

V.1/353

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 15 DE SETEMBRO DE 1863

E PERANTE ELA SUSTENTADA NO DIA 24 DE NOVEMBRO DO MESMO ANNO

POR

Dionizio Carlos de Azevedo Reis

NATURAL DE MINAS-GERAES

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE

E FILHO LEGITIMO DE

JOSE' BERNARDES DA FONSECA REIS

E

D. ALEXANDRINA PLACEDINA DE AZEVEDO REIS.



RIO DE JANEIRO

TYP. DA «ACTUALIDADE», RUA DOS PESCADORES N. 17.

1863.

V. 1/333V

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.— CONSELHEIRO DR. JOSÉ MARTINS DA CRUZ JOBIM.
VICE-DIRECTOR.— DR. LUIZ DA CUNHA FEIJÓ.

Lentes Proprietarios.

1.º ANNO.

DOUTORES :

Francisco José do Canto e Mello Castro Mascarenhas Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Manoel Maria de Moraes e Valle Chimica e Mineralogia.
José Ribeiro de Souza Fontes, presidente Anatomia descriptiva.

2.º ANNO.

Francisco Gabriel da Rocha Freire Botanica e Zoologia.
Francisco Bonifacio de Abreu Chimica organica.
Conselheiro Lourenço de Assis Pereira da Cunha Physiologia.
José Ribeiro de Souza Fontes Anatomia descriptiva.

3.º ANNO.

Conselheiro Lourenço de Assis Pereira da Cunha Physiologia.
F. Praxedes de Andrade Pertence Anatomia geral e pathologica.
Conselheiro Antonio Felix Martins Pathologia geral.

4.º ANNO.

Antonio Ferreira Franca, examinador Pathologia externa.
Antonio Gabriel de Paula Fonseca Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Partos, molestias das mulheres pejudadas e paridas, e das crianças recém-nascidas.

5.º ANNO.

Antonio Gabriel de Paula Fonseca Pathologia interna.
José Maria Chaves, examinador Anatomia topographica, medicina operatoria e aparelhos
Conselheiro João José de Carvalho Materia medica e therapeutica.

6.º ANNO.

Conselheiro Thomaz Gomes dos Santos Hygiene e historia da Medicina.
Francisco Ferreira de Abreu Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos Pharmacia.

Conselheiro M. F. Pereira de Carvalho Clinica externa do 3.º ao 4.º
Conselheiro Manoel do Valladão Pimentel Clinica interna do 5.º ao 6.º
Luiz da Cunha Feijó Clinica de partos.

Lentes Substitutos.

DOUTORES :

João Joaquim de Gouvêa } Secção de Sciencias Accessorias.
Francisco de Menezes Dias da Cruz } Secção Medica.
Antonio Ferreira Pinto }
Antonio Teixeira da Rocha } Secção Cirurgica.

Oppositores.

DOUTORES :

José Thomaz de Lima, examinador }
Joaquim Monteiro Caminhoá } Secção de Sciencias Accessorias.
. }
. }
José Joaquim da Silva }
Francisco Pinheiro Guimarães } Secção Medica.
Antonio Corrêa de Souza Costa }
José Maria de Noronha Feital }
José Vicente Torres-Homem }
Francisco José Teixeira da Costa, examinador }
Licente Candido Figueira de Saboia } Secção Cirurgica.
Vui Pientznauer }
Matheus Alves de Andrade }

SECRETARIO.— DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

PRIMEIRO PONTO

SCIENCIAS CIRURGICAS

DA TRACHÉOTOMIA, SUAS INDICAÇÕES CONFORME AS MOLESTIAS E SEUS PERIODOS

DISSERTAÇÃO

Faiteen effet dans des conditions favorables, elle soustrait instantanément le patient a une agonie pleine d'angoisses et de périls, elle opère dans quelques cas même une véritable resurrection!.....

LENOIR—THESE—PAG. 7-

ETYMOLOGIA.—Deriva-se a palavra—*Tracheotomia*—de duas gregas que significam—secção da trachéa.

DEFINIÇÃO— A trachéotomia é uma operação que consiste na abertura methodica dos primeiros anneis da trachéa.

HISTORIA.

Nós procuraremos fazer rapidamente e com o maior laconismo possivel a historia da trachéotomia; embora a sua primeira época, seja mui remota e obscura.

A trachéotomia, que era o unico methodo operatorio conhecido dos antigos

e que fôra apresentada por Asclepiade em substituição ao catheterismo laryngêo—até então aconselhado por—*Hypocrates*—tem soffrido successivamente um grande numero de modificações que constituem os differentes processos pelos quaes ella tem sido praticada.

Como ja o dissemos *Hypocrates* apenas aconselhava o catheterismo laryngêo.

Galeno diz que esta operação fôra inventada por. Asclepiade, que a aconselhava nas anginas suffocantes, sem com tudo nos dizer qual era o seu methodo de operar e nem tão pouco affirmar que elle a tivesse praticado vez alguma.

Cœlius— *Aurelianus* e *Areteo*, considerando as feridas das cartilagens como incicatrissaveis e suceptiveis, por esse modo, de dar lugar a uma fistula aerea, não admittiam e até repelliam esta operação, que aliás consideravam mortal.

O primeiro methodo conhecido de praticar a trachéotomia, é o de *Antyllus*, descripto por *Paulo d'Egina*.

Antyllus queria que ella fosse praticada tão somente quando houvesse ameaço de suffocação eminente, por effeito de uma inflammação que tivesse a sua sede na boca posterior, acima do larynge, sem comtudo ter ainda invadido os bronchios e pulmões. *Rhasés* e *Avicenna* fallam desta operação como o ultimo recurso em qualquer caso de suffocação eminente, sem todavia ensinar-nos porque methodo devemos pratical-a.

Albucasis diz que, no seu tempo, ninguem onsaria praticar a trachéotomia; tal era o terror que lhes inspirava e o receio que tinham de ser considerados infames e tal era a opinião que formavam della que disiam :— *Est sine periculo si Deus voluerit!*—

Mussa Brassavole (1543) praticou a trachéotomia com feliz resultado, em um caso de angina: pouco mais ou menos na mesma época, *Fabricio d'Aquapendente*, introduzindo na sciencia e na pratica esta operação e discutindo suas indicações, deu-lhe o primeiro impulso, descreveu-a perfeitamente, embora nunca a houvesse praticado: foi elle além disso, o inventor da canula de demora.

Depois destes, veio *Scultet* ao qual, seguiram-se *Dionizio* e *Garengot*, em França; *Chowell*, na Inglaterra.

Assim foram decorrendo os annos sendo uma tal operação hoje despresada para amanhã ser de novo apregoada, até que *Luis* (1765) lançando-a de novo em scena, discutindo, e considerando-a como menos perigosa que a sangria fixou a attenção sobre ella de um modo especial: elle teve a satisfação de vêr coroados os seus esforços sendo, immediatamente, seguido

nessa pratica por Desault, Boyer, Pelletan, Caron e muitos outros que levaram a trachéotomia de progresso em progresso até Bretonneau e sobre tudo Trousseau e seus discipulos.

Tudo o que hoje ha de fixo a respeito desta operação devemos á constancia e perseverança de Bretonneau: outro que não elle, em face dos máos resultados primitivamente colhidos, teria, por certo, esmorecido e, arrepiando carreira, abandonado o campo.

E' justa e merecida a gloria que lhe coube de ser considerado o primeiro em obter bom resultado da trachéotomia (*no croup*) embora já antes delle o cirurgião inglez—John Andrew—á tivesse praticado com feliz exito, o que—para alguns autores—não está ainda bem comprovado.

De então por diante, animados pelos bons resultados obtidos por Bretonneau,—Geudron, Morand (de Tours) e muitos outros tem sido felizes na pratica da trachéotomia; não lhes tem faltado imitadores.

Os dados que, actualmente, nos são fornecidos por M^{rs} Lenoir Demaraguay, Chassaignac, Millard e, principalmente, por Mr. Trousseau tem não só demonstrado a grande utilidade desta operação mas tambem a immensa vantagem que della se pode colher, em certas molestias, como meio therapeutico.

A hesitação, receio e mesmo terror de infamia que—em tempos remotos ella causara, foram substituidos pela fé robusta e forte convicção de um bom resultado.

Eis, mais que rapidamente, delineadas as diversas peripecias porque ha passado, até nossos dias, a operação da trachéotomia.

ANATOMIA CIRURGICA DA REGIÃO INFRA-HYOIDIANA.

L'anatomie chirurgicale est une des bases principales, non seulement de la médecine opératoire mais encore de toute la pathologie.

VELPEAU—ANATOMIE CHIRURGICALE

A grande e mais que notavel região hyoidiana, para ser melhor e mais methodicamente estudada, foi subdividida em tres ontras não menos importantes: deixaremos de parte duas dessas subdivisões á fim de tratarmos com todo o escrupulo e minuciosidade, tão sómente da terceira, isto é—da região

infra-hyoidiana—por mais nos interessar em relação a materia que nos occupa, visto como, rigorosamente fallando, ella constitue o verdadeiro campo da trachéotomia.

Envidando todos os nossos esforços e servindo-nos de guia nesse estudo, principalmente, o excellente tratado de anatomia cirurgica de—Mr. Richet—procuraremos estudal-a com todo o cuidado e attenção.

A região infra-hyoidiana, impar e symetrica occupa o espaço comprehendido entre a base do osso hyoide, os dous musculos sternos—mastoidianos e o sterno; ella é limitada, em cima, pelo hyoide e base da lingua, em baixo, pelo bordo superior do sterno, lateralmente, pelos mostoidianos: pela parte posterior esta região descança sobre a columna vertebral e é unida aos musculos longos do pescoço, por intermedio de um tecido cellular demasiadamente laxo que dá a rasão da grande mobilidade de que gozam as suas partes constituintes, taes como larynge, trachéa—arteria, corpo ihyroide, esophago, nervos e vasos, tanto venosos como arteriaes.

Apelle que cobre este espaço limitado, em parte despida de pellos, é lisa, mui sensivel e extremamente movel sobre as partes subjacentes;ahi nota-se saliencias e depressões que devemos ter em muita consideração e conhecer perfeitamente: assim se,—collocado o dedo indicador sobre o hyoide e, deste como ponto de partida, fizermol-o descer, sempre pela linha mediana encontraremos logo abaixo desse osso—primo—uma depressão correspondente á membrana thyro-hyoidiana—; em seguida a esta—a eminencia formada pelo angulo bifido das cartilagens thyroidianas—; mais abaixo—nova depressão que corresponde á membrana crico-thyroidiana —; em seguida—nova saliencia devida á cartilagem cricoide — e por ultimo, a faceta chamada supra sternal.

O que ficou dito acima refere-se as formas anatomicas externas.

Proseguindo no estudo desta região e depois de levantada a pelle, nota-se uma camada laminosa, que dando udas folhas, envolve o cutilar: retiradas estas partes aparece a continuação da aponevrose cervical que, unica superiormente, desdobra-se neste ponto e, depois de envolver os musculos sternos—mastoidêos, vai-se inserir no bordo superior do sterno e das claviculas: igualmente levantada esta ficará sob a vista, o larynge, corpo thyroide e a trachéa, em parte, coberta pelos thyroidianos e sternos—mastoidêos; estes ultimos, unidos medianamente por uma lamina aponevrotica e aproximados superiormente, vão se afastando mais e mais até a sua inserção sternal. Retirada esta lamina aponevrotica apresentar-se-hão successivamente as membranas thyro—hyoideas, crico-thyrodeas, plexo arterial do mesmo nome (thyroides) e os primeiros anneis da trachéa.

E' na area deste triangulo que se pratica a trachéotomia.

Os musculos sterno-hyoidêos são, inferiormente, cobertos pelo feixe externo dos sternos-mastoidêos; logo abaixo destes ultimos, isto é mais profundamente, os primeiros formam um espaço igualmente triangular porém em sentido inverso.

A região infra-hyoidiana, em consequencia da direcção obliqua do musculo omo-hyoidêo que, de sua inserção hyoidiana vai a região supra-clavicular, passando por baixo dos sternos-mastoidêos, fica dividida em dois triangulos secundarios denominados, por Velpeau, o superior com o nome de omo-hyoidiano e o inferior—omo-trachéal.

Dopoiz de termos assim descripto a região infra-hyoidiana, embora perfunctoriamente e de uma maneira imperfeita,—passaremos a considerar as partes do conducto—laryngo-trachéal que nella se acham, tendo muito em vista, não só os elementos que o constituem, como a sua posição, forma, direcção, extensão, diametro, anomalias e finalmente as importantissimas relações que existem entre elle e as partes visinhas, visto ser-nos o conhecimento dessas relações de summa importancia e utilidade na operação da trachéotomia.

O conducto-laryngo-trachéal é cylindrico na maior parte de sua extensão excepto na extremidade superior, onde tem maior volume, e forma uma figura irregular constituindo o larynge; da parte inferior deste é que, verdadeiramente,—principia a trachéa da qual occupar-nos-hemos tão sómente com os cinco á seis primeiros de seus anneis. Devidida assim essa porção do conducto em duas partes distintas, se bem que uma seja continuação da outra e estejam intimamente ligadas, estudar-mol-as-hemos successivamente uma e outra.

O larynge assemelha-se a uma boceta ou conducto cartilagineo formado de partes mais ou menos resistentes, moveis e de formas variadas. é destinado, principalmente á producção da voz: mais desenvolvido nos adultos do que nas crianças é causa de ser a trachéa mais curta, relativamente, naquelles do que nestas e dahi o conselho [de alguns autores, de ser preferivel a laryngo-trachéotomia para os primeiros e a tracheotomia para as ultimas. O larynge, dotado de grande mobilidade, não apresenta, em geral, ponto algum que sendo constante nos possa servir do bussola, para a pratica do trachéotomia, a não ser a cartelagem cricoide, por quanto, embora seja bastante proeminente o angulo formado pelas cartilagens thyroides, comtudo em certos casos e mórmente nas crianças e mulheres, essa proeminencia é quasi nulla, sem resistencia e alem disso cedendo com a maior facilidade a pressão do dedo; o mesmo se dá com os primeiros anneis da trachéa que nenhuma resistoncia apresentam;

esta ultima, é formada de aneis que, cartilagineos nos quatro quintos anteriores, são posteriormente membranosos e achatados; esta disposição dos aneis trachéaes torna-se de grande utilidade na operação de que tratamos visto permittir ella que, depois de feita a sua secção, os bordos dos mesmos sejam afastados um do outro com grande facilidade.

O conducto—laryngo—trachéal occupando, normalmente, a parte media do pescoço e tendo, em relação ao eixo do corpo uma direcção vertical ligeiramente obliqua de diante para traz e de cima para baixo, offerece-nos suas partes superiores n'um plano mais superficial do que as inferiores. O diâmetro deste conducto é extremamente variavel: as suas relações, da membrana thyro-hyodiana ao sterno e sobre á linha mediana são em demasia simples; é apenas coberto pela pelle, o facia subcutaneo, a aponevrose cervical e a commissura que une os dous lobos do corpo thyroidea qual, tem ordinariamente — 0,013^m de altura.

Esta commissura pode faltar ou ter, em altura, a mesma extensão que os lobos lateraes cobrindo, por esse modo, os cinco á seis primeiros aneis da trachéa.

Mais importantes são as suas relações lateraes; assim além das partes que já foram mencionadas, o conducto-laryngotrachéal, é coberto pelos musculos sternos-thyroidêos, omo-hyoidêos, e crico-thyroidêos; elle contrahe, igualmente, relações immediatas com os lobos do corpo thyroide, as arterias-thyroidianas superior e inferior, o plexo venoso do mesmo nome e o nervo recorrente: as carotidas, as jugulares assim como os nervos pneumogastricos e grande sympathico costeam-no em pequena extensão. Na parte superior e posterior elle corresponde ao pharynge do qual fórma a parede anterior; inferiormente contrahe relações com o esophago que, desviando-se algum tanto para a esquerda, assim o acompanha.

Na membrana thyro-hyodiana, devemos ter em vista as arterias-thyro-hyoidianas e, para a sua extremidade inferior, a arteria e nervo laryngeos superiores: segue a cartilagem thyroide que algumas vezes apresenta suas laminas ossificadas; ahí merecem especial attenção as cordas vocaes (*principalmente na laryngotomia*) as quaes inserem-se no angulo reintrante dessas cartilagens, e quase sobre a linha mediana; a membrana crico-thyroidiana tem adiante de si o ramo anastomotico das arterias do mesmo nome que, algumas vezes, é bastante volumoso.

No systema arteriál desta região podem dar-se anomalias em relação ao numero ou á posição.

QUANTO AO NUMERO.—Normalmente não existem ou são pouco volumosos os vasos da parte media do pescoço; entretanto—Neubauer—(1772) descreven

uma arteria que é conhecida com o nome de thyroidiana mixta ou media ou —arteria de Neubauer—; ella nasce ordinariamente do tronco innominado ou então da crossa da aorta e raras vezes da mamaria interna; segue a linha mediana entre a trachéa e a aponevrose cervical profunda, e vai distribuir-se no corpo thyroide.

Muitas vezes existem dous troncos brachio—cephalicos—esquerdo e direito—ou deixam de existir ambos, nascendo nesse caso, a carotida direita da aorta.

QUANTO A POSIÇÃO.—O tronco brachio-cephalico sobe algumas vezes além da furcula sternal, tendo mesmo chegado ao corpo thyroide como diz Burns (*citado por Mr. Chassaignac*) ter observado varias vezes. A carotida esquerda pode ter sua origem no tronco-bracio-cephalico e assim crusar a parte inferior da trachéa. As arterias thyroidianas tanto inferior como superior pódem igualmente apresentar diversas anomalias.

INDICAÇÕES.

Chegamos á uma das partes talvez a mais importante do assumpto que escolhemos; parte essa complicadissima em vista da immensa variedade não só de molestias como de accidentes que reclamam, rigorosamente, a trachéotomia.

Geralmente fallando, podemos dizer que, os casos que indicam uma tal operação « sont tous ceux qui donnent lieu à l'imminence de la suffocation par un « obstacle matériel á l'introduction de l'air dans les voies aérienes; telles sont « les altérations diverses capables de boucher l'orifice superieur du laryny, de « rétrécir ou d'effacer sa cavité ou celle de la trachée, soit par le déveioissement « d'un produit morbide, soit par l'introduction d'un corp étranger dans leur « intérienr. » (*)

Muitos e variadissimos são os casos que exigem a operação de que tratamos: qual o methodo de exposição que devemos seguir? Entre os methodos diversos, seguidos pelos autores que tem escrito sobre esta materia, nenhum talvez satisfaz o espirito (á nosso ver) como o que apresenta em um quadro synoptico, que tomamos a liberdade de transcrever em seguida. devido á penna do nosso illustrado mestre o Illm. Sr. Dr. Ferreira de Abreu, exarado na sua excellente these de concurso.

Eil-o :

(*) Lenoir. De la bronch. thés.

V. 1/337V

QUADRO SYNOPTICO.

DOS ACCIDENTES CAPASES DE PRODUZIR PHENOMENOS DE SUFFOCAÇÃO EMINENTE, E DE INDICAR A OPERAÇÃO DA—BRONCHOTOMIA.

- I. Phenomenos de suffocação eminente por obstrucção do conducto-laryngo-trachéal.
 - 1° Retraccção ou inversão da lingua para a parte posterior applicação de sua base contra a epiglote, oclusão permanente da abertura superior do larynge.
 - 2° Tumefacção exagerada da lingua.
 - 3° Engorgitamento, inflamação, hypertrophia das amigdalas e da uvula.
 - 4° Laryngitis edematosa, estridente, simples ou mucosa com caracter agudo ou chronico; espasmo da glote, etc.
 - 5° Laryngites diphytérica, pseudo-membranosa, (*croup.*)
 - 6.° Corpos estranhos.
 - 1° Formados primitivamente na cavidade thoracica.
 - 2° Produzidos no interior do conducto-laryngo-tracheal ou pharynge.
 - 3° Provenientes do exterior ou dos pontos visinhos ao tubo laryngo-trachéal.
- II. Phenomenos de suffocação eminente por compressão do conducto - laryngo - trachéal.
 - 1° Feridas em geral e particularmente as feridas contusas do pescoço, quando sobre tudo complicadas de fractura das cartilagens do larynge e de pressão dos fragmentos.
 - 2° Corpos estranhos e producções organicas anormales do pharynge e do esophago.
 - 3° Todas as outras causas capases de comprimir mecanica 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 laryngea com o fim de poder obrar directamente sobre os pontos affectados.

IV. Collocaremos finalmente em ultimo lugar os accidentes de asphixia por submersão.

RETRACCÇÃO OU INVERSÃO DA LINGUA PARA PARTE POSTERIOR, &.—Não só J. L. Petit, mas ainda outros praticos têm observado a inversão da lingua para a parte posterior quer na simples operação da secção exagerada do seu fillete, quer na reseccção ou extirpação do maxillar inferior. Neste ultimo caso, principalmente, não sendo mais a ponta deste orgão sujeita á acção dos musculos da região supra-hyoidiana, mormente a dos genio-glossos, haverá a inversão e a sua base indo comprimir a abertura superior do larynge poderá produzir á asphyxia e por esse modo indicar a operação.

V.1/339

Hoje, nos casos de resecção ou extirpação do maxillar inferior, pode deixar de dar-se o inconveniente da inversão quer durante quer depois da operação se tivermos o cuidado de prender, no primeiro caso, a ponta do órgão á uma erigna-confiada á um ajudante e, no ultimo, de comprehender na costura dos labios da ferida algumas fibras dos musculos genio—glossos, afim de contra-hirem-adherencia com os outros tecidos : além disso, na ausencia destas precauções, embora (*) provavel a retracção da lingua não é constante.

Seguindo, muitos autores, eliminaremos a retracção ou inversão da lingua de entre as indicações da trachéotomia.

GLOSSITE, TUMEFACÇÃO EXAGERADA DA LINGUA.—A tumefacção exagerada da lingua póde ser devida á muitas e variadas causas, assim temos—1° o uso constante e proverbial, ou melhor abuso, das preparações mercuriaes ;—2° as bexigas (*maximé quando confluentes*) e as febres graves ;— 3° as causas directas taes como feridas, corpos estranhos, virus, venenos, tanto vegetaes como mineraes &.

Nenhuma relação existe entre a força de acção de qualquer das causas simples e daquellas que são especificas, como a peçonha da vibora e outras : no primeiro caso a tumefacção da lingua é pouco intensa, lenta e mesmo, de algum modo, progressiva o que já se não dá no segundo, em que, por assim dizer, é por tal fórma instantanea que, a lingua, augmentando-se em todos os sentidos, transpõe os seus limites naturaes, de modo que a parte livre vem para o exterior e a base levada para o pharynge, enche-o e oblitera á abertura superior do larynge e da lugar, por esse modo, á graves symptomas de asphyxia : tal é o facto, referido por um grande numero de autores, de um vendedor de viboras que teve a lingua mordida por um desses reptis ; foi tão insolita a tumefacção manifestada que, independentemente de grandes e profundas incisões feitas na sua parte dorsal e da immensa quantidade de sangue perdido então, só póde ser salvo pela trachéotomia.

A inflamação da lingua, por vezes, estende-se aos órgãos visinhos até distancias enormes ; assim Denonvilliers (**) vio-a propagar-se á região supra-hyoidiana, á uma das parotidianas ou á ambas ao mesmo tempo.

Na maioria dos casos as observações de Desmalle e Richter, mostram claramente que o tratamento anti-phlogistico bem dirigido e sobre tudo as largas incisões sobre este órgão, produzindo rapidamente a deminuição de seu volume. dispensam a operação : em rigor, tambem não considera-mos a tumefacção da lingua como indicação da trachéotomia á menos que não seja em um

(*) Malgaing. chi.

(**) Berard et Denonvilliers. Chir. prat.

ou outro caso inteiramente excepcional no qual, todos os outros meios aconselhados fossem infructiferos, opinião esta de muitos praticos.

INFLAMMAÇÃO, ENGORGITAMENTO, HYPERTROPHIA DAS AMYGDALAS.—Sob a influencia de intensa phlegmasia que occupe qualquer de seus tecidos constituintes as amygdalas podem tornar-se por tal fórma volumosas que é mais que possivel tocarem-se pelos seus pontos correspondentes, vindo uma como que ao encontro da outra, e assim, impedindo a passagem livre do ar, produzir em circumstancias, posto que rarissimas, phenomenos de asphyxia que dêem immediatamente lugar a morte do doente se não recorrermos á trachéotomia.

Parece, na realidade, extraordinario que a phlegmasia das amygdalas chegue á um ponto tal que indique, precisamente, esta operação; mas se considerarmos que a phlogose destas glandulas pôde se estender das partes verdadeiramente constituintes da boca ao pharynge e, por esse meio, produzir a suffocação, o seu valor estará fóra de duvida.

« Os accidentes (*) de suffocação inherentes a angina tonsillar eram considerados pelos antigos como indicação urgente da trachéotomia. A. P. d'Albano, Ghesli de Modéne, diz Vidal (de Cassis) acreditavam com Avicenne que nas anginas tonsillares—*com ameaço de suffocação*—devia esta operação ser praticada. Taes eram igualmente as ideias de Dionisio, Verduc, Huster, Richter, Bell, Louis e Sabatier citados por Marjolin: os dous ultimos modificaram essas ideias, aconselhando a operação sómente quando a suffocação fosse eminente e depois de baldado emprego de todos os outros meios».

Nas anginas inflammatorias (diz Velpeau) qualquer que seja a sua intensidade, nada nos autorisa á lançar mão desse meio á menos que se torne materialmente impossivel separar os maxillares com o fim, já de praticar a amygdalotomia, já de recorrer ás incisões.

As anginas tonsillares são riscadas (por Chassaignac) das indicações da trachéotomia por isso que, a constricção dos maxillares que em taes casos se dá, não constitue embaraço sério a pratica da amygdalotomia; assim diz elle; de uma maneira—*absoluta*— « Nous contestons de la manière la plus formelle « l'opportunité de la trachéotomie en pareil cas. Depuis que, dans les angines « les plus aigues accompagnées du resserrement des machoires, nous avons « pratiqué avec un succès constant l'amygdalotomie, il est démontré pour « nous, qu'aucun empêchement suffisant ne s'oppose á l'ablation des amygda- « les les plus volumineuses, soit qu'elles doivent leur excés de volume à l'hy- « pertrophie, soit qu'elles le doivent á l'inflammation. Nous pouvons affirmer « que les resserrements de la bouche les plus tenaces au premier aspect, cè-

(*) Dr. Ferreira de Abréo thes, concur.

« dent toujours, en pareil cas, à l'emploi de notre dilatateur ou à l'action
« beaucoup plus puissant de la vis conique..... » (*)

He esta igualmente a opinião do nosso sabio professor de operações o
Illm. Sr. Dr. J. M. Chaves.

As opiniões á este respeito, como se vê, são mui contraditorias ; porém,
supponmos que a questão por si mesmo se resolve porque ou é possível abrir-se
os maxillares e então devemos praticar a amygdalotomia, ou não é, e neste
ultimo caso, não haverá outro remedio senão recorrermos a operação : é essa
a nossa opinião.

LARYNGITE SIMPLES OU MUCOSA, COM CHARACTER AGUDO OU CHRONICO, LARYNGITE
ESTRIDENTE &.—As anginas simples quer no estado agudo e intenso quer no
estado chronico, raras vezes indicam a trachéotomia : comtudo, n'um caso
fóra do commum, quando a inflammação fôr intensa, causando grande obs-
taculo á livre introducção do ar para os pulmões e depois de já ter sido empre-
gados, em balde, todos os meios proprios para combatel-as, como preencher
esse desiderat'um (*a liberdade da respiração*) sem o qual estinguir-se-ha a vida
á menos que não recorramos a operação ? como permittir o livre ingresso do
ar, nestas condicções inteiramente excepçionaes a não ser por meio da tra-
chéotomia ? não será por demais sensato o conselho que nos é dado desde tempos
remotos e ainda actualmente por Valluix e Trousseau de recorrermos a ella, em
ultimo caso, fazendo por esse modo tudo quanto estiver ao alcance da sciencia
para salvar o doente ?

Embora as anginas, como já o dissemos, raras vezes resistam a um trata-
tamento anti-phlogistico bem dirigido e mui raro cheguem ao ponto de ser a
trachéotomia o unico recurso, o facto póde e já se tem dado, nas crianças
principalmente, o que confirma, á nosso vêr, a opinião que emitimos respon-
dendo affirmativamente á todas as nossas perguntas ; salvo o caso, em que a
demora ou hesitação do cirurgião ou medico ponha em risco a vida do doente
já em demasia comprometido pela asphyxia e que mais ainda o será quanto
mais tarde fôr empregado um tal meio.

Não se poderá, por ventura, dizer a mesma couça quanto aos casos graves
e complicados de anginas estridentes (conhecidas tambem com o nome de asthma
de Millard, pseudo-croup, catarrho suffocante &) !

LARYNGITE EDEMATOSA.—Sem ter uma marcha tão rapida como aquella que
é usual no croup a laryngite edematosa aguda, quaesquer que sejam suas
causas, pode ser rapida, gravissima e mesmo mortal : como deixar então de
correr a trachéotomia ?

(*) Chassaignac.—Clin.

O catheterismo não poderá dispensal-a? não; além disso os seus inconvenientes são, relativamente, muito mais graves do que aquelles que produz a canula.

As scarificações de Mr. Lisfranc estão no mesmo caso. «Rien n'est moins certain (diz Lenoir) que l'efficacité de ces scarifications portées sur une partie seulement de la muqueuse laryngienne pour prévenir l'asphixie; et d'un autre côté, puisqu'il faut recourir á une operation, nous demanderons en quoi la bronchotomie est plus grave que celle-ci?»

Não faltam exemplos de ter sempre apresentado bom resultado, esta operação sendo feita cêdo o que se não dará estando o doente enfraquecido pelo tratamento empregado antes, e já n'um periodo adiantado de asphixia, caso em que como bem diz Roux, a menor demora, o menor accidente durante a operação é bastante para causar a morte.

«L'angine edemateuse étant caractérisée par des alterations que sont presque toujours bornées au larynx, ces lesions étant pour la plupart peu profondes et capables de disparaître en un temps très court, il s'ensuit que la trachéotomie doit être suivie de guérison dans une proportion considérable.» (*)

O ser o emprego desta operação menos frequente e absoluto na laryngite chronica, não é razão para que esta, quaesquer que sejam suas causas, seja excluida do quadro das indicações d'aquella operação; por isso que, muitas vezes, esta é não só coroada de melhores resultados do que na laryngite aguda como tambem é o unico meio de salvar ou prolongar os dias do doente.

Não faltam exemplos desses.

CROUP, LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANOSA ETC. — Já a muito que era aconselhada a operação da trachéotomia em casos de diferentes molestias do larynge e garganta, entre as quaes não é de admirar que se apresentasse mais de uma vez o croup; porém ella começou a fornecer resultados mais evidentes e a ser formalmente aconselhada (1765) por Francis Honn, Crawford e outros.

O cirurgião de Londres, Andrew (1787) é citado como sendo o primeiro que obtivéra bom resultado desta operação.

Caron (1808) insistiu tanto e tornou-se tão enlevado por ella que chegou, de algum modo, a comprometel-a apregoando-a como unico e infalivel remedio para o croup.

Bretonneau (1825) foi quem verdadeiramente deu grande impulso a pratica da trachéotomia patenteando factos Incostestaveis de croup nos quaes se elle não houvesse recorrido a ella os doentes teriam succumbido irrevogavelmente.

Depois d'elle Trousseau (que por si só talvez tenha praticado esta operação

(*) Grisolles. Path. int.

tanto quanto, grande numero de cirurgiões de Paris) (*) Millard, Lenoir, Chas-saignac e muitos outros praticos tem concorrido para que, actualmente, seja reconhecido incontestavel o valor e utilidade da trachéotomia (no croup) sendo mesmo para alguns igual e tão urgente a sua pratica como q, é n'um caso de corpo estranho introduzido na trachéa

Aceita a operação na molestia que nos occupa entraremos na grave questão de saber quando ou em que periodo della deve-se operar? não; essa questão já se acha perfeitamente e com lucidez resolvida pelos mestres de quem aceitamos as idéas, sobre tal materia, e com elles repetiremos :

Reconhecida a existencia do croup. desde que falsas membranas se formam, occupando não importa que extensão, e coincidindo com symptomas manifestos de asphixia, (**) operai; tendo em vista o preceito de Trousseau que o numero de insuccessos estará na razão directa do tempo decorrido entre a manifestação dos symptomas precedentemente indicados e a pratica da operação.

CORPOS ESTRANHOS.

A indicação mais precisa e na qual a operação da trachéotomia apresenta os mais bellos resultados é por sem duvida na em que ella dá fim aos gravissimos accidentes produzidos pelos corpos estranhos introduzidos no conducto-laryngo-trachéal; quer tenham sido importados do exterior ou das partes visinhas, quer produzidas no interior do mesmo conducto. A fórma e consistencia de taes corpos é variadissima.

Os corpos estranhos vindos dos pulmões pódem ser sólidos ou liquidos, taes são as massas tuberculosas mais ou menos concretas, o sangue proveniente da ruptura de um veso ou de um sacco aneurismal; puz proveniente já de caver-

(*) P. Fischer e F. Bricheteau—apresentam no seu tratado sobre o croup o seguinte quadro estatístico dos operados, no espaço de 12 annos e depois da entrada de Trousseau, para o Hospital das crianças.

Operados. 1006.	{	Meninos. 537	destes morreram 406	salvaram, . . . 131
		Meninas. 469	destes » 236	» . . . 143

(**) Sur 164 croups trachéotomisés soumis à notre examen :
94 furent opérés au troisième degré de l'asphyxie ; 15 guérissent
74 « « « deuxième « « ; 25 «
(P. Fischer et F. Bretonneau-p. cit. pag. 100.)

Mr. Millard dá em sua thèse o seguinte resultado :
23 operados no segundo periodo de croup 13 successos.
31 « « terceiro « « 8 «

V. 7/340v

nas tuberculosas já de qualquer abcesso de um órgão visinho que venha ter ao conducto-laryngo-trachéal abrindo o caminho por entre o tecido pulmonar destruido, polypos, vegetações syphlíticas etc.

Os corpos estranhos que vem do exterior ou das partes visinhas do conducto-laryngeano (corpos estranhos propriamente ditos) constituem a mais cabal indicação da trachéotomia a qual, nestes casos torna-se o meio mais efficaz de pôr cõbro aos accidentes de suffocação que são inherentes á sua introduccão na trachéa. Esta operação praticada em taes conjuncturas dará bellissimos resultados se não houver complicação grave; e, (apoz a remoção do obstaculo) a respiração e mais funcções continuarão á exercer-se normalmente, se o cirurgião ou medico não comprometter o seu doente errando o diagnostico ou, embora firme n'elle, hesitando em pratical-a.

Já á muito que é aconselhada a trachéotomia, todas as vezes que se tratar de corpos estranhos ; assim Verduc, em seu tempo, não só insistio sobre ella como accusava de cobardia o cirurgião que a deixasse de praticar : Emfim, (diz elle) « si rien ne peut sortir, et que le corps étranger ne soit pas descendu très-bas « dans la conne des pømons, il n'y a plus qu'une seule chose pour sauver la « vie, c'est de faire au plus vite la bronchotomie..... et qu'on ne soit pas assez « laxé et si peu hardi, que de laisser mourir le malade sans secours, car dans « la nécessité il faut tout hasarder. » (*)

A natureza destes corpos é mui variada; elles podem ser pesados, duros, molles, lisos, volumosos, rugosos, soluveis, insoluveis, susceptiveis de augmentar de volume etc., outras vezes são animaes, taes como insectos, vermes lombricoides, peixes etc. Um corpo duro, pezado e volumoso podendo introduzir-se no larynge ou obliterar-lhe completamente a abertura pode produzir a morte repentinamente ou dar lugar a phenomenos terriveis de suffocação; o mesmo acontecerá com aquelles que forem susceptiveis de augmentar de volume.

Variada tambem é fórma dos corpos estranhos ; ora são finos, alongados e ponteagudos, como espinhas, agulhas ; ora rugosas, de agulos mais ou menos salientes, tornando, quando se fixam em qualquer ponto das vias aereas, a sua extracção não só dolorosa como mesmo impossivel.

Os corpos estranhos pódem introduzir-se no conducto-laryngo-trachéal pela sua abertura superior e natural (o que é mais commum) ou por uma via accidentalmente estabelecida como, por exemplo, a que se dá nas feridas pelas armas de fogo : aquelles, desses corpos, que forem solidos não poderão penetrar no larynge pela abertura natural, a menos que o seu diametro apresentado a essa abertura, seja de dez á doze linhas no maximo : ordinariamente é por esse ponto que elles

(*) Lenoir. thes.

então se introduzem (com maior frequencia) obedecendo não só ao seu proprio peso como á columna aerifera que, no momento da inspiração, tende a leval-os para a trachéa : estes corpos ou ficam no larynge, n'um dos seus ventriculos ou cahem na trachéa onde pódem estar livres sendo de pequeno volume, lisos, arredondados, e podendo ser movidos pelo ar.

Em casos de necrose da parte superior do sterno (Morgagni) um sequestro póde perfurar a trachéa e nella penetrar accidentalmente. Ahi tem-se observado hydatides quer provenientes dos pulmões, quer de qualquer dos órgãos abdominaes ; neste ultimo caso, a sna presença no conducto-larynge-trachéal, se explica pela ruptura do tecido pulmonar, diaphragma e paredes do fóco, precedendo a adherencia dessas partes entre si. Qualquer que seja o modo pelo qual um corpo estranho solido ou liquido, venha ter ao tubo respiratorio, elle produzirá grande irritação e a sua presença será logo manifestada por uma série de phenomenos, na maior parte dos casos gravissimos.

Se o corpo estranho não é logo lançado fóra e persistir neste canal, haverá uma tosse violenta, convulsiva, e com ameaço de suffocação ; a voz tornar-se-ha rouca ou nulla ; haverá grande anciedade, a respiração tornar-se-ha irregular, laboriosa e acompanhada de um sibilo rouco perceptivel mesmo á distancia ; o semblante violaceo, os olhos lacrimejantes e salientes ; os escarros muitas vezes serão sanguinolentos. O doente parece não encontrar uma posição que lhe agrade ; senta-se, levanta, deita para de novo voltar ás mesmas posições accusando dôr já em um ponto fixo do tubo-aereo, já em todo elle.

A estes symptomas gravissimos seguir-se-ha não raras vezes um estado de bem estar, de tranquillidade e socego quasi ou mesmo completos ; mas, muitas vezes, o menor movimento, a tosse, o riso, provocarão de novo o accesso com todo o seu cortejo de phenomenos aterradores ; podendo mesmo, durante elle, haver resfriamento das extremidades, perca dos sentidos, e a morte a menos que, pelos grandes esforços expiratorios, o corpo não seja deslocado, em parte destruido ou lançado fóra.

Os movimentos expiratorios quando mui fortes pódem dar lugar a dilatação dos pequenos bronchios e das vesiculas produzindo o emphysema, a ruptura destas e então a penetração do ar no mediastino ou na cavidade das pleuras constituindo o pneumothorax. A natureza dos corpos estranhos, sua fórma, a maior ou menor sensibilidade que, em certos pontos, é dotado o conducto-larynge-trachéal, explicam de uma maneira satisfatoria a intermitencia que é notada nos accessos.

Na maioria dos casos o corpo é logo apoz a sua introduccão lançado para o exterior pelos esforços expiratorios porém não raras vezes isso deixa de acontecer, podendo mesmo produzir incontinente a morte como diz ter observado

Fabrice de Hilden (*) em um individuo que havia engolido uma balla de chumbo.

O diagnostico é muitas vezes difficilimo : o cirurgião informar-se-ha com todo o cuidado do tamanho do corpo engulido, de todos os antecedentes e procurará reconhecer qual a causa provavel dos phenomenos insolitos que observa.

Se, um individuo, depois de ter engulido qualquer objecto, apresentar-se com tosse violenta, convulsiva e logo ameação de suffocação o cirurgião quasi que pôde affirmar que o objecto qualquer que seja cahiu no tubo aereo ; dissemos quasi por isso que esses symptomas podem ser determinados pela presença desse corpo nas primeiras porções do tubo digestivo ; mas nesta circumstancia só produzirá o quadro symptomatologico indicado quando pelo seu grande volume pnder comprimir a trachéa caso em que o catheterismo verificará o diagnostico.

A escuta fornecará, em casos de introduccão de corpos estranhos no conducto-trachéal, dados de snbido valor ; se o corpo estiver no larynge elle determinará uma tosse violenta e convulsa acompanhada de dôr aguda e fixa cujo ponto será quasi sempre indicado pelo doente ; se n'um ponto fixo da trachéa a dôr será menos aguda ; movel fornecará esse ruido particular designado por Dupuytren com o nome de *grelottement* e sobre o qual elle tanto insistiu ; a dor, se o corpo estiver nos bronchios, será profunda, surda e geral. A escuta aplicada já ao pescoço já ao peito fornecará, segundo Barth, (**) novos dados : no primeiro caso ella revelará ao observador, no ponto em que estiver fixado o corpo uma especie de grito sonoro como o que fosse produzido por uma columna de ar atravessando um tubo estreito : no seguudo elle perceberá uma diminuição maior ou menor no murmurio respiratorio o qual pode chegar a ser abolido. O phenomeno fornecido pelo murmurio vesicular, nas observações de Barth, é de grande utiidade pois o gráu de deminuição nesse ruido dará a medida do obstaculo que estreitar as vias respiratorias.

O diagnostico é talvez mais difficil ainda quando, todos os phenomenos de asphyxia desaparecendo, o cirurgião ficar na duvida se o corpo fora ou não expellido n'um accésse de tosse ; para o certificar elle fará o doente tossir ou praticar qualquer movimento, o que será no maior numero de veses, bantente para deslocar o corpo e dar-se de novo todos os phenomenos já observados.

Muitas vezes os corpos estranhos podem residir, não só por um, dous e mais mezes, porem mesmo annos, como provam as observações de Moniere, sem dar signal da sua presença, determinando, para o diante, inflammações chronicas, caries e mesmo necrose das cartilagens.

(*) Lenolr. op. cit.

(**) Barth et Rogers.

V.7/392

O prognostico dos corpos estranhos, é variavel e relativo não só á idade da pessoa, á sua sensibilidade mas tambem a natureza e volume do corpo immerso. Os corpos que forem suceptiveis de augmento de volume pela absorpção das mucosidades da trachéa são geralmente mais perigosos do que os que forem soluveis nessas mesmas mucosidades. Roux diz que, ao menos em suas observações, os primeiros são sempre mortaes. N'uma criança é muito mais perigosa a presença de corpos estranhos na trachéa que nos adultos, visto ser esse canal muito mais estreito nas primeiras do que nos ultimos.

Entre um corpo que estiver collocado de permeio a glote e outro que estiver n'um ventriculo ou qualquer outro ponto, a sensibilidade e phenomenos consecutivos despertados pela sua presença, serão muito maiores no primeiro caso do que no ultimo.

Tem-se dito que a presença de corpos estranhos por muito tempo no conducto-aereo, póde determinar a phthisica pulmonar; para isto affimar era necessario que tivessesmos pleno conhecimento do estado em que se achavam os pulmões antes d'elle ir ahí ter, e, demais, sendo tão vulgar essa molestia não é mais provavel antes uma coincidencia ? que a irritação subsequente devida a sua presença apresse a fusão dos tuberculos já existentes?

Em vista de tantas e tão grandes variedades, quanto as consequencias devidas a introduccão de corpos estranhos no conducto aerifero, vêr-se-ha igualmente o quanto deve elle ser variavel, duvidoso e muitas veses fatal, indicando na maioria dos casos, de uma maneira absoluta, a operação da trachéotomia.

PHENOMENOS DE SUFFOCAÇÃO EMINENTE POR COMPRESSÃO DO CONDUCTO-LARINGO-TRACHÉAL.

Devida a grande e variado numero de causas que não raras veses tem acção violenta, a compressão do conducto-laryngo-trachéal póde chegar a ponto de indeclinavelmente indicar a operação da trachéotomia.

Em geral as feridas desse conducto e principalmente as que forem contusas e penetrantes pódem indicar, em certos casos, a sua prompta abertura; então os phenomenos de suffocação pódem se manifestar immediatamente quando a ferida, sendo penetrante, permittir que o sangue, fragmentos de cartilagens despedaçadas ou outro qualquer objecto que faça o papel de corpo estranho, cheguem a trachéa : ao contrario, a suffocação terá lugar mais tarde quando depender da tumefacção consecutiva dos tecidos do pescoço mormente complicada de em-

V.1/342v

physema como se deu no seguinte facto observado por A. Paré.—(1) « L'an mil
 « cinq cens septante quatre, le premier iour de May, Francois Brege, patissieur
 « de monseigneur de Guise, fust blessé á Jeinuille d'un coup d'espée á la gorge,
 « coupant vne partie de la Trachée artere, et vne des veines ingulaires dont
 « s'ensuiuit grand flux de sang, et vn chiflement par la dite Trachée artere.
 « La playe fust cousue, et apliqué remedes astringens : et tost après le vent
 « qui sortoit de la playe s'introduit entre le pannicule charneux et l'espace des
 « muscles, non seulement de la gorge, mais aussi de tout le corps (comme un
 « mouton qu'on a soufflé pour l'escorcher) ne pouuant aucunement parler. La
 « face estoit tellement enflée, qu'on ne voyait apparence de nez, ny des yeux. »

Nas feridas contusas do pescoço a inflamação sendo violenta e ganhando as partes subjacentes á aponevrose cervical profunda e esta não lhes permittindo expandir-se para a periferia, a compressão será feita directamente sobre a trachéa tornando a suffocação eminente, caso em que Habicot e Larrey praticaram com bom resultado a operação; o primeiro em um moço que apresentava vinte e dous golpes de espada, faca e canivete em diferentes pontos do corpo, na cabeça, rosto, pescoço, (2) etc. Habicot resolveu praticar a operação na tarde do mesmo dia em que o observara, pois estava a ponto de suffocar por effeito da violenta inflamação manifestada: Larrey, em outro facto, identico quanto aos symptomas de suffocação manifestada depois de cinco dias do ferimento, em um official que recebera uma estocada na parte lateral e direita do larynge.

As feridas por armas de fogo quer no larynge quer na trachéa podem, melhor que quaesquer outras, dar lugar á suffocação eminente e reclamar imperiosamente a operação, como sejam entre muitas, aquellas em que uma bala passando ao nivel da parte superior do larynge dividir a epiglote pela base e que esta venha obliterar a abertura superior do canal respiratorio.

A compressão do conducto laryngo-trachéal ainda póde ser devida a immenso numero de causas taes como—corpos estranhos de grande volume introduzidos no esophago e ahi demorados; abcessos retro-pharyngeanos; producções organicas anormaes tanto do pharynge como do esophago e outros tumores do pescoço como sejam os cancerosos, escrophulosos, os kistos, etc. Com a maior reserva possivel e como o ultimo recurso á empregar em presença de eminente suffocação, devemos recorrer á operação nestes e outros casos: quer seja ella feita para remover o agente compressor quer para nos dar tempo de empregar os meios adequados para o combater, quer para prolongar por mais

(1) Ambrosio Paré.

(2) Dr. Ferreira de Abreu. These.

algun tempo os dias do doente; porquanto a verdadeira indicação será sempre a remoção desse agente de compressão.

Nos casos de carie e de necrose das cartilagens do larynge a operação tem sido regeitada por cirurgiões de todo o respeito, como sejam Dupuytren, Sedillot e outros, porém não menos respeitaveis são os contrarios, Velpeau, Gendron, etc.

N'um de taes casos, mórmente havendo desprendimento de um sequestro dessas cartilagens, que vá obrar como corpo extranho, parece-nos ser de grande valor o conselho que nos é dado pelos ultimos e que não poríamos duvida em seguir.

Parece-nos ser inteiramente inadmissivel a operação da trachéotomia nos casos de asphyxia produzida pela submersão.

OPERAÇÃO.

Os processos pelos quaes a trachéotomia tem sido feita desde que pela primeira vez foi tentada até os nossos dias são innumerous; deixal-os-hemos de parte por serem imperfeitos e hoje inteiramente abandonados, não obstante as modificações que successivamente soffreram.

Antes de passarmos á descripção minuciosa daquelle que é conhecido com o nome de—processo ordinario—de Trousseau; á nosso ver, o menos sujeito á accidentes de summa gravidade e geralmente acceto, daremos uma idéa daquelle que emprega Mr. Chassaignac e que na realidade é seductor.

PROCESSO DE MR. CHASSAIGNAC.—Os instrumentos necessarios são: um bisturi apresentando em cada uma de suas extremidades uma lamina curta; sendo porém uma dellas aguda, e a outra abotoada, um tenaculo, chamado *cricoidiano* canalizado na sua parte convexa, um dilatador etc.

O doente deitado e mantido na posição que ordinariamente selhe dá n'uma tal operação, o cirurgião com o dedo indicador esquerdo determina a saliencia cricoidiana e repelle-a algum tanto para cima; com a mão direita toma o tenaculo, em posição de faca de mesa, apresenta-o perpendicularmente á trachéa e faz a punção: feita esta, elle fará o cabo do instrumento descrever um arco de circulo passando da posição transversal á longitudinal e tomando o cabo com a mão esquerda o levará fortemente para cima.

Feito isto, fará escorregar sobre o canal do tenaculo a lamina aguda do bisturi a qual fará penetrar na trachéa e dividir rapidamente quatro anneis cartilaginosos.

Então, abandonará o operador o bisturi; tomará com a mão direita o dilatador, guial-o-ha pela ranhura do tenaculo e introduzindo-o em direcção transversal, fal-o-ha passar a longitudinal, descrevendo um outro arco de circulo.

Uma vez posto em posição, elle passará o instrumento para a mão esquerda, abril-o-ha quanto for preciso e com a direita introduzirá a canula na direcção da trachéa.

Como se vê é este processo rapido e expedito, porém os graves inconvenientes que delle se podem originar tem feito com que vá hoje cahindo em desuso.

PROCESSO ORDINARIO.

MANUAL OPERATORIO E APARELHO DE CURATIVO.—Os instrumentos necessarios são os seguintes:—um bisturi recto ou algum tanto convexo sobre o gume, um outro abotoado e de lamina estreita, um dilatador, tenaculos, duas erignas rombas, pinças de dissecção e (nos casos de croup) uma curva para extracção de falsas membranas, uma ou mais canulas de demora, uma sonda canalizada: deve ter igualmente pinças proprias para (em caso de corpos estranhos) extrahil-os: além disso terá á sua disposição fios proprios para a ligadura, compressas, tiras agglutinativas, ataduras circulares, algumas tiras de cadarço e esponjas finas.

O dilatador mais usado é o de Trousseau; este instrumento assemelha-se muito a uma pinça de curativo, curta e curva sobre as faces dos dous ramos que apresenta, externamente e nas extremidades tem um esporão proeminente que é destinado a fixar-se nos bordos internos da ferida trachéal afim de conserval-os abertos: na introduccção deste instrumento nunca se apertará sobre os anneis porém sim sobre os ramos; ou por outra, deve ser introduzido perfeitamente feixado.

As canulas empregadas nesta operação tem soffrido, de Fabricio de Aquapendente, seu inventor, até nossos dias um grande numero de modificações na sua forma, extensão e diametro; porém hoje baseados no principio de Bretonneau, perfeitamente demoustrado por Trousseau, isto é que o conducto artificial deve ter pelo menos o diametro normal da glote do doente, não se emprega mais senão a canula dupla composta de duas canulas concentricas, das quaes pode-se retirar perfeitamente a interna para ser limpa sem deslocação da externa, o que já é uma grande vantagem. Ellas são feitas de prata e têm a forma de um tubo ligeiramente curvo, cortado nas duas extremidades em fórma de bocal de clarineta (biseau) de maneira que o lado mais curto seja o concavo; essa curvatura deve ser igual aquella que pertencesse á um circulo cujo diametro fosse

de oito centímetros pouco mais ou menos; além disso ellas devem ter, no orificio exterior, um rebordo, sufficientemente grande, para impedir a sua quédia na trachéa e apresentando ou dous anneis ou furos para a passagem das tiras que devem fixal-a.

POSIÇÃO DO DOENTE.—Diversas tem sido as posições indicadas pelos auctores, á dar-se ao doente; alguns aconselham que se faça a operação estando elle no decubitos dorsal, no proprio leito ou melhor sobre uma meza guarnecida de um colchão bastante duro; tendo as espaduas sobre um travesseiro e a cabeça algum tanto inclinada para traz e em plano mais inferior: outros, ao contrario, aconselham como mais vantajosa a posição, sentado, por facilitar ella mais o escoamento do sangue e não haver receio de que elle se introduza nas vias aereas quando forem abertas; ambas tem seus inconvenientes; comtudo a primeira é a mais seguida, á menos que não haja contra-indicção formal.

Ledran parece-nos ter perfectamente estabelecido a conducta que devemos ter, dizendo: « Il faut laisser le malade dans la même attitude ou il est. parce-
« que c'est celle où il respire le mieux; si on voulait lui renverser la tête,
« comme quelques auteurs le proposent, on le ferait étouffer. (*) »

Qualquer que seja a posição que se escolha o doente deve estar despido, e apenas coberto pela colcha; a meza ou leito sobre que estiver deverá estar collocada de tal maneira que a luz dê de cheio sobre o pescoço; se fôr á noite os ajudantes munir-se-hão de velas as quaes estarão de tal modo dispostas que o campo da operação esteja perfectamente illuminado.

POSIÇÃO DOS AJUDANTES.— Ordinariamente o numero de quatro ajudantes é sufficiente: dous se incumbirão de manter solidamente os membros e tronco na posição previamente adoptada; o terceiro passando os dedos das mãos por baixo do maxillar inferior, procurará tornar a cabeça immovel; emfim, o ultimo, iucumbir-se-ha da separação dos labios da ferida, de comprimir as veias que forem cortadas e de limpar a ferida.

POSIÇÃO DO CIRURGIÃO.—O operador collocar-se-ha do lado direito, em relação ao doente, lado esse que permite-lhe facilidade nos movimentos e na incisão, pois não será embaraçado pelo mento e estará sempre na posição propria a não perder de vista o ponto de guia (*cartilagem cricoidiana*) pois é elle o limite superior da incisão a qual é sempre feita de cima para baixo e bem na linha mediana; linha essa de importancia tão capital que muitos, antes de começar, passam um traço de tinta afim de, por elle, se guiarem.

INCISÃO DOS TEGUMENTOS.— Estando tudo disposto da maneira que acabamos de expôr, o cirurgião tomará a trachéa entre o dedo polegar da mão esquerda e

(*) Lenoir. op. cit.

os outros da mesma mão, procurando estender, algum tanto, a pelle e, sobre ella, fará com a direita armada do bisturi-recto e bem pela linha mediana, uma incisão que partindo do nivel da cartilagem cricoide venha terminar-se pouco acima da furcula sternal; interessando tão somente a pelle, o tecido cellular subjacente e a aponevrose cervical superficial. Ficar-lhe-ha visivel o bordo interno dos musculos sterno-hyoidianos separados por um tecido cellular ou na ausencia deste formando pela sua união como que um só musculo: uma outra incisão que pode ser algum tanto menor do que a primeira separal-os-ha, embora, em ultimo caso, tenham de ser compromettidas algumas de suas fibras; por meio de erignas-rombas serão logo separados os bordos da ferida, a qual será immediatamente limpa de todo o sangue com esponjas finas apenas humedecidas em agua fria; então nova incisão separará igualmente os musculos sterno-thyroidianos que se acham em um plano mais profundo.

Deste ponto em diante o cirurgião deve dobrar de attenção e multiplicar os seus recursos, porquanto as difficuldades começarão; depois da separação dos dous ultimos musculos elle chega ao isthmo do corpo thyroide, cuja altura e posição, como já o dissemos, variam, cobrindo já os primeiros anneis da trachéa, já tendo a mesma altura que elle; o operador introduzindo o indicador na ferida verificará pelo tacto tanto quanto o poder fazer se ha alguma das anomalias de que já tivemos occasião de fallar; respeitando as veias volumosas, desviando-as, assim como qualquer anomalia que por acaso haja e esteja collocada por onde tiver de passar o seu instrumento. Camada por camada (*) elle chegará á aponevrose cervical profunda a qual será por sua vez e com todo o cuidado incisada sem nunca o ser ao mesmo tempo que a trachéa, pois, do contrario os bordos das incisões de ambas não poderiam corresponder-se dando lugar não só á grande difficuldade na introducção da canula, como esta poderia ser introduzida no tecido cellular peritrachéal, descollar a trachéa e dar caminho as supurações do pescoço e mediastino.

Incisada a aponevrose e convenientemente denudada a trachéa o operador praticará a abertura da mesma, fazendo uma pequena incisão, por punção o mais proximo que lhe fôr possivel da cartilagem cricoide, servindo de guia ao seu bisturi a unha do dedo indicador esquerdo collocado no fundo da ferida; depois dessa punção deixará o bisturi agudo e, tomando o de botão, in-

(*) Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'inciser les tissus couche par couche, d'écarter les vaisseaux et les muscles avec les érignes mousses, de mettre bien à nu la trachée avant de l'ouvrir; j'insiste sur l'absolue nécessité d'être-très lent.—Si même, pendant le cours de l'opération, l'enfant suffoque, arrêtez-vous, laissez-le se débattre, remettez-le sur son seant pour qu'il reprenne haleine; ce sera peut-être une minute de perdue, mais il n'y a rien à craindre. Je n'ai jamais vutrop de lenteur être la cause d'un accident, et souvent j'ai été témoin des difficultés et des dangers d'une trachéotomie faitetrop lestement—, même quand elle était faite par un operateur habile.

troduzil-o-ha pela abertura feita augmentando a incisão até um á um e meio centimetro : se a incisão tiver de ser feita longe da cartilagem cricoide, sel-o-ha debaixo para cima afim de ser evitado o tronco-brachio-cephalico. No momento em que fôr aberta a trachéa o ajudante incumbido dos movimentos da cabeça, fará com que ella se incline para diante para que o operador com mais facilidade introduza o dilatador e afaste os labios da ferida. A tosse e a expectoração em prompto restabelecerão a respiração; a hemorragia se extinguirá e a operação estará terminada salvo as manobras exigidas para a introdução da canula de demora e as que exigem a extracção de corpos estranhos. A conducta, pois, do cirurgião d'ahi em diante variará segundo o caso que exigir a operação.

Quando ella fôr praticada com o fim de estabelecer uma via artificial ao ar, como em um caso de croup, e que o tratamento consecutivo houver de ser mais ou menos longo até que seja removida a causa de suffocação, persistirá a indicação de ficar aberta a ferida da trachéa, o que é perfeitamente preenchido por uma canula de demora de cuja introdução vamos nos occupar.

Introduzindo o dilatador na ferida o operador passa-o para a mão esquerda e aproxima os anneis o que fará com que os ramos se separem abrindo os labios da mesma; então com a mão direita introduzirá a canula pelo meio de seus ramos, tendo o cuidado de fazel-a descrever o arco de círculo que ella representa para que não fique entre a trachéa e o corpo thyroide e para que não fira a mucosa laryngéa : elle poderá servir-se de uma sonda de gomma elastica como conductor a canula, meio excellente empregado por Gerdy e seguido pelos primeiros praticos.

Logo que a canula esteja bem collocada o doente perderá immediatamente a voz, um sopro forte se fará ouvir; sangue, mucosidades e muitas falsas membranas escapam pela sua abertura exterior e depois de alguma tosse convulsiva o doente ficará perfeitamente socegado: se, além do ar expellido pela canula, algumas bolhas passarem de permeio aquella e a trachéa, é signal de que a primeira é insufficiente e deve ser substituida por outra que melhor preencha os seus fins.

Convencido o operador de que a canula está perfeitamente collocada, a fixará por meio de fios ou cadarços, presos nos anneis ou furos que ella apresenta em sua extremidade exterior, os quaes serão atados na parte posterior do pescoço; esse laço deve ser apertado de tal maneira que o curso do sangue venoso não seja interrompido e nem a canula possa saltar fora em um acesso de tosse: sobre a canula assim fixada deitará fios, uma ou mais compressas abertas para que o orificio da canula fique a descoberto e sobre o todo uma atadura circular ou uma gravata de lan que esteja bem larga e que sirva apenas de meio contentivo.

V. 7/345v

CUIDADOS CONSECUTIVOS.—Terminado o curativo o doente será vestido, levado para o leito e animado se ainda se conservar debaixo da influencia da suffocação anterior; procurar-se-ha fazel-o tossir afim de facilitar a expulsão das falsas membranas; toda a attenção e dedicação para o lado da respiração será pouca; assim se ella tornar-se estertorosa, retirar-se-ha a canula interna que será perfeitamente limpa por meio de uma esponja fina presa á extremidade de uma barbatana : esta operação deve, segundo Trousseau, ser feita de duas em duas horas.

No fim de vinte quatro horas serão ambas as canulas retiradas e limpas perfeitamente; nessa occasião é de prudencia ter o cirurgião a seu alcance o dilatador afim de introduzir de novo e rapidamente a canula se a respiração tornar-se embaraçada : nos cinco primeiros dias os bordos da ferida devem ser cauterisadas com o nitrato de prata.

Com o fim de retirar-se falsas membranas, de não deixar, que pela sua prolongada estada, a canula produza ulcerações e de ver se o doente póde livremente respirar pela via natural, deixal-o-hemos sem ella, no primeiro dia, por espaço de dez minutos augmentando-o nos subseqentes até o quinto em que ella ordinariamente póde ser retirada, não faltando comtudo exemplos de ser preciso conserval-a pelo espaço de dez, vinte, quarenta e mais dias, mesmo mezes e annos. Se o doente repentinamente ficar com ameaço de suffocação é preciso retirar logo a canula pois é provavel que pelos esforços expiratorios, alguma falsa membrana tenha vindo obstruir o seu orificio interno.

Não menos importantes são os cuidados relativos á alimentação dos operados; ella deve, á bem dizer, ser composta de alimentos solidos ou semi-solidos; devemos prohibir quasi que completamente os alimentos liquidos por causa da grande difficuldade de sua deglutição e pela facilidade que ha de poderem elles penetrar na trachéa produzindo uma tosse convulsa que expellirá parte do liquido pela canula e outra ficando nesse canal dar lugar a graves accidentes.

Não raras vezes os operados mostram não só desgosto como repugnancia pelos alimentos e isto á tal ponto, por vezes, que ser-nos-ha preciso recorrer a sonda esophagiana para introduzil-os, por quanto, do contrario são capazes de se deixarem morrer de fome.

No caso em que a operação tiver sido reclamada pela estada no conducto aério de um corpo estranho, este será, na maioria dos casos, lançado para o exterior, pelos esforços expiratorios espontaneos ou mesmo provocados, pela ferida trachéal no momento em que pelo dilatador os seus bordos forem sufficientemente separados.

As observações de Favier, confirmadas pelo Sr. Dr. Abreu provam claramente o que acabamos de avançar.

Se o corpo apresentar-se entre os labios da ferida nada será mais facil do que prendel-o por meio de uma pinça e retiral-o: porém se o contrario se der deverá o cirurgião ir em sua procura ou deixar a sua expulsão entregue aos esforços da natureza? Já o dissemos, por vezes, que os corpos estranhos podem estar no larynge, fixo n'um ponto qualquer da trachéa, nos bronchios ou então perfeitamente livres no conducto-laryngo-trachéal: deixar em qualquer desses casos o corpo entregue aos esforços da natureza seria deixarmos uma causa permanente de irritação nesse canal, causa que poderia ser fatal: o unico talvez em que se poderia fazer isso seria aquelle em que o operador tivesse certeza de que o corpo immerso estava livre, não era susceptivel de augmento de volume pela absorpção das muccosidades da trachéa, ausencia de emphysema e que os phenomenos de suffocação tenham desaparecido.

Todas as vezes que se der o contrario elle deve quanto antes procurar retirar o corpo estranho já por meio de pinças estreitas e curvas quando elle estiver na trachéa e bronchios, já procurando repellil-o para o pharynge, já praticando a laryngo-tracheotomia quando estiver fixo no larynge; finalmente, multiplicar, sem descanço, os meios de que puder dispor e que lhe sugerir a occasião afim de ver se consegue a extracção do mesmo.

Removida a causa, qualquer que seja, que dava lugar á tão graves accidentes, a ferida resulante da operação será reunida por segunda intenção, pois por primeira não só o ar que sahisse por ella poderia introduzir-se no tecido cellular mas tambem o sangue que ainda transudasse, cahiria na trachéa dando lugar á novos accidentes: assim cobril-a-hemos apenas com panno crivado untado de ceroto, e uma compressa sustida frouxamente por uma atadura circular.

ACCIDENTES DA TRACHEOTOMIA. — Elles são immediatos ou consecutivos.

Accidentes immediatos. — A hemorrhagia venosa é um dos grandes embaraços com que muitas vezes tem de lutar o cirurgião durante a operação; quando a suffocação tem sido grande e prolongada, as veias tornam-se turgidas e aquellas que são cortadas dão sangue em abundancia; nestes casos o ajudante comprime-as e o operador abrirá rapidamente a trachéa e collocará logo a canula por isso que tornando-se a respiração mais livre com a introducção d'aquella a hemorrhagia cessará: se, apezar disto, as veias cortadas, por volumosas, continuarem a dar sangue, serão ligadas assim como a arteria de Neubauer ou outro qualquer ramusculo mais volumoso que por descuido ou inevitavelmente tiverem de ser divididas; pois, já dissemos, o cirurgião deve com todo o cuidado, antes de abrir a trachéa, reconhecer se ha qualquer das anomalias de que já tratamos, por onde tem de passar o seu instrumento.

Se, depois de aberta a trachéa, grande quantidade de sangue introduzir-se nesse canal e o doente fôr ameaçado de morte eminente pela grande suffocação

V. 1/346v

que terá lugar, não haverá remedio senão elle aspirar quer com a propria boca quer por meio de uma sonda o sangue immerso.

DESLOCAÇÃO DA CANULA. — Embora perfeitamente collocada a canula pode em consequencia de tosse convulsa, ser de algum modo deslocada ; o operador não deve perdê-la de vista porquanto se o não fizer verá surdir a grave complicação do emphysema o qual, se bem que podendo desaparecer nos dous á tres primeiros dias, quando limitado ao pescoço e parte superior do peito, comtudo se invadir a face e o torax com tendencia á tornar-se geral poderá produzir rapidamente a morte,

ACCIDENTES CONSECUTIVOS.—Entre os accidentes desta classe os mais á temer-se são a pneumonia, alterações dos bordos da ferida que podem cobrir-se de exudação diphtherica, declaração de erysipela e mesmo ulcerações da trachéa já na parede posterior, já no ponto em que descança a canula. Muitissimos outros accidentes tanto immediata como consecutivamente podem dar-se na operação da trachêotomia que, por não nos ser possivel tratar n'um trabalho desta ordem, deixamos de mencionar.

Aqui terminaremos o nosso trabalho : oxalá que mais uma vez nossos «Mestres» dando prova de sua proverbial complacencia, e levando em conta, tão sōmente, a insufficiencia de forças e a boa vontade, desculpem os erros do discipulo, em consideração a importancia do assumpto.



V.1/347

SEGUNDO PONTO

SCIENCIAS CIRURGICAS

OEDEMA DA GLOTTE

PROPOSIÇÕES

I

Œdema da glotte é uma affecção que consiste na infiltração serosa ou sero-purulenta da mucosa do larynge.

II

Œdema da glotte tem recebido muitas e variadas denominações.

III

A idade adulta, o sexo masculino, a existencia ou convalescença de muitas molestias, a introdução de um corpo extranho no larynge ou de uma ferida do mesmo, a ingestão de substancias causticas, e uma corrente de ar frio e humido são as principaes causas desta molestia.

IV

A invasão da molestia raras vezes é subita, porém uma vez manifestada a sua marcha é rapida e violenta, variando conforme depender ella da terminação de uma molestia organica mais ou menos antiga do larynge, ou de uma inflamação simples.

V

No primeiro caso os symptomas são, em geral, os de uma laryngitis simples.

V. 1/34972

VI

No segundo haverá dôr mais ou menos intensa, suffocação, febre precedida muitas vezes de calafrios e intumescencia do pescoço.

VII

Dôr, no larynge, que pôde ser intensissima quando houver formação de um abcesso, deglutição difficil e mesmo impossivel, sensação como a que produziria um corpo estranho, tosse, voz alterada, penosa, rouca e mesmo extincta, são symptomas que, reunidos á aquelles de que nos vamos occupar, confirmarão a molestia.

VIII

Assim, a respiração torna-se embaraçada. A expiração é facil, a inspiração difficil exige esforços inauditos durante os quaes se observa um sibilo ou ronco gutural que raras vezes é sentido na expiração : o murmurio vesicular é apenas perceptivel embora pela percussão se note sonoridade no thorax.

IX

A expectoração que pôde ser nulla varia com as lesões do larynge : os escarros pôdem ser sanguinolentos, purulentos ou então apenas formados de um muco-viscoso.

X

A epiglote pôde estar tumefacta : pela inspecção muitas vezes vê-se o véo do paladar, a uvula e o pharynge igualmente edemasiados.

XI

Estes symptomas augmentam-se ordinariamente e não poucas vezes são complicados de um accesso de suffocação, accesso que tendo a duração de dez a quinze minutos e repettindo-se no fim de poucas horas dão lugar ás perturbações funcçionaes que acompanham a asphyxia e levam o doente ao tumulo.

XII

A rapidez da marcha da molestia está na razão directa da intensidade da inflammção.

XIII

Em geral a molestia, na fôrma aguda não passa do sexto dia; podendo em

outros casos durar algumas horas, dias, semanas e mezes : sua terminação mais ordinaria é a morte.

XIV

Esta molestia póde confundir-se com muitas outras entre as quaes collocaremos as laryngites simples aguda, ulcerosa, estridulosa, pseudo-membranosa; aneurismas da aorta, introduccão de corpos estranhos, porém o estudo dessas molestias far-no-ha estabelecer o diagnostico differencial, embora em alguns casos seja difficilimo.

XV

O prognostico é geralmente grave; quanto mais intensa fór a inflammacão, a sua gravidade augmentar-se-ha.

XVI

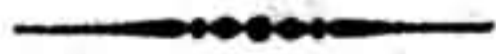
O tratamento deve ser prompto e variado em vista da rapidez de sua marcha e da sua gravidade : os revulsivos, as emissões sanguineas geraes e locaes, os vomitivos e os purgativos drasticos são os meios mais geralmente aconselhados.

XVII

Entre os meios directos as cauterisacões com uma soluçãõ de nitrato de prata é o que tem dado melhor resultado; as scarificacões parecem-nos dever ser abandonadas.

XVIII

Quando todos os symptomas se aggravarem e que a suffocacão fór eminente o ultimo recurso será a trachéotomia.



V.1/349

TERCEIRO PONTO

SCIENCIAS MEDICAS

SYMPTOMAS FORNECIDOS PELAS FUNCÇÕES INTELLECTUAES

PROPOSIÇÕES

I

A memoria, a attenção, a imaginação e juizo constituem as funcções intellectuaes.

II

Ellas soffrem numerosas alterações durante as molestias; essas alterações podem se referir á uma dellas ou á duas porém o mais ordinario é a perturbação de todas ao mesmo tempo.

III

Em geral nas molestias e mormente nas agudas as funcções intellectuaes se enfraquecem; com tudo não é raro dar-se o contrario em algumas.

IV

No idiotismo e nas molestias que são seguidas de suspensão completa das funcções de relação, ha ausencia das faculdades intellectuaes.

V

Em certas molestias umas faculdades são mais alteradas do que em outras;

VI

Disemos que ha delirio quando ha perversão de uma ou mais faculdades intellectuaes ou affectivas.

V.1/349v

VII

A infância, a mocidade e uma grande susceptibilidade nervosa, são causas que predispoem ao delirio.

VIII

Não só as molestias do cerebro e seus involucros, como tambem muitas outras produzem o delirio.

IX

Este ultimo tem fórmulas variadas; póde ser constante ou passageiro, tranquillo ou furioso.

X

O delirio tranquillo se caracteriza apenas por uma mudança moderada nos gestos, accões e linguagem.

XI

No delirio furioso o doente grita, ameaça, ataca ás pessoas que o cercam, procura saltar do leito e, finalmente, pratica os maiores excessos.

XII

A duração do delirio é variavel, e, depois d'elle passado, os doentes não se lembram quasi nunca do que praticaram.



QUARTO PONTO

SCIENCIAS ACCESSORIAS

DAS EXHUMAÇÕES JUDICIARIAS

PROPOSIÇÕES

I

Exhumação judiciaria é a extracção de um ou mais cadaveres de sua sepultura, reclamada para investigações da justiça.

II

Quanto mais proxima a exhumação fôr da inhumação tanto mais uteis serão seus resultados.

III

Os casos de envenenamentos, o infanticidio, questões de identidade de pessoas e lesões phisycas podem ser esclarecidos pelas exhumações judiciarias.

IV

A exhumação só poderá ser feita por ordem e na presença da authoridade competente estando igualmente presente um ou mais peritos.

V

Antes de proceder-se á um tal acto deve estar o lugar da sepultura reconhecido e legalmente provado pela authoridade.

VI

Se possivel fôr se conservará o corpo na mesma posição que tin ha na sepultura fazendo a sua extracção com grande cuidado.

V. 1/350V

VII

Os líquidos desinfectantes, ordinariamente empregados em taes casos, não devem ser lançados sobre o cadáver porquanto podem obscurecer o exame á que se for proceder.

VIII

Depois de exhumado a abertura e exame do cadáver deve ser feito com a maior promptidão e a mais escrupulosa attenção.

IX

Além do exame cadaverico é importante que igualmente se faça o de todos os objectos que por acaso sejam encontrados na sepultura.

X

As medidas hygienicas devem ser escrupulosamente observadas nas exumações.

XI

Embora a opinião de certos auctores seja em contrario, as exumações não são isentas de perigo.

XII

As exumações prestam grande auxilio á justiça; o seu valor não é absoluto mas dependente de variadas circumstancias.

FIM.

HYPOCRATIS APHORISMI.

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, iudicium difficile.
(Sect. I. aph. 1.)

II

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.
(Sect. II. aph. 3.)

III

In morbis acutis refrigeratio partium extremarum, malum.
(Sect. VII. aph. 1.)

IV

Ubi somnus delirium sedat, bonum.
(Sect. II. aph. 2.)

V

Impura corpora quó plus nutriveris eo magis lædes.
(Sect. II. aph. 2.)

VI

In omni morbo mente constare, et bene se habere adea quæ offeruntur
bonum : contrarium veró, malum.
(Sect. II. aph. 33.)

V.7/351v

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 1863.

DR. SOUZA COSTA.

DR. CAMINHOÁ.

DR. PINHEIRO GUIMARÃES.