanhola — pag. 151 — 1932.
- FEER, E. — Tratado de Enfermidades de los Niños — 4.ª edição espanhola — pag. 397 — 1932.
- FINKELSTEIN, H. Tratado de las Enfermidades de Niño de Pecho — Trad. 3.ª edição alemã — pag. 903 — 1932.
- FRANCHINI, Y. — Ricatelli, E. — Casa dos Expostos — Semana Medica Buenos Aires — Julho de 1931.
- GRENET, H. — Conferences Cliniques de Médecine Infantile — 2.ª série — Pag. 23 — 1933.
- HAUTANT, A.-DURAND, J. — L'Oto-Rhino-Laringologie — Monde Médical — Nouveautés — Pag. 271 — 1924-25.
- HAUTANT, A. — Otites Media en el recién nacido, segun los recientes trabajos Norte-Americanos — Revista Oto-Neuro-Oftalmologica — Sud Americana — Vol. 7 — N.º 9 — Pag. 373 — 1932.
- HAUTANT, A. — Caussé, R. — L'Oto-Rhino-Laringologie — Nouveautés — Monde Médical — 1930.
- HARTMAN, A. — Die Kraukheiten des Ohres und deren Behandlung — Pag. 162 — 1908.
- HECHT, F. — Die Akute Mittelohremtz ündung Als Kinderkrakheit — 1928.
- JACOBSON, L. — Lehrbuch der Ohrenheil Kunde — Pag. 188 — 1898.
- KLOTZ, A. — La Otites Media en el Recien Nacido, segun los trabajos recientes alemanes — Revista Oto-Neuro-Oftalmologica e de Cirurgia Neurologica Sul Americana — Tomo 7 — Pag. 325 — 1932.
- NORNER, O. — Ohrenheil kunde und Ihrer Grenzgebiete — Pag. 96 — 1906.
- LAURENS, — Aubry, A. Lemarié, A. — Précis d'Oto-rhino-laryngologie — 1931.



- LE MÉE — Bouchet, A. — L'otite latente de l'enfant. — Journal Médical Français — Outubro de 1924.
- LE MÉE — BLOCH, A. — CAZEJUST, P. — L'otite latentes chez l'enfant — Paris — 1926.
- LE MÉE — L'otite latente, l'otite meconnue chez le nourrisson et dans la première enfance — Annales Maladies de l'oreille e larynx — 1923.
- LE ROUX, R. — L'oto-antrite de nouveaux née — La Consultation — 1925.
- LUST, F. — Terapeutica de las Enfermedades de los niños — Pag. 97 — 1930.
- MORQUIO, L. — Tratado Enciclopédico de Pediatría — Pfaundler-Schlossmann — Tomo III — Pag. 676 — Afecciones del oido en la primera infancia.
- NUNYOS, J. C. — Otites del lactente — Anales de Otorino-Laringologia del Uruguay — Pag. 341 — 1931.
- MEYER, A. — Les Affections de l'oreille chez l'enfant — 1932.
- MEYER, M. — L'otite moyenne aigue dans l'enfance — Contribution á la clinique et á l'anatomie pathologique de cette maladie — Les Annales d'Oto-Laryngologie — N.º 8 — Agosto de 1933.
- MARFAN, A. B. — Lemaire, H. — Précis d'Hygiene et des Maladies du Nourrisson — 1930 — Pags. 442, 565, 608 e 1007.
- MOURE, E. J. — Maladies de l'oreille — Traité de Maladies de l'Enfance — 2.<sup>a</sup> edição — J. Grancher J. Comby — Tomo V — Pag. 295 — 1905.
- PANNETON, F. — LONGPRÉ, D. — De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourricson — Annales de Maladies de l'oreille du Larynx — Pag. 911 — 1929.
- PEARSON, J. WYLLE, J. — Recientes adquisiciones en Pediatría — Vol. II — Pag. 686 — 1931.

- POLITZER, A. — Traité des maladies de l'oreille — Pag. 358 — 1884.
- RABBINER, M. — Otitic infection with gastroenterites in Infants — The Laryngoscope — Pag. 274 — Abru de 1933.
- RABINOVICE, E. — Relations entre la toxicose et otite moyenne et une contribution sur la pathologie de la mastoidite de la petite enfance — Folia Oto-Laryngologica Orientalia — Pag. 261 — 1933.
- RACOUVEAU — Revue Laryngologie-Otologie-Rhinologie — Pag. 1186 — 1932.
- RENDU, R. — Otite Moyenne Purulente Latente du Nourrisson — Annales Maladies de l'Oreille du Larynx — 1923.
- TROLTSCH — Lehrbuch der Ohrenheilkunde — Pag. 415 — 1877.
- URBANTSCHITSCH, V. — Traité des Maladies de l'Oreille — Trad. Francesa — Pag. 281 — 1881.
- VARIOT, G. — Traité Pratique des Maladies des Enfants du Premier Age — Pag. 395 — 1921.
- ZALIOUX — Les otites latentes de l'enfant — Folia Oto-Laryngologica Orientalia — Pag. 231 — 1933 — Jérusalem.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 Congrès de 1925 — Paris — Comptes Rendue des Seances — Discussion — L'Otites latentes chez l'enfant:
- RENDU, R.  
 SEIGNEURIN.  
 GIRAD.  
 LAPONGE.  
 LE MÉE, BLOCH e CAZEJUST.

# INDICE

Prefacio .....	5
Introdução .....	7
I — DEFINIÇÃO, HISTORICO	
II — PATOGENIA — ETIOLOGIA	
Causas que favorecem a otite .....	12
Teoria mecânica .....	14
Teoria linfática .....	16
Teoria hemática .....	17
Germes .....	18
III — SINTOMAS GERAIS	
Dôr .....	21
Inquietação — Respiração — Suor .....	22
Inapetencia .....	22



Temperatura .....	22
Perturbações digestivas .....	23
Fézes .....	23
Sintomas meníngeos — Convulsões — Estrabismo	24
(Sinais .....	24
Formas clinicas .....	25
Forma clinica na qual a febre predomina .....	25
Forma na qual os sintomas pulmonares predomina- minam .....	26
Forma na qual as perturbações digestivas predomina- minam .....	26
Forma na qual os sintomas meníngeos predominam	27
Forma na qual a reação das células mastoides (antro) predominam .....	28

#### IV — OTOSCOPIA — SINTOMAS LOCAIS

Otoscopia .....	31
Conduto auditivo .....	33
Tímpano .....	34
Coloração do tímpano .....	36
Valor da otoscopia .....	39

#### V — DIAGNOSTICO

Sintomas .....	41
Diagnostico .....	42
Meios de exame .....	43
Radiografia .....	43
Exame funcional .....	43
Imagem otoscopia .....	43

Meio de certeza .....	44
Tecnica da punção .....	45
Anestesia .....	46
Assepcia .....	47
Punção ás cegas .....	47
Acidentes da punção .....	48
VI — PROGNOSTICO .....	50
VIII — COMPLICAÇÕES .....	52
VIII — PRATAMENTO	
Paracentese .....	54
Material necessario .....	54
Anestesia — Assepcia — Posição — Tecnica .....	55
Acidentes .....	56
Antrotomia — Indicação .....	58
IX — OBSERVAÇÕES .....	59
X — CONCLUSÕES	
Bibliografia .....	75