

N.º 5.

N.º 194.

Vista
em 13 de julho de 1862
D. Vellozo da Cruz

Da

Trachiotina no crany.

Dissertação inaugural para acto grande

seguida de seis proposições, apresentadas

a

Escola Medico-cirurgica do Porto

para ser defendidas

chebando da presidencia do Excmo da 7.ª Cadeira

e illustrissimo senhor

Dr Francisco Vellozo da Cruz.

prof. alumno da mesma Escola

Alves Joaquim Gomes Alberto Alves.

Porto, Julho:
1862.

Para o dia 23 de julho de 1862, pelas
10 horas da manhã.

Presidente = O Il^{mo} Sr. Dr. Francisco
Velloso da Cruz.

Il^{mos} Srs.

Arguentes: { Luiz Pereira da Fonseca.
Manoel Maria da Costa
Leite.
Dr. José Fructuoso Ayres
de Gouveia Osorio.
Dr. João Xavier d'Al-
meida Barros.

Ad

Signissimo Presidente

e

Illustrado Jury

insignem protegeo

Manoel Joaquim Gomes Alberto Nunes.

A
Meu Tio

O Officio e Rec. do Sr. Antonio Joaquim Gomes Alberto.

em testemunha de respeito e da mais cordal affeição.

Officio

O autor.

Da

Trachetomia no croup.

Croup é uma doença gerol, muito mais infecciosa, caracterizada sobretudo pela formação de folhas membranas na superfície mucosa da larynge, as que se podem invadir conjuncta ou successivamente as membranas mucosas da pharynge, fossas nasaes, bocca, trachea, bronchios, etc.

Quem se der ao trabalho de folhear a historia da sciencia, ha-de ver que ja' os antigos possuaõ alguns conhecimentos d'esta doença, cinda que muito imperfeitos, porque n'um grande numero da membrana caracteristica que a distingue obtinham quodams.

Os escriptos de Aretaeo ha um periodo que diz assim: Si in pectus per os spiram arteriam id matum invadat, illo in eodem die strangulat... tussis spissandique difficultas nascitur... e por isso se vê que se elle não conhecia a natureza da doença, estava, contudo, bem seguro de alguns dos seus symptomas. Aretaeo, como todos os medicos do seu tempo, e é o que vem a obscuridade nas descrições, tinha poucas luzes de anatomia pathologica, que só mais tarde veio rectificar o diagnostico de muitas doenças até então pouco conhecidas; graças ao genio e trabalho de Antonio Benvenuto, Bartholin e Peter que abrirem caminho a Theophrasto Bonet, para que elle no seculo 17.^o publicasse o seu *Anatomia anatomica*.

Ao passo que se sabia no século de Avicenna, pouco ou nada se conhecia
então; porque os médicos da idade medieval contentavam-se apenas com
copiar os tratamentos e que os seus antecessores já tinham escrito,
e foi só no século decimo sexto, que Guillelmo Bottonius inspecionou o
coração anatomico do corpo, sem lhe saber dar a devida im-
portancia como phenomenon ligado á natureza da doença; e isto
é que se desprende da descripção, por elle feita, duma epidemia
que por aquelle tempo grassou em Paris, descripção que obzega
Boyer Collard a dizer que Bottonius viu muitas cosas da crua
na epidemia de 1546, mas não conhece o que era o crua.

E agora que começa o estudo sobre esta doença, e ~~de~~ todo
o tempo que decorre desde Bottonius até François Flourens, appa-
recerão nomes muito respeitáveis, e entre todos devemos citar Pedro
Miguel Heredia, primeiro medico de Philippe 4.^o e mais conhe-
cido por uma obra que deixou inédita e que só, em 1665, Pedro
Barca Astorga, tambem medico da familia real de Hespa-
nha, mandou publicar em Paris, e que tão correctamente foi
depois por nacionaes e estrangeiros.

Em 1747 e 1748 foi Theatro duma terrivel ep-
idemia, conhecida pelo nome de angina gangrenosa; e por es-
ta occasião o nome de Ghiri tornou-se conhecido de todos
pelo facto que este medico estudou as leões da larynge, dis-
tinguindo duas formas de doença; angina estreptococica,
quando motivada por suppuração; e angina gangrenosa ordi-
naria, quando terminava por differente modo; ao contra-
rio dos seus antecessores que só conheciam e descreviam a
angina gangrenosa da pharynge.

Ao tempo em que Ghiri trabalhava em Cremona,
Fothergill e Stern em Inglaterra, Arnault em Nova
Orleans, Virel na Suécia, Marteau de Grauvillers em

Francia escreveu sobre a mesma doença, particularizando mais ou menos alguns dos seus symptomas, dando-lhe cada um o nome que melhor lhe parecia.

Dois annos depois François Home, aproveitando-se das ideias de Ghri, apresentou o melhor trabalho que sobre esta doença appareceu até ao seu tempo. Esta obra já se acha uma perfeita descripção da doença, a determinação positiva da sua ~~essencia~~ procedendo-mun-branca, já conhecida desde Boisson e sobre tudo desde Huxley, e a distincção assignatada por Ghri; sendo elle o primeiro que assignou a palavra cramp, nome vulgar, e pelo qual é ainda hoje conhecida, e que se observa na Escocia d' membrana branca observada por baixo da lãrge das Gethmaceas. Pode dizer-se que François Home foi o primeiro que descreveu os symptomas principaes, que melhor sabe tirar as indicações que reconhecem a formação das febres membranosas e, melhor do que Ghri, estabeleceu a essencialidade desta moléstia, attribuindo-a da angina gangrenosa.

Desde esta epocha até 1808, apparecerão entre outras, como mais notaveis, as obras de Archers da Phyladelphia em 1798, a de Schmitt que, impressa em Paris em 1802, a de Coran em que o author defende ardentemente a importancia e valor da trachiotomia.

Em 1804, a morte de Luiz Carlos Nápoles, primeiro filho de Luiz Bonaparte, consequencia d'um ataque de cramp, obrigou Corvisart a mandar abrir, por ordem de Nápoles f.º, um concurso com o premio de 12000 francos para quem achasse remedio para tão terrivel doença, e logo no anno seguinte apparecerão 49 memorias, cinco das quaes foram julgadas superiores; as de Albers de Bremen e Juvine, que alcançaram o primeiro premio que foi dividido entre ambos, e as de Vissoux, Caton e Double que tiveram menção honrosa.

Se nestas obras muitas questões de interesse pratico foram

mais bem entendidos, do que o havia sido até ali; e algumas até
resolvidas; deve contudo confessar-se que os desejos de Bagnho não
forão satisfeitos, porque nem se achou remédio para o croup, nem
a natureza da doença foi muito conhecida do que já o era.

A epidemia que, desde 1812 a 1829, grassou em Tours ministrou
a Boretanum os motivos para a sua valiosa obra, mais impor-
tante sem dúvida que as de todos os médicos reunidos no concurso
de 1808; porque foi elle o primeiro que mostrou mais a fundo
da especificidade do croup, e demonstrou a identidade da natureza
desta doença e da original pseudomembranosa, como já em 1789
escrevera Samuel Bard; e a elle se deve também o saber-se os caracte-
res distinctivos entre o verdadeiro croup e a asthma de Miller
ou falso croup.

Depois de Boretanum apparecerão muitos escriptos, nomeado es-
pecialmente os de Genrant, Brichet, Blache, Prusseau; e
ultimamente Bouchut, em 1858, apresentando á real academia de
medicina de Paris uma memoria intitulada, Nouvelle methode
du traitement du croup par la tubage de la glotte. Por esta
ocasião discutiram-se muitos dos pontos relativos ao tratamento
operatorio do croup; o que deu lugar aos bem trabalhados es-
criptos de Prusseau, de Malgouyres, e de outros não menos in-
feriores.

Nesta importante discussão que deu lugar a nove sessões,
decidiu-se que a tubagem da glotte, tal qual a propunha Bou-
chut, não parecia nem tão util nem tão isenta de perigo
que merecesse a approvação da academia; e que a tra-
cheotomia, no estado actual da sciencia, era o unico recurso,
quando já não houvesse probabilidade de bom resultado pelos
meios pharmaceuticos.

Muito honrosa que devesse e ainda mais que elogiar os me-
dicos portuguezes, se entre outros eu citasse Soares Bot

6
base, Antonio de Almeida e muito principalmente todos aquelles
que em 1858 e 1859, por occasião da morte da Senhora D. Estre-
phana, apresentaram importantes trabalhos, que em nada des-
lustrão os seus authors, mas termino por aqui a historia do
croup, por ser o lugar o assumpto mais importante.

Etologia.

As causas que podem presidir ao desenvolvimento d'esta
doença, são umas predisponentes e outras determinantes; e aquellas
podem ainda ser ou organicas ou hygienicas. Entre as organicas
contamos; a idade, o sexo, o temperamento, a constituição, a herança
e a existência previa d'outros doencas; entre as hygienicas; as con-
dições particulares da vida, o genio epidemico, as climas e as es-
tações. Entre as causas determinantes, a influencia directa do
frio e da humidade, o contagio, etc.

Idade. — É no periodo da vida que vai dos 2 aos 4 annos,
que apparece mais frequentemente o croup. Dizem ser causa
disto a estreiteza da glosse; e que de certo modo é servida uma con-
dição que o torna mais perigoso e mortifero. Pochinica é forcoso
confessar que não são raros os casos de croup nos recém-nasci-
dos e nos velhos, e que nem tão pouco as outras phases da vi-
da estão isentas d'elle.

Sexo. — As estatisticas feitas por Bouchut parecem
querer provar que são mais frequentes os casos de croup nos
individuos do sexo masculino. Diz Bouchut que esta a diffe-
rença na diversidade de condições hygienicas em que vivem
os dois sexos.

Constituição e temperamento. — Julga-se que são mais

preparados a contrahir esta doença as crianças doentes d'um temperamento lymphatico e de constituição fraca, ou aquellas cuja saúde esteja a continuação viciada por padecimentos anteriores. Elle não se supponha que são isentos de croup as crianças doentes d'um temperamento sanguineo, ou nervoso, e de uma constituição robusta. M^r Hache nota na epichuria, que em 1846 e 1847 grassou em Paris, que os individuos atacados estão geralmente fortes, e mais pouco de temperamento lymphatico.

Doenças anteriores. — Todos os medicos concordam que as febres eruptivas principalmente, e entre estas o sarampo, e ainda mais a escarlatina, são as doenças que mais vezes precedem; acompanhadas ou seguem a manifestação do croup, tanto sporadica como epidemicamente.

Herança. — He quem attribua a disposição hereditaria uma importância e influencia a esta affecção, cediendo a sua importância etologica e ainda hoje muito equivoca.

Condição sociaes. — A má alimentação, a pobreza, a miséria, a habitação em logares baixos e humidos, a accumulação nas hospitais ou em outros asylos, concorrem muito para produzir e exacerbar esta moléstia.

Epichuria. — Ainda que esta moléstia se manifesta de ordinario debaixo da forma sporadica, apparece tambem muitos vezes debaixo da forma epidemica, e por este modo actua muito no seu desenvolvimento.

Climas. — Pensa Santorini que, nos climas do norte, nos praias frias e humidos, sujeitos a grandes variações de temperatura e a frios rigorosos, esta moléstia desenvolve-se mais frequentemente e com mais intensidade. Provaseau, o mais competente sobre este assumpto, diz que o genero epidemico ^é mais frequente nos verões.

Estações. — Parece ser mais frequente na primavera e

e no outono quando a temperatura é fria e humida, ou alternativamente quente e humida.

Temperatura — A que fica debto relativamente a influencia das estações, pode opposição a prova a da temperatura.

Contagio — A observabilidade de opiniões de authors tão resistentes, digo sempre o que a razão me aconselha como mais prudente, e até porque a maior parte dos médicos está de accordo em isolar completamente os individuos atacados de croup, de quetta que ainda estes dizem, porque se esta doença não é contagiosa, é de certo communicavel por infecção.

Symptomatologia.

Os phenomenos insorbidos, pelos quaes o croup se manifesta, varião no decurso da doença. Segundo a maior parte dos médicos, vem divididos em tres periodos: primeiro periodo ou initial; segundo periodo ou característico; terceiro periodo ou de colapso.

Primeiro periodo ou initial — Começa este periodo, conhecido tambem por alguns com o nome de periodo de invasão, por calafrios, febre, dor de garganta, tosse sem caracteristicas especiaes, resguitados, muitos veres coriza, dor de cabeça, tendencia para o sono, e inappetencia. A. B. ta se tambem rubor na pharynx, turgencia na uvula e nas amygdalas, aumentando já, quasi sempre, pontos esbranquiçados, que são o começo das falsas membranas. Os ganglios lymphaticos estão enorgatados e dolorosos a pressão. O habito do individuo é de um choro desesperado. Neste primeiro periodo, que pode durar desde 1 até aos 4 dias, encontra-se algumas vezes a modificação na tosse e na voz, e oppnea ainda que pouco consideravel.

Segundo periodo ou característico — Neste periodo como o seu nome indica, apparecem já os phenomenos especiaes do croup.

A tosse vai augmentando, torna-se surda e estrepente, adquirindo um timbre especial, impossível de descrever, mas muito semelhante ao ca-
curejar da gallinha, ao latir do cão. Torna-se mais ansiosa e fre-
quente a respiração, deixando perceber, durante a inspiração, um
sibilo ou ruído, a que chamamos sibilio laryngeo, ou laryngo-tracheal,
e que parece ser devido á passagem do ar ao longo da larynge ob-
struida pelas pseudo-membranas. A expiração torna-se bastante
prolongada, e que nos leva tambem a reconhecer a presença das falsas
membranas na larynge. A voz, a principio rouca e caverosa,
acaba por sumir-se. Os espasmos ou movimentos pela tosse, sobrem
accisos de suffocação durante os quaes o doente leva as mãos á gos-
ganta, como para tirar o corpo estranho que se oppõe á livre es-
tada do ar, inclina a cabeça sobre o dorso para abrigar a trachea,
ergue-se no leito com afflicção, vomita mucoimas biliosas ou mucosas
com fragmentos de falsas membranas; muitos vezes a suffocação
e a ansiedade são extremas, apparecem todos os symptomas duma
asphyxia imminente. Terminado o accesso, que muitos vezes dura
de 15 minutos, o doente cabe num profundo abatimento ou somno-
lencia, e todo aquelle appareto de symptomas, se persiste, e muitos intervallos.
Nestes intervallos encontra-se a albumina, cujo facto tem a vantagem de nos
indicar a persistencia do principio phlogistico na economia, ou o seu
desaparecimento logo que a albumina deixa de apparear. E' digno
de notarse que, no meio de todo este cortijo de symptomas, as facul-
dades intellectuaes ficam intactas, e se a doença não invadir principio
ou pharynge, a deglutição e' sempre livre e facil, nem a lingua e' ver-
mesca, nem a sede intensa.

Terceiro periodo ou de colapso— Este periodo, que pode come-
çar em horas depois da invasão, mas de ordinario e' aos 4 dias, du-
ra quasi sempre de 1 ate 3 dias. Carhece-se pela cyanica cosu-
pelta, respiração difficilissima, febre acutada, olhos encovados,

8
pupillas contractas, lábios cyanosados, anuresia completa, depressão com-
pleta de forças, suor frio e abundante, resfriamento dos extremidades,
pulso ligeiro, pequeno, ás vezes intermitente, e ataques de suffocações
continuos. Se neste periodo, logo depois de um accesso, o corpo fica
frio e viscoso, a morte espanta-se por in-
stante.

Incubação.

O periodo, que chama de se a accção da causa morbifica até ás primei-
ras manifestações do erupção, varia dentro dos limites da incubação das
febris eruptivas, e da maior parte das moléstias virulentas. Segundo
Richter a duração approximada deste periodo, é de ordinario de 4 a 8
dias, e só excepcionalmente de 10 a 15.

Marcha.

Essencialmente aguda e muito variavel continua ser a marcha do
erupção começando sempre por certo numero de symptomas gerais
mais ou menos agudos; seguem-se depois outros que vão progressivamen-
te encarecendo, algumas vezes apresentando-se remittente, o que é devido
à expectoração e expeção dos flogos membranosos, e neste caso diminuem
os symptomas mais graves para tornarem a apparecer logo que uma
nova exsudação vem embarazar a funcção da larynthe, o que tem
logos passados 12 horas.

Duração.

Dura esta doença 4 a 8 dias; outros vezes percorre os seus periodos em
2 ou 3 dias, algumas vezes em poucas horas - erupção fulminante -, outros
chega até 20 dias. Ha quem diga que pode passar ao estado chro-
nico, o que outros pensão ser erro de diagnóstico.

Terminação.

Terminação quasi sempre se dá morte, quer seja resultado da asphyxia, quer seja da infecção, ou de ambos estes estados concorrendo em commun para o resultado fatal. Quando a terminação é benigna, o que poucas vezes succede, pode dar-se de dois modos: immuncta morte, pela expulsão das fobas membranas que obstruem ou foveam a larynge e difficultação a permatose, e não se reproduzindo mais os malthorados, progressivamente o estado geral do doente, ou os symptomas gerais mais graves vão diminuindo e desaparecendo successivamente, e ao mesmo tempo vão pouco a pouco desaparecendo e cobrindo as fobas membranas, ou são absorvidas, ou adherem a membrana mucosa, como queria Sereniniog. Outras vezes termina por outra doença como uma bronchite, uma pneumonia, etc.

Anatomia pathologica.

As fobas membranas que caracterizam anatomicamente o croup, são concreções morbiolas formadas de albumina e fibrina, as quaes podem limitar-se somente á epiglottide e bordos da glotte, ou occuparem todo o canal aereo, propagando-se das fossas nasaes até as bronchias e á algumas ramificações.

Variaão as formas da foba membranosa segundo o grau de progresso da doença; a saber: granulos, placas e tubos. Effectivamente a exsudação coazese por pequenas protuberancias granulosas, que, mais tarde, conflitando uns com os outros dão lugar á formação das placas, as quaes depois unindo-se entre si coagultam em tubo moleculo pelo do orgão onde tem a sua sede. Nos croups fulminantes não se encontra foba membranosa, nem mesmo incompleta; só existe uma substancia liquida, algum tanto viscosa, e ás vezes um liquido puriforme.

As concreções pseudo-membranosas tem umas vezes a espessura de uma linha ou mais, outras a da gubeta do ovo, as de segunda e terceira

formação são sempre mais ténues do que as que se desenvolvem no
começo da doença. A sua superfície têm estas algumas vezes coberta por
uma camada de muco puriforme, e a sua face profunda ora adhece à
membrana mucosa, ora está separada em ramitos granitos por uma camada
de liquido.

Determinam pelos seus analyses químicos conhecido, que as falsas membranas
são insolúveis na agua tanto a frio como a quente, induram submetti-
das à acção dos ácidos nítrico, hydrochlorico e sulphurico diluidos, e dissolvem-se
no acido acetico, e em todos as soluções alcalinas, convertendo-se em um muco branco
granulento.

A mucosa subjacente a estas concreções encontra-se vermelha, livida ou
ecchymosada, e ás vezes sem alteraçõ.

O catarro da larynge, trachea e bronchias encontra-se diminuido confor-
me o grau de espessa da pseudo-membrana.

Os amygdalas, a pharynge, o corao auditivo, e as superficies da pelle occiden-
talmente chamudadas são tambem a sede de concreções chylithenras, as
quas ainda excepcionalmente se encontram na mucosa do esophago, do
estomago e da bexiga, e na face interna dos labios.

Alcenduns ainda se encontram outras alterações pathologicas, como são: mem-
branas, emollemento dos ganglios cervicaes, emphysema pulmonar, e stases
de sangue venoso de transmittidos pela asphyxia.

Diagnostico.

Como no mesmo individuo, nem sempre todos os symptomas se apresentam
juntos, pode faltar um ou outro, em este alguns d'elles não temem o seu de-
senvolvimento característico, por isso ramitos vezis se tem confundido com
o croup outras doenças, muito principalmente o falso croup, a laryngite
aguda simples, a laryngite submucosa, o catarro suffocante, os abscessos
retro-pharyngeos ou do esophago.

O falso croup, pode confundir-se com o verdadeiro nos accessos de
suffocação, no ruído larynge, na tosse rouca, e no emroquecimento da

voz; mas ao contrario, começa em geral subitamente por um ataque de suffocação no meio da melhor saúde, passando o acesso ha restabelecimento quasi completo, ainda assim a voz não é tão offuscada, poucas vezes ha febre, não ha engorgimento dos ganglios do pescoço, não apparece a albumina nos urinos, e o tratamento só' podes emittir e vixicatorios, que é a regra geral no falso croup, diversificando croup verdadeiro.

A laryngite aguda simples confunde-se com o croup na oppressão e na rouquidão da voz e da tosse, mas a expectoração é sempre mucosa, sem vestigios de falsas membranas.

Laryngite submucosa - Dá-se vista de uma o enrouquecimento da voz e da tosse, o ruído laryngo-tracheal, e os gurgitamentos asphyxicos, que produzem, á primeira vista, simular o croup. Mas distinguem-se estas doenças, porque a laryngite submucosa apparece sempre no decurso da laryngite edematosa chronica ou na convalescença de qualquer doença aguda; a oppressão é permanente e sem accessos de suffocação, a inspiração é difficil, mas a expiração é facil, pelo facto recorre-se a infiltração edematosa nos pregos cartilago-epiglotticos, poucas vezes ha febre, ou se a ha é pouco intensa; não se veem signaus de falsas membranas, nem engorgimento dos ganglios do pescoço, nem a voz acaba por extinguir-se, como acontece no croup.

Catarrho suffocante - Pode tambem confundir-se com o croup pela oppressão, pela asphyxia, pela albuminuria, e pela anesthesia que muitas vezes o acompanha. Mas distingue-se; porque, nesta doença, a suffocação é continua e intensa, nunca vem por accessos, não se ouve o ruído laryngo-tracheal do croup, a voz é sempre normal, a respiração certa, frequente e difficil, pouco ruidosa, não apparecem signaus de falsas membranas; enfim recorre-se pela auscultação a existencia de foveiros mucosos e subcylindricos disseminados por toda a extensão dos pulmões.

Abcessos retro-pharyngeos - Podem ás vezes confundir-se com o croup, pela oppressão, pela offuscação da voz, e pelo ruído

laryngo-tracheal, ~~mas~~ distingue-se pelo tumor da pharynx, pela inchaço e dor no collo, pela dysphagia, e pela falta de accessos de suffocação e da expectoração de falsas membranas.

Prognostico.

O croup é uma das doenças mais graves que se conhecem; mas esta gravidade pode variar muito segundo a idade, o temperamento, constituição, condições sociais, e estado de saúde anterior dos doentes; segundo a forma, complicações da doença, segundo o período em que se começa o tratamento e o effecto dos medicamentos já empregados.

Tratamento.

Não tenho em vista, fallar aqui do tratamento medico, contendo breve de passagem apenas os meios que se tem empregado para combater esta doença. No tratamento do croup ha sempre em vista o seguinte: combater o estado geral, com o fim de impedir a extensão progressiva das falsas membranas e a sua reprodução, e auxiliar ao mesmo tempo pelos meios locais a sua destruição e saída; e por isso se divide o tratamento em geral e local.

No tratamento geral temos os sudoríficos aconselhados por alguns no primeiro período da doença, e prejudiciaes nos seguintes. Os vomitórios de conhecida vantagem pela sua acção mecânica, fazendo expulso as falsas membranas que obstruem o tubo aereo. Os remédios que hoje estão quasi completamente banidos da practica. Os tônicos muito precavidos desde que se manifesta o estado de prostração. Os alterantes, quasi sempre empregados, pelas modificações que imprimem no organismo.

No tratamento local temos os emissões sanguineas, hoje reprovadas por todos. O chlorato de potassa muito recommendado por Guersant (filho), e o chlorato de soda por Boerhaave. O acido hydrochlorico, o nitrato de potassa, o nitrato acido de mercúrio, o acido

sulfúrico, tem sido empregado com muito proveito, mas só por obstar
vém aos progressos da doença, como por provocar a excitação das
falsas membranas. O sulfato de chumbo e potassa, conhecido pelo na-
me de pó antieruptivo, emprega-se hoje de preferência a todos os outros
póes bons resolutivos, que se tem cobrado das suas applicações.

Atenção ajuntados os agentes pharmacologicos de unioes nomeadas
que se tem empregado para debellar esta terrivel enfermidade, e que
poucos vezes tem produzido o resultado que se deseja, porque, quando
sempre a morte seria o resultado final se, depois de esgotados
todos os recursos da materia medica, não tivesseamos ainda um meio
de cirurgico de que largar a mão a tracheotomia.

Dizem que fora o methodo o primeiro que a praticaram, posto que
a incisão já se fazia de muito longe. ~~Relatado~~ Relatado já a tinha acan-
sado um caso de angina suffocante. Rhazus, Avenar, Avicenna já
a aconselhavam, como unico recurso, nos casos de esguinça com amia-
gos de suffocação, posto que nada descrevem do methodo de operar.

Não cabia muita expectação da tracheotomia quando só a recordação
historica. Gali de Cebria só nos falia da sua possibilidade. Breusa-
nota no século 16.º praticou-a pela segunda vez com feliz result-
do num caso de angina.

Mais tarde, Fabricio de Aquapendente, aproveitando-se da idea
de Santorio, que, recoso de poder conservar afastados os boudos da
fenda, operou com um trache, inventou uma canula, que pouco depois
Juske Cosmio, seu discipulo, modificou dando-lhe a forma curva.

Quasi um século depois a tracheotomia foi mais vez praticada, quan-
do se soube que Michel Habert a praticou com feliz resultado, para
extrahir um corpo estranho, que, por muito volumoso, não podia atravess-
sar o esophago, e que, comprimindo a trachea, estorvava consider-
avelmente a respiração.

Commeçava nesta epocha as modificações, que esta opera-
ção tem soffrido até hoje. Pode afortunadamente dizer-se que

acta operados e praticam a seu modo, inventando processos e instrumen-
tos que a pratica heathica, graças ao genio e trabalhos de Trausseau,
regista, uns por instis, outros como prejudiciais.

Mas eu para não ser prolixo, reproduzirei aqui o que todos podem ler,
senão mais fido, pelo menos mais extensamente em todos os livros de
medicina operatória, ven observar a operações tal qual hoje se pratica.

Dois bisturis, um convexo sobre o dorso costante, outro do torçado, um
par de tesouras, pinças, uma trena caneta pharol, um dilatador de Trausseau,
uma caneta chispa de Bontormieu, uma solução de nitrato de prata,
linhas de laqueação, esponja, fios e compressas, tal é o apparatus ins-
trumental e de curativo.

São tambem precisos quatro ajudantes. O primeiro collocado em fran-
te do operador, tem a seu cargo lavar a ferida, comprimir os vasos abes-
tos; este modo pode impedir os accidentes da hemorragia, principa-
lmente a suffocação pelo affluxo de sangue na trachea, e a entorpecida
as nas veias. O segundo segura a cabeça do doente. O terceiro impe-
de os movimentos dos membros que de algum modo podem emba-
raçar o operador. O quarto ministra os ferros á medida que forem ne-
cessarios.

Deitado o doente de maneira que o torso fique um pouco elevado e a
cabeça inclinada sobre o dorso, a fim de tornar bem sahente a parte sobre
que se vai operar, o operador collocando-se ao lado direito do doente,
e segurando a larynge com a mão esquerda, puxa a humante para
cima, e pratica uma incisão sobre a linha mediana, desde a parte
inferior da larynge até ao bordo superior do stern. O primeiro gol-
pe, ou quando muito no segundo, deve comprehender os tegumentos e a
aponeurose cervical superficial. Descoberto depois, o ajudante sempre da
trena caneta, os músculos sterno-hyoides, e pratica segunda incisão
sobre a linha cellulosa que os separa, mas se, como muitos vezes
ocorre, estes músculos estão unidos entre si formando um so,
então o golpe deve ser dado na linha mediana no sentido longitudinal

das suas fibras. Descolhe e separa da mesma maneira os músculos
sterno-hyoides, introduz em seguida o dedo indicador da mão esquerda
até ao fundo da ferida, procura a trachea, e examina attentamente
se encontra alguma anomalia arterial, tão frequentes nesta região;
dirige depois o bisturi ao longo do bordo interno do dedo indicador, pen-
tra na trachea, inclina rapidamente o cabo para baixo e para trás e,
com o punho voltado para cima, acaba a incisão, que deve comprehen-
der pelo menos os cinco primeiros anéis da trachea. Feito isto, in-
clina-se o doente para diante, afasta-se com o dilatador os lábios
da ferida; a respiração não tarda a restabelecer-se, a hemorragia
a suspender-se, a tosse e a expectoração diminuem a trachea.
Se o operador tem a felicidade de encontrar alguma anomalia arte-
rial antes de chegar a arteria, e que poucas vezes acontece, porque
é quasi sempre um jacto de sangue que o vem advertir, o melhor meio
a seguir é modificar o processo practico a longo-tracheotomia. No
caso contrario, se a hemorragia é tal, que para tirar consigo graves in-
convenientes, o mais prudente é proceder logo á ligadura dos dois ex-
tremidades da arteria dividida, e o mesmo se fará se a hemorragia for
devida a um tronco venoso consideravel.

Para o bom resultado da operação naturalmente os cuidados conse-
cutivos. Durante os primeiros dias, que se seguem á operação, deve
contentar-se a ferida com uma solução de nitrato de prata; deve tam-
bem haver todo o cuidado em conservar bem limpo o interior da canu-
la, que facilmente se enche de mucosidades ou pouco membranosas. E
isto terão vantagem a todos os outros os cuidados dirigidos de Troun-
seau. O doente deve viver numa atmosphera humida e morna,
e tão puerilmente estavam os antigos desta verdade, que feridos acen-
sava que se cobrisse a canula com uma esponja imbebida em agua
morna. Vellet e Morel seguiu uma pratica alemã. Al-
gaire aconselhava que se usasse alguma pólea de flannela, e
Trounseau vindo a insufficiencia destes meios servia-se, com o
fim de tornar menos irritante o ar, de uma gravata de flanel

unha, que encobria todo o collo até a parte superior do nariz.

Alto é também para desgruvar o emprego d'uma medicação tóxica, nem tão pouco a vigilância severa sobre o regime que o doente ha-de seguir.

A obstrução da trachea produzida pela elevação da cartilagem cornuosa de algumas vezes o bom andamento da operação.

Os primeiros symptomas que podem fazer suspeitar a existencia de uma obstrução da trachea, são o maior aspecto da ferida exterior, os fállos murchos e a gangrena que se desenvolve, e se annexa a côr escura da cartilagem sobre títima sua parte superior, o maior choro dos exarros, expectoração sanguinolenta, dôr na parte anterior da garganta e dysphagia, já se pode com segurança estabelecer o diagnóstico de uma obstrução tracheal.

Aproprado-se, como causas d'estas obstruções, a acção vulnerante da cartilagem, a pressão e o attrito que ella exerce sobre alguns pontos do tubo cuneo.

Podem também ser produzidos pelo estado phlegmasico das vias respiratorias. Concorra também muito o maior estado geral ou a intoxicação dysphagica. As crianças, por pouco obesos, foram com os seus movimentos irregulares que a cartilagem roce continuamente contra a membrana mucosa da trachea interna, e tornou-se assim a causa involuntaria do maior resultado da operação.

Seis pretendendo remediar este inconveniente substituiu a cartilagem por outra de gomma elastica, e d'este modo produziu presenias a compressão da membrana mucosa tracheal, e obatos ao attrito exercido contra a parede interna do tubo cuneo. É também necessario tirar repetidos vezes a cartilagem com o fim de livrar a trachea d'esta causa traumática, o que só é introduzida quando estiver imminente um accesso de suffocação, ou a respiração se tornar difficil.

Staubert quer também remediar todos os inconvenientes da tracheostomia substituindo-a pela tubagem da glotte, cujo processo consiste em introduzir e conservar na larynge uma virola metallica, com o fim, obvia elle, de impedir a asphyxia; mas este meio therapeutico, submettendo a discussão perante a academia imperia de medicina, teve

em resultado a sorte que morria. As experiências de Brauchut foram
o seu corpo de chilo, porque se reconheceu que ao fim de 24 horas
de contacto do tubo metálico com as cordas vocaes já se encontrava
a membrana mucosa inflammada, e algumas vezes muito exa-
viada; passados 48 horas a tumefacção torna-se bastante consideravel,
e as attrações são tão profundas que quasi se descobrem as cos-
telligens; depois de 62 horas é infallivel a chorrucho, e os carti-
lagens, e os tecidos circumvisinhos tornam-se a sede de uma phlegma-
sia violenta. E assim deve succeder, por isso que é preciso para fazer
o tubo metálico na larynge, que o diametro do tubo seja maior que
o da larynge, quando não en caberia na trachea, ou seria expellido pelo
esforço da tosse. Penetta d'engui que a membrana mucosa e o
tecido cellular que formam a glotte fortemente comprimidos entre a
cannula e o esqueleto da larynge, tornam-se, ainda mesmo si' m'indivi-
duos são, a sede de attrações de que quasi sempre resulta a gan-
grana.

Concluindo a par de tantos perigos e inconvenientes, não sei que van-
tagens este meio operatorio leve a tracheotomia, que por fim ficaria
sendo a unica tuba de subacção, depois de esgotados todos os recursos
que a medicina medica nos pode fornecer; e seja qual for o prognos-
tico da tracheotomia, nunca será tal que, em um caso de croup, o me-
dico vacile ou recuse praticar a quando reconhecer que a morte
por asphyxia é certa e imminente, e que a operação é o unico re-
curso.

O ponto mais difficil é determinar o quando se deve operar.
Uns são de opinião que a verdadeira indicaçõ da tracheotomia deve
ser p' se evitar a asphyxia e não remedial-a, recomendando a operação
o mais cedo possível, e os factos não demonstram as vantagens que
se attribue a tracheotomia quando praticada no começo da doen-
ça. Todavia não posso concordar com os que assim pressão. A
tracheotomia não cura a obstrucção, serve só para remediar que nem
momento venha a morte por asphyxia, porque depois de se

das hua contractura do cor, e isto pertence a' p. hernaologia. Distos ob-
tem-se que a operacao deve ser o unico recurso, e não se lembro que a vida
do doente esta em grande risco, e que nada justifica tal proceder.

A occasião mais opportuna, penso eu com os melhores authors, é na
passagem do 2.º para o 3.º periodo, e é egualmte muito o deixar que os
focos membranosos se tornem tão numerosos e espessos que difficil-
tem-se impossibilitam a funcção da respiração, que os accessos sejam quasi con-
tinuos, que a asphyxia comence a causar susto, que o sangue esteja quasi
completamente coagulado, e que a frequência seja extrema.

Requer-se toda a cautella em não operar nos casos em que conjun-
tamente com o croup estiver ligada alguma pathologia anterior de algum
orgão da cavidade thoracica, nem tão pouco em individuos que foram
ainda de tenra idade; porque nestes dois casos o resultado é sempre
fatal.

Proposições.

1.^a

A Cirurgia é a parte mais conhecida da Therapeutica.

2.^a

A fibra muscular é susceptivel de contracção, independentemente das suas conexões com os centros encefalicos.

3.^a

Como todos os estados morbidos, a Phlegmia é sempre insidiosa.

4.^a

Do uso do tabaco de fumo é uma das causas mais frequentes de cancro baccal.

5.^a

A affecção escrophulosa não consiste nem em alteração do systema lymphatico.

6.^a

A ruptura da bolsa das aguas é o unico meio infallivel de provocar o aborto.