

e. v. 272

BREVES CONSIDERAÇÕES

ÁCERCA DO

GARROTILO

E

ESPECIALMENTE

DO SEU

TRATAMENTO

THESE

APRESENTADA

A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

ANTONIO JOAQUIM FERREIRA MARGARIDO

BACHAREL EM MEDICINA E CIRURGIA

Pela Universidade de Coimbra

PORTO: 1868

TYPOGRAPHIA DA PRAÇA DE SANTA THEREZA, 63

IX / 1º-16 ENC

Para o dia 4 de Maio de 1868, pelas
11 horas da manhã.

Presidente - O Sr. Sr. José Carlos Lopez

Membros -

Arg. - { Sr. João Quirino de Oliveira Barros
Sr. Agostinho Ant. de Saes
Sr. Miguel Augusto Cesar de Saes
Sr. Joaquim Guilherme Gomes Coelho

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Director

O Exc.^{mo} Snr. Conselheiro Dr. Francisco d'Assis Sousa Vaz, Lente jubilado

Secretario

O Ill.^{mo} Snr. Joaquim Guilherme Gomes Coelho

CORPO CATHEDRATICO

Lentes proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia Descritiva e Geral...	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a » —Physiologia.....	Dr. José Carlos Lopes Junior. Presid.
3. ^a » —Historia natural dos Medicamentos, Materia medica.....	João Xavier d'Oliveira Barros,
4. ^a » —Pathologia geral, Pathologia externa e Therapeutica..	Antonio Ferreira Braga.
5. ^a » —Operações cirurgicas eapparelhos, com Fracturas, Luxações e Hernias.....	Vaga.
6. ^a » —Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Manoel Maria da Costa Leite.
7. ^a » —Pathologia interna, Therapeutica interna e Historia-medica..	José d'Andrade Gramaxo.
8. ^a » —Clinica medica	Antonio Ferreira de Macedo Pinto.
9. ^a » —Clinica cirurgica	Agostinho Antonio do Souto.
10. ^a » —Anatomia Pathologica e Deformidades e Aneurismas.....	Dr. Miguel Augusto Cesar d'Andrade.
11. ^a » —Medicina legal, Hygiene privada e publica e Toxicologia geral.	Dr. José Fructuoso Ayres de Gouvêa Osorio.

Lentes jubilados

Secção medica.....	Dr. José Pereira Reis.
	Dr. Francisco Velloso da Cruz.
	Dr. Francisco d'Assis Sousa Vaz.
Secção cirurgica.....	Antonio Bernardino d'Almeida.
	Caetano Pinto d'Azevedo.
	Luiz Pereira da Fonseca.

Lentes substitutos

Secção medica.....	Pedro Augusto Dias.
	Joaquim Guilherme Gomes Coelho,
	Vaga.
Secção cirurgica.....	Vaga.

Lentes demonstradores

Secção medica.....	Vaga.
Secção cirurgica.....	Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições. (Regulamento da Escola, de 23 de Abril de 1840, art. 155.)

À MEMORIA

DE MEU PAI

LUIZ JOSÉ FERREIRA MARGARIDO

UMA LAGRIMA DE SAUDADE INFINDA

À

MINHA FAMILIA

AMISADE SENTIDA E GRATIDÃO NUNCA ESQUECIDA

AO SEU PRESIDENTE

O ILLM.º E EXCM.º SNR,

JOSÉ CARLOS LOPES JUNIOR

BACHAREL FORMADO EM PHILOSOPHIA
E EM MEDICINA E CIRURGIA PELA UNIVERSIDADE DE COIMBRA,
DOUTOR EM MEDICINA PELA FACULDADE DE PARIS,
LENTE DE PHYSIOLOGIA NA ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA
DO PORTO, ETC., ETC.

EM TESTEMUNHO

DE

VERDADEIRA AMISADE E VIVO RECONHECIMENTO

OFFERECCE

o auctor.

AO ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

COMMENDADOR

MANOEL JOAQUIM D'AZEVEDO VIEIRA

EM TESTEMUNHO

DE

Verdadeira amisade

OFFERECE

● **auctor.**



A SEUS

VERDADEIROS E SINCEROS

AMIGOS

Offerece

O AUCTOR.

INTRODUÇÃO

Celui qui n'écrit que pour remplir à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

DE LA BRUYÈRE.

Apezar dos esforços do sabio professor d'anatomia pathologica da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa, e do auxilio que alguns collegas lhe tem prestado, não conseguiu ainda a tracheiotomia, como meio de tratamento contra o crup, ser levada em Portugal á altura, a que tem ascendido em outras nações, todas na conta de florescentes no tocante á pratica da medicina.

Este um facto que não ha ahi contestar; é uma triste verdade.

Sendo certo, que em taes casos, essa operação se deve estimar como um meio de que pódem colher-se magnificos resultados, é para lamentar que, com excepção d'alguns facultativos de Lisboa, se não tenham resolvido os nossos compatriotas a pratical-a na escala, em que por ventura o poderia permittir a frequencia de similhante molestia.

Convencidos das vantagens da tracheiotomia, e magoados, se não pelo desamparo, pela raridade dos casos em que os praticos, tambem raros, a ella se soccorrem, occorreu-nos a idea de a tomarmos para objecto da nossa these inaugural.

Não se cuide, ainda assim, que pertendemos com tal escolha derramar nova luz sobre o assumpto. Não. Seria isso presumpção louca, incompativel com a nossa insufficiencia. Tambem não sahimos a campo para lhe encarecermos as excellencias. Estas pozeram-n'as bem em relevo—em França, Bretonneau, Trousseau e tantos outros—entre nós, o snr. A. M. Barbosa, na sua bem elaborada memoria sobre a tracheiotomia no garrotinho. E' outro o nosso fim. E', embora restricto, justissimo, como são todos os que desejamos conseguir, sempre que só escutamos a voz da consciencia.

A nossa these deve ter-se como um brado de sympathia em prol de tão valiosa operação, e nada mais;—é apenas a manifestação do desejo de vermos a cirurgia portugueza, seguir os exemplos que os estranhos nos dão.

Desejamos bem explanar aqui, sem que houvesse a menor omisão, a terrivel doença, que tantas vezes leva o luto ao seio das familias, e que, em tempo, fez vibrar a lyra melodiosa e triste de Victor Hugo. Mas é que a lei e a falta d'espaco nos obrigam a restringir ao indispensavel para a maior clareza do ponto que escolhemos. Occupar-nos-hemos, por isso, exclusivamente dos phenomenos dynamicos e do tratamento da

garrotilho, dando de mão á etiologia, natureza e anatomia pathologica d'essa molestia: pontos na verdade importantissimos, mas que demandariam dilatadas discussões.

Será por tanto a nossa these dividida em duas partes:

A primeira comprehenderá a descripção geral dos symptomas do crup, suas fórmulas, marcha, diagnostico e prognostico;

A segunda abrangerá a exposição geral dos principaes meios de tratamento do garrotilho, e mais particularmente do que se refere á tracheiotomia.

Un jour,—nous avons tous de ces dates funébres ! —
Le croup, monstre hideux, épervier des ténèbres,
Sur la blanche maison brusquement s'abatit,
Horrible, et, se ruant sur le pauvre petit,
Le saisit à la gorge, ô noir maladie !
De l'air par qui l'on vit sinistre perfidie !
Qui n'a vu se débattre, hélas ! ces doux enfants
Qu'etireint le croup féroce en ses doigts étouffants !
Ils luttent ; l'ombre emplit lentement leurs yeux d'ange,
Et de leur bouche froide il sort un râle étrange,
Et si mystérieux, qu'il semble qu'on entend,
Dans leur poitrine, où meurt le souffle haletant,
L'affreux coq du tombeau chanter son aube obscure.
Tel qu'un fruit qui du givrea senti la pique,
L'enfant mourut. La mort entra comme un voleur
Et le prit. Une mère, un père, la douleur,
Le noir cercueil, le front qui se heurte aux murailles,
Les lugubres sanglots, qui sortent des entrailles,
Oh ! la parole expire où commence le cri ;
Silence aux mots humains !

(VICTOR HUGO.)

PARTE PRIMEIRA

DO GARROTILO

Parmi les maladies qui frappent le jeune âge, il en est peu d'aussi graves que celle qui est caractérisée par la production de fausses membranes sur la peau dénudée ou les muqueuses, et qu'on designe sous le nom de diphthérie.

ALMIRE GARNIER.

Parce ser conhecido o garrotilho desde a mais remota antiguidade. N'essas épocas, porém, não havia os conhecimentos exactos, que hoje possuímos, não só porque a anatomia era mui pouco ou quasi nada, estudada; mas tambem porque o diagnostico estava ainda muito atrasado e finalmente, porque os antigos comprehendiam ás vezes de-baixo d'uma mesma expressão, casos pathologicos, mui diversos.

Assim é que chamavam anginas ás affecções inflammatorias da pharynge e da larynge, só porque estas apresentavam um symptoma

commum. o qual era—a difficuldade mais ou menos notavel da respiração e da deglutição.

Ora, esta confusão que nada podia justificar, a não ser a idade infantil da sciencia, desapareceu completamente, graças aos progressos successivos e rapidos dos estudos medicos; de fórma que hoje sabemos que as doenças da pharynge, por exemplo, differem das da larynge, não só pela séde, mas ainda por symptomas importantes, por sua gravidade, por sua marcha e finalmente pelos seus meios de tratamento.

Foi principalmente essa significação tão lata, que os auctores antigos ligavam á palavra angina, que fez com que a molestia especifica, chamada garrotilho, passasse para assim dizer, um pouco despercebida para a maioria dos medicos d'essas eras.

Bretonneau e Double, dizem que differentes auctores, e principalmente Ghise, tinham noticiado o crup por fórma tal, que não era possivel desconhecê-lo; mas que este, á mingua de noções anatomo-pathologicas, era muitas vezes confundido com as molestias que por asphixia, davam a morte.

F. Home, na descripção que fez da angina membranosa, avantejou-se consideravelmente a todos quantos antes d'elles se haviam occupado do mesmo assumpto. Mas é só desde 1809, que a historia da laryngite membranosa tomou um caracter eminentemente scientifico.

Então, quando uma epidemia diphterica flagellava tenazmente a França, Napoleão Bonaparte abriu um concurso para que se estudasse essa epidemia, creando premios para as memorias que mais se distinguissem. Se algumas d'ellas concorreram e muito para elucidar pontos do crup até alli obscuros, ficou ainda assim muita coisa por saber. E, de facto, só mais tarde é que Bretonneau e Guersant esclareceram a pathologia e a therapeutica da diphterite tracheial, por modo que para si crearam uma aureola de gloria, que tornará immortaes seus nomes illustres, cabendo tambem d'ella, grande parte ao professor Trousseau.

Este ultimo concorreu, effectivamente, por seus esforços theo-

ricos e praticos para fortalecer e generalisar em França a tracheiotomia como meio de tratamento.

No nosso paiz, tambem n'estes ultimos annos, A. M. Barbosa publicou duas memorias—uma sobre o garrotinho e outra sobre a tracheiotomia praticada na mesma molestia.

Foi em 1863, que a ultima d'ellas viu a luz publica, e desde então até hoje, não nos consta que os operadores portuguezes, á excepção dos de Lisboa, tenham feito a operação, o que vae d'encontro a todas as vantagens reaes, que proveem da sua pratica, como muito bem o demonstra o mesmo auctor.

No curto esboço historico, que acabamos de delinear, acham-se as expressões - garrotinho, crup, angina membranosa, laryngite diphtherica ou membranosa, diphtherite tracheial—expressões que muito de proposito empregamos, porque as julgamos synonymas. N'isto, vamos accordes com a maioria dos authores, procedendo além d'isso assim por entendermos que nenhuma d'ellas se pôde dizer tão rigorosa, que represente completamente só por si a molestia, e que possa, por conseguinte, substituir vantajosamente todas as outras.

Adoptei de preferencia o termo garrotinho, não porque seja mais significativo do que os outros; mas por ser por elle que a molestia é mais conhecida entre nós.

Alguns auctores tomam ainda como synonymo de crup o termo diphtheria ou diphtherite. Não podemos, porém, conformar-nos com tal modo de pensar, por ser a diphtheria um termo generico que significa —doença carecterisada pela tendencia para a formação de falsas membranas, que se observam quer sobre as mucosas, quer sobre a pelle desnudada.

Ora, o garrotinho não pôde ser synonymo de diphtheria, porque representa um estado morbido especifico, susceptivel de se transmittir por meio do contagio, caracterizado pela presença de pseudo-membranas na tracheia, as quaes impedem mais ou menos a passagem do ar.

É, de todas as producções diphthericas, o garrotinho uma das

mais frequentes. Em geral, faz bastantes victimas nas cidades populosas; e, ás vezes, manifestando-se epidemicamente em uma localidade, póde invadir uma provincia inteira. Outras vezes, porém, o crup apparece esporadicamente.

SYMPTOMAS

Antes de encetarmos a exposição dos symptomas, seja-nos licito fazer algumas considerações sobre a divisão por periodos, que d'elles tem feito os differentes auctores.

A discussão da Academia de Medicina de Paris ácerca da tracheiotomia, se esclareceu muitas das questões relativas ao crup e ao seu tratamento, não deu com tudo, solução á questão importante dos periodos do garrotinho, descuido este que, não poucas vezes, tornou confusa a linguagem dos oradores.

Bricheteau julga inutil a distincção dos periodos, porque ella só tem por fim sobrecarregar a memoria sem nada aproveitar ao medico, quando collocado á cabeceira do doente.

Bouvier é quasi do mesmo pensar, quando diz: imitemos M. Barthz, pondo de parte a divisão por periodos, e observando unicamente os symptomas; não haverá n'isso equivoco algum.

Ao lado d'estes e d'outros auctores, que por ventura sustentem as mesmas ideas, encontramos um numero para assim dizer, infinito d'auctoridades, e algumas respeitabilissimas, que partilham a opinião contraria: para estes o estudo dos symptomas por periodos é impor-

tantissimo: ainda que não seja senão para esclarecer qualquer objecto, é sempre util a distincção, todas as vezes que ella possa fazer-se.

Pelo que respeita á questão do numero de periodos, tem ella sido resolvida diversamente pelos differentes pathologistas, querendo uns que se formem dois periodos, outros tres, e outros, como A. M. Barbosa quatro, o que julgamos demasiado.

Não queremos discutir o merito relativo d'estas divisões, que seus auctores propuzeram, talvez, porque tinham excellentes razões para isso. Pela nossa parte, não tendo observações proprias, que nos dêam a plena convicção d'algumas d'ellas, seguiremos a opinião da maioria dos auctores, considerando no garrotinho tres periodos.

Cabe aqui mencionar os prodromes da molestia, que constituem a invasão do primeiro periodo, que alguns pathologistas consideram como distincto, dando-lhe o nome de periodo d'invasão. Pela descripção, que vamos fazer d'estes phenomenos, se vê logo claramente que tal periodo não tem razão de ser.

O primeiro periodo é caracterizado pela exsudação das vias superiores da digestão e da respiração, na parte posterior da boca, na larynge e no nariz.

O segundo é caracterizado pelo espasmo da larynge e por accesos de suffocação.

O terceiro, finalmente, é assignalado por diversos symptomas d'asphyxia, e particularmente pela anesthesia completa ou incompleta, phenomeno pela primeira vez mencionado por Bouchut.

Em geral estes tres periodos succedem-se regularmente e só por excepção é que se notam irregularidades.

PRIMEIRO PERIODO—A invasão da molestia passa ordinariamente desapercibida por causa da pouca significação especifica dos symptomas que a manifestam; sua fraca intensidade e seus caracteres equivocos o mais das vezes, não despertam a attenção dos paes, que só chamam o facultativo, quando o mal, desgraçadamente vai já adiantado, tornando-se por isso a cura mais difficil. No infante de mama é difficilimo,

senão impossível, o determinar com certeza a invasão d'um garrotinho, por isso que não se observam os calefrios, cephalalgia, etc., que se notam na segunda infancia: ha apenas um ligeiro movimento febril, symptoma de per si só insufficiente, para indicar com certeza a natureza d'essa alteração.

Ha, com tudo, phenomenos importantes, em cuja apreciação vamos entrar. O doente accusa um mal-estar geral, inappetencia, agitação ás vezes; dôr na garganta e mui frequentemente se observa por baixo da maxilla inferior, e de cada lado, um nucleo doloroso, devido á presença das amygdalas tumidas. Deve-se tomar muito em consideração este symptoma, que não deve confundir-se com um engorgitamento dos ganglios, como já por vezes tem acontecido. Convém tambem, examinar a parte posterior da boca, para ver se ha pseudo-membranas; porque, não o fazendo, pôde acontecer que a dôr cesse á medida que aquellas membranas se fôrem accumulando e, por isso, julgar-se melhor o estado do doente, quando este realmente estiver peor, por causa da marcha d'aquellas producções, que só tornam a dar signal de si, quando já teem invadido a larynge: ás vezes, muitos doentes não mudam os seus habitos emquanto que essas concreções e a inflammiação se limitam ás amygdalas, á pharynge e ao véo do palladar.

Bem depressa começa a criança a tossir. A tosse é branda e tem um timbre particular; a voz enrouquece ou enfraquece-se e o exame da pharynge e parte posterior da boca, pôde apenas mostrar-nos n'estas partes tumefação sem rubor, ou dar-nos a conhecer graves desordens. Diz Bouchut e muitos outros, que doentes, em quem a existencia do garrotinho era innegavel, só apresentaram uma tumefação pura e simples das amygdalas: não havia falsas membranas nem rubor.

Outras vezes, pelo contrario, as amygdalas, a pharynge, a uvula e até as paredes da boca, apresentam-se cobertas de placas brancas e resistentes: são as pseudo-membranas. No principio são pequenos pontos esbranquiçados e salientes, que teem por séde os folliculos das amygdalas: estes pontos augmentam em superficie, e unem-se uns aos ou-

tros, de fôrma que constituem um todo continuo, que depois, envolvendo a glandula, se estende ás partes visinhas. Em alguns individuos, as amygdalas estavam ulceradas e cobertas, já por fragmentos esbranquiçados ou escuros de falsa membrana tinta pelo sangue, já por escara gangrenosa. E' mui importante o saber discriminar estes dois productos: para isso deve fazer-se como Bouchut — por meio d'uma pinça tira-se o fragmento negro, limpa-se com panno de linho, e depois, observando-se de perto, será facil de reconhecer a natureza do producto.

N'esta época, apparece ás vezes, o corrimento d'um fluxo fétido e amarello, que se faz pelas narinas, cuja mucosa é ulcerada e cinzenta, e bastantes vezes se observa a generalisação da molestia e sua manifestação em differentes partes do corpo, como por exemplo, na vulva, em uma ferida, etc., etc.

Tal é a marcha, que em geral segue o crup no seu primeiro periodo. Póde dar-se o caso, embora rarissimo, de começar de repente pela larynge, e de ter por symptomas febre, tosse seca e branda, mal-estar e uma alteração maior ou menor do timbre da voz.

Ha ainda um outro signal, deduzido do estado das urinas, e que só ha pouco tempo se conhece. Double, no começo d'este seculo, tendo observado a côr branca das urinas nos casos de garrotinho, quiz explicar o facto pela presença das pseudo-membranas, que das vias aérias passavam á secreção urinaria, com o fim de serem expulsas por essa via. Ao mesmo tempo, Double e outros, acharam a qualidade da urina alterada pela presença de grande quantidade de saes. Foi, porém, o dr. Wade o primeiro, que nas urinas dos doentes atacados de garrotinho, descobriu a albumina. M. M. Bouchut e Empis tendo examinado com toda a circumspecção e por um grande espaço de tempo as urinas de grande numero de doentes de garrotinho no primeiro periodo, chegaram ás seguintes conclusões:—as urinas são ligeiramente acidas ou neutras, opalinas, claras muitas vezes e algumas lactescentes, por causa do urato de soda amorpho, que se acha em suspensão: submettidas á temperatura da ebullicão, dão em certos casos uma grande

quantidade d'albumina, a ponto de ter attingido este producto a enorme proporção de 80 sobre 100.

Segundo Bouchut, esta alteração das urinas será mui frequente, pois que se encontra nos dois terços dos individuos.

Não se péde determinar com certeza a duração d'este periodo, porque não é facil marcar-se-lhe o começo. Em geral, dura quatro ou cinco dias, algumas vezes sete, e só por excepção muitas semanas. Ha tambem casos, poucos é verdade, em que a marcha é tão rapida, que em menos de 24 horas, chega a molestia ao seu auge; então os periodos fundem-se n'um só.

SEGUNDO PERIODO OU PERIODO DE SUFFOCAÇÃO. — É assignalado pelos symptomas do primeiro; a intensidade d'estes tem, porém, augmentado immensamente: a deglutição, tornando-se cada vez mais difficil e mais dolorosa, faz com que o infante não coma nem beba, e d'aqui resulta depois a inappetencia, que, como nas outras molestias, ainda póde provir do estado particular das vias digestivas.

Em virtude do augmento consideravel da febre e do mal-estar geral, os infantes experimentam um tal abatimento, que nem podem levantar-se. Conjunctamente com a inappetencia e difficuldade da deglutição, apparece uma tosse quintosa e seca, acompanhada d'esforços de vômitos, chegando até ás vezes o doente a vomitar materias com pseudo-membranas.

Se os symptomas progridem, a tosse e a voz tomam caracteres particulares, que vamos apreciar.

A tosse é a principio seca e frequente, e depois rouca e surda, tendo um timbre particular: parece quasi abafada por uma inspiração forte e mais ou menos profunda; cada abalo de tosse é seguido d'um sybilo extravagante, sonoro, como que se o ar passasse por um tubo seco e metallico; seu timbre faz lembrar o cantar do frango. Deve, porém, advertir-se, que não só esta comparação, como todas as outras, que teem sido feitas, com o grito de certos animaes, não dão senão uma idea falsa do timbre do doente de garrotinho em segundo gráo. É pre-

ciso ter ouvido essa tosse para se poder julgar da sua natureza, e no dizer dos pathologistas nada temel-a de caracteristico, pois que uma simples laryngite aguda a pôde produzir. Mas tanto a tosse como a voz se tornam signaes de grande valor, quando por fracas, estejam a ponto de se extinguirem.

A voz é rouca e embaraçada; o doente é quasi completamente aphonico; o timbre tem, como o da tosse, o que que é de metallico. Cada palavra é seguida d'um pequeno sybilo mui curto, e parece articulada nas inspirações. Quando ha expectoração ou vomitos, é importante o seu exame, porque pôde haver alguns productos de secreção, que auxiliem o diagnostico. Observa-se a frequencia do pulso e adyspnea. Nos intervallos dos accessos de tosse, ouve-se a distancia um sybilo laryngeo-tracheial, que se percebe melhor applicando o ouvido á tracheia ou á parte posterior do thorax.

As perturbações exteriores das funcções respiratorias tambem são muito importantes; são ellas adyspnea, depressão xiphoidea e supra-sternal, a côr descórada da face, a attitudo do infante, os gestos e anciedade. Notam-se olheiras, uma côr rubro-escura nos labios; côr que indica a congestão venosa da cabeça.

No fim d'algum tempo, todos estes symptomas se tornam mais intensos. Adyspnea é maior e mais difíceis são os esforços d'inspiração. O infante agita-se, toma mil posições differentes, levanta os braços, pede para que o assentem, se é que não tem forças para o fazer por si; leva a mão á larynge, como que para se desembaraçar do obstaculo que alli existe; a suffocação ameaça-o por um instante; e rapidamente volta a socego. Estes accessos duram apenas alguns segundos e tem mais vezes logar de noite do que de dia, sendo mui variavel o seu numero, e alternando com remissões, em geral, completas. A existencia d'estes accessos não é constante. Qual será a sua causa? Não se pôde dizer que provenham do obstaculo mecanico á entrada do ar na larynge, porque então seriam continuos. O que parece mais provavel, é que ahi figure mais ou menos o elemento espasmodico. Ou porque o

organismo faz esforço para se desembaraçar d'aquelle obstaculo, ou porque sejam indispensaveis inspirações supplementares, maiores e mais profundas por causa dos movimentos respiratorios incompletos; é certo que um violento e convulsivo movimento de espasmo da larynge e das forças inspiradoras se produz, para luctar contra as difficuldades da hematose. O signal distinctivo do segundo periodo é pois este phenomeno, terrivel para ver-se. A duração d'este periodo, regula desde algumas horas até dois ou tres dias.

TERCEIRO PERIODO. — N'este periodo M. Bouchut, assignalou um signal novo, que ainda ninguem tinha notado, e que faz com que se possam dizer os tres periodos perfeitamente bem determinados e positivos: não é facil a confusão d'uns com os outros. E' tão distincto o terceiro do segundo periodo, como este o é do primeiro.

Esse signal é a diminuição e a abolição da sensibilidade tegumentar.

Observam-se ao mesmo tempo os phenomenos do segundo periodo, mas mais intensos: a voz e a tosse são completamente extinctas, e ouve-se a grande distancia um sybilo mui pronunciado, que acompanha a respiração. Esta funcção exerce-se com difficuldade, pois que todos os musculos inspiradores entram em acção; o diaphragma, os musculos do ventre, os do nariz e do collo, contraem-se fortemente; o infante está abatido, com a cabeça tombada para traz, e com o corpo coberto de suor; a face está azulada, os olhos brilhantes e encovados, as pupillas contrahidas e os labios cyanosados. A sensibilidade tegumentar, que primeiramente diminuiu nos membros, continua fazendo progressos, de modo que algumas vezes acaba por desaparecer completamente. Esta diminuição da sensibilidade é de importancia secundaria, quando a asphyxia é annunciada pela cyanose da face ou dos labios; mas quando a asphyxia é latente, quando faltam ou tem mui pequena significação os symptomas, que manifestam esta asphyxia, então é extrema a importancia do symptoma, representado pela diminuição da sensibilidade, porque n'esse caso a analgesia e a anesthesia são os unicos symptomas da asphyxia.

Conta Bouchut, que tivera occasião d'observar juntamente com M. Empis, uma anesthesia completa, em uma criança atacada d'angina crustosa e de crup com aphonía da voz e da tosse, tendo o rosto pallido, dyspnea pouco consideravel, e que conversava assentada no seu leito. Não ousaram elles operal-a. Duas horas depois, os pais conduziam-n'a ao hospital moribunda e em tal estado, que o interno entende-o, que já não podia ter lugar a tracheiotomia.

Como este podiamos ainda citar muitos outros factos comprovativos de que a anesthesia completa ou incompleta é algumas vezes o unico symptoma que mostra o perigo actual. Abstemo-nos, porém, de enumeral-os por julgarmos este objecto fóra de toda a duvida.

Está este phenomeno em relação com as observações de todos os cirurgiões, que tinham notado, sem muito se importarem com isso, que o infante permanecia immovel e insensivel no acto da operação. O effeito era pois, a insensibilidade, mas a causa é que ainda senão tinha tratado de procurar. Foi Bouchut quem primeiro assignalou essa causa na asphyxia do crup, e que mostrou o valor d'este novo symptoma, e as consequencias praticas, que d'elle pôdem provir. Ouçamos as suas proprias palavras:

«Em todo o tempo, a asphyxia foi tida como capaz de produzir a insensibilidade: Legallois, e outros, por meio de suas experiencias, pozeram fóra de toda a duvida este facto, de que cada um se poderá convencer, collocando uma canula com torneira na tracheia d'um mamifero. Desde que se tiver interceptado a entrada do ar nos pulmões, e que a hematose tiver sido sufficientemente compromettida, a anesthesia tegumentar será primeiro incompleta, depois cada vez mais forte, até ser completa; em seguida observar-se-ha a perda de todas as sensibilidades especiaes e finalmente a morte. A anesthesia tegumentar é a consequencia das difficuldades da hematose, e toda a doença, que fór capaz de perturbar por muito tempo esta funcção, necessariamente produzirá aquella anesthesia. Esta dura em quanto existir o obstaculo á entrada do ar no peito, e augmenta ou diminue com a maior ou me-

nor dificuldade do accesso d'esse fluido. Bouchut e muitos outros praticos tiveram por diferentes vezes occasião de vêr cessar essa anesthesia, só por haver expectoração de pseudo-membranas, ou de mucosidades, cessando tambem sempre que se pratique a tracheiotomia.

«A anesthesia não é symptoma exclusivo do garrotinho, porque se encontra no catarrho suffocante; é por tanto um indicio d'asphyxia.

«Diz-se, que a anesthesia não é constante, e que por isso se compromette a vida dos doentes, esperando que ella appareça, para depois operar. Estas objecções são, porém, de pequena importancia, se attendermos a que todas as vezes que o crup se apresenta sob a fórma asphyxica, se observam a analgesia e anesthesia completas. Estão estes dois symptomas em relação com o grão d'obstrucção da larynge e dos bronchios pelas pseudo-membranas e mucosidades. Ao contrario, nenhum d'elles existe quando o infante, no crup acompanhado de diphtherite generalizada, morre envenenado, e succumbe sem asphyxia. Logo, quando estes symptomas se observarem, deve-se operar para facilitar a hematose; mas, quando não existam, será inutil a tracheiotomia, porque não pôde ter effeito algum contra a infecção geral da diphtherite.

«Comprometter-se-ha a vida dos doentes, esperando pela anesthesia para se operar? Compromette, se por acaso se esperar a anesthesia completa da pelle e dos órgãos dos sentidos, o que equivale a demorar a operação até á imminencia da morte, e a deixar morrer a pobre victima por falta de cuidados.

«Uma simples diminuição da sensibilidade da pelle, por isso mesmo que é produzida pela dificuldade da passagem do ar na larynge, é uma razão sufficiente para recorrer á tracheiotomia, quando o diagnostico é bem conhecido.

«Do mesmo modo tambem a cessação do sentimento da dor, ou a analgesia, é uma indicação sufficiente para a pratica da operação e não ha necessidade de esperar o periodo ultimo do crup para ver apparecer essa dôr da garganta. Desde que ha asphyxia, pôde beliscar-se

a mão sem que se franza a physionomia ou se retraiam as partes: o infante dirá o que se lhe faz, declarando que nada sentiu; e praticando-se a operação, ver se-ha a sensibilidade apparecer nas partes, onde a sua diminuição tinha sido observada. O enfraquecimento da sensibilidade tegumentar e sua desaparição são, ao que parece, e tanto quanto se pôde julgar pela observação, os melhores indícios da asphyxia do crup.»

Muitas vezes, durante este terceiro periodo do crup, o estado geral do doente é gravissimo. Está prostrado, abatido, n'um tal estado de somnolencia, que deve fazer desconfiar d'uma terminação fatal; e só sabe d'este estado por crises violentas, que lhe dão esse aspecto horrivel de que já fallámos. A febre é intensissima, visto que o pulso chega por vezes a dar 160 e mesmo 180 pulsações por minuto; o calor do corpo é augmentado e o doente tem grande inappetencia; ás vezes é difficilimo o fazer-lhe engulir bebidas, e, para tomar os alimentos, é preciso muitas vezes recorrer á sonda esophagiana, tal é a dôr que lhe causa a a deglutição, ou a inappetencia invencivel, que d'elle se apoderou.

As urinas, que apresentaram no primeiro periodo uma alteração, que continua a mostrar-se no segundo, vão occupar-nos um pouco n'este ultimo.

Muitas vezes são opalinas, esbranquiçadas, com uma reacção ligeiramente acida em certos casos, mas quasi sempre neutra. Em repouso, deixam um deposito abundante, que o calor e o acido nitrico dissolvem facilmente. Examinado com o microscopio, vê-se que este deposito é formado por granulações amorphas, muito pequenas, semelhantes ás do urato de soda não crystallizado.

Está hoje demonstrado pelos estudos de Bouchut e Empis, que pelo menos dois terços dos doentes de garrotilho contem albumina nas suas urinas o que se conhece, submettendo estas á acção do calor e do acido nitrico, operação que dá em resultado a formação d'um precipitado esbranquiçado, que é a albumina coagulada. A sua quantidade é mui variavel; ás vezes apenas apreciavel, é em geral assaz abun-

dante para ser vista a certa distancia: tambem é só por excepção que ella tem sido encontrada na enorme proporção de 80 por 100.

Será esta alteração das urinas, chamada albuminuria, uma consequencia immediata do garrotinho? Divergem as opiniões, mas nós julgamos que não, se é certo, como acreditamos, o terem alguns auctores verificado a sua presença, já em anginas crustosas, que senão estendiam á larynge, já na diphtherite cutanea d'um vesicatorio sem obstrucção das vias respiratorias. Portanto, parece este facto um phenomeno complexo, que talvez se deve attribuir a causas mui differentes.

«Tem-me parecido, diz Bouchut (*) que a albuminuria podia depender: — 1.º da escarlatina; 2.º da asphyxia — pela congestão que produz nos rins; 3.º da propria diphtherite, emquanto ella é infes-ciosa.

«1.º N'alguns doentes vi o crup, ou tivesse ou deixasse de ter sido operado, complicar-se de escarlatina, depois, consecutivamente á erupção, apparecer uma albuminuria nas mesmas circumstancias, em que ordinariamente se costuma mostrar. D'ahi conclui, que a albumina escarlatinosa podia produzir-se no crup, pela mesma fórma porque se desenvolve independentemente d'elle.

«2.º N'alguns infantes atacados de crup asphyxico, com cyanose do rosto e dos membros, congestão sanguinea geral, a albuminuria cessa no fim d'algumas horas, desde que pela tracheiotomia se restabeleceu a hematose, e se fez desaparecer a hyperemia do cerebro, dos pulmões, da pelle e das principaes visceras, incluindo os rins. São casos, nos quaes a albuminuria parece provir da congestão renal, produzida pela asphyxia; e, sob esta relação, muito se assemelha á que se observa algumas vezes na cholera, nas doenças organicas do coração acompanhadas de estagnação sanguinea geral, no começo d'algumas doenças inflammatorias, etc.

(*) Leçons cliniques.

«3.º Em certos casos, os mais frequentes, a albuminuria parece depender do estado geral que acompanha a diphtherite, qualquer que seja a sua séde, (pelle, nariz, amygdalas ou vias aerias), e veem-se os infantes extinguirem-se muitas vezes á maneira d'aquelles, que se esgotam por uma suppuração abundantissima. Nos rins fórma-se uma congestão, que augmenta seu volume e altera mais ou menos profundamente seu tecido: sob esta relação, a albuminuria diphtheritica é semelhante á que acompanha a infecção purulenta, e que nos fez conhecer Felix d'Arcet. N'este caso particular indica a reabsorpção d'um producto morbido especial, como o outro annuncia o envenenamento pelo pus; e o que ainda mais aproxima estas duas variedades d'intoxicação é a identidade de natureza que se observa nas lesões cadavericas. Os rins são a séde d'uma congestão, que augmenta seu volume, e altera seu tecido. Algumas vezes ha hemorrhagia na pelle e no tecido cellular subcutaneo, e tambem purpura nos pulmões e no peritoneo. Alguns factos me fizeram dizer que a intoxicación diphtheritica era analogá á intoxicación purulenta: mas da analogia á identidade, vai grande distancia.»

Ahi ficam, pois, expostas as ideas de Bouchut sobre a albuminuria dos doentes de garrotinho. Reservamos ainda, para expôr no fim da symptomatologia, o parecer d'outros muitos auctores.

A quantidade d'albumina, variavel como já dissemos, apparece ás vezes com uma intermittencia admiravel. Paillot diz, que em um caso de crup, que curou, se observava albumina nas urinas de dois em dois dias, e isto por espaço de 12 dias, que tanto foi o tempo que durou a doença.

A albumina póde vir acompanhada de edema dos membros e de derramamento de serosidade nas serosas. Paillot observou esta complicação em dois casos, nos quaes a autopsia mostrou os rins hypertrophados, amarellos em parte, e descórados á superficie; os tubos uriniferos estavam muito alterados, privados da maior parte das suas cellulas epitheliaes e infiltrados de granulações gordurosas, como no

primeiro grão da molestia de Bright. Nas duas crianças a molestia tinha só durado oito e onze dias.

Taes são os symptomas do crup, pelos quaes se chega á formação dos tres periodos.

Aqui, do mesmo modo que em todas as molestias, não pôde ser uniforme a sua manifestação, assim como tambem a maneira de ser dos symptomas, não pôde submitter-se por modo algum a quaesquer descripções, que d'elles se façam.

Por isso, o começo rapido do crup na larynge faz com que possa faltar o primeiro periodo, ou pelo menos diminuir-lhe muito a sua duração; o segundo, rarissimas vezes falta. O terceiro, chamado d'asphyxia, pôde chegar á sua terminação, para assim dizer, por tres vias differentes: ou os infantes morrem violentamente com todos os caracteres d'asphyxia apparente (cyanose e anesthesia), ou com todos os caracteres d'asphyxia latente (rosto pallido, dyspnea maior ou menor e perda de sensibilidade mais ou menos consideravel), ou finalmente morrem com todos os caracteres da intoxicação diphtheritica (pallidez pronunciadissima, dyspnea moderada, anesthesia nulla, e uma permeabilidade das vias respiratorias, sufficiente para a introduccão do ar. Este ultimo modo de terminação faz com que o terceiro periodo possa faltar algumas vezes, rigorosamente fallando: porque a anesthesia, seu signal distinctivo, não existe n'este caso. E' que, effectivamente, a rapida intoxicação diphtheritica que então tem logar, não dá tempo a que o crup produza a sua asphyxia e por isso morrem os infantes, victimas d'uma infecção geral e não da suffocação proveniente da lesão local, que não teve tempo para obra.

N'este logar cumpre-nos dizer, que A. M. Barbosa (*) não julga o terceiro periodo do garrotinho tão bem distincto, como quer Bouchut, porque este dá um valor á anesthesia crupal, que aquelle lhe não admite.

(*) Memoria sobre a tracheiotomia no garrotinho, 1863, pag. 57.

Ouçamos as proprias palavras do nosso distincto operador e sabio professor de anatomia pathologica da Escóla de Lisboa.

«Se a anesthesia crupal tivesse todo o valor que lhe attribuiu o snr. Bouchut, seria um excellente meio de distinguir a infecção da asphyxia latente; mas nem sempre a sua existencia pôde elucidar o pratico: porque tenho visto casos de crup infeccioso sem asphyxia, nos quaes se tem manifesta do a insensibilidade cutanea; porque ás vezes ha verdadeira asphyxia, a ponto de matar os doentes, sem comtudo haver abolição da sensibilidade tegumentar senão *prope mortem*; e ainda porque em algumas observações apparece cedo de mais para se dever operar então, ou muito tarde para ser prudente esperar até lá.»

Agora só nos resta apresentar as opiniões, que alguns pathologistas professam relativamente á albuminuria, que frequentes vezes se observa nos doentes de garrotinho.

Teem alguns auctores julgado esta albuminuria um symptoma tão importante, que seria por meio d'elle que se distiguiria o crup dos outros estados que o simulam. Não tendo ainda esta alteração da urina recebido um valor definitivo, convirá estudar sua significação clinica.

A albuminuria provém de causas, que variam, e que convem precisar.

Já disse que Bouchut julga a asphyxia a causa mais frequente da alteração das urinas.

Lorain explica a albuminuria asphyxica por uma hyperemia renal.

E. Robin queria que a albumina das urinas fosse devida á transformação insufficiente da albumina em uréa no acto da respiração; hypothese que foi completamente batida por Jaccoud

Germe julga que na asphyxia a perturbação da circulação venosa produz uma congestão renal, acompanhada pela passagem da albumina para a urina. Verificou este facto nas bronchites capillares e nas chronicas.

Barthez parece admitir que ella depende por vezes da asphyxia. Sêe nega absolutamente a influencia da asphyxia na producção da albumina.

Jaccond, á semilhança do que se observa em todas as febres e phlegmasias febris intensas em que se nota albuminuria, pensa que ella poderá ser devida ao estado geral da economia, será, pois, provavelmente um desvio do typo normal dos movimentos nutritivos, desvio que consiste em uma perturbação passageira ou duravel dos phenomenos d'assimilação e de desassimilação das materias albuminoides.

Lewin crê que a albuminuria só existe na verdadeira diphtheria, e a attribue a uma alteração renal.

Seé viu crups, que tendo todos os caracteres apparentes d'um estado morbido localisado, apresentavam comtudo a alteração dos rins.

Trousseau vê na albuminuria um accidente mui frequente, que actualmente só pôde ter uma significação restricta no que toca ao tratamento e ao prognostico.

Bricheteau considera-a como um symptoma d'um valor limitado, que tanto apparece na fôrma benigna como na grave.

O nosso distincto compatriota, A. M. Barbosa, julga que ella agrava o prognostico, quando não é o resultado da congestão renal; sua desappareição é de bom agouro, e indica a época de retirar as canulas depois da tracheiotomia.

Morax julga que, quando a albuminuria é persistente e abundante, deve ser um signal grave, que indica uma perturbação profunda do organismo.

A albuminuria existe em todas as molestias agudas; logo sua presença não pôde servir muito para o diagnostico da natureza do garrotinho.

E' certamente mais frequente na diphtheria que nas simples inflammções da larynge; mas é só com muita prudencia, que se deve lançar mão d'este conhecimento.

FÓRMAS DO GARROTILO

O garrotinho pôde apresentar-se com fórmulas diferentes: tres, admittem os auctores:

1.º Crup asphyxico: é bocal e então as pseudo-membranas, que existem na parte posterior da cavidade da boca e na parte superior das vias aerias, constituem um obstaculo mecanico á hematose, produzindo rapidamente a asphyxia.

2.º Crup com diphtherite generalisada: as pseudo-membranas estão conjunctamente na pharynge e na larynge; espalham-se pelas narinas e pelos pontos onde a pelle está desnudada. N'esta fórmula a intoxicação geral não dá tempo a que as pseudo-membranas obstruam as vias aerias: mata rapidamente os doentes, e a autopsia mostra effectivamente que a larynge ainda era permeavel.

3.º Crup pultaceo: quando o crup é complicado d'escarlatina, as producções membranosas falsas teem a apparencia molle e a consistencia pultacea, que se considera como o caracter da angina escarlatinosa.

MARCHA

Não é raro vêr o crup attingir o periodo asphyxico em tres ou quatro dias: mas o mais habitual sempre é gastar sete ou oito dias para lá chegar; ás vezes leva mais tempo, e Paillot cita um facto de um doente seu, cuja molestia durou mais de tres semanas. Alguns auctores admittem o garrotinho no estado chronico, fundados talvez em alguns casos d'aquella ordem.

Poderá o crup ser intermittente? Crêmos que não: e os poucos casos de que fallam alguns praticos, pertenceriam antes ao falso crup do que ao verdadeiro garrotinho.

O crup, quando muito, é remittente, quero dizer que a sua intensidade pôde diminuir mais ou menos, segundo a expectoração das novas produções fôr maior ou menor, para depois recrescer com o apparecimento de mais pseudo-membranas.

COMPLICAÇÕES

As molestias que pôdem complicar o garrotinho são muitas, variando com a natureza d'ellas as influencias que exercem. Variola, es-carlatina, sarampo, coqueluche, anasarca, nephrite albuminosa, pneumonia, bronchite, diphtherite generalisada, coryza crustoza, angina crustoza, taes são as molestias, que podem complicar o crup, quer antes, quer depois da tracheiotomia.

A complicação mais frequente, e ao mesmo tempo a mais perigosa, é comtudo a pneumonia; e, nos infantes, é principalmente a pneumonia lobular, que principia por uma brouchite, a qual pôde resultar, ou do mesmo garrotinho ou então da tracheiotomia.

As febres eruptivas, quando apparecem, são quasi sempre regulares.

Em geral, a angina e coryza crustoza são antes o ponto de partida do crup, do que a sua extensão, o que todavia se pôde dar. Pela dôr que causam, ou pelo obstaculo mecanico, que imprimem á respiração, tornam-se verdadeiras complicações, que impedem mais ou menos a deglutição na lactação.

DIAGNOSTICO

É em geral facil o diagnostico do garrotinho. Ha uns certos signaes, que não pôdem deixar duvida, quando apparecem todos: a apho-

nia da voz e da tosse, os accessos de suffocação, a dyspnea e o sybilo laryngo-tracheial são symptomas d'um immenso valor. Pódem comtudo dar-se ás vezes alguns erros de diagnostico, tomando-se por garrotinho alguma laryngite estridulosa, ou laryngite aguda simples com broncho-pneumonia, casos em que se pôde praticar a tracheiotomia para cumprir o preceito de operar antes do periodo de asphyxia.

As doenças, que mais se pôdem confundir com o crup, são o falso crup, a laryngite aguda simples nas criancinhas, o catarro suffocante, o edema da glotte e finalmente a tracheiite pseudo-membranosa.

Para fazer o diagnostico differencial entre o verdadeiro e falso crup, exporemos simplesmente, e por suas proprias palavras, o seguinte facto pertencente a Paillot: «Ultimamente um infante, que nada auctorisava a suppôr doente, foi de repente, durante o somno e no fim da noite, assaltado d'um violento accesso de suffocação com sybilo laryngo. tosse rouca e seca, aponia e febre. Como a morte se julgasse proxima, promptamente o conduziram ao hospital de Santa-Eugenia, para lhe serem applicados os soccorros da medicina. Um vomitivo bastou para o tirar d'este estado, e no fim de tres dias, sahia curado do hospital, conservando apenas alguma tosse catarrhal.»

Aqui está, pois, esta observação que caracteriza perfeitamente por seus symptomas subitos, a laryngite estridulosa, que differe do garrotinho pela ausencia de pseudo-membranas, pelo principio subito de suffocação, apparecendo no meio da noite e sem previa mudança do estado de saude, sendo seguida da tosse catarrhal, e finalmente por faltarem todos os indicios de albuminuria e de anesthesia. Logo é, a marcha progressiva dos phenomenos o signal mais certo do garrotinho.

A auscultação é de pouca importancia, porque o murmurio respiratorio, difficilmente se ouve.

Na laryngite aguda, faltam as pseudo-membranas e a albuminuria; a tosse e a voz são roucas, mas não extinctas. Não se observa o sybilo laryngo-tracheial, nem suffocação, e o murmurio respiratorio normal, ouve-se por todo o peito.

Pelo que respeita á tracheite pseudo-membranosa, é rarissimo que ella exista só: o mais das vezes complica o crup, e n'estes casos seu diagnostico não é possível senão quando o doente tem expulsado produções membranosas, que poderão indicar a séde da affecção pelo seu comprimento e pela sua fórma.

O que distingue o edema da glotte do crup vem a ser—raridade da laryngite edematosa nas crianças, difficuldade extrema da inspiração e facilidade da expiração, quando no garrotinho ambos os tempos da respiração se fazem com igual difficuldade.

A bronchite capillar ou catarrho suffocante pôde ser tomada por um garrotinho e tem até já levado alguns praticos a fazerem a tracheiotomia, de tal ordem pôdem ser os phenomenos asphyxicos que acompanham tambem este catarrho.

No catharrho suffocante ha a dyspnea excessiva, a cyanose e anesthesia completa, mas a tosse é grossa e a voz não é extincta; não ha sybilo laryngeo nem accesso de suffocação. Ouve-se pela auscultação disseminados por todo o pulmão, ralas mucosas e subcrepitantes, as quaes faltam no garrotinho.

PROGNOSTICO

O prognostico do garrotinho é gravissimo sempre, porque é grande a mortalidade que faz, e porque são muito incertos os meios therapeuticos até hoje propostos para combater esta terrivel molestia.

Esta gravidade varia, porém, com as seguintes circumstancias: fórma do garrotinho, complicações, séde e extensão das pseudo-membranas.

Quando esporadica, a doença é benigna, simples, local, e com a gravidade que em geral tem toda a molestia esporadica. O contrario se observa logo que a doença seja epidemica; então a maior parte

dos doentes morrem, e a sua morte pôde ser causada pela asphyxia, pela intoxicação diphtherica, pela pneumonia, pela brouchite crustosa, pela nephrite albuminosa, etc., etc.

Nota-se, porém, o que é de extravagante no resultado d'estas epidemias de garrotinho: vê-se, effectivamente, n'uma certa quadra do anno, n'um mesmo hospital e debaixo da influencia da mesma therapeutica, uma epidemia de garrotinho causar uma mortalidade extraordinaria, enquanto que n'outra época do mesmo anno, no mesmo hospital e com o mesmo tratamento, o numero das victimas é muitissimo menos consideravel.

A mais grave de todas as complicações ô, pelas razões já n'outro logar expostas, a diphtherite generalisada. N'esta complicação, a morte é quasi sempre a regra.

A pneumonia lobular vem em seguida á precedente; é porém, menos mortal.

A albuminuria tambem faz engravecer o mal, por causa do enfraquecimento consideravel que produz, assim como pelo edema e anasarca: mas, para que produza taes effectos, é necessario que ella seja abundante e persistente. De contrario, é pouco grave e desaparece logo que o ar pôde entrar livremente nos pulmões.

Bouchut julga indicio de cura proxima o desaparecimento da albuminuria. A. M. Barbosa, tambem compartilha d'esta opinião.

SEGUNDA PARTE

THERAPEUTICA DO GARROTILO

La therapeutique du croup est de toutes les parties de l'histoire de cette maladie, celle qui a été le plus longuement traitée; malheureusement, l'abondance de biens est ici plus nuisible qu'utile, et au milieu du dédale de médicaments vantés par les uns, dépréciés par les autres, le praticien manque d'un fil qui puisse lui servir de guide dans cet inextricable labyrinthe.

M. M. RILLIET ET BARTHEZ

E' extensa a lista dos medicamentos, que teem sido propostos para combater o garrotinho. Cada auctor, reprovando d'um modo mais ou menos absoluto a pratica de seus predecessores, indicava um medicamento, que tinha como um optimo especifico do garrotinho. D'este proceder arbitrario nasceu essa serie immensa de medicamentos, cujos effeitos therapeuticos no crup, são infelizmente de bem pouca estabilidade.

M. M. Rilliet e Barthez, em poucas palavras, exprimem bem

o estado em que esta parte do crup se acha actualmente. «A therapeutica do crup é, de todas as partes da historia d'esta doença, aquella que mais longamente tem sido tractada; infelizmente, a abundancia de bens é aqui mais prejudicial que util, e no meio do dédalo de medicamentos gabados por uns, depreciados por outros, o pratico carece ainda d'um fio, que possa guial-o n'este inextricavel labyrintho.»

Sem nos querermos demorar com a enumeração das tentativas, feitas no seculo actual pelos medicos com o fim de melhorar a therapeutica do garrotinho, diremos sómente que dois vultos gigantes da medicina moderna, M. M. Bretonneau e Trousseau, pela sua aturada dedicação e pelo seu entranhado zelo pelo estudo do crup, conseguiram fazer progredir o seu tratamento.

Este é de duas ordens—medico e cirurgico.—Houve tempo em que o tratamento medico predominava exclusivamente na sciencia. Era a unica fonte, aonde os praticos iam beber os soccorros, com que tinham de combater tão terrivel inimigo. Hoje, porém, o medico clinico não recorre sómente a um d'estes tratamentos, mas sim a ambos: usa primeiramente dos meios pharmacologicos com certa prudencia e até certo ponto, além do qual não lhe é dado o passar, sem incorrer em tremenda responsabilidade. Desde o momento em que reconhece que semelhante tratamento não aproveita, e que a doença longe de diminuir augmenta, tem o facultativo rigoroso dever de abandonar o tractamento medico, para recorrer ao cirurgico.

Por não ser aqui logar proprio para isso, só mui summariamente fallaremos dos meios medicos: é sob o aspecto cirurgico, que promettemos encarar o tratamento do crup na nossa these. Forcejaremos, pois, por cumprir essa promessa.

TRATAMENTO MEDICO

Carou e seus sequazes pretenderam estabelecer, que a tracheiotomia devia ser praticada desde o momento em que estivesse confir-

mado o garrotilho. Trousseau, sustentando que a tracheiotomia é mais feliz nos seus resultados, sempre que o infante está virgem de medicamentos, também foi dar reforço áquella opinião. Mas bem sabem todos, como n'esta parte tem variado o modo de pensar do mais estrenuo defensor, que hoje conta a tracheiotomia. E' que a observação successiva dos factos mostrou claramente a Trousseau, que elle seguia um caminho errado, e que os meios pharmacologicos só por si pôdem dar mais curas do que os cirurgicos.

A opinião de Carou deve pois ser abandonada, por isso que vae de encontro á observação, primeira necessidade a que é preciso attender em todas sciencias praticas, e muito principalmente em medicina—*Ars tota in observationibus.*

As applicações medicas teem tido, e ainda hoje teem por fim fazer diminuir a inflammação laryngea, combater a sua especificidade pelas emissões sanguineas. pelos revulsivos, pelos alterantes e finalmente por meios mecânicos, que possam desembaraçar o tubo aereo das pseudo-membranas e demais corpos estranhos, que elle continha.

ANTIPHLOGISTICOS—Esta pratica, que por tanto tempo foi exaltada, está hoje completamente reprovada pela maioria dos pathologistas. Todavia é opinião nossa que, em casos particulares, ainda se poderá usar com vantagem da applicação d'algumas sanguesugas.

EMOLLIENTES.—Estes obram como adjuvantes, e, por isso, são de pouca importancia.

VOMITIVOS—Alguns praticos teem querido banir do tratamento medico do garrotilho os vomitivos; e outros tem até chegado a excluir todo o tratamento medico; porque, dizem elles, o tratamento cirurgico é o unico sancionado pela pratica e pela razão. Admira-nos, que se possa proferir uma tal blasphemia. É certamente dar pouco valor aos resultados obtidos pelos vomitivos; tanto no começo d'este seculo, como mesmo em nossos dias, resultados que nos levam a acreditar que,

se pudesse haver um tratamento que devesse ser instituído segundo a pratica e o raciocinio, esse tratamento devia ser de natureza medica, antes do que de natureza cirurgica. Valleix assignala aos vomitivos um valor importantissimo no tratamento dos garrotiños: administrou o tartaro emetico só, ou misturado com a ipecacuanha, que rarissimas vezes se dá tambem sem ser conjunctamente com aquelle. Eis o que o mesmo Valleix nos diz:—«Em 53 casos, empregou-se 31 vezes, como medicação principal, o emetico e a ipecacuanha, e houve 15 curas, isto é, approximadamente em metade das applicações o effeito foi salutar; emquanto que nos 22 casos, em que os vomitivos foram muito fracamente administrados, apenas houve uma cura: differença enorme que, não obstante o pequeno numero d'observações, me parece ser mais do que uma simples coincidencia.» Continua ainda o auctor—«dos 31 doentes, tratados pelos vomitivos energicos, 26 expulsaram pseudo-membranas pelo vomito, e d'este numero 15, ou quasi $\frac{3}{5}$, curaram. Os outros 5, ao contrario, não expulsaram pseudo-membranas e morreram todos. Nos outros 22 doentes os vomitivos foram dados em dóse muito pequena e como medicação secundaria: dois vomitaram e expelliram falsas membranas, curando-se um d'elles; os outros 20 que não vomitaram porção alguma d'aquellas producções falsas, morreram todos».

Como estes factos de Valleix, podiamos citar outros muitos de diferentes auctores. A maneira porque Valleix prescreve o emetico é a seguinte:

D'um até 6 annos

Receita	{	Tartaro emetico	Cinco centigrammas.
		Agua	Sessenta grammas.
		Xarope commum	Oito grammas.

M.^{da} Para tomar uma colher de quarto em quarto de hora.

De 6 annos para cima é a mesma formula, dando porém 15 centigrammas d'emetico.

Além do tartaro emetico e da ipecacuanha tem sido empregado com o mesmo fim o sulfato de cobre.

Paillot diz, que, para se tirarem bons resultados da applicação dos vomitivos, é necessario administral-os debaixo de certas regras e em doses elevadas. O sulfato de cobre deve ser tomado ás colheres de café de meia em meia hora, na dose de cinco até dezoito grãos n'uma poção.

O emetico é dado da mesma fórma, mas na dose de 10 a 15 grãos.

Os vomitivos devem constituir a base do tratamento medico.

DISSOLVENTES—Como vissem que os alcalis e os acidos tinham alguma acção sobre as falsas membranas, quizeram alguns medicos aproveitar aquellas substancias para o tratamento do garrotilho. Mas quanto chlorato de potassa, quanta amoniaca não seria preciso para tornar alcalino o sangue, a ponto de elle poder dissolver as pseudo-membranas, quando é certo que estas permanecem por espaço de vinte e quatro horas n'uma solução alcalina concentrada, sem se dissolverem inteiramente? É uma idea muito engenhosa, que praticamente não tem significação alguma, e por isso não pôde nem deve ser posta em pratica.

REVULSIVOS—O uso dos vesicatorios sobre as differentes partes do corpo, não produz resultados tão favoraveis, como era para esperar. A sua acção é muito incerta; e, além d'isso, pelas feridas artificiaes, que produzem, predispõem muito para a formação de novas membranas nas differentes partes do corpo, o que é uma complicação sujeita a sèrias consequencias. Não convém, por tanto, esta medicação.

CAUSTICOS—Tambem julgamos que se deve regeitar este meio de tratamento do garrotilho. As razões, em que para isso nos fundamos, são extrahidas da pouca utilidade pratica da applicação d'estes meios e dos inconvenientes graves, a que a mesma applicação pôde dar lugar.

ALTERANTES—Esta medicação tem sido usada com o fim de modificar o organismo e a natureza da phlegmasia diphtheritica. Bretonneau era muito partidario d'esta pratica, que elle executava prescre-

vendo os mercuriaes em fricções na parte superior do peito, nas axillas, na face interna das coxas e dos braços e dando internamente os calomelanos.

Mas, hoje, esta medicação está quasi abandonada. Os mercuriaes produzem sua acção alterante mui lentamente, e, nas crianças, manifestam principalmente sua acção purgante.

De todos os medicamentos propostos para combater o crup, diz Paillet, nenhum tem sido tão exaltado, como o sulphureto de potassa que muitos clinicos tem posto em uso com mais ou menos vantagem, e que outros regeitam completamente. E' certo que elle não é de todo innocente, e que os factos não são tão numerosos, nem de tal ordem, que nos façam decidir pelo uso d'essa substancia. Esta preparação, assim como muitas outras, está por emquanto dependente de observações ultiores, que confirmem cathegoricamente o seu bom ou mau emprego.

PURGANTES—Nada ha de positivo ácerca da acção dos purgantes no crup, porque elles não teem sido administrados exclusivamente; por isso, actualmente, são tidos como adjuvantes.

Taes são, mui summariamente, os diversos tratamentos medicos, a que os differentes authores teem recorrido, e de que algumas vezes teem tirado bons resultados. E' certo, porém, que o que mais em harmonia está com o raciocinio, e com a mais constante observação dos factos, é o tratamento por meio dos vomitivos. E, por isso, será sempre por este, que devemos começar a nossa lucta contra um tão medonho inimigo.

TRATAMENTO CIRURGICO

Quando se deverá recorrer a este tratamento?

Compõe-se elle de differentes meios, que nem todos são applicaveis nas mesmas circumstancias e nos mesmos periodos. Debaixo d'este

ultimo ponto de vista, dividem-se esses meios em duas ordens, conforme se empregam no primeiro ou no ultimo periodo do garrotinho.

Os phenomenos proprios do terceiro periodo, que já enumerámos, e de que ainda nos occuparemos mais longe, são os que provam a necessidade da tracheiotomia, cuja pratica, por consequencia, deverá ter lugar no periodo asphyxico.

Quando o garrotinho está no começo, faz-se simplesmente a cauterisação das superficies affectadas, por meio do nitrato de prata solidão. Para isso, ajudantes seguram o doente na melhor posição; o medico, com a mão esquerda armada d'um instrumento apropriado, abaixa-lhe a lingua, e com a direita que segura o porta-caustico procede á cauterisação, tendo o cuidado de não tocar nas partes sans. Diz Bouchut, que esta pequena operação, desagradavel ás creanças, lhes determina vomitos difficeis, mas salutaes. Deve ser patcada duas ou tres vezes por dia, em quanto que as pseudo-membranas existirem na pharynge.

Tem-se tambem recommendado a cauterisação por meio d'uma solução de nitrato de prata; mas isto é perigoso e mau, não só porque pôde entrar grande quantidade de liquido na larynge e produzir immediatamente a soffocação, mas tambem porque pôde acontecer, que o caustico liquido vá tocar as partes sans da mucosa e produzir ferimentos, que cobrindo-se depois de falsas membranas, constituem outras tantas complicações. Se, todavia, a pharynge estiver toda coberta pelas producções membranosas, poderá então usar-se de caustico liquido, evitando sempre que a esponja se não imbeba muito na solução; e, havendo feito repentinamente a cauterisação, deverá logo retirar-se a esponja antes que os vomitos sejam muito intensos.

Apenas mencionaremos aqui um outro processo de cauterisação, de que fallam alguns auctores. Referimo-uos á cauterisação com o ferro em brasa, que, pelo horror que causa ás familias, e pela grande difficuldade d'applicação, não ousamos recommendar.

AMPUTAÇÃO DAS AMYGDALAS — Este meio de tratamento é devido

a M. Bouchut, que o criou, quando pensava em substituir todos os meios até então propostos por outro mais seguro nos seus resultados. Elle e outros fizeram essa amputação; e os resultados eram felizes, sempre que assistiram ao começo da doença, que primeiramente se manifestava nas amygdalas.

Paillet, fallando d'esta operação, diz que a angina crustosa é suspenza na sua marcha pela ablação das amygdalas, e que por esta fórma se previne o desenvolvimento do crup; esta ablação é indispensavel, quando a tumefacção das amygdalas põe obstaculo á hematose; a natureza d'esta angina não contra-indica a operação, e não se deve receiar a reprodução das pseudo-membranas sobre a ferida: a amputação dá lugar a uma pequena sangria local, que até é vantajosa; e finalmente, diz Paillet ainda: para que esta operação aproveite, é necessario que a angina crustosa seja simples e sem complicações de pseudo-membranas na larynge.

CAUTERISAÇÃO DA LARYNGE—Eis aqui como M. Loiseau fazia esta cauterisação. A criança está sentada nos joelhos d'um ajudante, contra o peito do qual recosta a cabeça, segura n'essa posição por um segundo ajudante, collocado por de traz do primeiro. Tenha-se á mão um tubo pharyngeo, e o operador, tendo a phalange metacarpianna do seu dedo indicador esquerdo munida d'um anel metallico de dous ou tres centímetros de comprimento, dá principio á operação: abre a boca ao doente e mette rapidamente o dedo até ao fundo da pharynge; depois lança mão do tubo pharyngeo, que segue o dedo indicador até chegar á sua extremidade; em seguida faz-se voltar o instrumento, que facilmente passa a travez da glotte. Por este tubo, assim introduzido na larynge, é facil levar lá materias liquidas ou pulverulentas, bem como uma sonda de gomma elastica, provida de curetas carregada de causticos ou de esponjas.

Este processo tem graves inconvenientes, de que já anteriormente tomámos conhecimento. Quer n'elle se use do caustico solido, quer do liquido, é certo que se pôde muito facilmente cauterisar uma parte

san, e por consequencia provocar uma nova inflammação, coberta tambem de falsas membranas: é levar á doença, já por si tão funesta, uma nova causa d'intensidade: é finalmente favorecer o inimigo em logar de o combater.

Mas os resultados felizes, que esta pratica deu a M. Loiseau e outros, serão devidos á acção dos causticos, ou antes á acção mecanica do instrumento, obrando como um raspador? Muitos adoptam esta ultima opinião, que nos quer parecer a preferivel.

A descripção d'este processo para nós só tem a vantagem de tornar mais facil a pratica de dois outros, que passamos a expôr. São a raspagem e tubagem da larynge (grattage et tubage du larynx.)

RASPAGEM DA LARYNGE.—Todos os meios cirurgicos precedentemente expostos, pôdem ser insufficientes, e até mesmo pôde haver perigo em recorrer a elles, quando o crup estiver na larynge. E' então que a raspagem d'este órgão está indicada. Raspagem, aqui, significa a separação mecanica das pseudo-membranas da larynge por meio d'uma haste qualquer, introduzida n'ella.

Esta ideia, que naturalmente se apresenta ao espirito, foi a primeira vez aproveitada na pratica por Dupuytren.

O manual operatorio d'esta operação é muito simples e vem já descripto no processo anterior. Na raspagem pôde usar-se ou d'uma sonda de borrelete ou da pinça curva n'uma canula elastica, ou d'uma penna com sua rama etc.

O instrumento {deve penetrar com todo o cuidado na larynge; chegado lá, faz-se-lhe descrever movimentos de rotação, que tem por fim destacar as pseudo-membranas.

Parece-nos que a melhor pratica a seguir, antes de proceder ás grandes operações, será principiar pela raspagem, e administrar depois um vomitivo: se, só por si, isto não bastar, recorra-se então á tubagem ou tracheiotomia. Os resultados de qualquer d'estas duas operações não se tornam por isso mais incertos.

A raspagem só por si pôde salvar muitas vezes as crianças, evi-

tando-se d'este modo expôl-as aos riscos d'uma operação sangrenta, que pôde ainda sem inconveniente ser praticada depois da raspagem.

Todos os meios cirurgicos, expostos até aqui, pôdem aproveitar n'um ou n'outro caso particular, mas para assim dizer só dentro dos limites do primeiro periodo do garrotinho. Muitas vezes a molestia tem por tal fórma progredido, que então são completamente impotentes aquelles meios, e o medico ou hade recorrer a outros, ou hade ver succumbir o seu doente victima da suffocação. Estes novos recursos, que a cirurgia lhe fornece, são a tubagem e a tracheiotomia. Antes, porém, de os descrevermos, digamos quaes são os signaes que reclamam o seu auxilio.

Pertencem estes signaes ao terceiro periodo do garrotinho, ao chamado periodo asphyxico. A tosse e a voz são aphonicas, a sensibilidade diminuida, e ás vezes abolida em certos pontos; ha depressão xiphoida e supra-sternal conjuntamente com sibilo laryngo-tracheial; a respiração faz-se com difficuldade, difficuldade que se torna continua. Dizem alguns auctores que existe sempre a cyanose: Bouchut, porém, diz ter observado casos, em que faltavam todos os signaes d'asphyxia, á excepção da anesthesia; d'aqui conclue elle, e devemos nós todos concluir, se aquillo é verdade, que o signal deduzido do exame da sensibilidade tegumentar é d'um grande valor, para que não deva ser muito considerado no ultimo periodo do garrotinho. E' quando a doença está n'estas alturas, que o medico recorre á tubagem ou tracheiotomia, que passamos a descrever.

TUBAGEM.— Foi Desault o primeiro que praticou o catheterismo da larynge, onde deixou uma sonda por espaço de trinta e seis horas. Depois d'elle M. Reybard praticou tambem a tubagem no órgão da phonação e lá deixou por muito tempo o instrumento: finalmente Bouchut concorreu muito para que esta operação se praticasse nos casos de garrotinho. A manobra é a mesma que a do catheterismo da larynge; com a differença que na tubagem se emprega um porta-canula e e uma canula.

Esta pratica cirurgica está hoje completamente abandonada, e por isso não nos demoraremos na sua exposição.

Os inconvenientes da tubagem resultam da presença das mucosidades, que sahem por cima e por baixo, e que ṽo obstruir a canula.

Este meio seria de grande valor, se se podesse usar d'uma dupla canula, como na tracheiotomia; mas até hoje não deu resultados de tal ordem, que justifiquem o seu bom uso.

Accerquemos-nos finalmente da tracheiotomia, ultima fonte cirurgica, a que o pratico pôde recorrer na therapeutica do garrotinho.

TRACHEIOTOMIA—E' esta uma expressão que serve para designar a operação, que tem por fim fazer chegar aos pulmões o ar atmosphérico, cuja passagem se acha impedida pelas falsas membranas do crup.

Vem de muito longe a pratica da tracheiotomia, que muitas vezes se exerceu antes de ser bem determinado o garrotinho. Parece que a Asclepiades, medico grego que viveu um seculo antes de Christo, se attribue a descoberta d'esta operação, cujos meios operatorios teem successiva e progressivamente passado pelas differentes transformações que a historia lhes assignala.

Pôde, porém dizer-se, que foi Home, d'Edinburgh, quem primeiramente tractou d'applicação d'aquella operação ao garrotinho, porque tambem foi elle o primeiro, que mais circunstanciadamente descreveu o crup n'uma obra por elle publicada em 1765.

No cathologo dos auctores, que representam a historia da tracheiotomia, figuram alguns compatriotas nossos, como Amato Lusitano, Zacuto Lusitano, T. R. da Veiga, Semedo, F. Henriques e ultimamente em 1790 um habil medico de Condeixa por nome J. M. Chaves. De nossos dias, é o snr. Barbosa quasi o unico, que, pelas suas noções theoricas e praticas, acompanha todos os progressos porque a tracheiotomia está passando n'algumas nações estrangeiras.

Quando o garrotinho chega ao seu terceiro periodo, ou periodo

d'asphyxia, a abertura da tracheia ou da laringe deve ser praticada, e o medico nunca se poderá esquivar honrosamente a essa obrigação.

Mas deverá sempre praticar-se a tracheiotomia? Não haverá casos, que a contra-indiquem.

Alguns auctores, dominados por um generoso movimento de humanidade, disseram que seria crueldade recusar-se o medico a prestar ás crianças, agonisantes pela asphyxia, esse recurso, que n'alguns casos poderá salvar-as.

Nós não compartilhamos aquella opinião, que tem contra si os factos. Ha, effectivamente, alguns casos em que a operação nada aproveitará ao doente; esses dão-se, todas as vezes que surge alguma complicação grave, e que, não obstante a tracheiotomia, deve produzir a morte n'um curto espaço de tempo. Praticar-a, então, seria comprometter a si e ao infante que morreria mais depressa, por causa desta operação sangrenta.

Tambem não somos d'aquelles, que veem contra-indicações em muitas circumstancias: todas as vezes que houver algumas probabilidades, ainda que insignificantes, de se poder salvar o doente, deve este ser operado: o medico nunca deverá roubar ao infante, que vai morrer, essa taboa de salvação, em quanto tiver esperança de o poder curar.

Por isso, as contra-indicações formaes da tracheiotomia são para nós apenas as duas seguintes:

1.^a O apparecimento de falsas membranas em certas partes do corpo, como na vulva, na boca, nas partes lateraes do collo e no nariz. Effectivamente, quando apparecem estas falsas producções, é porque já ha no organismo uma intoxicção geral, que podemos denominar diphtheritica, e que faz morrer todas as crianças, que estão sob a sua influencia: n'estes casos a operação não faz senão apressar a morte.

2.^a A pneumonia dupla: estado gravissimo para as crianças, e, tanto, que são quasi sempre victimas d'agudeza d'esse padecimento. Ora, como o mal engravesce quando se pratica a tracheiotomia não deveremos em taes casos valer-nos de similhante meio.

Citam-se muitas outras circumstancias, que pôdem tornar duvidoso o bom exito da tracheiotomia, mas que não a contraindicam formalmente. Os que curam de exaltar os bons effeitos d'esta applicação cirurgica, estabelecem muitas contraindicações, certamente com o fim de fazerem recahir sobre ellas a gravidade da operação, explicando por esta fórma seus infelizes resultados.

Examinemos os fundamentos d'essas principaes contraindicações.

Phthisica confirmada. E' uma doença gravissima, por isso que mata quasi todos os individuos que d'ella soffrem. Mas ella e o garrotinho terão por ventura a mesma marcha? Terão a mesma terminação? Geralmente a marcha da phthisica é chronica, e algumas vezes o doente vive muitissimo tempø; ao contrario, o crup apresenta-se com marcha essencialmente aguda, durando apenas alguns dias.

Demais, doentes de crup com esta complicação teem sido operados com feliz resultado. A. Barbosa só admite a operação, quando a phthisica está no primeiro grão, ou simplesmente quando ha suspeita da sua existencia

A diarrhea é inoffensiva, quando não está ligada a alguma alteração geral do organismo.

A coryza diphtherica, diz o sr. Barbosa, quando muito extensa, contraindica a operação; mas alguns praticos nem então lhe dão as honras de contraindicação.

O mesmo dizemos a respeito da bronchite e tracheite diphthericas. N'estes dois estados as pseudo-membranas prolongam-se muito pela tracheia e chegam mesmo ás ramificações brochicas, como por vezes se tem observado nas autopsias e até em membranas expellidas pelos vomitos, pela tosse ou pela raspagem, e que tinham o aspecto quasi perfeito da arvore bronchica. De mais attendendo a que os corpos estranhos do tubo aereo são mais facilmente expellidos por uma abertura artificial da tracheia do que pela glotte, somos levados a admittir que ainda n'estas circumstancias a tracheiotomia deve ser util.

A idade dos doentes era tambem tida como contraindicação. Jul-

gava-se que a operação nunca aproveitava abaixo de dois, e acima de sete annos. A. M. Barbosa, pela estatística de factos seus e de outros auctores, prova a asserção de tal operação : a este respeito estabelece elle na sua memoria a seguinte conclusão: «A idade em que a tracheiotomia é mais vezes seguida de cura, isto é, o periodo da vida mais favoravel ao bom resultado da tracheiotomia, é o que vaee dos tres aos sete annos; mas quasi nenhuma idade por si só contraindica a operação».

Emquanto ao sexo, não está determinado que possa influir diversamente no resultado da tracheiotomia.

Pelo que respeita ainda a muitas outras circumstancias taes como—tratamento anterior do garrotilho pelos antiphlogisticos, febres eruptivas anteriores, a accumulção dos doentes, não as consideramos de tal ordem, que possam contraindicar a operação, quando ella seja reclamada pelos signaes, já expostos n'outro logar.

As estações tambem exercem tal qual a influencia; mas em todas se póde fazer a operação com bons resultados n'alguns casos. Mostra com tudo a observação, que o outomno e a primavera são aquellas em que ella mais aproveita.

Expostas as indicações e contraindições da tracheiotomia, descrevamos agora o seu manual operatorio.

Poucos são os operadores que não tenham creado ou modificado algum instrumento para esta operação; descreveremos simplesmente os principaes, que para nós são os seguintes: dois bisturis, um recto e ponteagudo, outro botonnado (botonneau); o primeiro serve para abrir caminho até á tracheia, o segundo para dilatar a ferida a fim de melhor entrar a canula. Uma sonda de rego flexivel, pinças de disseção e de pressão continua, erinas ou ganchos rombos, dilatador, canulas, pinça de Guersant, lanadas d'esponja ou crina, aspirador tracheial de Guersant.

DILATADOR—Conservar aberta a solução de continuidade da tracheia, para extrahir o sangue, mucosidades e pseudo-membranas, que

existem dentro, e finalmente auxiliar a introdução da canula, taes são os fins d'este instrumento. Tem-se creado differentes fórmias de dilatadores, mas, os que mais estão em uso, são os de Trousseau, Laborde e Garnier.

O primeiro apresenta a fórmula de uma pinça de ramos, curvos a partir da articulação, e que terminam por pontas rombas e lanceoladas, que se afastam, quando se fazem aproximar os aneis por meio de certa móla. O afastamento maximo d'estes ramos é de 2 1/2 centimetros, o qual se obtem, quando os aneis estão unidos.

O dilatador de Laborde é uma modificação do de Trousseau. Em logar de dois, tem tres ramos a pinça; o terceiro é munido d'uma gotteira, onde, quando o instrumento está fechado, assentam os dois ramos lateraes pela sua parte inferior. Este dilatador tem sobre o precedente a vantagem de dilatar mais a abertura da tracheia, e pôde por isso ser mais pequena a sua incisão, e, ao mesmo tempo pôde levar pela sua gotteira a canula ao interior da tracheia.

O dilatador de Garnier não tem vantagens reaes sobre estes dois ainda que seja o preferido no hospital de Sainte-Eugenie.

CANULA — D'esde Fabricio d'Aquapendente, o primeiro que usou da canula, até nossos dias, tem ella successivamente passado por diversos aperfeiçoamentos: Monoir, de Genebra, assignalou-lhe a fórmula curva, e o dr. George Martin em 1730 teve a idea da canula dupla, que, antes de ser curva como hoje é, tinha a fórmula recta.

Por motivos, faceis de prevêr, a canula dupla e curva deverá sempre preferir-se na tracheiotomia. O comprimento e diametro d'este instrumento devem ser regulares: uma unica canula não pôde servir para todas as idades, pois que o diametro da tracheia não é o mesmo em todos os periodos da vida. Para satisfazer a esta indicação, é que Trousseau creou as suas seis variedades de canulas, com as quaes pretende satisfazer a todos os casos.

Mas a canula de Trousseau, pelo lado que fica dentro da tracheia, não conserva o parallelismo com ella; e isto é um grande inconveniente, que differentes auctores tem querido corrigir.

Luër usa como Trousseau, de canula dupla, curva, de prata, com curvatura de um quarto de circulo e tendo a extremidade interna cortada obliquamente e em fórma de bocal de clarinete: é n'este córte que differem as duas canulas de Luër e de Trousseau que faz cortar a sua perpendicularmente ao eixo.

A canula de Luër compõe-se d'um pavilhão movel, ligeiramente curvo para assentar melhor no pescoço; no centro d'este pavilhão está uma abertura em que gira a canula dupla, e nos lados estão as competentes azelhas para fixar o instrumento por meio de duas fitas. Por fóra d'esta abertura central ha dois aros igualmente de prata, em que giram dois pequenos prolongamentos, existentes nas partes lateraes do rebordo da canula externa; em tudo o mais esta canula é como a de Trousseau.

E' importante a modificação que Luër imprimiu á canula de Trousseau; porque acompanhando até certo ponto os movimentos da tracheia, previne as ulcerações e irritações do mesmo orgão, o que não se dá com a canula fixa. Tem, porém, esta canula o grave inconveniente de poder facilmente sahir da tracheia, por causa da grande mobilidade.

Charriere, dando a direcção perpendicular ao ramo destinada a entrar na tracheia, destruiu aquelle inconveniente: mas, por ser de pavilhão fixo a sua canula tem tambem o defeito de exercer uma grande pressão na superficie interna da tracheia, todas as vezes que ella se move exageradamente. Charriere, para fazer passar a canula interna pela externa, em parte recta, e em parte curva, construiu aquella de duas partes desiguaes, das quaes a inferior, mais pequena, se articula em dois pontos oppostos, para d'esta fórma se poder tambem mover em direcções contrarias, e por consequencia seguir as diversas direcções da canula exterior.

Para nós será preferivel a canula de A. M. Barbosa, dignissimo professor de anatomia pathologica da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa.

Este distincto operador, que entre nós tem sido incansavel em

defender a pratica da tracheiotomia no garrotinho, fez construir uma canula, em que estão reunidas as vantagens das de Charriere e Luer, sem com tudo ter os seus inconvenientes.

Esta canula, dupla, com pavilhão movel, curva superiormente e recta sómente na parte que fica dentro da tracheia, foi já experimentada por seu proprio auctor, que se deu perfeitamente com a sua applicação.

A pinça de Guersant serve para extrahir as pseudo-membranas.

As lanadas d'esponja ou crina são empregadas para limpar a canula e a tracheia.

O aspirador tracheial de Guersant tem por fim aspirar o sangue, que por ventura penetre na tracheia.

Além d'estes instrumentos, deve o operador estar prevenido com duas fitas para segurar a canula, uma gravata de cassa, que possa dar tres ou quatro voltas, esparadrapo, linhas enceradas, uma thesoura, tenaculo e finalmente uma pinça de pressão.

São estes os instrumentos usados no processo de Trousseau, que vimos descripto na memoria de A. M. Barbosa, e que adoptamos com as pequenas modificações, que este auctor lhe faz, por nos parecer o mais conforme com a boa pratica.

PROCESSO OPERATORIO—O doente deve estar deitado em um leito pequeno, situado defronte de uma janella; um pouco por baixo das costas e da parte posterior do collo mette-se um travesseiro com o fim de elevar a região sobre que se ha de operar; um ajudante segura n'esta posição a cabeça do doente; outro, posto do lado do operador, auxilia-o nas suas diversas manobras. E' preciso ainda um terceiro ajudante para fixar o tronco e os membros.

Antes de principiar a operação, alguns praticos recorrem á anesthesia peto chloroformio.

Por dois motivos regeitamos tal proceder: 1.º porque está o doente n'um certo gráo d'insensibilidade, que dispensa o emprego de tal

meio, 2.º porque o chloroformio é contraindicado n'esta molestia por causa do seu começo d'asphyxia.

O operador, collocado em posição, busca a região correspondente ao tuberculo cricoideo, para d'ahi começar a incisão cutanea; pega com a mão direita no bisturi, e, repuxando com a esquerda a pelle da região tracheial, faz uma incisão que abranja a pelle e fascia superficialis, estendendo-se desde o tuberculo cricoideo até um centimetro acima da forquilha. Este é o primeiro tempo da operação.

No segundo tempo, depois d'enxuto o sangue da incisão precedente, o bisturi, guiado pela sonda canulada, vai cortar a linha branca, que estava já a descoberto; e, não existindo esta, cortam-se os musculos sterno-thyroideos e sterno-hyoideos, no ponto onde se unem pelos seus bordos internos, e conservam-se depois affastados por meio das esinas.

Feito isto, e lavada a ferida, o operador tem á vista a tracheia, onde observará, a principiar da parte superior, o corpo thyroideo, plexo venoso thyroideo, arteria do mesmo nome (se é que existe): pôdem ainda encontrar-se mais para baixo o tronco innominado e a veia subclavia esquerda, que se devem poupar, assim como todos os vasos em que isso seja possível, para d'este modo se evitarem hemorragias, que pôdem ser prejudiciaes.

O terceiro tempo é assinalado pela punção do bisturi, cravado perpendicularmente na cartilagem cricoidea; eleva-se o cabo do instrumento, e pratica-se depois uma incisão vertical que tenha pelo menos centimetro e meio.

No quarto e ultimo tempo, depois que está o caminho aberto, o dilatador de Trausseau, guiado pela unha do dedo indicador esquerdo, é levado á tracheia com o fim de se oppor á entrada do sangue na garganta, e entrada do ar no tecido cellular do pescoço. Em seguida abre-se o dilatador, e faz-se levantar a cabeça ao doente, para, pela provocação da tosse, sahir o que houver na tracheia: aquellas membranas que não sahirem livremente pelo dilatador assim aberto, serão

extrahidas com a ajuda de pinças: mette-se na ferida a canula dupla competente, que se fixa por meio das fitas, depois de haver sido retirado o dilatador.

Se, depois de fixa a canula, a respiração ainda é muito difficil, leva-se ao interior da tracheia uma lanada de esponja humedecida; e se isto não basta para facilitar a respiração, deve-se julgar então gravissimamente perigoso o doente, por isso que as membranas falsas estão muito adherentes, e descem muito abaixo na tracheia.

Ainda n'estas circumstancias recommendam alguns facultativos, que se sôrvam por instrumentos proprios ou pela applicação directa dos labios do operador sobre a ferida, as producções membranosas depositadas na tracheia.

Reprovamos completamente, que seja o operador que pela sua propria boca, sôrva os contentos da tracheia, servindo-nos de fundamento para esta reprovação, a natureza contagiosa do crup e a morte d'alguns operadores a quem a sorte desfavoreceu com accidentes d'esta ordem.

Depois de tornada a respiração mais facil, aperta-se frouxamente a gravata de cassa, dobrada em muitas voltas. E' indispensavel o uso d'esta gravata, não só para não deixar penetrar no tubo respiratorio, ar frio, que pôde causar pneumonias e bronchites capillares, mas tambem para não deixar seccar o muco que está na tracheia.

Tal é o manual operatorio da tracheiotomia no garrotinho, como nós entendemos que ella deva ser. Operadores consumados poderão prescindir de tantos instrumentos, poderão mesmo reduzir os 4 tempos em que dividimos esta operação, mas, ousamol-o dizer, não andam avisadamente: o seu proceder pôde trazer accidentes, que se teriam evitado seguindo o manual operatorio, que fica descripto.

FIM.

ESTATISTICA DE DIVERSOS CASOS DE GARROTILO, OPERADOS POR ALGUNS
OPERADORES PORTUGUEZES ATÉ 1863 (1)

NOMES DOS OPERADORES	NUMERO DE SUAS OPERAÇÕES	RESULTADO DAS OPERAÇÕES	
		CURADOS	MORTOS
Antonio Maria Barbosa.....	14	6	9
Joaquim Theotonio da Silva.....	15	4	10
Oliveira Soares.....	2	0	2
Angelo de Sousa.....	1	0	1
Motta e Figueiredo.....	1	0	1
José Galdino de Carvalho.....	3	1	2
Henrique Teixeira.....	1	1	0
Teixeira Marques.....	1	0	1
Antonio Mendes Pedroso.....	1	0	1
Antonio Bernardino d'Almeida..	1	0	1
Total.....	40	12	28

(1) Foi este quadro estatístico, extrahido da bem elaborada Memoria sobre a tracheiotomia no gorrotilho, devida ao habil professor o sr. A. M. Barbosa. Tencionavamos, quando resolvemos escrever sobre o crup, amplificar este quadro com os demais factos que desde a publicação do snr. Barbosa até á época actual, se tem dado entre nós. Foram-nos, porém, baldados todos os esforços que para tal fim empregamos.

QUADRO ESTATISTICO DOS CASOS DE GARROTILO, OBSERVADOS NO HOSPITAL DE SAINTE-EUGÉNIE DESDE O 1.º DE JANEIRO ATÉ O 1.º DE JULHO DE 1860

NUMERO DOS CASOS DE GARROTILO	CASOS OPERADOS		CASOS NÃO OPERADOS		
	282		77		
	Curados	Mortos	Curados	Mortos	
1.º semestre de 1858..	Raparigas..... 25	3	20	1	1
	Rapazes..... 32	7	20	2	3
2.º semestre de 1859..	Raparigas..... 38	6	24	3	6
	Rapazes..... 50	5	34	4	6
1.º semestre de 1859..	Raparigas..... 45	7	26	6	6
	Rapazes..... 46	3	33	3	7
2.º semestre de 1859..	Raparigas..... 29	2	24	2	1
	Rapazes..... 38	8	30	5	5
1.º semestre de 1860..	Raparigas..... 21	4	15	2	0
	Rapazes..... 35	2	19	4	10
Total.....	359	47	245	32	45

QUADRO ESTATISTICO DOS CASOS DE GARROTILO, OBSERVADOS NOS HOSPITAES DE SAINTE EUGÉNIE DE PARIS, E CHARITÉ DE LION, NOS ANNOS DE 1850 E 1854 (2)

HOSPITAES	NUMERO DOS CASOS	CASOS OPERADOS		CASOS NÃO OPERADOS	
		Curados	Mortos	Curados	Mortos
Sainte-Eugénie	Rapazes..... 54	3	36	7	8
	Raparigas..... 38	5	25	2	6
Charité.	Rapazes..... 2	1	0	0	1
	Raparigas..... 2	0	1	1	0
Total.....	96	9	62	10	15

(1) Estatística, extrahida da thèse de Mr. Charles—L. J. Saint-Laurent, pag. 15,

(2) Thésés de Almir J. C. Garnier em 1860 e de A. Auguste Leydier em 1854.

PROPOSIÇÕES

1.^a ANATOMIA. — Ha verdadeira analogia entre o esqueleto dos membros thoracicos e abdominaes.

2.^a PHYSIOLOGIA. — Não póde admittir-se qualquer das theorias, que busca comparar o aparelho vocal a um dado instrumento de musica exclusivamente.

3.^a MATERIA MEDICA. — Reprovamos a divisão dos medicamentos em hyposthenisantes e hypersthenisantes.

4.^a PATHOLOGIA CIRURGICA. — O cancro não é sempre em todo o periodo da sua evolução uma affecção local ou geral.

5.^a MEDICINA OPERATORIA. — Na operação da hernia inguinal estrangulada, o processo das incisões multiplas deve sempre preferir-se.

6.^a PARTOS. — Nos grandes apertos da bacia, o parto provoca-do deve preferir-se ao methodo debilitante.

7.^a PATHOLOGIA INTERNA. — A cólera-mórbus é contagiosa.

8.^a ANATOMIA PATHOLOGICA. — O pus phlegmonoso é differente do pus dos abcessos frios.

9.^a HYGIENE PUBLICA. — Reprovamos a instituição das rodas.

Approvada.

Dr. José Carlos, presidente.

Póde imprimir-se.

Porto, 18 de Março de 1868

Dr. Assis,

Director.