

V.6/554

THESE

Une thèse excellente,.....

.....

.....

Jamais d'un écolier ne fut l'apprentissage.

(BOILEAU.)

V.6/115

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA.—TRACHÉOTOMIA

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

SECÇÃO ACCESSORIA.—Atmosfera

TERCEIRO PONTO

SECÇÃO CIRURGICA.—Do thrombo vulvo-vaginal

QUARTO PONTO

SECÇÃO MEDICA.—Signaes tirados das funcções de reproducção.

THESE

APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 31 DE AGOSTO DE 1876

E PERANTE ELLE SUSTENTADA

A 14 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

Antonio Saturnino Gomes de Freitas

Doutor em Medicina pela mesma Faculdade

NATURAL DA PROVINCIA DE MINAS-GERAES

FILHO LEGITIMO DE

MANOEL SATURNINO GOMES DE FREITAS

E DE

D. RITA JACINTHA GOMES DE FREITAS

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE E. & H. LAEMMERT

71, Rua dos Invalidos, 71

1876

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS.

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Doutores:

PRIMEIRO ANNO

F. J. do Canto e Mello Castro Mascarenhas. (1ª cadeira). Physica em geral, e particularmente em suas applicações a Medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle . . . (2ª »). Chimica e Mineralogia.
Luiz Pientzenauer . . . (3ª »). Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoa (presidente). (1ª cadeira). Botanica e Zoologia.
Domingos José Freire Junior . . . (2ª »). Chimica organica.
Francisco Pinheiro Guimarães . . . (3ª »). Physiologia.
Luiz Pientzenauer, (examinador) . . . (4ª »). Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães . . . (1ª cadeira). Physiologia.
Cons. Antonio Teixeira da Rocha . . . (2ª »). Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . (3ª »). Pathologia geral.
Vicente Candido Figueira de Saboia . . . (4ª »). Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França. . . (1ª cadeira). Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva . . . (2ª »). Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior . . . (3ª »). Partos, molestias de mulheres peçadas e de recém-nascidos.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva. . . (1ª cadeira). Pathologia interna.
Francisco Praxedes de Andrade Portence. (2ª »). Anatomia topographica, medicina operatoria e appparelhos.
Albino Rodrigues de Alvarenga. . . (3ª »). Materia medica e therapeutica.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa . . . (1ª cadeira). Hygiene e historia da Medicina.
Barão de Theresopolis. . . (2ª »). Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos . . . (3ª »). Pharmacia.
João Vicente Torres-Homem. . . (4ª »). Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Agostinho José de Souza Lima (examinador). . . }
Benjamin Franklin Ramiz Galvão. . . }
João Joaquim Pizarro. . . } Secção de Sciencias Accessorias.
João Martins Teixeira . . . }
Augusto Ferreira dos Santos . . . }

Claudio Velho da Motta Maia. . . }
José Pereira Guimarães (examinador). . . }
Pedro Affonso de Carvalho Franco. . . } Secção de Sciencias Cirurgicas.
Antonio Caetano de Almeida . . . }

José Joaquim da Silva . . . }
João José da Silva . . . } Secção de Sciencias Medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli. . . }

N.B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas Theses que lhe são apresentadas.



À MEMORIA DE MEUS DESVENTURADOS PAIS :

O SENHOR

Manoel Saturnino Gomes de Freitas

E A SENHORA

D. Rita Jacintha Gomes de Freitas.

AOS MEUS PROTECTORES, MEUS PRIMEIROS, MEUS DISTINCTOS AMIGOS

O MEU IRMÃO E COMPADRE

O SENHOR

JOSÉ SATURNINO GOMES DE FREITAS

E Á SUA FAMÍLIA.

E o Illustrissimo Senhor

MATTHEUS ALVES DE SOUZA

E á Sua Excellentissima Familia

O. D. e C.

Este primeiro fructo de meus trabalhos, como testemunho perenne da minha amizade (sem prestimos, reconhecimento) e da minha gratidão sem limites

AOS MEUS AMIGOS

O Autor.



V. 6/118

DISSERTAÇÃO

TRACHÉOTOMIA

Nous montrerons la bronchotomie comme une des opérations les plus belles et les plus efficaces qu'il soit donné au chirurgien de pratiquer. Faite en effet dans des circonstances favorables, elle soustrait instantanément le patient à une agonie pleine d'angoisses et de périls; elle opère dans quelques cas même une véritable resurrection. Aussi sommes-nous d'avis que personne, dans notre profession, ne peut se refuser à la pratiquer dans un cas grave de suffocation, car elle peut sauver la vie d'un enfant ou d'un vieillard; nous croyons même que l'humanité gagnerait à ce qu'elle devint vulgaire, aussi vulgaire que l'est la saignée.

(LENOIR.)

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRO PONTO

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

(CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS)

TRACHEOTOMIA

I

Definição – Synonymia

A palavra *trachéotomia* tem a sua origem no grego. Procede de duas palavras gregas, que querem dizer *trachéa* e *secção*.

A definição real de *trachéotomia*, que adoptámos, é a seguinte:

É a operação que consiste na abertura methodica da trachéa-arteria com o fim de impedir a suffocação.

Alguns autores ainda empregão a palavra *bronchotomia* como um termo generico, comprehendendo as operações seguintes:

1.º A *bronchotomia supra-laryngéa* ou *thyro-hyoidéa*, tambem denominada por Malgaigne—*laryngotomia sub-hyoidéa*. Consiste

em uma abertura methodica, transversal, praticada no espaço comprehendido entre a cartilagem thyroide e o osso hyoide. Malgaigne, Bichat e Vidal (de Cassis) disputarão entre si as honras da prioridade na pratica desta operação.

2.º A laryngotomia, que comprehende dous processos differentes :

A laryngotomia thyroidéa, e a laryngotomia crico-thyroidéa.

Desault foi o primeiro que descreveu e praticou a laryngotomia thyroidéa. Nesta operação, penetra-se no larynge através da cartilagem thyroide, abrindo-a longitudinalmente e pela linha mediana. Na laryngotomia crico-thyroidéa, o cirurgião pratica a abertura do conducto aéreo, na região comprehendida entre as cartilagens cricoide e thyroide, na linha mediana e longitudinalmente.

3.º A laryngo-trachéotomia, que foi executada pela primeira vez por Boyer, em 1820. Consiste esta operação na abertura methodica do conducto laryngo-trachéal, praticada na linha mediana e longitudinalmente, comprehendendo a cartilagem cricoide e os primeiros anneis da trachéa-arteria.

4.º A trachéotomia.

Outros chegam até a empregar a palavra *bronchotomia* como um termo synonymo de trachéotomia !

Nós não admittimos uma tal synonymia.

No primeiro caso, o emprego da palavra *bronchotomia* é inutil, porque as operações que mencionámos, todas praticadas no conducto laryngo-trachéal, não são tão numerosas que haja necessidade de dispo-las em uma classe, e assim denomina-la.

Em ambos os casos, o emprego dessa palavra, além de inutil, é prejudicial, porque póde induzir a erro, desde que se attenda á sua origem etymologica. Com effeito, *bronchotomia* quer dizer *secção dos bronchios*; ora, nem no primeiro, nem no segundo caso, não existe essa secção; e, no estado actual da sciencia, nem admittimos a possibilidade de uma tal operação com fim

cirurgico. Logo, não encontramos justificação possível para o emprego da palavra bronchotomia, e a riscamos no quadro das palavras technicas da sciencia.

Apenas de passagem tocamos nas differentes especies de operações que podem ser praticadas no conducto laryngo-trachéal; não entramos em maiores detalhes a seu respeito, por não constituirem ellas o objecto immediato, directo, de nosso trabalho. De um modo geral, nos contentamos em dizer, a respeito destas operações, que, não sendo nenhuma dellas irracional, absurda; já tendo sido executadas todas ellas, e tendo dado bons resultados; *à ratione*, nenhuma dellas condemnaremos exclusivamente, e, na pratica, o movel de nossa preferencia a esta ou áquella existirá nesta ou naquella indicação particular.

Deixando de parte as differentes especies de laryngotomia, só nos occuparemos com a trachéotomia propriamente dita.

II

Esboço Historico

A historia da trachéotomia data desde tempos os mais remotos.

Asclepiades de Bithynia, que exerceu a medicina em Roma, no tempo de Augusto, cerca de noventa a cem annos antes de Christo, é geralmente considerado como o inventor da trachéotomia.

Já nesses tempos elle a preconisava no tratamento da esquinencia ou angina suffocante. Mas não se sabe qual era o seu processo operatorio; ignora-se mesmo se Asclepiades praticou essa operação alguma vez.

Galeno affirma que Asclepiades foi o inventor da trachéotomia: « Asclepiades ultimum auxilium posuit, de quibus summus metus est, ne strangulentur, superiorem gutturis partem incidere (*) ».

Cœlius Aurelianus e Aretêo discordão dessa opinião. O primeiro trata a operação de fabulosa, por não ter sido aconselhada por nenhum dos predecessores de Asclepiades. Para Aretêo a operação da trachéotomia não passava de uma falsa especulação, porque, na sua opinião, *era impossivel* que os labios da ferida se consolidassem, por serem cartilaginosos.

Não dando peso á opinião de Cœlius Aurelianus, porquanto sabemos que esse operador se arvorára em detractor systematico, gratuito, de tudo quanto partia de Asclepiades, não duvidamos admittir que foi com effeito Asclepiades quem inventou a trachéotomia.

Asclepiades, segundo julgamos, concebeu primeiro a idéa da

(*) Gal. opera. Venetiis, MDCXXV.

operação; porém o primeiro que a praticou nos parece ter sido Antyllus, que viveu no seculo III da nossa era. O seu processo operatorio ainda hoje nos é conhecido, graças aos escriptos de Paulo d'Egina; consistia em uma incisão transversal, praticada entre os dous primeiros anneis da trachéa, na membrana interannular.

Entre os medicos arabes, Rhazés e Mezué fallão da trachéotomia como ultimo recurso na esquinencia que ameaça sufocar os doentes; nada dizem, porém, sobre o seu *modus faciendi*.

Albucasis, cirurgião arabe de muito merecimento, julga que a operação não é perigosa, porque vio uma ferida de garganta terminar pela cura; mas acrescenta que, no seu tempo, ninguem a praticára no seu paiz: « *Memoraverunt antiqui de hac incisione in larynga et ego non novi aliquem in regione nostra, qui eam fecerit* ».

Avenzoar praticou a operação em uma cabra; foi bem succedido, e dahi concluiu que a trachéotomia não era mortal.

Eis o que era a operação da trachéotomia nos tempos os mais remotos. Depois, muitos seculos se passarão nos quaes ninguem se lembrou mais dessa operação cirurgica.

É preciso chegarmos ao seculo XVI, para a vêrmos de novo lembrada pelo medico italiano Antonio Musa Brassavolo, que a praticou, no anno de 1546, em um individuo que se achava prestes a succumbir por suffocação. É este o primeiro facto de trachéotomia seguida de cura, de que ha noticia nos tempos modernos.

Quarenta annos mais tarde, em 1586, Sanctorius Sanctorinus praticou a trachéotomia, servindo-se de um trocate de sua invenção, e cuja canula elle deixou na ferida durante tres dias.

Na Hespanha, em 1611, Juan Alonzo de los Ruizes de Fontecha, cathedratico da Faculdade de medicina na Universidade de Alcalá de Henares, aconselha o emprego da trachéotomia no

tratamento do *croup*, e refere casos de cura, obtidos graças a esta operação.

Fabricio de Aquapendente, fallando da trachéotomia, descreve o processo operatorio de Antyllus; confessa nunca haver praticado a operação por timidez, e compara o cirurgião que salva a um doente, praticando-a, com o Deus Esculapio! Na sua opinião, é a operação mais importante da cirurgia.

Fabricio é o primeiro que falla da canula para collocar na ferida depois da operação.

Seguem-lhe muitos outros que nada adiantão, entre os quaes mencionaremos o seu discipulo Julio Casserio, Nicoláo Habicot, Thomaz Fienus, Professor de Louvain, Sculteto, Marco Aureliano Severino, François Rauchin, Professor de medicina em Montpellier, René Moreau, antigo decano da Faculdade de medicina de Pariz, etc.; este ultimo falla em corrigir o ar exterior, logo depois da operação, modificando-o de fórma a dar-lhe as qualidades do ar inspirado pela bocca e fossas nazaes. Igualmente, nada fazem de novo Juncker e Garengéot. Emfim, em 1730, apparece mais um elemento novo na historia da trachéotomia—a *canula dupla*, invenção de summa utilidade, e que a sciencia deve ao distincto pratico escossez Dr. George Martin. Van-Swieten e Bauchot adoptão o emprego da canula dupla e praticão a operação, seguindo ainda os preceitos de Antyllus, pela incisão transversal.

Um accidente, e por conseguinte o acaso, como quasi sempre acontece nas grandes descobertas, veio acabar com um prejuizo antigo, que já vimos, quando fallámos de Aretêo; isto é, que a ferida da trachéa, na trachéotomia, nunca devia interessar as cartilagens, porque (dizia Aretêo) *era impossivel que o tecido cartilaginoso se cicatrizasse*; por esse motivo praticavão a incisão na membrana que une os dous primeiros anneis da trachéa, dando-lhe sempre a direcção transversal. Eis o caso:

D. Pedro Virgili, cirurgião-mór da marinha hespanhola, havendo

executado a operação da trachéotomia, segundo os preceitos de Antyllus, em um soldado que se achava prestes a succumbir por asphyxia determinada por uma laryngo-pharyngite, sobreveio ao operado uma hemorragia que aggravou o seu estado; nestas condições, quando o soldado debatia-se com a morte, Virgili, rompendo com os antigos prejuizos, ou melhor, como que atirando uma ultima cartada, praticou na trachéa uma outra incisão, cruzando a primeira em angulo recto, por conseguinte longitudinal, e se estendendo desde o primeiro até o sexto anel trachéal. No fim de algum tempo o soldado foi restituído ao seu regimento, achando-se perfeitamente são; e assim ficou demonstrada a falsidade do que era affirmado por Aretêo, que as cartilagens erão *inglutinabiles*, como elle dizia.

Em 1765, F. Home, de Edimburgo, apresentou uma descripção exacta da molestia que elle denominou — *croup*; foi o primeiro que descreveu de modo completo essa molestia; e, nessa mesma occasião, Home provou á luz da evidencia, com factos authenticos, que o *croup* constituia uma indicação formal á operação da trachéotomia.

Na Inglaterra, em 1782, John Andrée *parece* haver praticado a trachéotomia em um joven de cinco annos, que estava a expirar com *croup*, e conseguiu salva-lo. Muito de proposito empregámos a palavra — *parece*, porque a observação deste facto, que encontrámos referida por White, em sua These inaugural de 1784, apresenta certas circumstancias que, por absolutamente impossiveis, tornão suspeita a veracidade da observação, e, por conseguinte, a do facto; diz White: « Incisione facta, aer magna vi proruebat; respiratio protinus facilius absolvebatur; atque æger, cujus vox ante vix audiri potuerat, exclamabat se nunc levatum, se nunc sanum esse. »

Louis, Stoll, Chaussier, Crawfort, Schwilgué, Dureuil fallão da trachéotomia como uma operação positivamente indicada no ultimo periodo do *croup*.

No anno de 1807, abrio-se o Concurso-Napoleão, que foi

encerrado no anno seguinte. Era seu fim decidir—qual a natureza do croup, qual o tratamento que se devia oppôr-lhe, de preferencia a outro qualquer. Fôrão apresentadas setenta e nove memorias, cujos autores em grande maioria sustentárão a contra-indicação da trachéotomia no croup; porque, dizião elles, a falsa membrana é effeito de uma phlegmasia; ora, a operação não tem influencia sobre a phlegmasia; logo é inutil emprega-la! Do lado da maioria, distinguio-se Jurine, de Genebra, um dos dous concorrentes que recebêrão o Premio-Napoleão. O chefe da minoria foi Caron, que, com um ardor extraordinario, continuou sempre a sustentar e a proclamar em seus escriptos a legitimidade da indicação da trachéotomia, no ultimo periodo do croup.

A operação da trachéotomia, por influencia do — Concurso-Napoleão, cuja historia acabámos de resumir, cahio em abandono, onde jazeu durante muitos annos.

Só dezoito annos mais tarde é que vamos encontra-la restaurada, cheia de glorias, abençoada pela humanidade soffredôra, e occupando para todo o sempre o primeiro logar entre as operações chirurgicas. Bretonneau (de Tours) e Trousseau (de Pariz), eis os dous beneméritos da humanidade, os restauradores da trachéotomia no croup.

A 21 de Junho de 1825, Bretonneau praticou a trachéotomia em uma criança de quatro annos de idade, filha de um seu amigo, em Tours, o Conde de Puysegur, e a salvou do croup; os outros tres filhos do Conde, que já havião sido accommettidos tambem pelo croup, recebendo soccorros medicos exclusivamente, já havião succumbido. Em 1827, o mesmo medico de Tours praticou a operação em um joven de sete a oito annos, que a familia já havia abandonado por morto, e o salvou. Quatro annos mais tarde, em 1831, obteve um novo triumpho, em um doente que se achava nas condições do precedente.

Os predecessores do grande medico de Tours praticavão a trachéotomia no croup, tão sómente com o fim de fazerem a extracção da

falsa membrana. Foi Bretonneau quem primeiro reconheceu a necessidade de fazer o doente respirar pela ferida, durante todo o tempo necessario para completar-se a eliminação dos productos pseudo-membranosos; quem primeiro aconselhou e pôz em pratica o uso permanente da canula.

Em Pariz, Trousseau foi quem obteve o primeiro caso de cura pela trachéotomia no croup, em 1833 (*).

Entrando como medico effectivo no *Hôpital des enfants malades*, em 1848, Trousseau praticou a trachéotomia em centenaes de individuos atacados de croup, e, graças aos importantes melhoramentos introduzidos por elle no processo operatorio e nos cuidados consecutivos, tornarão-se numerosos os bons exitos, e os creditos da trachéotomia ficarão firmados em bases solidas.

Nos nossos tempos, não ha paiz algum do mundo civilisado onde esta operação não se ache figurando como uma das principaes, onde não seja empregada com frequencia.

No nosso paiz, tem sido ella executada por diversos Professores desta Faculdade, da Faculdade da Bahia, e por muitos outros praticos.

Na França, ja vimos os dous maiores luzeiros desta historia, Bretonneau (de Tours) e Trousseau (de Pariz). Seguem-lhes muitos outros praticos de nomeada, taes como o illustrado Professor Chassaignac, Paul Guersant, Gendron, etc.

Na Inglaterra, Mr. Quain, Mr. Berkeley.

Na Allemanha, o Professor Baun (de Göttingen), Friedberg (de Berlim), Coblentz, etc.

Emfim, na Russia, Italia, Belgica, Hespanha, Portugal, America do Norte (Dr. Roth, de New-York), em todos estes paizes tem-se praticado a trachéotomia.

Eis, em resumo, a historia da operação que tomámos para objecto da nossa These.

(*) Journal des Connaissances médico-chirurgicales de Septembre de 1833.

III

Anatomia topographica da região infra-hyoidéa

A região infra-hyoidéa, situada na parte anterior do pescoço, impar e symetrica, apresenta os seguintes limites naturaes :

Na parte superior, o osso hyoide ; na inferior, a furcula sternal ; nas lateraes, os musculos sterno-cleido-mastoidêos. Tem a fórma de um triangulo isosceles, de base voltada para cima, e o apice, truncado e arredondado, para baixo ; a sua superficie, arredondada transversalmente na metade superior, é quasi plana em baixo. Nota-se-lhê na linha mediana, procedendo da parte superior para a inferior, o seguinte :

Uma saliencia transversal pouco sensivel, ainda menos visivel, formada pelo osso hyoide ;

Uma goteira correspondente á membrana *thyro-hyoidéa*, e que, por isso, tambem se denomina goteira *thyro-hyoidéa* ; sua altura varia com a posição da cabeça, desde dez até vinte e cinco millimetros ;

Uma proeminencia vertical, muito mais consideravel no homem do que na mulher, apresentando a aresta de um angulo diedro de dous centimetros de altura, chanfrada na parte superior ; é o que se denomina—Pomo de Adão. É extremamente movel, se desloca a todo o momento com a deglutição e, mesmo, com a phonação ; muda de relações com a maior facilidade, e é exclusivamente constituida pela cartilagem thyroide ;

Uma nova goteira correspondente á membrana *crico-thyroidéa*, muito menos alta do que a *thyro-hyoidéa* ;

Uma saliencia muito menor do que a do Pomo de Adão,

igualmente movel, constituida pela cartilagem cricoide, e sendo um excellente ponto de relação na execução da trachéotomia;

Uma pequena extensão plana, onde, nos individuos magros, que não tenham o corpo thyroide muito desenvolvido, se póde com facilidade reconhecer e até distinguir os anneis da trachéa-arteria; finalmente, uma depressão, cuja profundidade augmenta durante a inspiração; é a fossêta innominada, supra-sternal ou fossêta jugular, onde se sente, e até se póde vêr, ás vezes, as pulsações do tronco brachio-cephalico.

Em algumas mulheres, uma préga cutanea transversal, formando uma curva graciosa, marca o limite entre a região infra-hyoidéa e a sternal, e tem o nome de—*Collar de Venus*.

Nas partes lateraes se encontra, de cada lado, um sulco obliquo, determinado pelo relêvo do sterno-cleido-mastoidêo; é o sulco carotidiano, jugular, ou sulco sterno-cleido-mastoidêo, no qual se percebe perfeitamente, desde que o individuo se ache em estado physiologico, os batimentos carotidianos.

Esta região infra-hyoidéa, cujas fórmas exteriores acabámos de descrever, divide-se em cinco regiões secundarias: duas situadas aos lados, que são as regiões carotidianas, tambem denominadas jugulares ou sterno-cleido-mastoidéas; e tres situadas na linha mediana, que são a thyro-hyoidéa, ou supra-thyroidéa, a laryngéa ou crico-thyroidéa, e a trachéal.

No primeiro capitulo do nosso trabalho, quando fallámos das differentes operações que se póde praticar no conducto laryngo-trachéal com um fim cirurgico, dissemos que, apenas de passagem, faziamos menção das differentes especies de laryngotomia; que, deixando todas ellas de parte, só trataríamos mais detalhadamente da trachéotomia, por ser a unica de todas essas operações que constituia o objecto directo desta These.

Agora que acabámos de descrever as fórmas exteriores da região infra-hyoidéa, e que acabámos de apresentar as suas cinco

divisões, para sermos logico, tambem deixaremos de parte todas essas divisões, á excepção de uma, a região trachéal, unica das cinco que tem relação directa com a operação da trachéotomia.

Passamos, pois, a descrever com alguns detalhes a região trachéal lão sómente.

Imaginemos um plano horisontalmente passando pela cartilagem cricoide, e tocando aos lados nos musculos sterno-cleido-mastoidêos.

Eis-ahi a base da região trachéal, cujos lados e cujo apice se identificação, até certo ponto, com os lados e com o apice da região infra-hyoidéa; assim como esta, a região trachéal tem tambem a fórma de um triangulo isosceles, de base voltada para cima e o apice para baixo. Estudando esta região, camada á camada, e procedendo de fóra para dentro, eis o que encontramos :

A *pelle* fina e muito movel, por causa do panniculo adiposo que a forra; dahi a necessidade de fixa-la convenientemente durante a operação da trachéotomia ;

O *fascia superficialis*, compondo-se de uma só lamina na parte média da região; mas que nas partes lateraes e de cada lado se desdobra em duas folhas, as quaes comprehendem o thoraco-facial ou cutaneo, os vasos e os nervos superficiaes.

A *aponevrose cervical superficial*, ou primeiro folheto da aponevrose cervical, que se comporta como o *fascia superficialis*; isto é, unica na parte média da região, onde concorre para formar a linha branca ou raphe cervical, nas partes lateraes, e de cada lado, ella se desdobra em duas folhas, as quaes envolvem o sterno-cleido-mastoydêo, formando-lhe assim uma bainha. Continuando para cima e para os lados, embaixo esta aponevrose vai tomar o seu ponto de inserção no bordo anterior da furcula sternal e da clavícula ;

A *aponevrose cervical média*, ou segundo folheto da aponevrose cervical. É unica, tanto na linha mediana como aos lados. Se applica de modo immediato sobre a camada muscular trachéal, e

sobre os grossos vasos do pescoço (carotidas e jugulares); continúa para as partes superior e lateraes, e, inferiormente, vai se inserir no bordo posterior da furcula sternal e da clavicula;

Os *musculos trachéaes*, que se achão superpostos em dous planos:

No primeiro plano se achão os musculos sterno-hyoidêos, e, para fóra destes, parte dos scapulo-hyoidêos. Os musculos sterno-hyoidêos fórmão um triangulo alongado, de base voltada para baixo e o apice para cima. As vezes são tão desenvolvidos, tão largos, que os seus bordos internos se toção, mesmo na região trachéal.

É no intersticio destes dous musculos que se pratica a trachéotomia.

No segundo plano se achão os musculos sterno-thyroidêos, os quaes tambem fórmão um triangulo; mas, ao inverso do precedente, a base deste triangulo se acha voltada para cima e o apice para baixo.

A *aponevrose cervical profunda*, ou terceiro folheto da aponevrose cervical, que concorre para formar a bainha da camada muscular; fóрма a folha posterior desta bainha; a folha anterior, como já vimos, é formada pela aponevrose cervical média.

Estas tres folhas aponevroticas, se sobrepondo na linha mediana, constituem a linha branca ou raphe cervical;

O *corpo thyroide*, composto de dous lóbos lateraes, reunidos por uma porção mediana, estreitada, que se chama *isthmo thyroidêo*. O volume do corpo thyroide varia muito; em geral, porém, é mais consideravel na mulher do que no homem.

O desenvolvimento do isthmo está sempre em relação com o dos lóbos. Algumas vezes, do seu bordo superior se eleva uma lingueta ou um prolongamento pyramidal, que póde chegar até o osso hyoide, e é denominado *pyramide de Lalouette*. Nesse bordo superior concorrem a se anastomosar as arterias thyroidéas superiores; assim como no bordo inferior concorrem tambem a se

anastomosar as arterias thyroidéas inferiores. O isthmo cobre ordinariamente o segundo, o terceiro, e o quarto anel da trachéa-arteria; ás vezes póde não cobrir senão o segundo, e outras vezes póde cobrir grande numero desses anneis, descendo pela trachéa-arteria até ás proximidades da furcula sternal. Neste ultimo caso, que felizmente é muito raro, comprehende-se facilmente quanto uma tal disposição póde embarçar á operação da trachéotomia, e comprometter o seu resultado. Os lóbos se achão applicados aos lados da trachéa, e podem se elevar até a cartilagem cricoide, ou mesmo até a cartilagem thyroide. No mesmo plano do corpo thyroide, porém mais para baixo, encontramos :

O *plexus sub-thyroidêo*, envolvido em um tecido cellular muito abundante e frouxo; sua presença é um dos maiores obstaculos á trachéotomia ;

As *arterias thyroidéas inferiores*, que nascem das sub-claveas, sóbem aos lados da trachéa, e, como já vimos, vão se anastomosar no bordo inferior do isthmo thyroidêo ;

A *arteria thyroidéa média* ou arteria de Neubauer, que nasce directamente da crossa da aorta. Sua existencia é muito rara. Nascendo da crossa aortica, esta arteria, cujo calibre é variavel, mas que póde ser igual ao da radial, se applica na trachéa-arteria, se insinua por detrás do plexus sub-thyroidêo e sóbe pela linha mediana até o bordo inferior do isthmo thyroidêo. Comprehende-se a gravidade dos perigos ligados á sua presença, quando se pratica a trachéotomia ;

O *tronco brachio-cephalico*, que nasce da crossa aortica, e ás vezes se eleva até a fossêta jugular. Em geral, elle não excede á articulação sterno-clavicular, se dividindo ahi em carotida primitiva direita, que sóbe ao lado direito da trachéa, e arteria sub-clavea direita. Á esquerda da trachéa, e ainda no mesmo plano, nas proximidades da furcula sternal, encontramos :

A *veia sub-clavea esquerda* e a *carotida primitiva esquerda*.

Esta nasce directamente da convexidade da crossa aortica, e sóbe applicando-se ao lado esquerdo da trachéa-arteria.

Na face anterior da trachéa encontramos alguns ramos do recorrente esquerdo, o qual occupa o sulco que separa a trachéa do esophago.

A *trachéa-arteria*, que se estende desde a parte inferior do larynge, até o ponto de origem dos bronchios. A sua fórma é a de um cylindro, ao qual se tenha tirado a quinta parte posterior, desde cima até em baixo, substituindo-a por uma superficie plana. Nos seus quatro quintos anteriores é constituida por arcos cartilagosos, em numero de dezaseis a vinte, superpostos e unidos entre si por uma membrana; cada um destes arcos representa os quatro quintos de uma circumferencia, e é a elles que a trachéa deve a sua fórma; na quinta parte posterior é exclusivamente constituida por essa mesma membrana, que, na parte anterior e nas lateraes, une entre si os arcos cartilagosos. Sua direcção é vertical, mas não rectilinea; descreve uma linha curva de concavidade posterior, de tal sorte que se acha tanto mais profunda quanto mais proxima do sternum, e, ao inverso, tanto mais superficial, quanto mais proxima do larynge. Eis, além de outros, um forte motivo que deve pesar no espirito do cirurgião, para que elle pratique a trachéotomia sempre no ponto o mais elevado possivel da trachéa; um outro motivo, que igualmente justificará um tal procedimento, é a presença de vasos importantissimos na parte inferior, como já vimos (o plexus sub-thyroidêo, a possibilidade da arteria de Neubauer, etc.). O calibre da trachéa-arteria é variavel nos dous sexos e nas differentes idades, mas é sempre determinado pelo calibre da cartilagem cricoide. Cumpre conhecermos os diametros da trachéa nas differentes idades, para lhe podermos applicar canulas proporcionaes; segundo M. Guersan, que se occupou especialmente com esta questão, o diametro das canulas deve variar de 6 até 15 millimetros. As canulas que têm de 12 até

15 millímetros devem ser reservadas para os adultos; abaixo de 12 millímetros, M. Guersan as divide em quatro numeros :

N. 1,	diametro,	6 millim.,	applicavel	aos individuos	de 1 até 4 annos
N. 2,	8	»	»	»	de 4 até 8 annos
N. 3,	10	»	»	»	de 8 até 12 annos
N. 4,	12	»	»	»	de 12 até 15 annos

A trachéa é, em toda a sua extensão, forrada por uma mucosa que lhe adhire intimamente, e se continúa, para cima, com a mucosa laryngéa, e, para baixo, com a mucosa bronchica.

Finalmente, chegamos ao *esophago*, que começa ao nivel da cartilagem cricoide, e separa a trachéa da face anterior dos corpos vertebraes.

Aos lados da trachéa e do esophago se achão os vasos e os nervos principaes do pescoço, na seguinte ordem, procedendo de fóra para dentro: a veia jugular interna, o nervo pneumo-gastrico ou nervo vago, a arteria carotida primitiva, o nervo grande sympathico.

Vamos terminar este capitulo, dizendo duas palavras sobre as anomalias que se têm encontrado no systema arterial desta região. Não pretendemos traçar o quadro completo das anomalias deste genero; seria pretendermos o impossivel, por isso mesmo que se trata de anomalias, e ellas podem se apresentar em numero indefinido, debaixo de fórmias as mais variadas; nos limitaremos apenas a mencionar as mais importantes destas anomalias, que já têm sido encontradas pelos praticos. Ellas se referem sobretudo ao tronco brachio-cephalico e ás carotidas primitivas.

Allans Burns cita um facto em que o tronco innominado chegava até o isthmo thyroidêo. De todas as anomalias deste tronco, referidas pelos autores, nos parece sobretudo importante a seguinte, que foi observada tres vezes por Velpeau, quatro vezes por Colles e uma vez por Clément; é a seguinte: o tronco brachio-cephalico

dirigia-se da *direita para a esquerda*, cruzava a *parte anterior da trachéa* ao *nível da raiz do collo*, curvava-se depois da *esquerda para a direita* por *detrás da trachéa*, passando entre este *orgão* e o *esophago*, para vir de novo collocar-se ao *lado direito da trachéa*, e ter então a sua *distribuição ordinaria*. Jobert e Robert também referem casos mais ou menos semelhantes a este.

Compreende-se todo o perigo que, com taes anomalias, se póde correr na operação da trachéotomia.

As carotidas primitivas podem nascer ambas do tronco brachio-cephalico, que, neste caso, se acha na parte antero-inferior da região trachéal; as duas carotidas sóbem então ao longo do pescoço, occupando um plano mais superficial, e muito mais proximas da linha mediana. Com esta anomalia, a trachéotomia não poderá deixar de ser uma operação extremamente delicada e perigosa.

Vamos terminar este capitulo, notando que M. Richet, Professor da Faculdade de Medicina de Pariz, quando uma vez praticava a operação de que tratamos, cortou uma arteria do volume da radial, que, por anomalia, passava por diante da trachéa-arteria e fazia communicarem-se as duas thyroidéas inferiores.

IV

Indicações

Le péril imminent, certain, que court un malade,
justifie tous les remèdes, ou tout au moins les excuse.
(TROUSSEAU).

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat.
(HIPPOCRATE).

Sem a respiração a vida é absolutamente impossivel; é ella a condição essencial dos phenomenos da hematose, da revivificação do sangue; por conseguinte, em regra geral, sempre que um accidente qualquer oppuzer um obstaculo mais ou menos completo á passagem do ar através do conducto laryngo-trachéal, a operação da trachéotomia será indicada. A este respeito, assim se exprime M. Lenoir: « On peut dire d'une manière générale que les cas qui réclament la bronchotomie sont tous ceux qui donnent lieu à l'imminence de la suffocation par un obstacle matériel à l'introduction de l'air dans les voies aériennes; telles sont les altérations diverses, capables de boucher l'orifice supérieur du larynx, de rétrécir ou d'effacer sa cavité ou celle de la trachée, soit par le développement d'un produit morbide, soit par l'introduction d'un corps étranger dans leur intérieur. » É o que podemos dizer, de um modo geral, sobre as indicações da trachéotomia.

Agora que passamos a nos occupar, de um modo mais particular, com as differentes circumstancias que podem indicar essa operação, seja-nos permittido apresentar aqui o seguinte quadro synoptico, producção do muito eminente Professor desta Faculdade o Sr. Dr. Ferreira de Abreu, Barão de Theresopolis, quadro synoptico que tomamos como o fio que terá de guiar-nos nesta parte importantissima e difficil deste nosso trabalho :

QUADRO SYNOPTICO

DOS ACCIDENTES CAPAZES DE PRODUZIR PHENOMENOS DE SUFFOCAÇÃO
IMMINENTE E DE INDICAR A OPERAÇÃO DA—BRONCHOTOMIA

- | | | |
|---|---|---|
| I. Phenomenos de suffocação imminente por obstrucção do conducto laryngo-trachéal. | 1.º Retracção ou inversão da lingua para a parte posterior, applicação da sua base contra a epiglottte, occlusão permanente da abertura superior do larynge.
2.º Tumefacção exagerada da lingua.
3.º Engorgitamento, inflammação, hypertrophia das amygdalas e da uvula.
4.º Laryngite edematosa, estridente, simples ou mucosa com caracter agudo ou chronico, espasmo da glotte, etc.
5.º Laryngite diphthérica, pseudo-membranosa (croup).
6.º Corpos estranhos | 1.º Formados primitivamente na cavidade thoraxica.
2.º Produzidos no interior do conducto laryngo-trachéal ou do pharynge.
3.º Provenientes do exterior, ou dos pontos vizinhos ao tubo laryngo-trachéal. |
| II. Phenomenos de suffocação imminente por compressão do conducto laryngo-trachéal. | 1.º Feridas em geral e particularmente as feridas contusas do pescoço, quando sobretudo complicadas de fractura das cartilagens do larynge, e depressão dos fragmentos.
2.º Corpos estranhos e produções organicas anormais do pharynge e do esophago.
3.º Todas as outras causas capazes de comprimir mechanicamente e permanentemente o conducto laryngo-trachéal. | |
- III. A bronchotomia foi ainda aconselhada em alguns casos de carie ou de necrose das cartilagens do larynge, e de ulcerações da mucosa laryngéa, com o fim de poder obrar directamente sobre os pontos affectados.
- IV. Collocaremos, finalmente, em ultimo logar os accidentes de asphyxia por submersão.

RETRACÇÃO OU INVERSÃO DA LINGUA PARA A PARTE POSTERIOR, APPLICAÇÃO DE SUA BASE CONTRA A EPIGLOTTE, OCCLUSÃO PERMANENTE DA ABERTURA SUPERIOR DO LARYNGE.

Nos casos de extirpação do maxillar inferior, ou mesmo nos casos de resecção da parte média do corpo deste osso, póde acontecer que a lingua, deixando de ser sustentada adiante pelos musculos genio-glossos, seja levada para trás, por acção dos musculos stylo-glossos, hyo-glossos, glosso-pharyngianos, etc; desde que isto aconteça, está claro que a suffocação, mais ou menos completa, deverá apresentar-se necessariamente, e o individuo se achará sob a imminencia de uma morte angustiosa, que será devida a uma asphyxia por suffocação.

Para prevenir o apparecimento deste accidente durante a operação, podemos proceder como Dupuytren, que encarregava a um ajudante de fixar a lingua do doente entre os seus dedos, tendo-a envolvido primeiro em um panno secco com o fim de evitar o seu escorregamento; ou então como Delpech, que passava um laço pela base da lingua e o confiava a um ajudante, que o devia manter firme, maximè no tempo da divisão dos musculos genio-glossos.

Terminada a operação, para prevenir que o accidente venha se apresentar mais tarde, faremos como o Professor Blandin, como M. Lenoir, como o Professor Roux: nos pontos da sutura entortilhada dos tegumentos do mento, comprehenderemos um pequeno feixe de fibras dos musculos genio-glossos, que poderá contrahir adherencias com o tecido cicatricial que deve substituir o osso ou a parte do osso maxillar.

Apezar de podermos contar sempre com estes meios preventivos, já durante a operação, já depois de sua terminação, será logico concluir-se dahi que o accidente de que tratamos não póde se

apresentar mais nunca, e riscar-se esta indicação á operação da trachéotomia no quadro das circumstancias diversas que podem indica-la ? Nos parece que não.

E, assim pensando, continuaremos a sustentar que a retracção ou inversão da lingua para a parte posterior deve figurar sempre no quadro dos accidentes capazes de indicar a operação da trachéotomia.

TUMEFACÇÃO EXAGERADA DA LINGUA

Muito numerosas são as causas que podem determinar a tumefacção exagerada da lingua; taes são, entre outras, as febres graves, e, especialmente, a variola confluenta, o abuso dos preparados do hydrargirum, as queimaduras nos seus differentes grãos, os alimentos acres, os toxicos de natureza diversa, as picadas de abelhas, de viboras, a presença de certos virus, etc. Seja qual fôr a causa, desde que esta tumefacção exagerada se apresente, pelas relações anatomicas que existem entre a lingua e a epiglottle, é de simples intuição que ella póde determinar a suffocação do individuo; logo, a sua morte por uma consequente asphyxia. O Professor Sédillot refere o facto de um mercador de viboras, cuja lingua, mordida por um destes animaes, tornou-se tão exageradamente tumefacta, que elle teria succumbido por asphyxia, se não o houvessem trachéotomizado.

Combateremos a glossite por todos os meios que a therapeutica nos ensina, não nos esquecendo das largas incisões praticadas no dorso da lingua; mas, se os nossos esforços se mostrarem impotentes, se o accidente continuar a ameaçar a vida de nosso doente, nestas condições, para debella-lo, não duvidaremos tomar o nosso bisturi, e abrir uma livre passagem ao ar, através da trachéa-arteria.

ENGORGITAMENTO, INFLAMMAÇÃO, HYPERTROPHIA DAS AMYGDALAS

Por ocasião de um processo phlegmasico intenso, podem as amygdalas adquirir uma tumefacção tal, que ellas se toquem na linha mediana do isthmo guttural, cresçam para dentro e para trás, e impeção mecanicamente a entrada do ar no orgão da hematose, facto que já foi observado por MM. Blacke e Chomel.

Os accidentes ligados a este estado erão considerados pelos praticos antigos como indicações urgentes á operação da trachéotomia.

Van-Swieten, Louis, Sabatier e Boyer, julgando exagerada essa opinião, preconisavão a trachéotomia nestes casos, tão sómente quando os accidentes não cedessem ao emprego energico das emissões sanguineas e dos revulsivos.

Dos autores modernos, uns, como Sédillot et Legouest, attendendo aos instrumentos aperfeiçoados de que o arsenal cirurgico dispõe na actualidade (amygdalotomo ou tonsilotomo, etc.), attendendo aos meios anesthesicos, julgão que a trachéotomia, no caso de que tratamos, póde ser geralmente evitada; outros, como o Professor Chassaignac, são de opinião que ella deve ser evitada sempre. *C'est donc, à notre avis* (diz Chassaignac), *une indication de trachéotomie qu'il faudra rayer désormais.*

Não pensamos como os antigos, nem tão pouco como o eminente Professor Chassaignac; abraçamos a opinião de MM. Sédillot et Legouest: quando a pratica immediata da amygdalotomia se nos apresentar extremamente difficil, ou mesmo impossivel, porque o afastamento dos maxillares se nos mostre difficil ou impossivel, e virmos que a vida de nosso doente periga sériamente, em taes circumstancias nada mais tentaremos: immediatamente praticaremos a trachéotomia.

A hypertrophia, os engorgitamentos chronicos das amygdalas, a

nosso vêr, não constituem uma indicação urgente á pratica desta operação.

LARYNGITE OEDEMATOSA, ESTRIDENTE, SIMPLES OU MUCOSA, COM CARACTER AGUDO OU CHRONICO

A laryngite simples ou mucosa, de caracter agudo ou chronico, em geral, não determina senão phenomenos locais de pouca ou nenhuma gravidade; não oppõe um obstaculo invencivel á penetração do ar no tubo laryngo-trachéal, e cede ao emprego de um tratamento energico. Póde, porém, acontecer que se dê uma exaggeração desses phenomenos locais; que a tumefacção da mucosa laryngéa se torne tão consideravel, que dahi resulte a occlusão absoluta do larynge; neste caso a operação da trachéotomia estará positivamente indicada.

A laryngite estridente, tambem denominada — pseudo-croup, laryngite espasmodica, asthma de Millar, angina estridente, asthma de Wichmann, etc., não passa de uma laryngite simples, com predominancia do elemento nervoso; pelo menos, é esta a opinião de muitos autores que consultámos; portanto lhe applicamos o que acabámos de dizer com referencia á laryngite simples. (*)

(*) Relativamente aos espasmos da glotte, julgamos de necessidade dizer mais algumas palavras, o que faremos nesta nota, afim de não nos afastarmos da ordem traçada no quadro synoptico á pag. 21, o qual adoptámos como nosso programma, que promettemos seguir á risca.

Admittimos tres especies differentes de espasmos da glotte:

1.ª Os espasmos symptomaticos ligados á presença das irritações, das stenoses do larynge, das compressões cervicaes ou thoracicas exercidas sobre o tronco dos nervos pneumogastricos ou sobre os recurrentes;

2.ª Os espasmos não symptomaticos, sem lesão pathogenica, que sobrevêm no curso das nevroses convulsivas, particularmente na hysteria, na epilepsia, na choréa e no tetano;

3.ª Os espasmos essenciaes ou protopathicos, que por si sós constituem toda a molestia, e são o resultado de uma excitação que tem a sua origem isolada e primitiva nos centros nervosos.

Todas estas differentes especies de espasmos glotticos podem, em certas circumstancias, reclamar a intervenção cirurgica — a operação da trachéotomia. Cumpre notar, porém, que as duas ultimas especies, em geral, cedem ao emprego das fumigações narcoticas; mas, se assim não acontecer, se os accidentes de suffocação se mostrarem imminentes, antes de recorrermos á operação, o que faremos em ultimo caso, primeiro procuraremos combater-los, fazendo a introdução provisoria de uma canula de gomma elastica pela abertura superior do larynge.

Quando não se tratar de espasmo, e, ao contrario, a suffocação imminente tiver a sua razão de ser na paralyia dos musculos dilatadores da glotte, como póde acontecer no terceiro periodo do croup, etc., neste caso não é possivel podermos contemporisar; julgamos manifesta a indicação á trachéotomia, e, sem perda de tempo, procederemos á sua execução.

Quanto á laryngite œdematosa ou œdema da glotte, esta affecção constitue uma das indicações as mais legitimas á trachéotomia. É de observação que a laryngite œdematosa, confiada aos recursos da natureza ou combatida por meios medicos exclusivamente, termina sempre de um modo fatal.

Baseado neste conhecimento, e no seguinte — que o estabelecimento da respiração por via artificial, nesta molestia, é o unico meio curativo que tem apresentado bom resultado, desde que houvermos diagnosticado em um individuo — œdema da glotte, e nenhuma duvida nos reste sobre o nosso diagnostico, não empregaremos o catheterismo laryngêo aconselhado por Legroux, nem praticaremos as escarificações sobre os labios da glotte, como manda Lisfranc; trataremos de nos prevenir, afim de, no tempo opportuno, lhe abrirmos a trachéa-arteria. Foi assim que vimos proceder o incansavel Professor desta Faculdade, nosso mestre, o Sr. Dr. V. Saboia. É assim que procederemos.

Com muito prazer passamos a registrar neste nosso trabalho o resumo da observação do facto a que acabámos de nos referir:

Ob. Œdema da glotte. Trachéotomia. Cura.— Candido Vital Pereira da Silva, Brasileiro, de côr parda, casado, com 30 annos de idade, pintor, natural do Rio de Janeiro, morador á rua do Alterrado n. 158, de constituição fraca, temperamento lymphatico, entrou para o Hospital da Santa Casa da Misericordia no dia 8 de Junho de 1875, e foi recolhido á enfermaria de clinica cirurgica da Faculdade, a cargo do Sr. Dr. V. Saboia.

Commemorativos.—Refere o doente que, ha alguns dias, havendo sido accommettido de um defluxo (assim denomina elle o principio de sua molestia), sobreveio-lhe uma tosse pertinaz, excessivamente incommoda; a tosse foi augmentando sempre, tornou-se rouco, appareceu-lhe dysphonia, depois dyspnéa; estes dous ultimos symptomas, sobretudo a dyspnéa, o atterrarão extremamente, e o determinarão a recolher-se a este hospital.

Estado actual.—Sua respiração é difficil e ruidosa; tem uma tosse continua, angustiosa, acompanhada da expulsão de mucosidades; está abatido e desanimado. A mucosa pharyngéa se apresenta hyperhemiada; a glotte se acha infiltrada.

Diagnostic.—OEdêma da glotte.

Tratamento.—Lhe foi prescripto um vomitivo de ipecacuanha; e, depois do effeito, uma poção com bromureto de potassio, hydro-lato de alface, tintura de belladona e xarope de flôres de lorangeira. Apparecem melhoras, as quaes pouco depois desaparecem, e a asphyxia por suffocação se apresenta imminente.

Pratica-se a trachéotomia. Faz-se a introduccção da canula. A respiração se restabelece francamente, e o doente sente um allivio indefinivel. Emfim, para terminar, no dia 16 de Julho, isto é, pouco mais ou menos um mez depois da operação, Candido Vital Pereira da Silva sahia do hospital, senão curado completamente, ao menos livre da morte que tão de perto chegou a ameaça-lo; retirou-se para a sua casa, onde foi convalescer-se, bemdizendo da sciencia e do illustrado Professor que tão dignamente a representou.

Candido Vital Pereira da Silva ainda existe, e, com esta circumstancia notavel, segundo as informações que podemos obter a seu respeito: até hoje não póde prescindir da canula, pela qual continúa a respirar.

CROUP (ANGINA SUFFOCATORIA, ANGINA POLYPOSA, ANGINA MEMBRANACEA, TRACHEITIS INFANTUM, ANGINA LARYNGÉA MEMBRANOSA, DIPHTHÉRITE TRACHÉAL, LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANOSA, GARROTILO, ETC).

Como se vê, innumerous são os termos synonymos desta affecção; de preferencia nos serviremos dos termos — croup e garrotilho; do primeiro, por ser esse o nome scientifico universalmente adoptado; do segundo, porque é esse o nome que a molestia, da qual agora vamos nos occupar, tem, senão em todo o nosso paiz, ao menos na parochia de onde somos natural, e, diz Trousseau, falla-se e escreve-se em

geral para ser comprehendido, e as palavras, que se applicão clara e exclusivamente á cousa que se quer designar, são necessariamente as melhores; e, mais adiante, estes nomes vulgares e recebidos por todos são uma especie de moeda commum, cuja effigie e cujo peso não se póde mudar sem introduzir a confusão no commercio scientifico.

Deve-se empregar a trachéotomia no garrotilho?

Quando, em qual dos periodos dessa molestia?

Deve-se operar sempre, ou podem se apresentar circumstancias que contraindiquem a operação?

La nécessité de la trachéotomie (no garrotilho), diz Trousseau, est jugée par l'issue de l'opération elle-même. Soixante enfants, voués à une mort inévitable, ont été trachéotomisés; dix-huit ont guéri: donc il faut opérer.

Já vai longe de nós, diz o Dr. Barbosa na sua Memoria sobre o croup, a época em que se argumentava, systematicamente ou por ignorancia, contra a trachéotomia applicada ao croup.

Hoje seria, portanto, trabalho inglorio tentar defende-la.

Quem conhece a immensa mortalidade do croup, quando tratado sómente pelos meios medicos; quem sabe dos numerosissimos casos de garrotilho, salvos positivamente pela operação; quem tem por si proprio assistido á scena lugubre e desesperada da asphyxia croupal, e quem tem visto as resurreições obtidas pela trachéotomia, não póde duvidar um momento da efficacia da operação naquella doença, não como agente directo na cura da diphthéria, mas como meio de obviar a morte immediata pela asphyxia, dando assim tempo para a cura espontanea ou artificial da molestia.

Escudado com a opinião dos dous praticos respeitaveis que acabamos de citar, vamos responder aos quesitos que nos propuzemos.

Na segunda parte deste nosso trabalho, quando esboçámos a historia da trachéotomia, já vimos como em 1807, no Concurso-Napoleão, foi essa operação excluida do tratamento do croup. Jurine, que mais se distinguio neste concurso, foi um dos premiados.

Mas o que pensava Jurine a respeito do croup?

Para Jurine e seus partidistas o croup é uma molestia primitivamente geral, que elles chamão diphthérite ou diphthéria, mais ou menos infectuosa, que se traduz localmente por exsudatos membranosos no pharynge, no larynge, na mucosa nazal, nos bronchios ou na pelle, e a classificação ao lado das pyrexias. Para estes o croup tem um character infectuoso essencial, primitivo e constante, comparavel com o da variola.

Partindo de um tal principio, Jurine, desde que fôsse logico, não podia chegar a outra conclusão. Falso foi o principio de onde partio; nós o negamos, com a maioria dos praticos, por não estar de accôrdo com os factos clinicos; falsissima foi a conclusão a que chegou logicamente. Entretanto, Jurine venceu, foi premiado, e foi a trachéotomia banida do tratamento do croup!

Mais tarde, porém, aconteceu o que devia acontecer: triumphou a verdade.

MM. Bretonneau, Trousseau e muitos outros praticos, reconhecendo a falsidade do principio posto por Jurine, estabelecerão o seguinte, unico que se acha de accôrdo com os factos clinicos: o croup é uma molestia puramente local, podendo se generalisar secundariamente pela penetração de productos prejudiciaes no systema circulatorio, lymphatico ou sanguineo. Assim pensão MM. Bretonneau, Trousseau, Grisolles, Jaccoud, Chassaignac, Sédillot et Legouest, etc., etc.; tal é tambem o nosso pensar; logo, com todos esses praticos da mais justa, da mais gloriosa nomeada, não podemos deixar de admittir o emprego da trachéotomia no garrotilho. *En présence d'un enfant qui meurt étranglé par le croup, agir comme le chirurgien qui ouvre une issue à un corps étranger introduit dans la trachée, et qui permet à l'air de pénétrer au-dessous du larynx obstrué, c'est agir avec intelligence et en vertu d'une analogie puissante; et lors même que le succès ne justifierait pas l'audace de l'artiste, encore est-il que sa conscience l'absoudrait, et c'est un grand point (Trousseau).*

Admittimos na evolução do garrotilho tres periodos : primeiro, o de invasão; segundo, o de dyspnéa; terceiro, o periodo de suffocação, de asphyxia ou periodo de intoxicação; phases da molestia que podem se succeder com uma rapidez maior ou menor.

Em qual destes tres periodos devemos operar? É o caso de repetirmos com o desditoso poeta latino (Ovidio):

« *Principiis obsta, sero medicina paratur,*
« *Cum mala per longas invaluere moras.*

Por conseguinte, com Jaccoud e a grande maioria dos praticos, diremos: é no segundo periodo da molestia que a trachéotomia offerece mais probabilidades de successo; entretanto ella produz bom resultado ainda no terceiro, nos doentes já cianozados, sobretudo se a estase venosa resulta da difficuldade da expiração e não da parezia do coração.

Ouçamos sobre este ponto, sobre o quando se deve operar, a palavra autorisada do eminente Professor desta Faculdade o Sr. Dr. Ferreira de Abreu, Barão de Theresopolis:

« Apressemos-nos, porém, não esperemos que as falsas membranas se hajão extendido á trachéa e aos bronchios; apressemos-nos, não esperemos que o estado do doente seja por tal sorte desesperado que em realidade só tenhamos de operar sobre um cadaver.

« Que haveria com effeito de esperar se já a congestão venosa da face, o estupor do encephalo, a hypostasis pulmonar, o embaraço respiratorio, se todos os phenomenos, finalmente, de uma asphyxia lenta e mortal se houvessem manifestado? E todavia é nestas condições terriveis que de ordinario se appella para a trachéotomia! Que ha, pois, de estranhar que os casos felizes não sejam mais numerosos?! »

« Il faut opérer que cette maladie est évidente, il est rare que l'on perde des malades en opérant vite; il est rare qu'on en sauve en attendant le dernier moment. L'expérience m'a prouvé qu'on ne

perdait pas plus d'un malade sur dix quand opérait lorsque la fausse membrane n'était encore que dans le larynx ; tandis qu'on en sauve à peine un sur dix, quand on opère chez des enfants, dont les bronches sont déjà revêtues de concrétions folliculaires. » (Trousseau).

Quaes são as circumstancias que contraindicão a operação da trachéotomia no croup ?

Quando existem signaes de uma intoxicação profunda, caracterisada pela depressão excessiva das forças, pela pequenez extrema do pulso, pela alteração profunda dos traços e pela manifestação de placas diphthéricas nas diversas mucosas, a operação não deve ser tentada ; nestas circumstancias, será invariavelmente seguida de morte ; tal é a opinião dos praticos.

« Les trachéotomies faites dans ces circonstances (diz M. Millard em sua These, referindo-se aos symptomas graves do terceiro periodo do croup), n'ont d'autres inconvénients que de figurer dans les statistiques sur les mêmes rangs que les autres ; elles risquent ainsi d'égarer l'opinion et de déconsidérer l'une des plus belles conquêtes de l'art. »

Quanto á idade, o Dr. Barbosa (de Lisboa), que fez um estudo minucioso a este respeito, chegou á seguinte conclusão :

1.º A idade mais conveniente ao bom resultado da trachéotomia, com applicação ao croup, é a que vai dos tres aos sete annos.

2.º A idade menos favoravel a este resultado é a superior aos oito annos, e sobretudo a inferior a dezoito mezes.

3.º Mesmo em idade mais tenra, como sete mezes para cima, deverá praticar-se a trachéotomia quando o doentinho fôr de boa constituição, quando estiver em boas condições hygienicas, quando não houver nenhuma complicação, e quando finalmente o croup não fôr infectuoso.

CORPOS ESTRANHOS

Os accidentes asphyxiacos ligados á presença de corpos estranhos no conducto laryngo-trachéal constituem uma das mais bem fundadas indicações á pratica da trachéotomia. Quaes são, ou quaes podem ser esses corpos estranhos? Indefinido é o seu numero, e mui diversa póde ser a sua natureza; não obstante, de um modo geral, podemos dispô-los todos nos tres grandes grupos seguintes:

- 1.º Os corpos estranhos procedentes da cavidade thoracica.
- 2.º Os corpos estranhos anomaes e primitivamente formados no interior do conducto laryngo-trachéal.
- 3.º Os corpos estranhos procedentes do exterior ou dos pontos vizinhos do conducto aéreo.

No primeiro grupo se achão comprehendidas as massas tuberculosas, as concreções calcareas, etc., as quaes, desprendendo-se dos pulmões, podem ser levadas ao larynge pela corrente expiratoria do ar; por um mecanismo semelhante, grande quantidade de pus, de sangue, póde tambem ser levada dos pulmões ao larynge; por consequente, corpos estranhos solidos e liquidos, procedentes dos pulmões ou dos bronchios, podem obturar o larynge e dar origem a accidentes de suffocação, que reclamem a pratica immediata da trachéotomia.

No segundo grupo se achão comprehendidos corpos de natureza diversa; taes são as pseudo-membranas croupaes, os polypos, as vegetações syphiliticas, os tumores de diversas es pecies, as concreções calculosas que se podem formar nos ventriculos do larynge, os fragmentos de uma cartilagem ossificada, que se tenha fracturado ou necroseado, etc. Não é necessario um grande esforço de raciocinio para comprehender-se como a presença destes corpos, em qualquer parte do conducto laryngo-trachéal, póde reclamar a abertura methodica da trachéa.

Finalmente, no terceiro grupo se achão os corpos estranhos propriamente ditos, procedentes do exterior ou dos pontos vizinhos do conducto aéreo. Podem estes corpos se introduzir no tubo laryngo-trachéal, seguindo duas vias differentes: ou a abertura aryleno-epiglottica do larynge, ou então uma abertura accidentalmente praticada em qualquer ponto do conducto aéreo. É pela primeira destas duas vias que elles se introduzem mais commummente. Indefinido é o numero dos corpos estranhos procedentes do exterior, assim como extremamente variada póde ser a sua natureza. Quanto aos corpos estranhos procedentes do exterior do conducto laryngo-trachéal, mas vindos dos pontos vizinhos do tubo aéreo, ainda esses mesmos podem ser muito differentes; taes são as materias vomitadas, quando o individuo fecha a boca no acto de vomitar, as ascarides lombricoides, pus, sangue, etc.

Desde que tivermos certeza de que os phenomenos apnéicos apresentados por um individuo se achão ligados á presença de corpos estranhos no conducto laryngo-trachéal, pertencentes a qualquer dos tres grupos que acabámos de mencionar, sem perda de tempo lhe abriremos a trachéa, com o duplo fim de prevenir a sua asphyxia por suffocação, e poder, com calma e vagar, fazer a extracção do corpo estranho. « *Dans le cas où il y a certitude complète de l'existence d'un corps étranger dans la trachée, nous avons pour règle d'opérer sur-le-champ.* » (Chassaignac).

ACCIDENTES DE SUFFOCAÇÃO IMMINENTE POR COMPRESSÃO DO CONDUCTO LARYNGO-TRACHÉAL

Os corpos estranhos volumosos, os tumores de natureza diversa, as producções organicas anômalas, etc., do tubo pharyngo-esophagiano, por sua acção sobre o conducto laryngo-trachéal, o comprimindo em qualquer de seus diametros, logo, diminuindo a sua luz, ou mesmo o obstruindo completamente pela sua

extremidade aryteno-epiglottica, podem produzir accidentes de uma suffocação imminente, que indiquem com urgencia a abertura methodica da trachéa-arteria. Como exemplo de trachéotomia, reclamada pela presença de corpos estranhos volumosos no pharynge, vamos apresentar o facto referido por Habicot e por todos mui conhecido :

Um individuo de quatorze annos, havendo engulido algumas moedas de ouro envolvidas em um panno, com o fim de guarda-las com segurança e tê-las á salvaguarda de um assalto de ladrões que elle temia a todo momento, aconteceu o que elle não esperava: as moedas se lhe prendêrão no pharynge; accidentes de suffocação se apresentárão logo, reclamando a intervenção da arte. Habicot, depois de esforços infructiferos feitos com o fim de extrahir as moedas ou de as repellir para a cavidade gastrica, vendo a asphyxia imminente, tratou logo de preveni-la, trachéotomisando o menino. Restabelecida a respiração, cessárão os accidentes asphyxiacos, e Habicot pôde então, com vagar, repellir o corpo estranho para o estomago. No fim de oito dias, o astucioso menino lançava as suas moedas com as fezes: « *et son or ne fut perdu, ni si aventuré que sa vie, qui lui fut restituée par la plaie de la trachée-artère de laquelle il reçut prompt guérison.* » (Habicot).

Da mesma sorte, podem indicar a operação da trachéotomia, não como meio curativo, mas como meio preventivo de uma asphyxia por suffocação, os tumores de natureza diversa que comprimão o conducto aéreo: o bocio, os kistos, os tumores cancerosos, os escrophulosos, os aneurismaticos, os emphysematosos, etc.

CARIE E NECROSE DAS CARTILAGENS DO LARYNGE—ULCERAÇÕES DA MUCOSA LARYNGEÁ

Estes estados pathologicos deverão, porventura, figurar no quadro das indicações á operação da trachéotomia? Para responder

com segurança a esta interrogação, tivemos de consultar aos praticos, cujas opiniões, filhas de uma longa experiencia, nos servirão sempre de nossos guias, e podemos afiançar que, dentre estes, uns nada dizem sobre este ponto; outros, como MM. Gendron, Vidal (de Cassis), Velpeau, Marjolin, etc., respondem pela affirmativa. Segundo Vidal (de Cassis) póde a operação ser tentada com o triplo intuito de impedir a suffocação, pôr os pontos affectados do larynge em circumstancias mais favoraveis á cura, permittindo a applicação directa de certos modificadores, e de favorecer, finalmente, a extracção dos sequestros.

ASPHYXIA POR SUBMERSÃO

Conhecemos mais de um caso de asphyxia por submersão em que a trachéotomia foi applicada como meio de se poder, com mais presteza e com mais segurança, praticar a insufflação pulmonar.

Conhecemos tambem dous casos de asphyxia pela fumaça, nos quaes esta operação foi igualmente praticada.

Em todos estes casos, não se conseguiu o fim que se tinha em vista: chamar á vida os asphyxiados.

Em attenção a este resultado negativo, e, ainda mais, porque em casos desta natureza não vemos circumstancia alguma que possa embaraçar ou impossibilitar a insufflação pulmonar pela sonda laryngéa, quizeramos riscar esta indicação á trachéotomia no quadro que apresentámos.

Entretanto, reflectindo, vendo que de sua applicação, nestes casos, nunca poderá resultar damno algum; que, pelo contrario, só poderá resultar beneficio, ainda mesmo que não seja senão o bom testemunho de nossa consciencia por nada havermos omittido que pudesse chamar á vida o asphyxiado; julgámos mais acertado manter essa indicação, o que fazemos.

V

Processos operatorios

Quando esboçámos a historia da trachéotomia, já fizemos a exposição dos processos operatorios antigos, segundo os quaes praticava-se esta operação.

Já vimos como a trachéotomia, concebida por Asclepiades de Bithynia, cerca de um seculo antes de Christo, só quatro seculos depois, no seculo III da era christã, passou do mundo imaginario para o da realidade, por esforços de Antyllus, primeiro pratico que a executou.

Expuzemos o manual operatorio de Antyllus.

Depois, fômos percorrendo, uma a uma, todas as modificações que lhe fôrão impostas através dos seculos, até que o encontrámos depurado, ou melhor, completamente metamorphoseado nas mãos de Bretonneau (de Tours), e, pouco depois, nas de seu illustre discipulo Trousseau (de Pariz).

No presente capitulo, nem mais uma palavra diremos a respeito desses processos operatorios; sua importancia unica, nos tempos actuaes, é do dominio historico exclusivamente; os collocámos, pois, no lugar que justamente lhes compete.

Agora, passaremos a nos occupar com os processos operatorios modernos, especialmente com os processos operatorios de MM. Trousseau e Chassaignac.

Operação da trachéotomia, executada segundo os preceitos estabelecidos
pelo Professor Trousseau

APPARELHO INSTRUMENTAL E DE CURATIVO

Em regra geral, sempre que um cirurgião consciencioso e instruído tiver de praticar uma operação, antes de empunhar o instrumento e pôr-se na attitude de operar, elle deve se lembrar deste preceito capital da arte: examinar minuciosamente os instrumentos com os quaes deve entrar em acção, dispô-los em ordem; examinar as peças, osapparelhos que serão necessarios para se proceder ao primeiro curativo, etc.; em uma palavra: deve se informar com os seus proprios olhos e com as suas mãos se o apparelho instrumental e o de curativo se achão completos, em ordem, em estado que possam prestar os serviços que lhes vão ser exigidos.

Tambem não é menos importante que os ajudantes sejam collocados em seus respectivos logares, e que cada um se ache perfeitamente sciente do papel que deve representar.

Eis as peças que devem existir no apparelho instrumental e no de curativo, quando se tiver de praticar a operação de que tratamos: Um bisturi pontiagudo e ligeiramente convexo, um bisturi de botão, pinças de disseccção, tesouras, uma sonda cannelada, fios encerados para ligadura, duas erinas rombas ou dous ganchos, um dilatador trachéal, uma canula dupla apropriada, cujo numero se ache em relação com o diametro trachéal do individuo que se vai operar, e que já se ache convenientemente preparada, isto é, com os cadarços que a devem fixar, e com a rodella de adhesivo que deve proteger os bordos da ferida contra o attrito metallico; esponjas finas, um aspirador trachéal, pinças proprias para a extracção de corpos estranhos e falsas membranas; tiras de adhesivo, compressas fenestradas e não fenestradas, atadura, uma certa porção de cassa ou gaze, ceroto, e, finalmente, uma pequena esponja muito

fina, fixada na extremidade de uma barbatana flexivel, pequeno instrumento este a que os Francezes denominão — *écouvillon*.

POSIÇÃO DO DOENTE. — DISTRIBUIÇÃO E POSIÇÃO DOS AJUDANTES

O doente deve estar deitado sobre uma mesa guarnecida de um colchão pouco espesso, e terá sob as espaldas, assim como sob a parte posterior do pescoço, uma especie de travesseiro feito de lençóis ou pannos enrolados, cujo fim é tornar tensa a região trachéal, tornar mais visivel o relêvo da trachéa-arteria, que se quer descobrir; a mesa deverá ficar collocada, em relação á janella, de modo tal que os raios da luz solar venhão cahir directamente sobre o campo da operação, e não sejam impedidos nem mesmo pelo braço do operador; deve ficar obliquamente disposta.

Um ajudante, collocado por detrás do doente, será encarregado de manter com firmeza a sua cabeça; um outro ajudante, collocado de frente do operador, será encarregado de afastar as differentes camadas de tecidos e os vasos sanguineos com uma erina, que elle deverá tomar com a mão esquerda, enquanto, com a mão direita, estará prestes a esponjar a ferida com as esponjas finas, que deverão estar collocadas ao seu lado. Um terceiro ajudante, ou mais de um se necessario fôr, garantirá ao operador a immobildade mais ou menos completa do tronco e membros do doente. Finalmente, ainda mais um ajudante se tornará necessario quando a operação fôr feita de noite, e será seu encargo alumiar com uma vela o campo da operação.

POSIÇÃO DO OPERADOR. — EXECUÇÃO DA OPERAÇÃO

O operador, collocando-se á direita do doente, abraça a região trachéal com a mão esquerda, enquanto, com a mão direita, armada de um bisturi ligeiramente convexo, tomado na primeira posição,

isto é, na posição de faca, pratica na linha médiana uma incisão que deve se estender da cartilagem cricoide até um pouco acima do sternum. Essa primeira incisão deverá interessar a pelle e os tecidos subcutaneos até á linha branca, que marca o intersticio das massas musculares. Depois de haver esponjado o sangue que corre, o operador continúa então a incisar, sempre na linha mediana, sobre a linha branca; separa os musculos sterno-hyoidêos, os sterno-thyroidêos, os quaes, com a erina tomada com a mão esquerda, elle afasta para um lado, ao mesmo tempo que o ajudante, collocado á sua frente, os afasta de outro lado. O operador chega ao isthmo do corpo thyroide, que elle póde avistar no fundo da ferida, depois de convenientemente esponjada, cobrindo o primeiro ou os primeiros anneis da trachéa. Mais para baixo se acha o plexus venoso thyroidêo, e a arteria de Neubauer, quando existe. É neste ponto da operação, sobretudo, que o cirurgião não deve esquecer-se nunca do preceito capital de respeitar os vasos. Se percebe uma veia consideravel, cumpre que a disseque e a conserve, afastando-a para um lado com a erina. Se a veia subclavea esquerda, regorgitando de sangue, se apresenta na fossêta jugular, cumpre deprimi-la e protege-la com um dedo, porque um accidente terrivel seria a consequencia de seu ferimento; com mais forte razão deve o operador prestar toda attenção ao tronco brachio-cephalico, que, nos meninos, vem fazer algumas vezes uma saliencia consideravel acima da furcula supra-sternal.

Havendo chegado á trachéa-arteria, cumpre abri-la do seguinte modo: primeiro, o operador deve puncciona-la, fazendo uma pequena incisão o mais perto possivel da cartilagem cricoide com o bisturi pontiagudo, dirigido sobre a unha do index da mão esquerda collocado no fundo da ferida. Um sibilo indicará que a trachéa está aberta.

O cirurgião esponja a ferida, e, immediatamente, deixando o bisturi pontiagudo, toma o bisturi de botão, leva-o á pequena incisão

trachéal e a dilata sufficientemente de cima para baixo, ou de baixo para cima, quando a incisão inicial houver sido praticada a uma certa distancia da cartilagem cricoide.

Em seguida, e sem perda de tempo, deixa o bisturi de botão, toma o dilatador, que deve estar sempre á mão, e o introduz fechado por entre os labios da ferida trachéal; depois de introduzido, o abre com geito, de vagar. Neste momento da operação, o ajudante encarregado da cabeça do doente deve levanta-la um pouco para diante, afim de facilitar a introdução do dilatador, relachando os bordos da ferida, e tambem afim de favorecer a sahida do sangue, das mucosidades, das falsas membranas, dos corpos estranhos, etc.

Está concluida a abertura methodica da trachêa-arteria, ou a operação da trachéotomia; mas não está terminada ainda a missão do pratico: daqui em diante o seu procedimento deverá variar conforme a indicação particular que houver reclamado a operação.

Foi ella reclamada pela presença de corpos estranhos no conducto laryngo-trachéal? Desde que estes não fôrem expellidos tão sómente pelos esforços expiratorios através da ferida trachéal, cumpre então proceder á sua extracção, sejam elles de que natureza fôrem, para o que o pratico se servirá dos instrumentos que lhe parecerem mais apropriados, e que devem existir no apparelho instrumental: tesouras, pinças de diversas especies, etc., etc. Retirado o corpo estranho, se achando assim desobstruidas as vias naturaes da respiração, cumpre fazer desaparecer a via artificial; para este fim, aproxima-se os bordos ainda sangrentos da ferida trachéal por meio de tiras agglutinativas, se lhe superpõe um pedaço de panno crivado, contendo cerôto, depois, uma compressa, e, finalmente, como complemento deste simples apparelho, um lenço ou uma atadura circular applicada no pescoço.

Foi ella reclamada pelo croup, œdema da glotte, etc., molestias que podem obstruir mais ou menos completamente as vias naturaes da respiração, e cuja duração póde variar muito? Neste caso, como

a obstrucção das vias aéreas naturaes não póde desapparecer senão depois que a molestia tenha percorrido toda a sua marcha, cumpre manter aberta a via respiratoria artificial, que se achará assim constituida em uma verdadeira valvula vital; para isto, e para que ella preencha os fins que se deseja, deve o pratico introduzir-lhe uma canula dupla. Eis as regras a observar na introdução desta canula:

Havendo introduzido o dilatador trachéal, como já vimos, o cirurgião o mantém no lugar com a mão esquerda, enquanto, com a direita, toma a canula de tal modo que a sua parte concava olhe para baixo e para diante, e nesta posição a apresenta á ferida, a introduz por entre os seus labios com doçura, com geito e a faz marchar por entre os ramos do dilatador, imprimindo-lhe um movimento que a faça descrever um arco de circulo igual ao que ella apresenta. Desde que a respiração se faz livremente através da canula, não póde haver mais duvida que ella penetrou na luz da trachéa-arteria e que se acha convenientemente collocada; neste ponto, visto como o dilatador já representou o seu papel e se tem tornado inutil, cumpre retirar-lo da ferida, deixando a canula tão sómente.

Para que a canula se conserve no lugar, é indispensavel: 1.º, que ella penetre na trachéa-arteria um ou dous centimetros além do angulo inferior da ferida; 2.º, que seja fixada por meio de cadarços, os quaes devem ser atados na parte posterior do pescoço. O gráo de constricção que cumpre dar aos cadarços não é indifferente; será sensatamente calculado pelo pratico, na certeza de que, se fôr muito fraco, um esforço expiratorio, um esforço de tosse projectará fóra a canula, e o doente será novamente ameaçado de asphyxia por sufocação; se exageradamente forte, é obvio que a circulação das jugulares se tornará difficil, ou mesmo impossivel.

Um cuidado muito simples, e, ao mesmo tempo, muito importante pela sua benefica influencia sobre o resultado da operação, consiste no seguinte: passar em torno do pescoço do doente uma especie de gravata de gaze que receba o vapor aquoso quente da expiração, e

que corrija o ar inspirado, o aquecendo na sua passagem através desse vapor aquoso quente, e mesmo como que o coando em suas malhas.

Operação da trachéotomia, executada segundo os preceitos estabelecidos pelo Professor Chassaignac

APPARELHO INSTRUMENTAL

Cinco são os instrumentos especiaes que o eminente cirurgião do Hospital Lariboisière emprega na operação da trachéotomia: 1.º Um bisturi de duas laminas curtas, sendo uma pontiaguda e outra de botão; o fim da construcção especial deste instrumento é fazer evitar a menor perda de tempo, quando, havendo praticado a punctão e a incisão inicial, o operador trata de dilata-la. 2.º Um tenaculum, denominado *tenaculum cricoidéo*; é uma especie de gancho, que apresenta uma cannelura ou goteira na sua parte dorsal, semelhante á que se vê no catheter destinado á operação da lithotomia; das duas partes desse instrumento, gancho e cannelura, a primeira serve para garantir ao operador a immobilitade do conducto laryngo-trachéal, a segunda, a cannelura, serve para conduzir ao interior da trachéa, de um modo seguro, a ponta do bisturi, assim como o bico do dilatador. 3.º Um dilatador trachéal, semelhante a uma pinça, cujos bicos são articulados entre si nas extremidades. 4.º Uma canula dupla, de diametro apropriado, tendo a externa, na sua porção convexa, uma abertura oval, á qual corresponde uma valvula; esta tem por fim manter a canula no lugar, sem que seja necessario o emprego de cadarços; o fim da abertura oval é facilitar o exame da época em que se deve retirar a canula; para isto, retirada a canula interna, basta tapar a abertura exterior da canula externa; se nestas condições o doente continuar a respirar livremente, está provado que se póde e se deve proceder sem mais demora á retirada da canula. 5.º Finalmente, um aspirador trachéal.

EXECUÇÃO DA OPERAÇÃO

1.º *Tempo*. — Estando o doente deitado e mantido como já vimos, quando descrevêmos minuciosamente o processo do Professor Trousseau, o operador, collocado á sua direita, leva o index da mão esquerda sobre a cartilagem cricoide e com a unha desse dedo a fixa e a eleva um pouco. Com a mão direita toma o tenaculum cricoidêo na primeira posição, na posição de faca de mesa, o apresenta á trachéa em uma direcção perpendicular á desse conducto, e pratica a sua punção na linha mediana, logo abaixo da cartilagem cricoide. Depois de operada a punção, faz descrever ao instrumento um arco de circulo, de modo tal que o seu cabo fique voltado para cima e longitudinalmente disposto em relação ao conducto laryngo-trachéal, e a concavidade do gancho em relação immediata com o bordo inferior da cartilagem cricoide; neste estado, o cabo do tenaculum é confiado á mão esquerda, e levado fortemente para cima; assim fixada a cartilagem cricoide, está completo o primeiro tempo da operação.

2.º *Tempo*. — Com a mão direita, armada do bisturi a duas laminas, o operador leva a lamina pontiaguda desse instrumento á cannelura do tenaculum, e, dahi, guiando-a pela cannelura, a faz penetrar na trachéa-arteria, e pratica por este modo a incisão inicial. Immediatamente em seguida, retira a lamina pontiaguda, a substitue pela de botão, e com esta termina a incisão, dividindo, de um só golpe, na linha mediana, de cima para baixo, os quatro primeiros anneis cartilagosos da trachéa.

3.º *Tempo*. — Havendo assim praticado a abertura da trachéa, o operador deixa o bisturi a duas laminas, e toma o dilatador trachéal com a mão direita. O apresenta fechado á ferida trachéal, em uma direcção perpendicular á do conducto aéreo; introduz o seu bico por entre os labios da ferida, e o faz marchar assim fechado, dirigido sobre a cannelura do tenaculum, até que elle penetre na

trachéa ; logo que isto tenha conseguido, o cirurgião retira o tenaculum, e procede com o dilatador tal qual procedêra com o precedente instrumento, isto é, por meio de um movimento de arco de circulo, leva o cabo do dilatador para cima, de tal modo que a sua direcção se torne longitudinal em relação á da trachéa. Collocado assim em posição o dilatador, o cirurgião o mantém com a mão esquerda e o abre sufficientemente.

4.º *Tempo*.—Finalmente, neste ultimo tempo da operação, estando aberta a trachéa como acabámos de vêr, o operador toma a canula com a mão direita, a apresenta á ferida trachéal, como no processo ordinario, procede á sua introduccção por baixo do dilatador, e a empurra com geito, na direcção da trachéa-arteria.

VANTAGENS E INCONVENIENTES DESTE PROCESSO

O pequeno numero de instrumentos que se emprega, a rapidez do *modus faciendi*, o parallelismo que fica existindo entre os bordos das feridas trachéal e pretrachéal, a pequena extensão da ferida, donde resultará uma pequena cicatriz, etc., taes são, entre outras, as principaes vantagens que recommendão o processo do Professor Chassaignac. Infelizmente, ao lado destas vantagens, encontramos inconvenientes, senão em maior numero, ao menos, de uma importancia tão grande, que nos levão a abrir mão do processo *expedito* para adoptarmos o processo *lento*.

No processo *expedito*, quando o operador fixa a cartilagem cricoide e immobilisa o conducto laryngo-trachéal, a respiração, que já estava compromettida, se torna, necessariamente, muito mais difficil; quando pratica a punccção com o tenaculum, se a força impulsiva que dá ao instrumento não é bem calculada, póde a sua ponta ir ferir a parede posterior da trachéa, o esophago, ou outro orgão importante qualquer; quando, de um só golpe, praticado de cima para baixo e um tanto de dentro para fóra, divide a trachéa e a

totalidade dos tecidos pretrachéaes, comprehende-se facilmente quanto o operador expõe-se a dividir vasos importantes anormais, que porventura existão, se originando dahi hemorragias que podem ser fataes.

Por causa de taes inconvenientes, nós, confessamos que com pezar, porquanto vêmos neste processo mais de uma qualidade boa que o recommenda, que o torna mesmo seductor, repetimos, na nossa pratica, não adoptaremos o processo *expedito*, e sim o processo *lento* ou ordinario, e fundamentamos a nossa opinião nas seguintes palavras do grande mestre, grande pratico, autoridade insuspeita, cujo nome respeitavel mais de uma vez temos referido—Trousseau : « Je n'ai jamais vu *trop de lenteur* être la cause d'un accident, et souvent j'ai été témoin des difficultés et des dangers d'une trachéotomie exécutée *trop lestement*, même quand elle était faite par un opérateur habile. Je m'élève donc de toutes mes forces contre le procédé *expéditif* recommandé dans ces derniers temps par M. Chassaignac. »

Terminaremos este capitulo observando que a operação da trachéotomia póde ser praticada seguindo-se ainda muitos outros processos, taes como o de M. Maisonneuve, o de M. Verneuil, etc., etc. ; todos estes processos, porém, não tendo as vantagens do processo de M. Chassaignac, têm todos os seus inconvenientes e em gráo ainda mais elevado ; por isso, nos julgamos dispensado de ir tira-los do esquecimento em que jazem, e ao qual fôrão justamente condemnados.

VI

Cuidados Consecutivos

..... plus j'avance en âge,
plus je deviens convaincu qu'en thérapeu-
tique les minucies tiennent une place
beaucoup plus considérable qu'on ne le
croit communément.

(TROUSSEAU).

No capitulo precedente, quando descrevêmos o manual operatorio da trachéotomia, segundo o processo ordinario, já dissêmos algumas palavras com referencia aos cuidados que devem ser tomados logo depois da operação ; já vimos que elles não podem ser sempre os mesmos ; que devem variar com as numerosas indicações que podem reclamar a operação. Se, por exemplo, a operação houver sido reclamada pela presença de um corpo estranho no tubo pharyngo-esophagiano, que comprima a parede posterior do tubo laryngo-trachéal, como no caso mencionado por Habicot, o qual já referimos, é obvio que os cuidados consecutivos não podem ser os mesmos, como no caso em que fôr ella reclamada pelo garrotilho. Com effeito, no primeiro caso, conseguido o fim que se tinha em vista, que era evitar a morte por asphyxia e ter tempo sufficiente para fazer a retirada do corpo estranho, immediatamente em seguida deve o operador approximar os bordos ainda sangrentos da ferida trachéal, deve proceder ao curativo simples, como já vimos, com o fim de obter sua cicatrização por primeira intenção. No caso do garrotilho, assim como sempre que a operação fôr reclamada por obstrucção das vias aéreas, a qual não se possa remover com a mesma presteza com que se póde remover um corpo estranho, é de absoluta necessidade fazer-se a introdução da canula, e mante-la no logar, observando sempre os preceitos que já referimos.

Agora, só diremos mais duas palavras, com relação ainda aos cuidados consecutivos á trachéotomia, porém quando ella é reclamada pelo *croup*.

Depois de haver introduzido a canula, não deve o pratico esquecer-se de alar uma gravata de gaze no pescoço do doente, na qual sejam recebidos os vapôres quentes da expiração, e através da qual se aqueça na sua passagem o ar da inspiração. Insistimos neste cuidado, no qual já havíamos tocado, porque o julgamos de importancia capital. Eis o que a seu respeito diz Trousseau: Antes que M. Paul Guersant e eu houvessemos adoptado este *modus faciendi*, perdiamos de pneumonias catarrhaes um grande numero de nossos operados; hoje este accidente é muito mais raro. É provavel que a introdução nos bronchios de um ar quente e humido seja uma condição infinitamente favoravel.

Um outro cuidado que influe muito sobre o resultado da operação é a cauterisação da ferida. Durante os quatro primeiros dias que se seguirem á operação, deve o operador cauterisar uma vez por dia, com azotato de prata, toda a superficie da incisão, com o fim de obstar que ella seja invadida pela infecção diphthérica.

Se depois de haver praticado a operação, e de haver convenientemente collocado a canula, o operador se retirar sem que tenha prevenido ao enfermeiro ou á familia do doente sobre os cuidados relativos ao tubo metallico, é de simples intuição o que terá de acontecer: as mucosidades, as falsas membranas se irão depositando nas paredes da canula, e, no fim de pouco tempo, desaparecendo de todo a sua luz, o doente se achará nas mesmas condições que antes da operação: de novo se achará exposto a uma asphyxia por suffocação.

É para prevenir tão triste accidente, que um enfermeiro intelligente será encarregado de vigiar o doente com toda a attenção, de fazer a retirada da canula interna de duas em duas horas, de a limpar, lavar, e depois reintroduzi-la.

Sobre a época em que se deve fazer a ablação definitiva da canula, não é possível, evidentemente, estabelecer-se uma regra fixa, invariavel, absoluta; essa época deve variar forçosamente com o individuo; mas, em geral, diremos com Trousseau, é raro que se possa retirar-la antes do sexto dia; é raro que se a deva deixar além de dez dias.

A ablação, seja ella feita quando fôr, nunca deverá ser praticada de um modo brusco, mas sim pouco a pouco, por tentativas, experimentando, pela maneira que já dissemos, isto é, tapando com a palma da mão, ou melhor, com uma esponja, a abertura exterior da canula externa, experimentando assim quando o doente respira livremente pelas vias naturaes desta funcção.

Feita a retirada definitiva da canula, os cuidados que em seguida devem ser observados não differem daquelles que devem seguir á trachéotomia, quando reclamada por corpos estranhos, os quaes já expuzemos e nos julgamos dispensado de repetir.

VII

Accidentes

Os accidentes que podem sobrevir á operação da trachéotomia se apresentam no instante em que se pratica a operação, pouco depois de sua terminação, ou então no fim de alguns dias, isto é, são immediatos ou consecutivos.

ACCIDENTES IMMEDIATOS

Hemorrhagia. — Póde a hemorrhagia ser venosa ou arterial. A primeira é muito mais frequente, e tem por causa o ferimento de veias do plexus sub-thyroidêo, ou o ferimento de veias mais volumosas, como as jugulares e a sub-clavea esquerda.

Quando a hemorrhagia fôr venosa e provier do plexus sub-thyroidêo, póde o operador combater-la por meio da compressão, por meio da solução normal de perchlorureto de ferro, etc.; mas o melhor meio hemostatico, neste caso, é abreviar a operação e conseguir o estabelecimento da respiração pela canula; logo que os phenomenos da hematose se restabelecem com a respiração franca pela canula, o plexus venoso sub-thyroidêo se desengorgita, e a hemorrhagia pára. Quando, porém, a hemorrhagia venosa fôr procedente das jugulares ou da veia sub-clavea esquerda, antes de proseguir será necessario que o operador proceda á laqueação desse vaso, tanto na extremidade peripherica como na extremidade ligada ao centro circulatorio.

A hemorrhagia arterial é, sem duvida alguma, muito mais grave do que a venosa; mas, felizmente, é tambem muito mais rara. Póde provir, seja de arterias calibrosas, como a arteria de Neubauer (quando

existe), as carotidas primitivas, o tronco brachio-cephalico; seja de arterias de pequeno calibre. No primeiro caso, é de absoluta necessidade proceder-se immediatamente á laqueação do vaso dividido, nas suas duas extremidades; no segundo, em geral, a hemorragia cede á compressão feita por meio de uma pinça, ou mesmo á pressão exercida pela canula. O Professor Chassaignac observou uma hemorragia capillar, que tivera sua origem na mucosa trachéal, a qual elle combateu com muita felicidade, empregando o gêlo.

Entrada do sangue nas vias aéreas. — Quando, apesar de todos os cuidados, se der este accidente, em geral basta a tosse que logo sobrevem para que o sangue seja expellido através da canula; e se assim não acontecer, lançaremos mão do aspirador trachéal.

Emphysema. — Resulta este accidente da falta de parallelismo entre os bordos das feridas trachéal e pretrachéal; a infiltração gazosa quasi sempre fica limitada ao tecido cellular circumvizinho; mas póde se estender á face e até se generalisar. O emprego da canula semelhante, na sua fórma, na sua construcção, a oculo de vêr ao longe, especialmente inventada por Trousseau para este caso; esca. rificações e consecutiva pressão, etc., taes são os principaes meios de que o pratico deverá lançar mão para combater este accidente.

ACCIDENTES CONSECUTIVOS

Os accidentes que podem sobrevir á trachéotomia no fim de alguns dias depois da operação, quasi todos, que encontrámos referidos pelos diversos autores cujos trabalhos consultámos a este respeito, quasi todos se referem exclusivamente á trachéotomia, quando reclamada pelo croup. Passamos em seguida a fazer menção dos principaes destes accidentes, apontando logo os meios que o operador deve conhecer para lhes oppôr.

Diphthéria, erysipéla e gangrena. — Já tivemos occasião de dizer, quando tratámos dos cuidados consecutivos, no capitulo anterior,

quaes são os meios que o operador deve empregar com o fim de prevenir que a ferida trachéal seja invadida pela diphthéria. Se esses meios abortarem, e a diphthéria se apresentar, muitas vezes a erysipéla e a gangrena do tecido cellular circumvizinho á ferida vem se apresentar tambem como sua consequencia. Em taes circumstancias, é obvio que não poderemos confiar no emprego de meios topicos tão sómente; além delles, procuraremos debellar o mal, empregando internamente meios therapeuticos, que iremos tirar na classe dos tonicos, na dos antisepticos, etc.

Hemorrhagia secundaria.—Este accidente póde se apresentar, seja como expressão da diphthéria generalisada, seja como expressão de uma ulceração vascular produzida pela canula.

Em ambos os casos, lhe opporemos topicamente os meios hemostaticos que nos parecerem mais convenientes. No caso, porém, de ser a hemorrhagia secundaria expressão local de uma intoxicação geral diphthérica, comprehende-se facilmente que a medicação topica isolada pouco poderá aproveitar. É necessario que procuremos combater o mal, lhe oppondo ao mesmo tempo uma medicação mais energica e geral, representada pelos tonicos, pelos antisepticos, e ainda pelos hemostaticos, porém administrados internamente.

Difficuldade na deglutição. Sahida dos alimentos pela abertura trachéal.—A quéda das bebidas ou alimentos liquidos no larynge, assim como a dysphagia, são phenomenos que muito frequentemente se observa depois da trachéotomia, quando indicada pelo croup. Todos os praticos são accordes nesta affirmação. Igualmente, não ha a menor duvida, reina ainda entre elles o mais perfeito accordo, quando affirmão que este accidente é a expressão de uma falta de harmonia existente entre os musculos encarregados da occlusão do larynge, quando os alimentos franqueão o estreito guttural e os musculos que os fazem marchar através do tubo pharyngo-esophagiano.

Qual é, porém, a razão deste phenomeno insolito?

Eis o ponto sobre o qual rompe-se o accordo, e apparecem as opiniões.

Segundo *Archambault*, esta falta de harmonia é devida á respiração artificial. O aparelho encarregado da occlusão laryngéa, por falta do seu excitante natural, o ar atmospherico, perde o habito de exercer a sua função. Esta explicação, apesar de engenhosa, não nos parece admissivel; porque, se ella exprimisse a verdade, o accidente devia se dar sempre que se estabelecesse a respiração artificial pela canula; ora, isto não acontece; elle só sobrevem á trachéotomia, quando indicada pelo croup; logo, não podemos admitti-la.

Segundo *Chassaignac*, este accidente é expressão de um ferimento da parede trachéo-esophagiana, o que tambem não é admissivel; porque elle tem sido observado independentemente do menor ferimento dessa parede que separa a trachéa do esophago.

Trousseau explica o phenomeno, admittindo uma paralyisia dos musculos laryngêos e deglutidores, dependente da diphthéria laryngopharyngéa. É esta a explicação que nos parece mais aceitavel. Seja como fôr, desde que o accidente se apresente, nós procuraremos remedia-lo, prohibindo a administração de alimentos liquidos, e aconselhando o uso de alimentos mais ou menos consistentes.

Ulcerações da trachéa. — Estas ulcerações dependentes da canula têm a sua séde mais frequente na parede anterior da trachéa, ao nivel do bordo inferior da porção vertical da canula. É com o fim de prevenir este accidente que se deve exigir que a canula tenha sua extremidade bronchica ou inferior talhada em bico de clarineta á custa da parede anterior, e que se proceda á sua ablação definitiva o mais cedo possivel.

Bronchite e pneumonia. — Mais de uma vez já fallámos nos cuidados preventivos da bronchite e da pneumonia: applicar a gravata de gaze, e manter o doente em um aposento cuja temperatura não seja baixa, nem se ache sujeita ás variações bruscas do ar exterior.

Quanto aos meios curativos, são muitos e variados : iremos encontrar-los no arsenal therapeutico, na classe dos hyposthenisantes, na dos revulsivos, na dos antiphlogisticos, etc., etc.

Intoxicação diphthérica. — É este o mais grave dos accidentes que podem se apresentar consecutivamente á trachéotomia, quando reclamada pelo croup. Os symptomas que o denuncião, em geral, são tambem signal de um prognostico fatal ! Não obstante, preencheremos as indicações, conforme já vimos quando tratámos da hemorrhagia secundaria; isto é, lançaremos mão dos tonicos, dos antisepticos, e, finalmente, dos hemostaticos, administrados *intus et extra*.

Agora, para terminar a dissertação desta These, vamos pedir mais duas palavras ao immortal poeta latino, cujo nome já tivemos ensejo de citar neste trabalho, quando tratámos do croup, no capitulo IV ; as seguintes suas palavras, que tornamos nossas, nós as dirigimos a todos os nossos leitores, e muito especialmente aos nossos Juizes:

« *Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis*

« *Causa, sed utilitas, officiumque fuit.*

V.6/145

PROPOSIÇÕES

SEGUNDO PONTO

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

(CADEIRA DE PHYSICA)

ATMOSPHERA

I

Atmosfera é a camada aérea que envolve o globo terrestre, com o qual se acha suspensa no espaço.

II

É essencialmente constituída por uma mistura de azoto e de oxygenio.

III

Esses dous gases se achão misturados na relação, em volume, de 20,80 de oxygenio para 79,20 de azoto.

IV

Em peso, essa relação é de 23,01 de oxygenio para 76,99 de azoto.

V

Além desses dous gases, encontra-se também na atmosfera vapor d'agua em quantidade variavel, e uma pequena quantidade de gaz acido carbonico.

VI

Suppondo a atmosphaera dividida em camadas superpostas, as camadas superiores exercem uma pressão, por seu peso, sobre as camadas inferiores, e as comprimem.

VII

A pressão atmospherica decresce á medida que se eleva acima do nivel dos mares; e, ao contrario, cresce á medida que em terra se aprofunda, descendo abaixo do nivel dos mares.

VIII

Para demonstrar-se a existencia dessa pressão, serve-se ordinariamente de aparelhos apropriados, denominados *hemispherios de Magdebourg* e *crève-vessie*.

IX

A altura da atmosphaera é limitada. Avalião-na em cerca de 60 a 80 kilometros.

X

Póde-se medir com exactidão o peso da atmosphaera.

XI

O meio instrumental de que se serve para realizar-se essa medida é o barometro inventado por Torriceli, discipulo do immortal Galilêo, no anno de 1643.

XII

A pressão da atmosphaera equivale, em superficie igual, e ao nivel dos mares, á pressão exercida por uma columna de mercurio de 76 centimetros de altura.

TERCEIRO PONTO

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

(CADEIRA DE PARTOS, MOLESTIAS DE MULHERES PEJADAS E DE RECEM-NASCIDOS)

DO THROMBO VULVO-VAGINAL

I

O thrombo vulvo-vaginal consiste em um derramamento sanguineo que se faz nas partes molles da pequena bacia ou da vulva.

II

As vezes esse derramamento sanguineo é tão consideravel, que póde exceder os limites do estreito superior e elevar-se no abdomen.

III

O thrombo vulvo-vaginal deve ser classificado na ordem dos tumôres da vulva e da vagina, e não na ordem das hemorrhagias uterinas.

IV

Habitualmente, o derramamento sanguineo, que constitue o thrombo vulvo-vaginal, fórma um tumor na vagina.

V

A abundancia do derramamento sanguineo, que constitue o thrombo vulvo-vaginal, se explica pela riqueza extraordinaria de venulas e de arteriolas do tecido que entra na composição dos labios da vulva, e que forra a entrada da vagina.

VI

A estagnação dos fluidos na vulva e o estado varicoso das veias da vagina, muito frequente nas mulheres gravidas, dispõem estas partes ao thrombo.

VII

Durante a prenhez as veias da vagina, assim como as da vulva, muito tumefactas, excessivamente distendidas, se rompem seja espontaneamente, seja em consequencia de uma violencia exterior (pancada sobre o ventre, queda, etc.), e o sangue se derrama no tecido cellular.

VIII

O thrombo da vulva affecta, ás mais das vezes, os grandes labios; entretanto se o tem observado nas nymphas.

IX

Em geral, o thrombo da vulva é unilateral; mas tambem pôde ser bilateral.

X

Durante o trabalho do parto, o thrombo vulvo-vaginal se manifesta quasi sempre quando a cabeça ou as nadegas do feto, havendo chegado ao estreito inferior, fazem esforço para franquear a vulva.

XI

Nestas circumstancias, duas causas sobretudo concorrem para a formação do thrombo: 1ª, a impossibilidade do retorno do sangue venoso para o centro circulatorio, por effeito da compressão exercida sobre as veias pela cabeça ou nadeegas do feto; logo, a estase venosa; 2ª, a exagerada distensão das veias, que dá em resultado sua ruptura.

XII

Os esforços immoderados que a parturiente faz durante o trabalho, a demora muito prolongada da cabeça fetal no estreito inferior da bacia, seu volume excessivo, o estreitamento da bacia, taes podem ser ainda as causas do thrombo vulvo-vaginal.

XIII

Ás vezes, o apparecimento do thrombo não se manifesta senão depois de terminado o trabalho do parto, depois do delivramento, e, então, sua existencia em geral se torna muito mais grave.

XIV

O thrombo vulvo-vaginal póde ser uma causa de dystocia, assim como tambem, depois do parto, póde se oppôr ao delivramento, e até mesmo ao corrimento dos lochios.

XV

Póde terminar-se pela resolução, suppuração, ruptura ou pela gangrena.

XVI

O tratamento do thrombo vulvo-vaginal varia, conforme a época de sua manifestação, o seu volume, e conforme os soffrimentos que occasiona.

V. 6/149

QUARTO PONTO

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

(CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL)

SIGNAES TIRADOS DAS FUNÇÕES DE REPRODUCCÃO

I

O *apetitus venereus* no homem póde ser exaltado, diminuido, abolido ou pervertido.

II

A sua exaltação, com erecção do penis, e, ordinariamente, acompanhada de delirio geral ou parcial (*mania ou monomania erotica*), constitue o symptoma denominado *satyriasis*.

III

A *satyriasis* deve ser considerada como signal de uma affecção cerebral, tendo sua séde no cerebello.

IV

Os pensamentos eroticos, a continencia forçada, as lesões traumaticas da cabeça, são as causas principaes da *satyriasis*.

V

Póde o penis se apresentar em um estado constante de erecção, sem que haja o menor desejo venereo: é este o symptoma que se denomina *priapismo*.

VI

O priapismo é signal da ingestão das cantharidas, da urethrite da inflamação do collo da bexiga ou das partes vizinhas; póde tambem se apresentar nas febres de fórma ataxica, e, então, é sempre um signal de pessimo agouro.

VII

A diminuição dos desejos venereos é um facto que muito frequentemente se observa em quasi todas as molestias; a reaparição desses desejos é signal de bom agouro.

VIII

A abolição dos desejos venereos constitue a *anaphrodisia*.

Dá-se a perversão do *ápetitus venereus* quando o individuo se masturba, ou quando se entrega á pratica de actos *antiphysicos*.

IX

A impossibilidade de consummar o acto venereo constitue essencialmente a impotencia.

X

A má conformação dos órgãos genitales (hypospadias, epispadias, penis bifido, etc.); a impossibilidade da ejaculação; a falta de erecção do penis; eis quaes podem ser, no homem, as causas da impotencia.

XI

A falta de erecção do penis é, em um certo numero de casos, o primeiro ou um dos primeiros symptomas de certas molestias dos centros nervosos, da medulla espinhal especialmente.

XII

A exaltação do *apetitus venereus* na mulher constitue o symptoma denominado *nymphomania*, que exprime ou uma lesão uterina, ou uma perturbação das funcções nervosas.

XIII

A esterilidade da mulher muitas vezes é dependente de uma conformação viciosa dos órgãos genitales internos (anteversão, retroversão, lateriversão do utero, oclusão do focinho de tenca, oclusão das trompas de Fallopio), de atrophia ou molestia organica do utero ou de seus annexos (trompas de Fallopio, ovarios); mas póde ella se dar, ainda mesmo havendo a mais perfeita normalidade no conjuncto dos órgãos genitales, e, neste caso, é ainda um mysterio perante a sciencia.

XIV

Póde dar-se a ausencia de menstruação, ou porque ella não se tenha estabelecido no tempo proprio (*retenção das regras*), ou porque, pathologicamente, tenha cessado depois de haver apparecido (*suppressão*): em ambos os casos, essa ausencia de regras se denomina *amenorrhéa*.

XV

Dysmenorrhéa é a menstruação irregular, dolorosa ou incompleta.

XVI

O augmento das regras, seja em quantidade, seja em duração, constitue a *metrorrhagia*.

XVII

Estes tres symptomas, a *amenorrhéa*, a *dysmenorrhéa*, e a *metrorrhagia*, podem ser symptomaticos, sympathicos e protopathicos ou essenciaes.

V.6/351

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, judicium difficile. Neque vero satis est ad ea quae facto opus sunt praesto esse, sed et aegrum et eos qui praesentes sunt et res externas ad id probe comparatas esse oportet. (Sectio Prima, Aph. 1.)

II

Neque satietas neque fames, neque aliud quicquam bonum, quod supra naturae modum fuerit. (Sectio Secunda, Aph. 4.)

III

Tempestatum anni mutationes potissimum morbos pariunt et in ipsis anni tempestatibus magnae mutationes frigoris et caloris, aliaeque pro ratione ad hunc modum. (Sectio Tertia, Aph. 1.)

IV

Mensibus copiosioribus profluentibus morbi contingunt et non prodeuntibus ab utero morbi eveniunt. (Sectio Quinta, Aph. 57.)

V

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre succedente, ciborum vero fastidia ei accidant, gravidam esse existimato. (Sectio Quinta, Aph. 61.)

VI

Quae medicamenta non sanant, ea ferrum sanat.

Quae ferrum non sanat, ea ignis sanat.

Quae vero ignis non sanat, ea insanabilia reputare oportet. (Sectio Septima, Aph. 87.)

V.6/151v

Esta These está conforme os Estatutos.—Rio de Janeiro, 31
de Agosto de 1876.

DR. JOSÉ PEREIRA GUIMARÃES.

DR. SOUZA LIMA.

DR. FERREIRA DOS SANTOS.

