

INTUBAÇÃO

DA

LARYNGE

86/7 ENC

de 22 de julho de 1897, por
12 horas da manhã.

identidade - O Sr. Augusto
Riquie d'Almeida Brandão.

O Sr. Dr. Augusto

Dr. Augusto Ant. do Souto

Ricardo d'Almeida Jorge

Maximiano Augusto d'Almeida
Vieira Lemos.

Clément Joazeiro do S. Pinto

866
Accurcio Gomes da Conceição e Silva

INTUBAÇÃO
DA
LARYNGE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A'

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

PAPELARIA E TYPOGRAPHIA MORGADO

27—Passeios da Cordearia—81

1897

86/7 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

DR. RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral. | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica | Candido A. Correia de Pinho. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno Dias Salgueiro. |

Professores jubilados

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| Secção medica. | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. José Carlos Lopes. |
| | { José d'Andrade Gramacho. |

Professores substitutos

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica. | { João L. da Silva Martins Junior. |
| | { Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { Roberto B. do Rosario Frias. |
| | { Clemente J. dos Santos P. Junior. |

Demonstrador de Anatomia

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Carlos Alberto de Lima. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola* de 23 d'Abril de 1840, art. 155.º)

A' saudosa memoria

DE

M E U P A E

A

MINHA MÃE

A

MEUS IRMÃOS

A

MINHAS IRMÃS

A

MINHA CUNHADA

A

E. A. P. M. S.

AOS

MEUS CONDISCIPULOS

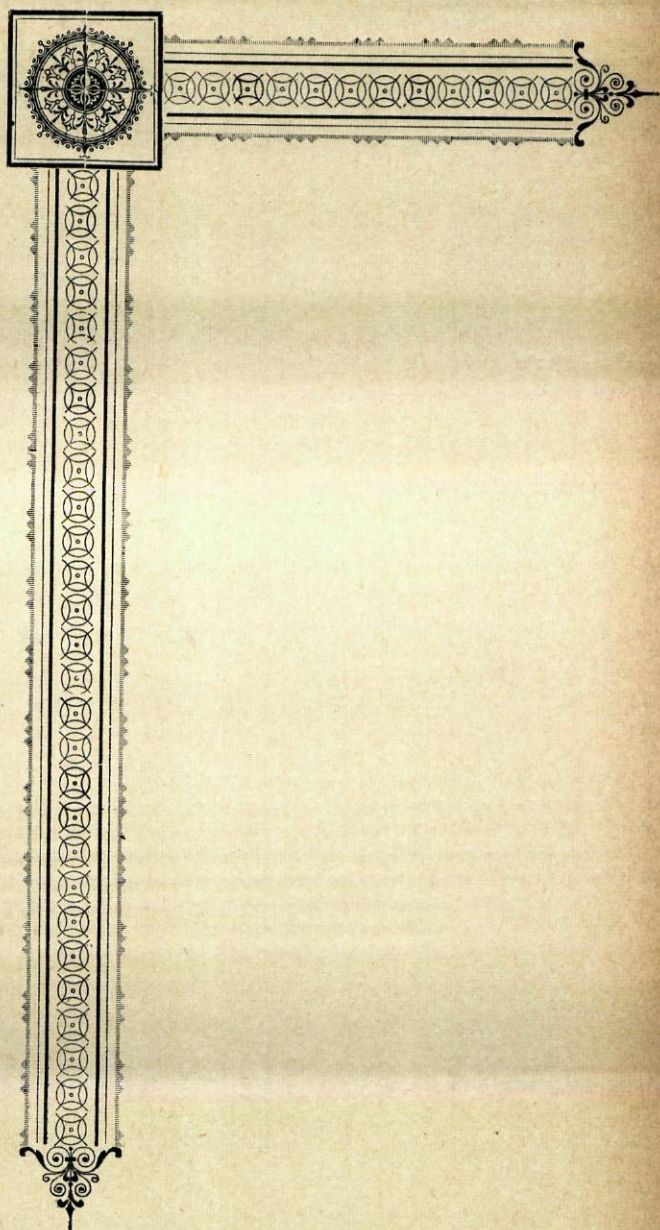
AOS

MEUS AMIGOS

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão



PROLOGO

Ao escolhermos a intubação da larynge para assumpto da nossa dissertação, resolvemos escrever não só ácerca das suas indicações e vantagens, mas também ácerca dos seus inconvenientes e contra-indicações.

Longe de prejudicar o methodo operatorio, que tem o seu logar de honra desde a descoberta da sorotherapia e que actualmente é preferido á tracheotomia, parece-nos que é este o meio mais proprio para fazer progredir os estudos tendentes ao seu aperfeiçoamento. Além d'isso, no que diz respeito á sua vulgarisação, estamos convencidos de que é util prevenir aquelles que o não praticam senão raras vezes contra os accidentes, que sobrevindo inesperadamente, poderiam leval-os a abandonar uma operação destinada a prestar os mais valiosos serviços.

Dadas estas razões, fica assim explicado o plano do nosso modesto trabalho que dividiremos em tres partes :

Na primeira trataremos propriamente da intubação—sua historia, aparelho instrumental, manual operatorio, indicações e vantagens.

Na segunda estudaremos as suas contra-indicações.

Finalmente na terceira diremos duas palavras ácerca dos seus inconvenientes, especializando as ulcerações laryngeas, por nos parecer o de maior monta.

I

HISTORIA

A intubação da larynge, tal como a creou Bouchut em 1858 inspirado nos trabalhos de Chaussier, Loiseau e principalmente de Reybard, era muito imperfeita.

Os tubos eram muito defeituosos, a operação muito delicada e, como consequencia, os seus resultados deploraveis.

Assim, apesar das infructuosas tentativas de intubação feitas em 1861 por Stork e Müller e em em 1871 (dez annos mais tarde) por Weinlechner e Schrötter ella permaneceu no esquecimento, em que a tinha mergulhado a critica de Trousseau, até ao anno de 1881. N'esta época O'Dwyer, celebre laryngologista americano, desconhecendo os trabalhos de Bouchut, começou os seus ensaios sobre um novo methodo de intervenção destinado a substituir a tracheotomia.

Trousseau tivera pouca difficuldade em fazer triumphar esta ultima, porque era uma operação já bem determinada n'esse tempo e na qual elle era considerado como verdadeiro mestre. Mas, quando em 1885 O'Dwyer propoz a applicação da tubagem com um apparelho instrumental consi-

deravelmente mais aperfeiçoado que o de Bouchut, o methodo poudé entrar em lucta com a tracheotomia ainda que, diga-se a verdade, sem grandes vantagens, pois que a mortalidade era sensivelmente a mesma em qualquer dos casos (70 por 100).

Permaneciam as coisas n'este ponto quando se começou a empregar o sôro antidiphtherico no tratamento do garrotilho.

Com a immortal descoberta de Roux tudo mudou; as indicações da tracheotomia foram muito mais limitadas, a intubação teve o seu logar de honra e actualmente é ella a preferida na grande maioria dos casos por todos os medicos.

Effectivamente assim devia acontecer desde o momento em que o factor mais importante contra o emprego da tubagem tinha sido combatido. Este factor era a questão de duração, de evolução e de intensidade do processo diphtherico. Ora o resultado do emprego do sôro é precisamente diminuir de uma maneira consideravel essa duração. Passadas vinte e quatro horas depois de uma primeira injeccção, a acção antimembranosa do sôro faz-se já sentir; a creança regeita um primeiro molde membranoso.

Nos casos de média intensidade, ao fim de tres, quatro, cinco dias quando muito, os exsudatos desapparecem e deixam de reproduzir-se.

Por conseguinte ha toda a vantagem em em-

pregar contra os accidentes de asphyxia passageiros do garrotinho o methodo que deixar menos vestigios e o mais facil de executar. Este methodo é incontestavelmente a intubação. Hoje, graças aos engenhosos instrumentos inventados por Collin, não deve haver hesitação possível entre o emprego da intubação e a tracheotomia.

Apparelho de O'Dwyer

O apparelho instrumental da intubação tem soffrido bastantes modificações desde Bouchut até aos nossos dias.

Bouchut, o creador da intubação, servia-se de tubos de prata, de dois centimetros de comprimento e de seis a sete millimetros de diametro.

Estes tubos, que eram ligeiramente conicos, continham dois bordeletes distantes um do outro seis millimetros e fazendo relevo á superficie exterior da virola. Estes dois bordeletes eram destinados a manter o tubo em posição impedindo-lhe a descida e a subida. Para isso ficavam collocados um acima, outro abaixo das cordas vocaes. Além d'isso os tubos apresentavam proximo do seu bordo inferior um pequeno orificio permittindo a passagem de um fio de seda em fôrma de amarra.

Como se vê, estes tubos eram muito defeituosos, o que concorreu talvez para o pouco successo da intubação n'essa época.

Depois d'isso tem soffrido grandes aperfeiçoamentos e actualmente o aparelho instrumental de Collin e Sevestre satisfaz perfeitamente.

Nós descreveremos o aparelho de O'Dwyer por ser o aparelho classico e por ser ainda hoje o mais usado na America e na Europa.

Consta: 1.º de uma serie de 5 ou 6 tubos; 2.º de um introductor (peça destinada a introduzir os tubos na larynge); 3.º de um extractor; 4.º de um affastador dos maxillares; 5.º de uma escala graduada.

1.º Os tubos de differentes dimensões são quasi sempre de cobre dourado. O mais pequeno de todos, o que se applica nas creanças de um anno de idade, mede quatro centimetros de comprimento. O maior mede seis centimetros e emprega-se na intubação das creanças de oito a doze annos.

Entre estes dois extremos estão comprehendidos os quatro restantes tubos.

A secção horisontal do tubo na sua extremidade inferior dá uma superficie elliptica de grande diametro antero-posterior.

A sua extremidade superior é encimada por uma parte mais larga que é a cabeça de sustentação do tubo. Ao nivel da sua parte média o tubo possui um engrossamento, que é o ventriculo.

Entre este ultimo e a cabeça de apoio encontra-se o collo dilatador da glotte e toda a parte que fica em contacto com a cartilagem cricoidea.

Abaixo do ventriculo está a porção infra-ventricular que se torna mais delgada para a extremidade inferior.

A forma exterior dos tubos é a inversa da cavidade laryngea.

O engrossamento da parte média ou ventriculo, ficando situado por baixo do estreito inferior do cricoide, tem por fim obstar a que o tubo seja expellido ao mais leve esforço. A cabeça do tubo repousa sobre as cordas vocaes superiores pela sua parte inferior conica. Tem na sua parte antero-lateral um orificio que serve para receber um fio de segurança.

A extremidade inferior do tubo vae até ao nivel do segundo ou terceiro annel da tracheia. Para evitar as esgarçaduras das cordas vocaes, os tubos são munidos de um obturador que lhes transforma a extremidade inferior em um triangulo de vertice embotado. Além d'estes tubos que são os mais necessarios, o estojo completo de O'Dwyer traz tambem uma outra série destinada á larynge dos adultos. Estes tubos que foram construidos sob a indicação de Lefferts de New-York, são de metal ou de caoutchouc vulcanisado; alguns têm mesmo a cabeça de caoutchouc e o corpo de metal.

O'Dwyer fez ainda construir uma outra variedade de tubos proprios para os casos em que se receiava a presença de falsas membranas na tracheia. Estes eram de fórmula regularmente cy-

lindrica e não ultrapassando tres centímetros em comprimento.

Segundo experiencias do professor Massei, de Napoles, a introduccão d'estes tubos era difficil e, como não tinham qualquer saliencia que lhes difficultasse o seu escorregamento sobre as paredes da larynge, a sua expulsão era frequente.

2.º O introductor ou intubador consta de tres peças: O punho, munido de um colchete, tendo dôze centímetros de comprimento; uma haste de aço fixa ao punho e cuja extremidade livre curvada em angulo recto termina com um parafuso destinado a prender o obturador; um tubo escorregando ao longo d'esta haste e tendo na sua parte anterior uma mola em espiral que encima uma garra dupla.

3.º O extractor não é mais que uma pinça de um feitio especial. Ella é como o introductor curvada em angulo recto.

O ramo antero-inferior é fixo formando uma haste rigida em todo o seu comprimento. O ramo postero-superior, articulado em dois pontos com o ramo antero-inferior, é movel e tem uma charneira ao nivel da sua curvatura maxima. O affastamento da garra movel produz-se exercendo pressão sobre uma mola que está situada ao lado do punho do instrumento.

4.º O affastador dos maxillares consta de dois ramos metallicos articulados.

As extremidades tem uma parte mais larga e deprimida no centro; são destinadas a serem

mettidas na bocca; tem os bordos salientes afim de se moldarem sobre os mollaes. A abertura das extremidades internas é limitada por um anel que corre sobre os ramos exteriores.

5.º O aparelho de O'Dwyer contém mais uma placa metallica marcada ao lado com os numeros um a dôze que servem para indicar o tubo correspondente á idade da creança que se quer operar.

E' a escala graduada de que fallamos.

Esta instrumentação tem soffrido grandes melhoramentos até chegar á de Collin que é actualmente quasi a unica empregada em toda a França.

Estes melhoramentos tem recahido sobre o encurtamento dos tubos permittindo a sua enucleação por um processo mais rapido. Esta modificação é devida a Bayeux.

Os mandarins foram tambem modificados por Sevestre com o fim de evitar as esgarçaduras da larynge durante a introduccção. Estes e muitos outros aperfeçoamentos, tanto do methodo como do aparelho instrumental, têm concorrido sobremaneira para restringir o numero das indicações da tracheotomia.

Manual operatorio

Antes de começar a operação deve haver o

cuidado de fazer uma perfeita antisepsia de todos os instrumentos que tiverem de ser usados.

Esta póde fazer-se por simples ebullição, visto que não ha instrumentos cortantes.

Ferrin recommenda que a esterilisação seja feita na estufa. Emprega para isso a estufa de glycerina de Mally com a qual póde obter-se uma temperatura de 125 a 130°. Depois de retirados da estufa, os instrumentos devem ser mergulhados n'uma solução forte e quente de nitrato de soda.

E' necessario tambem fazer a antisepsia do campo operatorio procedendo a uma lavagem cuidadosa da cavidade bucco-pharyngea, se o doente o consentir e se a operação não fôr de grande urgencia. N'esta desinfeccão pódem empregar-se os gargarejos, ou então irrigações com uma solução borica a 4 %.

Em certos casos devemos contentar-nos em fazer passar sobre toda a região bucco-pharyngea um tampão de algodão hydrophilo imbebido n'um liquido antiseptico.

Escusado será dizer que o operador e os seus ajudantes, se os houver, terão todo o cuidado em se desinfectarem convenientemente antes de começar a operação.

Observados estes preliminares, a creança estando immobilisada n'uma posição conveniente, o operador escolhe o tubo apropriado á idade e ao desenvolvimento do doente. Em seguida faz passar um fio de seda pelo orificio que existe na cabeça do tubo e ata as suas extremidades. Este

fio deve ter 50 centímetros de comprimento. Apara-fusa-se o obturador na extremidade do introductor e depois mette-se no tubo por fôrma que a sua ranhura lateral corresponda ao orificio por onde passa o cordão. Feito isto, o operador colloca-se em frente da creança e desvia-lhe os maxillares servindo-se para isso do affastador em que já fallamos.

Em seguida introduz-lhe o indicador esquerdo na bocca, dirige-o até á base da lingua, deprime-a e levanta a epiglottle para deante. N'esta occasião a extremidade do dedo entra no espaço supra glottico e impelle para traz as cartilagens arytenoideas.

Para a introduccão do index como conductor pôde fazer-se a anesthesia local por meio de algumas pinceladas de cocaina.

O operador segurando na sua mão direita o introductor munido do competente tubo fal-o escorregar ao longo da face palmar do index esquerdo que serve de conductor. O punho do instrumento que a principio deve estar collocado parallelamente ao thorax da creança vae-se levantando gradualmente até attingir a arcada dentaria superior.

N'esta altura substitue-se a extremidade do index pela extremidade do tubo, que, com todas as precauções, se introduz nos labios da glotte. Logo que o tubo esteja no seu lugar, retira-se o fio que préviamente lhe tinha sido ligado e assim se termina a operação.

Ha quem, para facilidade de extracção do tubo, deixe ficar o fio, fixando-o na face por meio do collodio.

Todavia isto tem os seus inconvenientes.

Para a extracção do tubo começa-se tambem por abrir a bocca do doente introduzindo-lhe para isso o afastador dos maxillares. Depois com o indicador esquerdo procura-se reconhecer a sua extremidade no espaço supra-glottico. Pegando com a mão direita no extractor, faz-se escoregal-o ao longo do index esquerdo que serve de conductor e introduz-se a sua extremidade na abertura superior do tubo.

Realizado que isto seja, basta exercer uma certa pressão na mola do extractor, para que elle afastando as garras prenda o tubo. Depois puxando com uma força moderada e abaixando gradualmente o instrumento consegue-se a sua extracção. Esta parte da operação deve praticar-se com todas as precauções, exercendo pressão continua sobre a mola para que o tubo não caia na pharynge.

Indicações e vantagens

A intubação da larynge constitue um precioso recurso contra os accidentes mortaes imminentes da asphyxia.

Da mesma fórma que a tracheotomia, a intubação evita a dyspneia sem ter nem os seus inconvenientes nem os seus perigos. Não ha effu-

são de sangue, não se entra nas vias respiratorias por effracção.

Servindo-nos das vias naturaes, restabelece-se a abertura da larynge collocando-lhe um simples tubo que mantém affastadas as suas paredes.

A intubação da larynge é hoje muitissimo empregada para combater a dyspnea das creanças diphtericas; presta ainda bellos serviços contra os accidentes dyspneicos de certas laryngites agudas. Está destinada a substituir a tracheotomia na grande maioria dos casos. Com effeito esta ultima está longe de ser uma operação benigna e insignificante, mesmo quando praticada nas melhores condições, como é o caso de creanças sãs e vigorosas. Todo o tracheotomizado se converte n'um ferido cuja chaga, além de grave, porque interessa as vias respiratorias, é uma porta d'entrada a todas as infecções. Mesmo em casos não diphtericos, ella tem sido o ponto de partida da terrivel broncho-pneumonia.

Pelo contrario a intubação é uma operação facil reclamando apenas alguma pratica do lado do operador e uma certa vigilancia das pessoas que cercam o doente depois que o tubo está em posição. E' uma operação benigna, expondo quando muito a ulcerações laryngeas sem gravidade, devidas muitas vezes á falta de experiencia do operador na introduccção e na extracção do tubo, e a alguns outros accidentes de que fallaremos mais tarde. Visto pois que é uma operação facil

e benigna não deve haver hesitação no momento de operar.

Tambem é por isso que ella tem sido preconizada todas as vezes que um obstaculo situado na larynge difficulta a passagem do ar para as vias respiratorias.

Desde que uma creança é atacada de uma dyspnea laryngea progresssiva e permanente deve tubar-se immediatamente a não ser nos casos em que a intubação é positivamente contra-indicada.

Depois de feita a intubação, a creança será collocada n'uma camara isolada ao abrigo de toda a causa de excitação. Será vigiada constantemente, porque o tubo póde ser obstruido por falsas membranas, ou expulso pelos quintos de tosse, ou póde mesmo ser engulido.

E' conveniente no fim de quarenta e oito horas tentar a extracção do tubo; mas, se reapparecerem a tiragem e a dyspnea, é necessario collocar-o novamente em posição. Logo que a creança acaba de ser tubada, immediatamente desaparece a sua anciedade. O rosto cora-se, os labios tornam-se rosados, a tiragem cessa e é substituida por uma respiração regular. O somno reapparece. A alimentação é um pouco incommodada pelo tubo, mas comtudo faz-se sem grandes difficuldades. A temperatura baixa rapidamente de alguns graus. Emfim a creança, prestes a ser victima da asphyxia, encontra-se incomparavelmente mais alliviada e o medico tem occasião de prodigalisar-lhe com mais socego todos os cuida-

dos hygienicos e therapeuticos que a doença reclame.

Por todas estas rasões se vê claramente, que a intubação deve ser considerada hoje como a operação de escolha no tratamento do garrotilho. Em favor d'ella póde-se invocar:

A maior facilidade de operação; um apparatus menos dramatico que na tracheotomia; a ausencia de ferida operatoria e por consequencia dos perigos que ella comporta; a menor frequencia das broncho-pneumonias post-operatorias.

A par de estas muitas outras vantagens poderíamos citar, mas ellas deduzem-se tão facilmente, que julgamos desnecessario insistir sobre este ponto.

Variot no «Journal de Clinique et Thérapeutique Infantile» refere-se á intubação da seguinte fórma:

«Rien n'est plus séduisant que de penser qu'on peut guérir un croup membraneux á la période suffocante, en introduisant temporairement un tube dans le larynx, qui sera retiré au bout d'un jour ou deux.

«Il est bien évident, que si l'on pouvait toujours guérir le croup par le tubage, si le tube mis en place remplaçait exactement la canule trachiale, la tracheotomie devrait être abandonnée, puis que par un procédé beaucoup plus simple, beaucoup moins périlleux on obtiendrait des résultats identiques.»

Temos já fallado das indicações da intubação, que, como se vê, são numerosas; podemos até dizer de uma maneira geral, que ella se applica

contra todas as infecções agudas ou chronicas da larynge com tendencia para a asphyxia. Devemos notar que é conveniente, todas as vezes que se trata de affecções chronicas, fazer o exame laryngoscopico para verificar o estado e dimensões da larynge e só depois d'isso escolher um tubo apropriado. São geralmente só as doenças agudas, que na creança reclamam a intubação e d'estas é inquestionavelmente o garrotilho diphterico, aquella que occupa o primeiro logar.

No adulto geralmente só ha necessidade de intervir contra certas affecções chronicas. Terminando este capitulo diremos, que não é possível determinar de uma maneira precisa, o espaço de tempo durante o qual o tubo deve permanecer na larynge. Ha casos em que bastam algumas horas e ha casos em que só ao fim de bastantes dias o tubo deverá ser retirado.

Compete ao operador em presença da affecção determinar este periodo de permanencia do tubo.

II

CONTRA-INDICAÇÕES DA INTUBAÇÃO

Ha casos infelizmente em que o garrotilho se não póde curar pela simples intubação.

Se o tubo collocado em posição, como diz Variot, substituisse exactamente a canula tracheal, a tracheotomia deveria ser abandonada, pois que, por um processo infinitamente mais simples e muito menos perigoso, obter-se-hiam resultados identicos. Mas, com effeito, ha certos casos em que a intubação está contra-indicada. Estes casos são precisamente as indicações actuaes da tracheotomia.

Das contra-indicações da intubação umas dizem respeito ao methodo em si mesmo, outras exclusivamente ao operador e as ultimas, as mais importantes, sómente ao estado da creança. A intubação exige uma vigilancia incessante. Todas as vezes que esta vigilancia seja impossivel de realizar está contra-indicada a intubação.

A's vezes o medico insufficientemente exercitado não póde levar a operação a bom termo. Outras vezes o tubo é incapaz de salvar a creança.

D'aqui nascem tres especies de indicações da tracheotomia:

Indicações relativas ao meio; indicações relativas ao operador; indicações relativas ao operado.

1.º

N'este primeiro grupo entram todos os casos, em que o medico se vê na impossibilidade de collocar junto da creança tubada uma pessoa sufficientemente habilitada na pratica da intubação, ou mesmo da tracheotomia, para obstar aos accidentes ás vezes mortaes, a que todo o individuo tubado está sujeito. Alguns auctores tem affirmado que a intubação não demanda nenhuma vigilancia especial, que póde ser praticada tanto na clinica particular como na dos hospitaes de creanças, onde se dispõe de todos os recursos possiveis. Infelizmente isto não é verdade e Variot, Sevestre e varios outros insurgiram-se contra esta errada maneira de pensar. Com effeito, uma creança tubada está sujeita constantemente a alguns accidentes, que podem terminar pela morte, se junto d'ella não está uma pessoa competentemente habilitada para a soccorrer.

Estes accidentes são: a obstrucção brusca do tubo, a sua obstrucção lenta, o regeito espontaneo e os espasmos tardios.

Em alguns casos n'uma creança tubada depois

de um tempo mais ou menos longo chega um momento, em que ella começa a sentir um incommodo crescente da respiração. Falsas membranas ou pús segregado em grande abundancia vêm reunir-se na extremidade inferior do tubo; de repente sobrevem um terrivel accesso de suffocação; n'este momento o tubo é obstruido completamente. A's vezes mesmo esta obstrucção apparece sem ser annunciada por symptoma de especie alguma. A creança está perfeitamente socegada e de repente é acommettida por uma asphyxia terrivel. Em qualquer dos casos o perigo é enorme, a morte está imminente. A creança faz esforços extraordinarios para respirar, mas em vão. O seu rosto n'uma extrema agonia cyanosa-se, torna-se azul.

Rapidamente, em menos de um minuto, sobrevem a apnea, os membros inteiriçam-se, a cabeça inclina se para traz, a pupilla dilata-se e a creança morreria fatalmente, se não se lhe extrahisse o tubo com toda a rapidez. Ora, apesar da destubagem ser hoje uma operação muito facil, que não exige instrumentos especiaes, ainda assim para a praticar é necessario tel-a aprendido previamente.

Demais os paes em presença d'este quadro tão commovente só por excepção podem conservar a presença de espirito necessaria. Além d'isto acontece que nem sempre depois de retirado o tubo o perigo tem desaparecido. Na maioria dos casos a creança está salva momentaneamen-

te, mas n'outros podem apparecer os phenomenos da tiragem e ser indispensavel uma nova intervenção.

Póde ainda acontecer, que a creança fique no estado de morte apparente e não ser chamada á vida, por falta de quem lhe saiba fazer a respiração artificial, uma intubação, ou mesmo uma tracheotomia.

Evitado este primeiro accidente, a creança ainda não está livre de perigo. As mucosidades, dessecando-se no interior do tubo, vão-se depositando por camadas successivas por fórma a reduzir-lhe muito lentamente o seu calibre, transformando-o algumas vezes em um canal filiforme. E' claro que n'este momento qualquer parcella de muco ou de pús póde obstruir o tubo completamente.

Como se vê, n'este caso a obstrucção faz-se lentamente e parece que havia muito tempo de ir prevenir o medico; mas a questão é que não é facil reconhecê-la no principio e quasi sempre passa desapercibida a uma pessoa pouco exercitada. Nota-se que a creança se agita no leito, que repelle os cobertores, que a respiração se accelera, que tem a fronte humida, mas tudo isso se attribue á febre. Assim, vae a asphyxia fazendo progressos até que, quando sobrevem a obstrucção completa, é já demasiado tarde para accudirlhe.

A expulsão dos tubos é um accidente muito vulgar.

Quando elles são expulsos bruscamente n'um quinto de tosse tem-se conhecimento immediato do accidente, mas algumas vezes a expulsão é insidiosa e só pelo reaparecimento da voz ou da tiragem é que se tem conhecimento d'ella.

Esta expulsão pôde ser acompanhada de um bem estar immediato, mas em certos casos sobrevem um accesso de suffocação e, se não se intervem rapidamente, a morte é o resultado.

Quando uma creança deixou de ser tubada ha um certo tempo, nem por isso está completamente livre de perigo. Um bello dia, quando já de nada se desconfiava, um brutal accesso de suffocação vem demonstrar, já muito tarde, a necessidade de uma vigilancia activa.

E' possivel, que todos os accidentes que vimos de referir se tornem mais raros á medida que o methodo fôr soffrendo aperfeiçoamentos, mas é certo que elles não poderão desaparecer completamente. Concebe-se um tubo mais largo e mais estavel, mas essa estabilidade só pôde ser obtida á custa de uma maior pressão sobre as paredes da larynge, e esta pressão pôde dar origem a ulcerações. Além d'isso o diametro do tubo nunca poderá attingir o de uma canula de tracheotomia pela simples razão de que a larynge é mais estreita que a tracheia. Como quer que seja,

nas condições actuaes não se podem fornecer á familia meios de evitar os perigos de que fallamos. Uma creança tubada precisa indispensavelmente da presença de um medico.

2.º

Um operador, que não seja bastante exercitado na pratica da intubação, póde encontrar-se em face de difficuldades de tal ordem que o obriguem a recorrer á tracheotomia. Em certos casos, principalmente em creanças de mais de sete annos, por causa do affastamento da larynge, ou de menos de dois annos, por causa da exiguidade do campo operatorio, o operador não póde reconhecer os pontos de referencia (epiglottle e vertice das cartilagens arytenoideias).

N'estas condições, só por um acaso muito feliz elle conseguirá introduzir o tubo.

Outras vezes, por causa da indocilidade da creança, não chega a collocar o affastador das maxillas e a asphyxia sobrevem.

Póde acontecer ainda que, reconhecidos os pontos de referencia, o operador não consiga introduzir o tubo, porque o mandarin não segue o dedo indicador, ou porque o edema do vestibulo ou a intensidade do espasmo tornaram o orificio da larynge extremamente pequeno.

O tubo indo de encontro a uma das fossetas glosso-epiglotticas póde produzir um falso traje-

cto. Escorrega ao longo das gotteiras lateraes da pharynge e penetra no esophago.

Se o operador n'estes casos tem a prudencia de retirar o instrumento, deve começar de novo as suas tentativas. Mas em seguida a uma ou duas tentativas o operador fatiga-se, o espasmo redobra e a difficuldade torna-se maior á medida que ellas se repetem.

Entretanto a asphyxia augmenta e chega uma occasião em que a creança já não póde resistir; a cabeça pende-lhe e a respiração pára. N'estas condições deve recorrer-se immediatamente á tracheotomia, porque qualquer outro ensaio de intubação produziria a morte fatalmente.

Todavia devemos dizer que em muitos casos a intubação salvaria a creança tão bem ou melhor que a tracheotomia.

Com effeito, a maior difficuldade de intubação resulta da intensidade do espasmo, e são precisamente os casos mais espasmodicos os que melhor curam pela intubação, porque são estes os menos membranosos. Algumas d'estas difficuldades de intubação, taes como a impossibilidade de collocar o affastador dos maxillares, ou de introduzir o tubo por causa do edema do vestibulo, ou do espasmo da glotte, podem acontecer ao melhor operador.

Quando por uma manobra infeliz se chega a produzir um falso caminho, deve ainda recorrer-

se á tracheotomia que parece dar as maiores probabilidades de successo. Este accidente, que felizmente é muito raro, é quasi sempre mortal. Em presença de um caso d'esta ordem, é sempre de grande importancia reconhecer-o immediatamente, o que aliás é facil: em breve se produz uma hemorrhagia, a creança não sente allivio algum, o dedo introduzido na garganta verifica que o tubo está de travez; póde ainda em certos casos sentir-se uma extremidade debaixo da pelle.

Reconhecido que seja um falso tracto, Sevestre e Martin aconselham que se tente uma nova intubação e nos casos em que esta não dê resultado que se recorra então á tracheotomia.

3.º

Um novo grupo de contra-indicações da intubação, ou sejam indicações da tracheotomia, é o que diz respeito á insufficiencia da propria intubação e que se impõe ao mais distincto operador.

Estas contra-indicações referem-se ao estado da creança e são bastante numerosas.

Em presença de uma creança em estado de morte apparente, quando os movimentos respiratorios tem já desaparecido e que não póde ser reanimada pelas manobras da respiração artificial, o que deve fazer-se é praticar immediatamente a tracheotomia.

E' esta a opinião de Variot, que elle funda-

menta na impossibilidade de fazer um diagnostico preciso. Com effeito, n'uma creança em estado de morte apparente não póde affirmar-se se ella está atacada de uma diphteria muito ou pouco membranosa. Este diagnostico, ainda mesmo quando a creança respira, é já bastante difficil. E' verdade que n'este caso ha signaes de maior ou menor presumpção, taes como a verificação de uma angina muito intensa, a extincção da tosse e da voz, uma tiragem permanente, que pelejam em favor de um garrotilho membranoso. Mas, ao lado d'estes casos, apparecem outros em que estes signaes são muito pouco accentuados, ou mesmo nullos e o quadro symptomatico da doença faz pensar no predominio do elemento espasmodico quando é certo que o garrotilho muito membranoso desde o principio póde manifestar-se tambem da mesma fórma. Com mais forte razão se lucta com as mesmas difficuldades quando a creança se encontra no estado de morte apparente.

Como se não póde interrogar a voz, nem a tosse, nem a tiragem, o unico signal de diagnostico é a bourrage produzida pela introduccção do tubo, mas isto obriga-nos a perder um tempo precioso. Devemos comportar-nos n'este caso como se a bourrage fôsse quasi certa e por conseguinte fazer a tracheotomia.

Esta tem não só a vantagem de permittir uma evacuação mais facil dos moldes membranosos e do pus, mas permite ainda excitar dire-

ctamente os reflexos tracheaes por meio de uma penna, ou de algumas gottas de agua quente, tornando assim mais facil a inalação do oxygenio indispensavel para combater o mais depressa possivel a asphyxia.

Em qualquer tempo da intubação póde produzir-se, sobretudo nas creanças esgotadas, uma syncope. A's vezes basta uma simples introdução do affastador dos maxillares para ella se produzir. Sevestre e Martin aconselham a que, n'estes casos, se faça a intubação o mais depressa possivel e em seguida se pratiquem os movimentos da respiração artificial. Variot, como já vimos, vae mais longe e recommenda de uma maneira formal a tracheotomia, todas as vezes que uma creança atacada de garrotilho se encontra em estado de morte apparente. Quando em seguida á introdução do tubo não cessa a tiragem, tentaremos provocar quintos de tosse que indo destacar as falsas membranas lhes permittirão a sua sahida espontanea.

Se este meio não dá resultado, é forçoso retirar o tubo: geralmente acontece que as falsas membranas são expulsas n'um quinto de tosse (escovagem forçada) mas em certos casos a asphyxia persiste depois da retirada do tubo.

Se o estado da creança o permite póde recorrer-se a uma nova escovagem, mas se esta não dá resultado deve sem demora recorrer-se á tracheotomia.

Sobre este ponto todos os auctores são da mesma opinião.

Temos ainda a considerar os casos em que a tracheotomia é indicada consecutivamente á intubação: Uma creança tubada ha um certo tempo sente-se alliviada, tudo se passa nas melhores condições; mas n'um dado momento apparecem certos accidentes que demandam uma tracheotomia. Estes accidentes são: as obstrucções bruscas causadas por uma diphteria muito membranosa, as obstrucções lentas symptomaticas de uma bronchite purulenta ou de um principio de bronchopneumonia, a expulsão repetida dos tubos, a impossibilidade de retirar o tubo e os espasmos tardios.

Como já dissémos, quando a creança não pôde ter uma vigilancia constante, estes accidentes são de ordem a contra-indicar a intubação. Mas, mesmo quando a creança está nas melhores condições de vigilancia, estes accidentes podem obrigar-nos a recorrer á tracheotomia.

Ainda ha pouco tempo, nos casos graves de garrotilho com grande producção de falsas membranas, era indispensavel recorrer immediatamente á tracheotomia. Hoje, graças aos trabalhos de Variot e Bayeux, um novo methodo veio restringir as suas indicações.

Este methodo consiste na escovagem systematica da larynge. O tubo sómente se introduz na larynge durante alguns minutos e retira-se

em seguida voluntariamente. Em muitos casos o tubo vae destacar uma enorme falsa membrana que a creança expulsa pelos esforços de tosse. A respiração torna-se regular e a creança sente um bem estar ás vezes definitivo. Todavia no maior numero de casos é necessario no fim de um certo tempo tentar novamente a operação.

Apesar de tudo isto, ha casos em que a escovagem não dá resultado, ou porque a introdução do tubo produz uma simples bourrage sem expulsão das membranas, ou porque a tiragem reaparece immediatamente e torna-se necessaria uma nova intervenção. N'este ultimo caso, se a creança não está muito fatigada, póde fazer-se uma nova tentativa; mas no fim de tres ou quatro escovagens, se a creança continua a apresentar os phenomenos da tiragem, é necessario recorrer á tracheotomia. No primeiro caso, não ha que hesitar, ella deve praticar-se immediatamente. Por ultimo diremos que em certas circumstancias é preferivel praticar logo a tracheotomia sem tentar a escovagem: quando a creança se apresenta muito esgotada, com uma tiragem extrema, a face pallida, a pharynge forrada de exsudatos. Não é porque em taes casos a escovagem não possa dar resultado, mas quando ella não consegue, perde-se um tempo precioso e a tracheotomia faz-se já em condições muitissimo más.

Portanto, em presença de uma diphteria muito membranosa, devemos praticar logo a escovagem renunciando ao tubo, e se ella não dá resultado

recorrer á tracheotomia. Quando a creança está muito esgotada, ou quando o tubo só produz um allivio mediocre é ainda a ella que devemos recorrer sem demora, porque quanto mais cedo fôr praticada mais probabilidades ha de ser bem succedida.

Os casos em que o tubo se vae obstruindo lentamente, ou em que dá sahida a uma quantidade consideravel de pus, podem ser tambem uma indicação de tracheotomia. Com effeito, as obstrucções lentas são o indicio de que a creança não tem força para expulsar as mucosidades; estas dessecando-se progressivamente no interior do tubo obrigam a tubagens e destubagens repetidas, sem que a creança sinta allivio sensivel. Os meios geralmente empregados n'estes casos, inhalações de vapor de agua, deglutição de alguns tragos de liquido, injectão de oleo mentholado podem não dar resultado e então é necessario recorrer á tracheotomia. A opinião de Variot é que, logo que se reconheça a existencia da bronchorrhœia e que não haja probabilidades de a curar, se deve immediatamente praticar a tracheotomia. No seu entender o tubo não fornece ao pus uma via de evacuação sufficiente, de sorte que a sua estagnação nos bronchios favorece a inoculação dos bronchiolos e dos lobulos pulmonares.

A' menor elevação de temperatura deve-se intervir immediatamente, porque mais tarde seria inutil,

Certas creanças teem uma intolerancia notavel para o tubo. Umas vezes, logo ás primeiras intubações, o tubo é mal supportado e é expulso espontaneamente n'um quinto de tosse.

Outras vezes o tubo é bem supportado a principio e só mais tarde é que se manifesta a intolerancia da larynge.

Os rejeitos precoces notam-se principalmente nas creanças muito nervosas, muito espasmodicas. São talvez devidos á violencia da corrente de ar expirado que vem bater contra a extremidade do tubo no momento de um quinto de tosse. Os musculos da larynge e da pharynge contrahindo-se bruscamente podem auxiliar esta expulsão. Quanto aos rejeitos tardios, elles podem ser devidos ao desaparecimento de uma camada espessa de mucosidades deixando a larynge com maiores dimensões; mas quasi sempre são produzidos por uma lesão cricoideja. Estas expulsões são graves, porque podem ser seguidas de um espasmo da glotte tão brutal que a creança cáe no estado de morte apparente e mal ha tempo de praticar uma nova intubação, ou mesmo uma tracheotomia como ultimo recurso. Bayeux para evitar esta complicação empregava os tubos de O'Dwyer mas de uma maneira differente da usual. Assim, para uma creança de seis mezes, empregava o tubo que devia servir para uma creança de um anno. Empregava os tubos que deviam servir para uma idade seis mezes superior. Consequia assim dar-lhe maior estabili-

dade, mas em compensação augmentava a frequência das ulcerações. Os rejeitos tardios são symptomaticos de ulcerações laryngeas e por isso mesmo são uma contra-indicação da tubagem, porque, quando existe uma lesão ulcerosa da larynge, se collocarmos qualquer corpo em contacto com ella, arriscamo-nos a produzir lesões mais graves que podem terminar por necrose das cartilagens, ou por um abcesso de visinhança, ou ainda por um aperto laryngeo.

Deve portanto fazer-se a tracheotomia e só mais tarde, quando as ulcerações tiverem cicatrizado, é que se poderá recorrer á intubação.

A par d'estas creanças que têm rejeitos multiplos, ha outras que não expulsam o tubo, mas logo que elle é enucleado voluntariamente, apparece novamente a tiragem e é necessario praticar uma nova intubação.

Quando existem ainda falsas membranas, isto não deve surprehender, mas quando as vias aereas já estão desimpedidas é muito natural que este espasmo seja devido a ulcerações laryngeas e por isso impõe-se a tracheotomia.

Com effeito, os momentos de socego que seguem as destubagens vão-se tornando cada vez mais curtos e menos duradoiros; chega mesmo uma occasião em que a destubagem é seguida de um espasmo de tal ordem que ameaça gravemente a vida da creança.

Bayeux fundamentando-se no estudo de um grande numero de casos, é de opinião que, todas as vezes que uma creança não pôde dispensar o tubo ao fim de sete dias depois da primeira intubação, se pôde affirmar a existencia de ulcerações. Por conseguinte aconselha a recorrer á tracheotomia se a creança continua a não poder passar sem o tubo no fim dos sete dias.

Ha ainda uma outra variedade de espasmos sobrevindo alguns dias depois da destubagem. São os espasmos tardios que apparecem brutalmente n'uma creança que até ahi passava bem sem tubo. Geralmente manifestam-se sem que nada os annuncie; quando menos se esperava, a creança é presa de um accesso de suffocação e cae de subito no estado de morte apparente.

Todavia, algumas vezes, o accidente é precedido de um ligeiro cansaço. Seja como fôr, é sempre util para reanimar a creança recorrer á tracheotomia, visto que a maior parte das vezes este espasmo está ligado a ulcerações laryngeas.

Ha certas doenças que pôdem parecer-se muito com o garrotilho e muitas vezes na pratica está-se muito longe de poder asseverar que se trata de um caso de diphteria.

Não fallando já nos abcessos retro-pharyngeos, nem na laryngite estridulosa que com alguma ha-

bilidade se pódem reconhecer, existe uma serie de doenças que pelos seus symptomas facilmente se confundem com o garrotilho. Estão n'este caso os espasmos da glotte idiopathicos, ou symptomaticos (por exemplo, da coqueluche ou de uma broncho-pneumonia), o edema da glotte, o falso garrotilho acompanhado de extincção de voz e de tosse, as laryngites suffocantes secundarias ao sarampo e ainda as laryngites tuberculosas ou syphiliticas.

Evidentemente pouca ou neuhumia importancia teria para nós o diagnostico differencial d'estas doenças com a diphteria, se n'ellas a intubação não tivesse os seus inconvenientes. Mas infelizmente isto não é verdade. Especialmente no sarampo a intubação produz graves ulcerações.

Pelo que diz respeito ao edema da glotte os resultados não são melhores. Quanto á tuberculose e á syphilis, a larynge estando já ulcerada, é para recear que o tubo vá aggravar as ulcerações já existentes. Por estas razões se conclue que é preferivel, todas as vezes que houver motivo para suspeitas de qualquer d'estas affecções, recorrer logo á tracheotomia, se houver absoluta indicação de intervir.

A questão de idade é tambem de grande importancia e deve sempre levar-se em linha de conta.

Abaixo de dois annos a intubação dá resultados muito superiores á tracheotomia.

Com esta ultima, as creanças morrem quasi sempre de broncho-pneumonia.

Sómente se deverá recorrer a ella em casos muito desesperados, quando a intubação é absolutamente impotente. Estes casos são:

O estado de morte apparente; as diphterias muito membranosas, quando a escovagem não dá resultado e quando as obstrucções do tubo se reproduzem incessantemente.

Os casos de grande secrecção de pus em que a creança não sente allivio com o tubo.

Finalmente os espasmos prolongados ou tardios ligados a ulcerações laryngeas.

III

ULCERAÇÕES LARYNGEAS

A intubação da larynge, como de resto todos os methodos operatorios, tem os seus inconvenientes taes como a penetração do tubo no esophago, a repulsão das falsas membranas, a expulsão dos tubos causada pelos primeiros quintos de tosse, as ulcerações laryngeas e tracheaes, a difficuldade de deglutição, etc.

De todos estes inconvenientes, nós vamos estudar em particular as ulcerações laryngeas por nos parecer o de maior importancia.

Tem-se feito varias modificações nos tubos com o fim de evitar este accidente, mas por emquanto ainda não foi possivel fazel-o desaparecer por completo.

E' verdade que a frequencia das ulcerações diminuiu muito com o emprego dos novos modelos de tubos, mas, embora em numero mais restricto ellas ainda hoje se observam. Não será mesmo facil fazel-as desaparecer completamente, porque o tubo, seja qual fôr o seu modelo, ha-de sempre representar o papel de um corpo estranho introduzido na larynge. As ulcerações laryngeas consecutivas á tubagem tem sido obser-

vadas por quasi todos os auctores que tem praticado esta operação. Ellas podem observar-se por toda a mucosa laryngea, mas a sua séde mais constante é ao nivel do annel cricoideo na sua parte anterior e, em segundo logar, abaixo das cartilagens arytenoideas. A sua extensão em profundidade varia em geral com a demora do tubo na larynge. Quanto mais tempo a creança conservar o tubo mais profundas são as ulcerações.

Pathogenia. — Como dissemos, o tubo representa o papel de um corpo estranho introduzido na larynge. Apesar de este corpo estranho ser liso e regular e adaptar-se na medida do possivel á conformação do canal laryngeo, nem por isso deixa de exercer uma pressão bastante forte na mucosa do órgão; é portanto natural que produza lesões analogas ás que produz um corpo estranho solido das vias aereas.

A causa principal das ulcerações é sem duvida a pressão do tubo, e como esta pressão é mais accentuada ao nivel da cartilagem cricoideia, é tambem ahi que mais frequentemente se encontram as lesões. Houve quem invocasse a repetição da tubagem como causa determinante das ulcerações, mas uma serie de experiencias feitas no cadaver por Variot demonstrou que isto era falso.

A demora do tubo na larynge tambem não

póde ser accusada como causa productora de lesões.

E' certo que a sua intensidade está dependente d'essa demora, mas o Dr. Galatti affirma que a sua apparição não depende, de fórma alguma, da duração da tubagem. Nos seus estudos, verificou em varias autopsias que, n'uns casos, se tinham produzido lesões apoz uma tubagem de curta duração, mas que em outros, apesar de uma longa intubação, não se encontravam vestigios de ulcerações. Algumas outras causas ha que favorecem as ulcerações. As principaes são o attrito do tubo e a natureza e intensidade do processo diphtherico.

Symptomas. — As ulcerações laryngeas teem uma symptomatologia muito restricta. Ainda mesmo que o exame laryngoscopico fosse facil de praticar n'uma creança, isso pouco nos aproveitaria, porque elle não permite explorar as regiões da larynge que são a séde mais constante das ulcerações. Quando muito, ao laryngoscopia poderemos tomar conhecimento das lesões situadas aos lados da epiglote, e estas são as mais raras de todas. A' falta de symptomas objetivos, temos de basear o nosso diagnostico no apparecimento de signaes, uns contemporaneos, outros consecutivos das ulcerações.

O unico signal contemporaneo da ulceração, que póde levar-nos a suspeital-a, é o rejeito espontaneo do tubo, pelas alturas do oitavo dia, em creanças de espasmo prolongado persistente.

Com effeito, as creanças, que regeitam o tubo logo ao principio, não teem ulcerações, mas aquellas que o expulsam tardiamente tem lesões profundas, enormes ulcerações da mucosa laryngea com desnudação do cricoide. A tosse frequente e as hemorragias mais ou menos abundantes sobrevindo durante a intubação pôdem tambem levar-nos á suspeita de uma ulceração provavel.

Devemos notar que todos estes symptomas tem muito pouca importancia relativamente aos symptomas consecutivos á intubação.

Complicações.—A maior parte das vezes as ulcerações laryngeas desaparecem sem terem deixado vestigios, a não ser uma ligeira aphonía e sem se terem manifestado por symptomas apparentes. Mas em certos casos ellas dão origem a graves accidentes que merecem fixar a nossa attenção. Quasi sempre no fim de intubações prolongadas se observa a aphonía.

Leva mesmo um certo tempo a desaparecer, geralmente tres semanas a um mez. Esta aphonía é devida á propagação ás cordas vocaes inferiores do processo ulcerativo que primitivamente estava localizado na região cricoideia. E' uma complicação de pequena importancia, por isso que desaparece sempre, a não ser nos casos em que a larynge se encontra retrahida por causa das lesões terem sido muito profundas. N'este caso a aphonía é completa e irremediavel.

Uma outra complicação das ulcerações laryngeas é o espasmo tardio da glotte nas creanças que supportaram intubações prolongadas.

Não faremos mais que mencionar este accidente, porque a sua pathogenia está longe de ser elucidada.

A verdadeira complicação das ulcerações consecutivas á intubação são os apertos da larynge.

Estes apertos, que felizmente são uma complicação rara, apparecem geralmente em creanças, que atacadas de espasmo glottico intenso e regeitando o tubo expontaneamente, têm sido obrigadas a soffrer a intubação durante um espaço de tempo consideravel.

O operador, cansado de intervenções repetidas, resolve-se a fazer a tracheotomia, mas o espasmo continua e, quando se quer substituir novamente a canula pelo tubo, nota-se que o canal se tornou impermeavel, que está obturado por tecido cicatricial abundante. Contra estes accidentes a tracheotomia é o recurso ultimo e algumas vezes indispensavel. A laryngo-fissura, operação grave que se tem praticado algumas vezes, é de um exito muito problematico.

Prophylaxia.—Pelo que diz respeito á prophylaxia dos accidentes consecutivos á intubação, a primeira ideia que nos acode ao espirito é determinar o momento mais proprio para a inter-

venção operatoria. Hoje, que o sôro anti-diphtherico produz a queda precoce das membranas e abrevia a duração do processo exsudativo da diphtheria, quasi todos os auctores estão de accôrdo para recuar, tanto quanto possivel, o momento da intervenção. Com effeito, é preferivel, como diz Variot, curar um garrotilho sem intervir de outro modo senão pela injeccão de sôro, todas as vezes que isso seja possivel. Só em certas circumstancias é que as falsas membranas impedem a entrada do ar nas vias aerias.

Quasi sempre o grande perigo da asphyxia está na associação do espasmo glottico com a diphtheria laryngea.

As creanças que apresentam este espasmo em grau mais elevado são as de idade inferior a dois annos, as que já tiveram garrotilhos complicados de lesões broncho-pulmonares, as rachiticas e sobretudo as que são naturalmente nervosas mesmo fóra do estado morbido.

E' n'estas, que geralmente se é obrigado a intervir. Enquanto os movimentos respiratorios não são acompanhados de accessos de suffocação não é preciso que nos apressemos, mas quando a tiragem é acompanhada de esses accessos, e se a cada accesso o thorax se immobilisa no estado de inspiração, se a glotte está fechada, se o ar não penetra nas vias respiratorias é necessario intervir rapidamente.

Em todo o caso intervir-se-ha sempre o mais tarde possivel depois da injeccão de sôro, por-

que assim a intubação será mais simples e mais curta.

Quando uma creança fica tubada, durante um periodo de cinco a seis dias, corre o perigo da producção de ulcerações laryngeas. Por conseguinte será bom tentar a destubagem o mais cedo possivel. Se a creança não póde passar sem o tubo renova-se a experiencia, porque parece certo que as intubações repetidas não concorrem para a producção das ulcerações. Em presença de uma ulceração grave com todas as suas consequências possiveis, o professor Bokai é de opinião que está indicada a tracheotomia, mas o simples receio da sua producção não basta para a legitimar.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Ha differenças características entre a bacia do homem e a da mulher.

Physiologia.—O musculo não é um motor thermico.

Materia medica.—Reprovamos as aguas sulfurosas nas tuberculoses de fôrma erethica.

Anatomia pathologica.—Anatomo-pathologicamente nephrites chronicas e mal de Bright são synonymos.

Pathologia geral.—A tosse é um acto util.

Operações.—Na secção do ramo buccal do trigemeo, como tratamento das nevralgias da face, preferimos o methodo Nelaton Panas ao de Letievant.

Pathologia interna.—Clinicamente nephrites chronicas e mal de Bright não são synonymos.

Pathologia externa.—Nas feridas por armas de fogo da articulação do joelho com retenção do projectil optamos pela intervenção operatoria immediata.

Medicina legal.—Não ha signal precoce pathognomonic de morte.

Partos.—Para transformar uma posição posterior n'outra anterior á applicação do forceps preferimos o processo de Tarnier.

VISTA.

O presidente,

A. Brandão.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O director,

Wenceslau de Lima.