

V.5/093

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO CIRURGICA

PRIMEIRO PONTO. — Das operações reclamadas pelas collecções de líquidos no thorax

Proposições

SEGUNDO PONTO.—Secção accessoria. — Infanticidió

TERCEIRO PONTO. — Secção cirurgica. — Tracheotomia

QUARTO PONTO. — Secção medica. — Do diagnostico das molestias do figado e seu tratamento

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 30 DE SETEMBRO DE 1875

E

PERANTE ELLA SUSTENTADA

NO DIA 21 DE DEZEMBRO DO MESMO ANNO

POR

Domiciano da Costa Moreira Junior

Doutor em medicina pela mesma Faculdade

NATURAL DE MINAS-GERAES

(ITAJUBA')

Filho legitimo do

Dr. Domiciano da Costa Moreira

e de

D. Maria Domiciana de Magalhães



RIO DE JANEIRO

Typographia da—Reforma rua Sete de Setembro n. 181

1875

V.5/093v

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro Dr. Visconde de Santa Izabel

VICE-DIRECTOR

Dr. Barão de Theresopolis

SECRETARIO

Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

LENTES CATHEDRATICOS

PRIMEIRO ANNO

Doutores:

B. J. do Canto e Mello C. Mascarenhas. Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.

Manoel Maria de Moraes e Valle Chimica e mineralogia.

Conselheiro José Ribeiro de Souza Fontes. Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá Botanica e zoologia.

Francisco Pinheiro Guimarães Physiologia

Conselheiro José Ribeiro de Souza Fontes . Anatomia descriptiva.

Domingos José Freire Junior. Chimica organica.

TERCEIRO ANNO

Francisco Pinheiro Guimarães Physiologia.

Conselheiro Antonio Teixeira da Rocha . . Anatomia geral e pathologica.

Francisco de Menezes Dias da Cruz . . . Pathologia geral.

Vicente Candido Figueira de Saboia. . . Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira França Pathologia externa.

Luiz da Cunha Feijó Filho Pathologia interna.

Vicente Candido Figueira de Saboia . . . Partos, molestias de mulheres peçadas e paridas e de crianças recém nascidas.

Vicente Candido Figueira de Saboia . . . Clinica externa.

QUINTO ANNO

Francisco Praxedes de Andrade Pertence . Pathologia interna.

Francisco Praxedes de Andrade Pertence . Anatomia topographica, medicina operatoria e aparelhos.

Albino Rodrigues de Alvarenga Materia Medica e therapeutica.

João Vicente Torres Homem Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa. Hygiene e Historia da medicina.

Barão de Theresopolis Medicina legal.

Ezequiel Corrêa dos Santos Pharmacia.

João Vicente Torres Homem. Clinica interna.

OPPOSITORES

Agostinho José de Souza Lima }
Bejnamim Franklim Ramiz Galvão }
Augusto Ferreira dos Santos } Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro }
João Martins Teixeira }

Luiz Pientzenauer }
Claudio Velho da Motta Maia }
José Pereira Guimarães } Secção de sciencias chirurgicas
Pedro Affonso de Carvalho Franco }
Antonio Caetano de Almeida }

José Joaquim da Silva }
João Damasceno Peçanha da Silva }
João José da Silva } Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossut Vinelli. }

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

A' MEMORIA DE MINHA MÃI
A Sra. D. Maria Domiciana de Magalhães
A' MEMORIA DE MINHA IRMÃ
D. Amelia Josephina de Magalhães Campista
 Saudade eterna.

**A' meu pai o Sr. Dr. Domiciano da Costa
 Moreira**

Meu pai ! Em vossas mãos deposito este meu primeiro trabalho, fructo dos muitos esforços e sacrificios que empregastes á bem da minha educação, como signal do profundo amor filial que vos consagro.

A' meus irmãos

D. Maria Moreira de Magalhães e Castro.
 Dr. Aureliano Moreira de Magalhães.
 Olympio Augusto de Magalhães.

Amizade fraternal.

A' meus cunhados

Coronel Evaristo da Silva Campista.
 João Guilherme Ferreira de Castro.

A' minha avó a Sra. D. Emerencia Maria de Magalhães

Amizade e respeito.

A todos os meus tios

AOS MEUS SOBRINHOS

V.5/034v

**Ao Illm. Sr. José Alves Guimarães e toda sua
Exm. familia**

Gratidão e reconhecimento.

**Ao meu particular amigo Illm. Sr. Francisco Albina da Costa
Freitas Junior**

Amizade e gratidão.

Aos meus amigos os Illmos. Srs.
JOSÉ MARIA DE CARVALHO JUNIOR.
LUIZ ANTONIO BARRETO

Amizade.

Ao meu amigo o Illm. Sr.
MAURICIO AFFONSO

Amizade, reconhecimento.

Aos meus collegas, particularmente os Srs.
DR. HENRIQUE DE ALMEIDA REGADAS JUNIOR
DR. FRANCISCO RODRIGUES DE CAMARGO
DR. CORNELIO PEREIRA DE MAGALHÃES
DR. ERNESTO DE FREITAS CRISSIUNA
DR. FRANCISCO SILVIANO DE ALMEIDA BRANDÃO

AOS DOUTORANDOS DE 1876

Felicidades,

v. 5 / 095

i i



DISSERTAÇÃO



CAPITULO I

ARTIGO PRIMEIRO

Definições e synonymia

Por diversas denominações conhece-se a operação que consiste em se praticar no peito uma abertura com o fim de dar sahida aos liquidos contidos nas cavidades pleuríticas.

No seculo XVIII contavam-se como synonymos os termos empyema, thoracocentese thoracentese, e punccão do peito.

Os antecessores de Hippocrates davam muita amplidão á palavra empyema: applicavam-na a todas as collecções purulentas formadas nas cavidades splanchnicas e nos diversos orgãos; admittiam empyemas do abdomen, do cerebro, dos seios maxillares, etc. Hippocrates restringio essa lata accepção, e só empregava o termo empyema quando se tratava apenas de derramamentos purulentos formados nas cavidades das pleuras.

No ultimo seculo os autores, seguindo em parte as idéas desse vulto medico, davam a denominação generica de empyema aos derramamentos pleuríticos, qualquer que fosse a sua natureza, isto é, de pus, de sangue, de serosidade e de ar. Graças, porém, ao pro-

gresso da medicina, estão quasi geralmente abandonados, por insufficientes e confusos, esses termos, se bem que Trousseau admitta ainda empyema de pus, de sangue, etc.

Thoracentese é a operação que consiste em praticar-se uma abertura no thorax, por meio de uma punção, por qualquer dos processos conhecidos, destinada a dar sahida aos liquidos ou a uma mistura de liquidos e gazes.

Empyema é a operação que consiste em fazer-se uma incisão com o bisturí ao nivel de um espaço intercostal para evacuar os liquidos e permittir seu corrimento ulterior.

Não obstante irmos de encontro á opinião do distincto professor francez, servir-nos-hemos, no correr da nossa dissertação, da palavra thoracentese, e só fallaremos do empyema quando tivermos de tratar d'esta operação.

De differentes naturezas são as collecções liquidas que podem reclamar a thoracentese, e de accordo com o professor Sedillot dividiremos os derramamentos, que têm sua séde na pleura, em plothorax, ou derramamento de pus, hemothorax, ou de sangue, hydrothorax, ou de serosidade, pneumothorax, ou de ar.

Adoptamos esta divisão por nos parecer a mais racional, e por ella trataremos de estabelecer as indicações da operação que faz o objecto do nosso ponto.

ARTIGO SEGUNDO

Introduccção historica

L'opération de l'empyème a eu ses periodes de faveur et d'oubli.—*Boudin.*

A thoracentese data de uma época muito remota, e deu-se-lhe uma origem fabulosa; assim, segundo diz Plinio, um certo Phalerius, acommettido de um derramamento considerado incuravel, busca por desespero a morte nos combates, e recebe no peito um

ferimento, que em vez de dar-lhe a morte, como almejava, restituio-lhe a saúde.

Bastante conhecida do patriarcha da medicina, a quem cabe a gloria de ter sido o primeiro a formular as suas indicações e processos operatorios, a thoracentese soffreu, apesar dos successos obtidos, as alternativas de favor e de desfavor, e foi finalmente abandonada.

Aconselhada por alguns autores para os casos de derramamento que se assestavam na pleura, a operação que nos occupa foi todavia rejeitada por outros como perigosa, dando logar á morte por diversas causas.

Entre os Arabes a thoracentese gozou de muito conceito para Scipion e Rhazées, ao passo que foi fortemente combatida por Halli-Abbas e Avensoar.

Considerada bôa por uns e má por outros, esta operação conseguiu ser muito vulgarisada; tanto assim que por occasião do renascimento da cirurgia no seculo XVI, Fabricio d'Aquapendente, Ambrosio Paré e outros obtiveram resultados tão satisfactorios com o emprego d'ella que Jeronymo Gaulu, em 1821, reconhecendo as suas vantagens, não trepidou em julgal-a menos perigosa que a paracentese do abdomen. « Ergo in thoracis quam in abdominis hydrope, paracentesis tutior. » (1)

Porém essa época de credito atravessou o seculo seguinte e metade do seculo XVIII, cahindo esta operação de novo em discreditto, sobretudo para os medicos, que a reputavam perniciosa e inutil, em contraposição a muitos cirurgiões, que apregoavam sua efficacia e acção inoffensiva.

As duvidas levantadas ao principio a respeito d'esta operação tem sido continuadas em nossos dias pelos medicos e cirurgiões.

Laennec, com a sua maravilhosa descoberta, abre um novo horisonte á thoracentese, afastando o espesso véo que cercava o diagnostico das collecções liquidas do thorax.

A auscultação esclareceu tanto o diagnostico, tanta luz lançou

(1) These de Paris, 1621.

sobre este ponto, até então muito obscuro, que fez desaparecer da sciencia a seguinte phrase de Baglivi :

« O' quantum difficile est curare morbos pulmonum ! ó quantum difficilium eosdem cognoscere, et de eis certum dare præsa-
gium ! »

Esle autor, que estabeleceu as bases para as indicações da thoracentese, que augurou-lhe um brilhante futuro confiado na sua descoberta, que progredia com passos agigantados, ao mesmo tempo que dizia ser ella seguida raras vezes de successo, considerava-a sem inconvenientes, fazendo por isso com que o professor Trousseau a seu respeito dicesse : « Il enlève d'une main ce qu'il accorde de l'autre. »

Em virtude do juizo duvidoso que d'esta operação formava Laennec, em razão do grande conceito de que justamente gosava, appareceu o terror no animo dos cirurgiões, terror este que já havia muito tinha se apoderado dos medicos.

Um dos maiores ornamentos da cirurgia franceza, Dupuytren, inventor do mais simples aparelho que valeu á thoracentese o ultimo dos seus triumphos, morreu em 1834, victima de um derramamento purulento, dizendo na agonia que preferia a morte pela mão de Deus que pela mão do homem.

Roux, cirurgião francez, em 1836 fez apparecer no seio da academia uma nova discussão por occasião da apresentação de uma observação de cura de hydrothorax pela thoracentese. Depois d'esta discussão, que consumio oito sessões, como d'outras muitas, a sciencia não conseguiu adiantar um passo em favor da operação em questão.

No anno de 1844 appareceu em França um homem, que deu verdadeiro impulso a esta operação. Este homem foi Trousseau, que, desgostoso por ter sido testemunha varias vezes de casos de morte subita na pleurisia aguda, lançou mão, em desespero de causa, da thoracentese, de cuja defeza encarregou-se, já perante os seus discipulos, reunidos em massa nos amphitheatros do Hotel-Dieu, já no seio das sociedades scientificas ; e finalmente alcançou o ganho da causa que com tanto interesse abraçara.

Apezar de isolado, sem companheiros que o auxiliassem em

tão pesada tarefa, conseguio, não sem grande dificuldade, visto como no calor dos debates, ultrapassadas as raias da questão, as accusações attingiram o terreno da personalidade, plantar no animo dos medicos e cirurgiões a innocencia, a utilidade, e mais que tudo a necessidade da thoracentese.

A palavra autorisada d'esse eloquente professor convenceu a todos os seus discipulos, e ao seu saber curvou-se o mundo medico. Discipulos dignos de tal mestre não podiam de fórma alguma deixar em abandono a obra encetada, e envidando todos os esforços em beneficio da mesma, introduziram melhoramentos nos processos operatorios a ponto de a thoracentese alcançar o logar que hoje occupa, figurando entre as operações mais importantes da cirurgia.

CAPITULO II

Indicações para a Thoracentese

Nous admettons implicitement qu'une connaissance complète de la maladie n'est pas nécessaire pour déterminer le praticien à pratiquer la thoracentèse dans un cas d'urgence; il suffit que le malade soit menacé d'asphixie et que l'existence de l'épanchement soit suffisamment constatée.—(Bricheteau.)

De todas as entidades morbidas que acommettem a humanidade, nenhuma ha por certo que mais urgencia requeira e mais gravidade inspire do que as que tomam por séde de suas devastações o aparelho respiratorio.

Com effeito, os pulmões, orgãos incumbidos de uma das funcções mais importantes da economia, a hematose, cercados de uma massa liquida, que prohiibe os movimentos da caixa thoracica, e por conseguinte difficultam a livre passagem do ar, acabam pela diminuição ou perda desta funcção ; d'ahi immensos accidentes e mesmo a morte póde ter lugar. Assim, o orgão central da circula-

ção, deslocado pela collecção liquida, actuando com difficuldade, não pôde mandar ás diversas partes do organismo sangue sufficiente, do qual elle tem necessidade absoluta para a sua nutrição, forçado a uma superactividade, que não lhe é habitual, vem mais tarde a hypertrophiar-se.

Portanto, as collecções liquidas nas pleuras constituem uma affecção pathologica de muita gravidade, que exige grande cuidado e attenção, já do medico, já do cirurgião.

Não nos occuparemos com o estudo da symptomatologia, etiologia,, natureza e diagnostico das collecções liquidas da pleura, não só porque os nossos conhecimentos são insufficientes para tarefa tão grande, como tambem porque excederíamos o limite do nosso ponto, que pertence exclusivamente á medicina operatoria.

As collecções liquidas que se assestam na pleura podem ser serosas, sanguineas, purulentas e mixtas.

ARTIGO PRIMEIRO

Os derramamentos serosos das pleuras podem ser considerados quer no estado agudo, quer no estado chronico.

Derramamento agudo.—A pleura tem a propriedade de, no estado hygido, secretar um liquido seroso, cujo fim é lubrificar a sua superficie e facilitar o jogo dos pulmões durante a respiração; causas, porém, de diversas ordens podem dar nascimento a um processo phlogistico na pleura, de modo que em vez da secreção normal e physiologica, ella adquira uma secreção pathologica seguida de depositos fibrinosos susceptiveis de se organisarem em pseudo-membranas com vascularisação propria. Eis a pleurisia aguda com derramamento, ou hydrothorax agudo.

A phlegmasia tratada por meios adequados entra muitas vezes em resolução, o derramamento ainda em pequena quantidade reabsorve-se, e a molestia cede completamente; outras vezes, porém, esta feliz terminação não se dá, e a affecção abandonada, mal cuidada, obedecendo a certas condições individuaes, inherentes a todas as molestias, taes como uma constituição fraca e anemica, a uma diathese, passa ao estado chronico.

O hydrothorax constitue indicação para a thoracentese.

Dous casos podem se apresentar: ou ha asphixia imminente, ou ella não existe, a despeito da abundancia do derramamento.

Asphixia imminente.—Todas as vezes que esta é devida evidentemente á abundancia do derramamento, quaesquer que sejam a natureza e a causa, nunca se deve hesitar em praticar a operação. Este preceito não soffre excepção alguma, porquanto não é permittido ao medico assistir como espectador impassivel á agonia de um doente, quando elle tem a convicção de poder allivial-o por um meio tão seguro quão facil.

A asphixia não existe.—Deve-se operar quando a asphixia não é imminente, porém o derramamento abundante, porque neste caso o doente póde ser victima de uma morte subita, determinada, ora por congestões pulmonares mortaes, ora por syncofes resultantes de anemia cerebral. Estes accidentes são devidos á deslocação das visceras (coração, pulmão), ou á compressão, ou torsão de certos vasos (aorta, arteria pulmonar, veias cavas).

Alguns querem que se espere pela reabsorpção do liquido, porém mesmo que ella tenha lugar, é de um modo lento e gradual, estando d'essa fórma o doente na imminencia de uma morte subita pelas razões dadas acima.

Finalmente, dadas certas circumstancias, somos forçados a praticar a thoracentese em presença de derramamentos pouco consideraveis desde que seja verificada no lado opposto a existencia de signaes de pneumonia, bronchite, e pericardite, affecções que tornam-se gravissimas desde que estejam ligadas a um derramamento.

Não se deve operar nos derramamentos inflammatorios agudos, que são moderadamente abundantes, porque a reabsorpção é a regra n'estes casos, e a thoracentese, ainda que inoffensiva, não abrevia sensivelmente a molestia.

A operação não deve ser feita nos casos de collecções serosas das pleuras dependentes de uma molestia de Bright, de uma infecção purulenta, de uma affecção organica do coração, de cachexia

palustre, senão quando o derramamento attingir proporções consideráveis, ameaçando de perto a vida do doente.

Igual procedimento teremos em face de uma collecção liquida moderada proveniente de uma pleurisia aguda, ainda que o doente apresente alguma febre, porque empregando uma therapeutica racional, o liquido é quasi sempre reabsorvido.

Julgamos a thoracentese contraindicada no caso de um derramamento muito pouco abundante, ainda que o doente apresente frequencia de pulso, dyspnéa, acceleração da respiração, porque este cortejo de symptomas geraes pertencem á reacção febril produzida pela pleurisia, e não pelo derramamento.

Derramamento chronico.—Em virtude das condições desfavoráveis em que se acha um doente de pleurisia chronica, já porque o organismo depauperado não póde mais reagir contra a molestia, já porque o derramamento tem grande tendencia para tornar-se purulento, a thoracentese deve ser praticada, apesar de não offerecer vantagens iguaes ás que se obtem nos casos de derramamentos agudos. Assim, devemos operar quando nos acharmos em presença de um individuo que traga em sua cavidade pleurítica um derramamento excessivo, visto como ninguem poderá contestar o perigo em que vive um doente n'estas condições, podendo de um momento para outro ser arrebatado por uma asphixia ou syncope fatal.

Se porém, em vez de excessiva, a collecção liquida fôr pequena, empregaremos primeiramente os meios therapeuticos apropriados para trazer a sua reabsorpção; sendo, o que commummente acontece, nullo o resultado, lançaremos mão da thoracentese, porque a permanencia do derramamento na pleura acarreta consequencias de muita gravidade: como formação de pseudo-membranas, purulencia do liquido e oportunidade para o apparecimento de qualquer diathese, que venha difficultar, senão impossibilitar, a cura do doente.

Alguns autores acreditam que, em razão das adherencias que se produzem, o pulmão não podendo preencher o vazio resultante da evacuação do liquido, que tende a reproduzir-se, a thoracentese precipita a morte do doente. Contra semelhante asserção protestam

certos factos, entre outros o de Woillez, que praticou a operação da thoracentese com successo em um individuo que tinha uma pleurisia, molestia que contava nove mezes ; Aran obteve resultado igual em outro individuo, cuja affecção datava de 15 mezes.

Nos derramamentos serosos symptomaticos de lesão organica do coração, do pulmão e dos grossos vasos, de albuminuria, a thoracentese encontra indicação, senão para a cura, ao menos para allivio dos doentes ; é um meio palliativo que muitas vezes dá resultados inesperados, prolongando a vida dos doentes, os quaes teriam de infallivelmente succumbir se não fosse a sua intervenção. Portanto, apesar de não podermos debellar a causa dos derramamentos symptomaticos, praticaremos sempre a operação todas as vezes que ella fôr de necessidade absoluta.

Aran, auxiliado por Siredey, praticou a thoracentese em um doente ameaçado de asphixia imminente, que estava affectado de uma insufficiencia mitral, e conseguiu extrahir tres mil grammas de liquido. O doente sentio grande allivio ; dias depois o derramamento reproduzio-se, porém em pequena quantidade, e sendo o doente medicado convenientemente, não só o derramamento como a anasarca geral cederam.

ARTIGO SEGUNDO

Derramamentos sanguineos

O hemothorax póde ser constituido por um liquido sero-sanguinolento, ou por sangue puro, e póde ser produzido por causas traumatica ou externa e interna.

Os derramamentos internos são consecutivos á alteração do sangue e a diversas molestias, como por exemplo a um cancro da pleura, a uma pleurisia hemorrhagica (Sedillot) ; porém estes casos são raros ; portanto apenas os enumeraremos.

Os derramamentos traumaticos são muito frequentes, e dependem de diversas causas : do ferimento das arterias mamarias inter-

V.5/300v

nas, intercostaes, pulmão, pleuras, etc., dando em resultado hemorragias, que podem pôr a vida do doente em perigo e ser mesmo a morte a sua consequencia. A collecção sanguinea póde existir com ferimento thoracico, o que tem lugar frequentemente; ou sem abertura das paredes thoracicas, o que é bastante raro.

Como não possuímos signal algum que com certeza nos autorise a fazer diagnostico differencial entre um derramamento sero-sanguinolento e seroso, as indicações e contra-indicações são as mesmas que a do ultimo, e assim se procederá se uma punção nos patentear que a natureza do liquido contido na pleura se assemelha á de uma collecção serosa por seus caracteres.

Apenas nos é permittido suspeitar que um individuo traz um derramamento sero-sanguinolento, quando elle tiver uma pleurisia cancerosa, ou tiver tido uma pleurisia depois de uma febre grave. Se, porém, a punção nos fornecer um derramamento constituido por sangue puro, devemos immediatamente suspender a operação, porque neste caso ella é formalmente contra-indicada.

Derramamentos sanguineos. — Qual o procedimento que um cirurgião deve ter em presença de um hemothorax.

A cirurgia a este respeito acha-se dividida em dous campos: uns com Larrey, Roux, Reybard e outros pensam que é conveniente esperar-se, com o fim de ver se tem logar por meio de um tratamento anti-phlogistico poderoso a reabsorpção do derramamento; desde, porém, que esta não se manifestar e os symptomas locaes e geraes se incrementarem, ameaçando seriamente a vida do doente, a operação sem perda de tempo deve ser posta em pratica.

De outro lado, Trousseau, Leblanc e outros consideram a operação inutil e prejudicial. Assim, depois de numerosas experiencias, Trousseau, chegando ao conhecimento de que o sangue do homem, mais do que o dos outros animaes, tende a coagular-se uma vez extrahido dos vasos que naturalmente o contêm, affirma que um hemothorax, resultante da secção da arteria intercostal, ou dos vasos pulmonares, desapparecerá sem nenhuma intervenção cirurgica graças á compressão que o sangue coagulado exerce sobre o vaso aberto, e a reabsorpção d'estes coagulos não se fará por muito tempo esperar.

Nos derramamentos ligados a uma causa interna, como os que se manifestam no curso de febres de character pernicioso, ou durante o estado canceroso da pleura ou do pulmão, a operação da thoracentese é contraindicada.

Se é verdade que a opinião de Trousseau e Leblanc é confirmada por muitas experiencias, que o facto da coagulação do sangue é verificado, não é menos verdade que estes são raros e acompanhados de grande demora na reabsorção a ponto de fazer perigar a vida dos doentes.

O professor Sedillot diz que nos derramamentos sanguineos das pleuras o cirurgião deve ter em vista os seguintes preceitos : 1º dar sahida ao sangue derramado, logo que haja ameaço de suffocação imminente ; 2º demorar a operação desde que não haja accidentes graves e esperar até conhecer-se que a reabsorção não se effectua.

A operação só deve ser feita do 12.º ou 15.º dia, por ser essa a época em que o sangue começa a alterar-se; porquanto achando-se a pleura pouco inflammada e o liquido em geral circumscripto, a thoracentese é seguida ordinariamente de cura radical.

Apezar das opiniões contrárias dos grandes homens da cirurgia, acreditamos que a operação póde ser posta em pratica em presença de um individuo, victima de uma asphixia imminente, pois que nos parece incrível que um medico possa apenas ser espectador em scenas desta ordem, quando elle tem em seu poder um meio, senão de curar o doente, ao menos de prolongar-lhe a vida, que fatalmente estaria perdida se não fosse a sua intervenção.

ARTIGO TERCEIRO

Derramamentos purulentos

Entre as collecções liquidas que se encontram nas cavidades pleuríticas, é certamente a purulenta que traz mais gravidade e que mais prompta e urgente intervenção cirurgica reclama. Por menor que seja a quantidade de pus existente na pleura, esta serosa irrita-se, dando em resultado uma inflammação, que por sua vez deter-

mina um derramamento consideravel deste liquido, porque o pus engendra pus.

Varios são os accidentes que apresentam os derramamentos purulentos, entre outros citaremos : as ulcerações e fistulas pleuro-bronchicas e pleuro-cutaneas, que, além de serem de cura difficil e morosa, facilitam entrada ao ar; d'ahi formação de um pyopnemothorax, cuja terminação é as mais das vezes fatal.

Como em outra qualquer parte do corpo, o pus contido nas pleuras tende sempre a fazer caminho para o exterior; d'onde o estabelecimento das fistulas pleuro-cutaneas, que são ordinariamente de um trajecto longo e sinuoso; nem sempre, porém, o pus segue o mesmo caminho; assim, elle póde dirigir-se para o interior, de modo a estabelecer communicação das pleuras com os pulmões e os bronchios, dando em resultado as fistulas pleuro-bronchiales, que se uma ou outra vez terminam favoravelmente, trazem a morte na maioria dos casos. Será possivel reconhecer-se que um derramamento é purulento? Quando elle affecta a fórma aguda torna-se ordinariamente impossivel estabelecer-se um diagnostico preciso; póde-se todavia prejudgar a natureza do derramamento pelo exame das condições do doente (traumatismo, puerperalidade, convalescença de febres graves, etc.); porém quando a pleurisia purulenta se declara de subito em um individuo collocado em condições normaes, não existe base nenhuma para o diagnostico.

O edema das paredes thoracicas, que se deve procurar com cuidado e particularmente na axilla, é um signal de grande valor, porém que não é constante. Poder-se-ha temer uma pleurisia purulenta nos casos em que a febre tiver uma grande intensidade; em que a dyspnéa apresentar uma violencia consideravel, mal explicada pela abundancia mediocre do derramamento, por pouca deslocação do coração ou do figado e recalçamento do diaphragma.

O que se dá com o edema dá-se tambem com todos os ou'ros signaes tendentes ao diagnostico da pleurisia purulenta, isto é, fornece-nos probabilidades e não certeza; portanto, por maior que seja a repugnancia que se tenha para a punção, é absolutamente preciso, em presença de uma pleurisia de mais de um mez, e tendo resistido a um tratamento adequado, recorrer-se a uma punção

exploradora, feita com o trocater capillar; é um meio de diagnostico inoffensivo, ao menos na immensa maioria dos casos.

Derramamentos purulentos agudos. — Estas collecções purulentas rarissimas vezes são idiopaticas; em regra geral procedem da passagem de um derramamento seroso chronico ao estado purulento, ou são symptomaticas de pleurisas que apparecemintercurrente ou posteriormente ás febres graves, á puerperalidade, etc. Desde o momento que se fizero diagnostico de um derramamento purulento, *ipso facto* não é mais permittido ao cirurgião vacillar na pratica da thoracentese ou empyema, conforme as circumstancias que se apresentarem.

Havendo abundancia do derramamento a operação deve ser feita com toda a urgencia, ainda que a inflammação esteja em plena actividade, porque parecendo á primeira vista que este estado constitue uma contraindicacção, a imminencia da morte em que se acha o doente nessas condições fará com que o cirurgião não sacrifique a vida de um individuo por um escrupulo mal entendido. Uma vez extrahido o pus, convém tratar o estado inflammatorio por meios therapeuticos energicos, taes como revulsivos, antiphlogisticos, etc; afim de diminuir, senão esgotar, a secreção morbida.

Se em lugar de ser consideravel, o derramamento é pequeno e moderado, deve-se esperar que a inflammação perca um pouco de sua intensidade, porque assim, diz Marrote, a pleura, sendo evacuado o pus, póde secretar lymphá plastica e ser esta secreção seguida de adherencia de suas duas folhas e provavelmente de cura.

A reproducção do liquido dá-se quasi sempre depois da primeira punção, por maiores que sejam as cautelas empregadas em ordem a evital-a; isto explica-se pelo depauperamento do organismo, e por conseguinte da pleura, que não póde reagir. A pouca vitalidade que goza esta serosa, portadora de uma collecção purulenta, dá-nos conta da facil reproducção do liquido e da sua difficil cura, não obstante o emprego da therapeutica a mais racional.

Em caso de reproducção do liquido a thoracentese deve ser de novo praticada? Acreditamos que sim. O cirurgião deve fazer uma segunda punção, e esgotado o conteúdo das pleuras, proceder a

uma lavagem com uma substancia irritante, a tintura de iodo, por exemplo, capaz de modificar a vitalidade das pleuras.

Se ainda depois desta nova operação o resultado não fôr satisfactorio, colloca-se uma canula de demora o qual nos proporciona dous grandes meios de cura, isto é, escoamento constante do pus e lavagens e injeções, tantas quantas se julgar conveniente.

Quando virmos que, zombando de todo o tratamento acima prescripto e aconselhado pelos autores, a secreção purulenta continúa, affectando um character chronico, diversa será a nossa conducta.

A vomica é uma indicação ou contraíndicação para a thoracentese? A vomica é para os adeptos desta operação uma indicação formal, porquanto ella é insufficiente para a expulsão completa do pus, que além de entreter a febre, póde tornar-se putrefacto pela entrada do ar através da fistula. A tosse que se manifesta logo em razão da irritação dos bronchios, incommóda muito o doente, que nem sempre attinge o seu completo restabelecimento; pelo contrario na maioria dos casos a morte vem sorprendê-lo; e dado o facto da cura, esta tem logar de um modo muito lento.

Consideram os inimigos da operação que nos occupa o apparecimento de uma vomica como perfeita contraíndicação, porque, dizem elles, o fim da thoracentese é desembaraçar a pleura do pus contido em sua cavidade, e este desideratum sendo preenchido pela vomica, a operação não tem razão de ser. Nós porém acabamos de ver que, além de incompleta, a evacuação faz-se muito lentamente, e essa lentidão póde trazer graves consequencias para o doente. Alguns praticos, em presença do apparecimento da vomica, condemnam a thoracentese se o doente estiver em boas condições e recommendam-na se houver aggravação dos symptomas geraes e o derramamento se conservar estacionario.

Derramamentos purulentos chronicos. —

Quando o derramamento purulento é de data antiga as modificações de structura que apresenta a pleura são muito profundas para que seja permittido esperar-se a cura, mesmo depois de uma ou duas puncções seguidas de injeções iodadas.

O procedimento do cirurgião nestes casos, visto não haver inflamação, consistirá na evacuação da pleura por meio de uma punção e na applicação de uma canula de demora, que dê saída franca ao pus á medida que fôr se formando e facilite as lavagens e injeções modificadoras. E' este o preceito que aconselha Henri Roger, porque, diz este operador, as punções repetidas, longe de trazerem vantagem, esgotam o organismo, já tão depauperado, sem resultado algum favoravel para o doente. Um outro conselho devemos ainda a este mesmo autor em relação á applicação da canula de demora, e é que quanto mais se contemporisa tanto menos probabilidade temos de salvar o doente, isto é, o restabelecimento depende da rapidez da collocação da canula.

Nem sempre, porém, podemos contar com resultados satisfactorios seguindo esta pratica, por maiores que sejam a pericia e precaução do cirurgião ; porquanto o derramamento incrementa-se muito, o pus torna-se fetido e insupportavel. N'estas condições resta apenas ao cirurgião uma arma, a operação do empyema, que deve ser posta em pratica sem perda de tempo. Todas as vezes que nos fôr possivel reconhecer a existencia de pleurisiae areolares, cujos focos purulentos acham-se disseminados em diversos pontos da pleura, quando tivermos de extrahir do interior d'esta serosa falsas membranas, detritos pulmonares e pleuríticos, que não podem encontrar saída atravez do estreito diametro de uma canula e que impossibilitam a evacuação do pus, recorreremos ainda á operação do empyema, como unica capaz de dar allivio ao doente e talvez mesmo a cura.

Qual deverá ser o procedimento do cirurgião em presença de um derramamento ligado á tuberculose pulmonar ? Julgamos que elle deve lançar mão da operação. Apezar de ser a tuberculose, sobretudo no terceiro periodo, uma circumstancia muito grave, que poucas probabilidades favoraveis promette á operação, não obstante não nos ser permittido esperar obter a cura definitiva de uma molestia de natureza mortal, todavia a thoracentese deve ser praticada, porque evacuando um derramamento purulento consideravel assestado na pleura, derramamento que comprime o pulmão, embaraçando a hematose, já diminuida pelos tuberculos, esta operação

deve ser feita por ser susceptivel de impedir a morte imminente, prolongando por algum tempo os dias do doente. A indicação d'esta operação é somente para os derramamentos purulentos consideraveis, capazes de produzir a morte por asphixia ou syncope; ao passo que ella é formalmente contraindicada nos derramamentos moderados.

Em abono do que acabamos de dizer citaremos a opinião de Laennec : « O mau estado de um pulmão cheio de tuberculos não deve impedir absolutamente a operação, ainda mesmo que se tenha reconhecido a pectoriloquia no apice do pulmão comprimido pelo derramamento ; o resto estando são a cura póde ter lugar. »

Conhecemos muitos factos registrados na sciencia relativos aos effeitos beneficos das puncções em derramamentos purulentos ligados á tuberculisação pulmonar.

Bricheteau conseguiu a não reproducção de um derramamento purulento em um individuo tuberculoso depois de tres puncções ; esse doente ainda viveu sete annos graças á operação que soffreu.

Aran diz ter punccionado dezeseite vezes successivas dentro do espaço de treze mezes um tuberculoso, sentindo logo este grandes melhoras em seu mal depois de operado.

Quando o derramamento é pequeno a operação é contraindicada, porque, segundo Cazernick, a compressão approxima as paredes das cavernas e acarreta uma anemia local desfavoravel á suppuração pulmonar e a hypersecreção bronchica. Este autor cita um caso relativo a um tuberculoso, no qual desde que manifestou-se o derramamento a espectoração purulenta supprimio-se (facto capital indicando claramente a parada da suppuração), a febre, os suores, a diarrhéa desapareceram porque a ulceração pulmonar cicatrisou-se, caso este verificado pela autopsia. (1)

(1) Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1872.

Derramamentos mixtos

Estes derramamentos são conhecidos na sciencia pelos nomes de hydropneumothorax, pyopneumothorax e hematopneumothorax ; existem mais alguns resultantes de tumores liquidos, que se assentam no pulmão, figado e em outros órgãos.

Por dous modos diversos o ar póde chegar á pleura : por intermedio de um ferimento penetrante do thorax, ou em virtude de uma lesão pulmonar, que permitta a sua passagem para esta serosa.

Não entraremos no estudo das indicações e contraindicações^s destas especies de derramamentos por serem pouco mais ou menos identicas ás que apontámos, quando tratámos das outras collecções liquidas.

Em face de uma collecção liquida desta ordem, devida á fistula do pulmão, apesar de ser um meio palliativo, recorreremos á operação, que suavisa quasi sempre os males do doente; e o tratamento interno deve ser desprezado, visto a sua reconhecida inutilidade.

CAPITULO III

Processos operatorios

Não entraremos na descripção dos differentes processos antigamente empregados, por não enxergarmos utilidade alguma nesse trabalho, visto que elles estão completamente abandonados na pratica; assim, apenas trataremos d'aquelles que ainda hoje são aconselhados, passando depois á descripção dos modernamente inventados, isto é, dos aspiradores.

Julgamos conveniente, antes de entrar na descripção dos processos, dizer algumas palavras sobre uma questão controversa: qual o ponto do thorax em que a punção deve ser feita.

Trousseau, Peter, Chassaignac, e com elles outros praticos, punccionam no sexto ou setimo espaço intercostal, contando de cima para baixo, a quatro ou cinco centímetros, fóra do bordo externo do musculo grande peitoral; para Dieulafoy a thoracentese deve ser praticada no oitavo ou nono espaço intercostal. Diversos cirurgiões recusam estes differentes pontos, dando preferencia ao quarto ou ao quinto.

Moutard-Martin, apesar de operar no oitavo espaço intercostal, diz, e como elle pensa Woillez, que esta escolha é relativa e que só será feita depois do exame do thorax, segundo a direcção mais ou menos obliqua das costellas e a abundancia do derramamento; este operador aconselha sempre um ponto bastante declive, sobretudo no caso em que as paredes thoracicas estejam edemaciadas, tendo-se o cuidado de evitar os órgãos internos.

Quando o derramamento não é circumscripto por adherencia alguma, quando as pleuras são livres, a punção deve ser feita na parte mais inferior da cavidade peitoral para favorecer a sahida dos liquidos; este ponto chama-se lugar de eleição.

Quando a collecção liquida occupar apenas uma região do thorax exactamente limitada para que o liquido não possa ser deslocado pela posição, nem pelos movimentos do doente, a abertura deve ser feita em um ponto determinado; este é o lugar de necessidade.

Processo de Trousseau

O professor Trousseau, um dos operadores que mais têm vulgarizado a thoracentese, fazia uso de um processo que por sua simplicidade foi geralmente acceito na sciencia.

O aparelho instrumental compõe-se de um bisturi, ou antes uma lanceta para uma incisão que comprehenda sómente a pelle, e de um trocater commum, a cuja canula adapta-se, por meio de um fio qualquer, um pedaço de intestino molhado, a fim de obstar a

entrada ao ar; esta canula, que vai servir de valvula, deve ser antes da operação examinada pelo cirurgião ou por qualquer dos seus ajudantes para ver se ella funciona convenientemente, exame esse que consiste em aspirar-se ou soprar-se pela extremidade contraria á do pavilhão. O apparelho de curativo consta apenas de um pedaço de sparadrapo talhado em fôrma de *cruz de Malta* para oclusão da ferida resultante da operação.

Manual operatorio. — Colocado o doente sobre o bordo do leito correspondente ao lado do thorax que traz o derramamento e sustentado por um ajudante, que deve ficar no lado opposto, afim de prohibir qualquer movimento que o paciente, surpreendido pela dôr, queira executar, evitando assim a acção do instrumento, o cirurgião, cuja posição deve ser do lado doente, faz com a lanceta no 6º ou 7º espaço intercostal, contando de cima para baixo, pouco mais ou menos quatro ou cinco centímetros fóra do nivel do bordo externo do grande peitoral, que não interesse mais que a pelle, uma incisão sufficiente para dar passagem ao trocater. Praticada a incisão, o operador penetrará bruscamente com o trocater atravez dos musculos na cavidade thoracica; a sensação de vacuo que se experimenta, a mobilidade da ponta do trocater denunciam a penetração do instrumento no interior da pleura; então retira-se o dardo, desdobrando primeiramente o pedaço do intestino, e deixa-se escoar o liquido, que a principio corre com lentidão, mais tarde o jacto torna-se continuo e afinal soffreado.

Uma vez evacuado todo o liquido, recommenda-se ao doente que não respire, e aproveita-se esta occasião para retirar-se a canula por um movimento rapido, collocando-se em seguida sobre os bordos da incisão uma tira de sparadrapo.

Trousseau aconselha um meio, em virtude do qual o ar não póde introduzir-se na cavidade pleuritica, e consiste elle em fazer a incisão um pouco abaixo do espaço marcado para a punção; esta precaução, que tem por fim a destruição do parallelismo dos orificios interno e externo do thorax, é inutil, como elle proprio reconhece, porque a natureza encarrega-se d'essa destruição; assim, quando o thorax é distendido por uma quantidade consideravel de

liquido, as costellas e os espaços intercostaes tomam uma fórma igual á que elles affectam em uma inspiração forçada, isto é, perdem as relações que apresentam no estado de repouso, com as partes correspondentes do tegumento externo; praticada a punção e extrahido o liquido, a caixa thoracica volta ao seu estado normal, as costellas e os espaços intercostaes se abaixam, ao passo que a pelle conserva-se fixa, e graças a este mecanismo desaparecerá o parallelismo entre a abertura cutanea e o orificio pleural.

A falta de parallelismo, ao contrario, torna-se muito inconveniente nos casos de derramamento purulento, porque o pus, reproduzindo-se ordinariamente, tende a sahir para o exterior; porém desde que encontrar difficuldade em sua passagem, a infiltração dos tecidos adjacentes será consequencia, dando em resultado descollamentos, fistulas, etc.

Trousseau divide a operação em dous tempos: no primeiro pratica a incisão com a lanceta; no segundo introduz bruscamente o trocater, de modo que este penetre no peito junto ao bordo superior da costella inferior para evitar o ferimento da arteria intercostal, abrigada na goteira do bordo inferior da costella superior.

Este processo, apesar da sua simplicidade, tem alguns defeitos; de facto, o trocater produzia muita dôr em consequencia do seu grande volume; determinava accessos de tosse, provocados pela rapida extracção do liquido; permittia a entrada do ar no caso de ruptura do pedaço do intestino atado em torno do pavilhão da canula, e finalmente a punção era ás vezes completamente inutil. Este cirurgião, em face de uma collecção purulenta, que reclamava a collocação de uma canula permanente, cuja fixação era mantida por meio de tiras de sparadrapo, para permittir o corrimento do pus, lançava mão de canulas ordinariamente de prata, cuja extremidade externa apresentava um parafuso, que era desatarrachado todas as vezes que se tivesse de proceder á evacuação do pus, lavagens e injecções, até a terminação da molestia; elle tambem aconselhava ao doente que procurasse certas posições para que o liquido injectado banhasse o fóco purulento. As canulas metallicas recommendadas por Trousseau foram substituidas por tubos de borracha, que, segundo Barth, são melhor tolerados pelos doentes e

não produzem irritação alguma nos tecidos. A introdução das canulas nas paredes thoracicas faz-se á custa de uma incisão, ou como querem alguns, por intermedio do trocater; os tubos de borraça precisam para sua penetração na cavidade pleuritica de um trocater, e são fixados por uma placa da mesma substancia, tendo em seu centro um orificio, por onde elles devem atravessar, e são tambem munidos de um pedaço de intestino; porém tanto este como a placa devem estar unidos ao peito por qualquer corpo aglutinativo.

Estes tubos, ao lado da vantagem da tolerancia para os tecidos, apresentam a desvantagem de serem com facilidade atacados pelas injecções irritantes.

Processo de Chassaignac

Este distincto operador julgou conveniente empregar a canalisação cirurgica no tratamento das collecções purulentas da pleura, e cita varias observações coroadas do mais feliz successo.

Manual operatorio.—Marcado o sexto ou setimo espaço intercostal, este cirurgião introduzia um trocater longo e curvo em um ponto correspondente á união dos dous terços interiores com o posterior; desde que o trocater tiver chegado á pleura, é levado por transfixão de dentro para fóra, atravessando o mesmo espaço por onde havia penetrado. Feito isto, retira-se o dardo e passa-se pela canula um tubo fenestrado, cujas extremidades são atadas para evitar-se a sua deslocação.

O cirurgião deve ter em vista a approximação dos orificios de entrada e de sahida, sem o que o tubo de drainage ficaria muito distendido e poderia acarretar o ferimento do pulmão.

Processo de Dieulafoy

Este eminente cirurgião, a quem a sciencia tanto deve pelos immensos serviços que lhe tem prestado, formulou um processo em

1869, o qual elle denominou aspirador pneumatico, que veio de uma vez para sempre arrancar a thoracentese do ostracismo a que estava talvez por muitos annos condemnada.

Este processo basea-se nos seguintes principios: aspiração do liquido por meio de um vacuo prévio e punção do thorax por meio de agulhas capillares ou quasi capillares.

Vamos nos occupar somente com a descripção do apparelho de Dieulafoy ultimamente modificado.

Este apparelho, conhecido por aspirador dentado, compõe-se de um corpo de bomba de crystal, cuja capacidade é representada por 150 grammas, e de um embolo de haste dentada, que tem por fim fazer o vacuo; o corpo de bomba na sua extremidade anterior apresenta tres tubos metallicos, cada um com sua respectiva torneira. A estes tres tubos vem adaptar-se outros tantos de borracha: um para estar em communicação com a agulha aspiradora, outro destinado a um vaso qualquer, em que esteja o liquido para injecção e lavagem, o terceiro, chamado evacuador, é reservado para o liquido proveniente da aspiração.

De duas partes principaes é composto este apparelho: 1ª de um corpo de bomba affectando a fórma cylindrica, 2ª de agulhas ôcas e agudas, de diversos calibres, que representam a canula e trocater, cujos diametros variam conforme o numero dellas; assim, a agulha n. 1 tem um diametro correspondente a meio millimetro, a de n. 2 a um millimetro, etc. Na face superior do corpo de bomba d'este apparelho existe uma escala graduada, pela qual se póde conhecer a quantidade do liquido morbido aspirado assim como a de liquido injectado.

Manual operatorio.—Fechadas as torneiras e produzido o vacuo no cylindro, introduz-se a agulha no oitavo ou nono espaço intercostal; abrindo-se logo depois de sua penetração nos tecidos a torneira do tubo que com ella communica, vê-se o liquido precipitar-se no recipiente. Estando este cheio, fecha-se a torneira que communica com a agulha e abre-se o tubo evacuador, correndo por elle o liquido por intermedio da pressão com o embolo, e procede-se d'esta fórma até que se extraja todo o liquido.

Se houver necessidade de injeccões nas cavidades das pleuras, a conducta do cirurgião deve ser a seguinte: 1º fechar a torneira que communica com a agulha, 2º abrir a que tem communicação com o tubo de borracha que vai ter ao vaso onde está o liquido a injectar-se. O cirurgião faz então a aspiração d'esse liquido, fecha a torneira correspondente e abre a que communica com a agulha, depois de feito isto o operador comprime o embolo e faz correr o liquido para a cavidade pleuritica.

Trocater de Dieulafoy

Este autor inventou este novo trocater para ficar em permanencia na cavidade das pleuras ; este instrumento é de fórma curva, e graças a esta disposição, sendo introduzido na cavidade pleuritica e retirado o seu dardo, a canula fica isenta de ferir o pulmão e de ser por este obstruida em virtude de tornar-se, por assim dizer, parallela ás paredes do thorax. A canula, cujo diametro é igual ao das agulhas ns. 2 e 3, tem em seu pavilhão uma rodella metallica de tres a quatro centimetros de largura, pouco mais ou menos, cheia de fendas destinadas á passagem de tiras para fixal-a ao thorax. Esta canula apresenta em sua extremidade um parafuso, ao qual adapta-se um tubo metallico munido de uma torneira, que serve para estabelecer a communicação entre esta e o tubo aspirador, ou um obturador para fechal-a nos intervallos das injeccões e lavagens.

Manual operatorio.—Introduzido o trocater e retirado o dardo, fixa-se immediatamente o tubo metallico intermediario, cuja torneira deve ser fechada com antecedencia. Isto feito, adapta-se ao tubo intermediario o aspirador, em seguida abre-se a torneira e evacua-se a pleura pela aspiração, depois procede-se ás lavagens e injeccões, e finalmente faz-se a substituição do tubo intermediario pelo obturador, recommendando-se ao doente a suspensão da respiração durante esta manobra. Esta precaução tem por fim não permittir a entrada do ar na cavidade pleuritica.

As vantagens d'este trocater, segundo Dieulafoy, estão : 1.º

no facto de não ser elle atacado pelas injeções iodadas, como acontece ás canulas de borracha ; 2.º na possibilidade de sua applicação em qualquer espaço intercostal ; 3.º em não haver perigo, como já dissemos, de ferir-se o pulmão, em razão da sua disposição.

Apparelho de Potain

Compõe-se este aparelho de um frasco de gargalo, onde, por meio de uma bomba aspirante, o vacuo tem de ser feito ; este frasco é fechado hermeticamente por uma rolha de borracha, por cujo centro passa um tubo metallico, bifurcado em sua parte superior, que vai abrir-se dentro do vaso. Ambos os braços d'esta bifurcação têm uma torneira, e a cada um d'elles adapta-se um tubo de borracha, prendendo-se um a uma bomba aspirante e o outro á canula lateral do trocater.

Manual operatorio. — Montado convenientemente, o aparelho funciona da fórma seguinte : fechada a torneira que communica com o tubo de borracha, que se prende á canula do trocater, e aberto o que vai ter á bomba por meio da qual faz-se o vacuo no recipiente, introduz-se o trocater no espaço intercostal ajustado e retira-se o dardo por um movimento de torsão. Fechando-se a torneira da canula e abrindo-se a do tubo de borracha, vemos o liquido cahir no vaso destinado a contel-o.

Apparelho de Castiaux

Este aparelho em muito pouco differe do de Potain, e foi modificado afim de prestar-se ás lavagens e injeções.

Quando se quer proceder a uma injeção, colloca-se no recipiente o liquido, troca-se a bomba aspirante pela de pressão, e abrindo-se a torneira do tubo que vai ter á canula, o liquido existente no frasco penetra na cavidade thoracica, por causa da pressão do ar exercida sobre elle pela bomba.

Para operar-se a extracção do liquido injectado, retira-se a bomba de pressão e colloca-se em seu logar uma aspirante, e actua-se da mesma maneira, como para aspirar qualquer liquido pathologico.

Siphão de Potain

Potain servia-se para a lavagem e injectão da cavidade pleurítica de um aparelho, que se compunha : 1.º de um tubo de borracha bifurcado em fórma de Y de ramos curtos ; 2.º de uma canula de borracha medindo 30 centímetros de comprimento, que adaptava-se á parede thoracica e ahí era mantida do mesmo modo que as canulas de demora ; o ramo impar adaptava-se por intermedio de um tubo de vidro cylindrico á canula que se achava mergulhada na cavidade pleurítica ; a cada um dos outros dous ramos do Y se fixava pelo mesmo meio dous tubos de borracha de um metro de comprimento, apresentando o mesmo calibre. A extremidade livre de um d'esses tubos ia ter a um vaso destinado a conter um liquido para lavagens e injectões ; a extremidade do outro communicava com um reservatorio, que tinha de receber o liquido morbido extrahido.

N'este aparelho temos dous siphões, que podem funcionar independente um do outro, para o que basta fazer-se a compressão em um por intermedio de pinças de pressão continua ; por este mecanismo teremos sahida do liquido pathologico, ou entrada do liquido a injectar-se, conforme a pressão se exercer sobre o tubo superior ou inferior.

Manual operatorio.—Puncciona-se o thorax com o trocater ordinario, retira-se o dardo e pela canula introduz-se um tubo de borracha, segundo o processo usado na collocação das canulas empregadas por Barth. Feito isto, enche-se d'agua o aparelho, sendo necessario manter fixa uma das pinças sobre o ramo impar do tubo em Y e a outra sobre o tubo ascendente que se dirige ao vaso em que se acha o liquido de injectão ; em seguida intro-

duz-se a extremidade do tubo do ramo impar na do tubo de borra-cha, que faz o papel de canula de demora, e retira-se a pinça que exercia pressão sobre o ramo impar do tubo em Y; então o liquido encerrado nas pleuras, cedendo á maior pressão, corre pelo ramo inferior, conforme o desejo do cirurgião.

Querendo-se que o liquido do vaso inferior seja introduzido na pleura, retira-se a pinça do tubo ascendente e colloca-se-a sobre o descendente; esta introducção do liquido na cavidade da pleura é devida á differença de nivel. Caso se tenha de fazer lavagens da pleura depois da evacuação do pus, Potain procedia do modo seguinte: fechava o tubo inferior, e abrindo o superior, o liquido precipitava-se no interior d'estas; depois fechava o tubo thoracico, abria os dous longos tubos e praticava a aspiração pelo tubo inferior.

Se a suppuração fosse abundante, recommendava este autor, devia-se conservar aberto o tubo inferior; no caso contrario, porém, retirava-se o tubo bifurcado, fechava-se a sonda, e um ou dous curativos por dia deviam ser feitos.

Apreciação dos processos

Depois da descripção dos processos mais commummente empregados, faremos uma ligeira apreciação de cada um d'elles, mostrando as suas vantagens e inconvenientes.

O processo de Trousseau apresenta apenas uma vantagem sobre os outros: é a sua simplicidade; porém a par desta vantagem elle tem seus inconvenientes; assim, o trocater produz muita dôr em consequencia do seu volume, determina accessos de tosse pela rapida extracção do liquido, permite entrada ao ar caso se rompa o pedaço de intestino atado em torno do pavilhão da canula e finalmente a punção é as vezes completamente inutil. Com effeito, retirado o dardo do trocater, o liquido, cuja existencia foi perfeitamente reconhecida, pôde não sahir, ou correr gota á gota; estas punções seccas são devidas a diversas causas, taes como: falsas membranas, que são levadas adiante do trocater; massas fibri-

nosas, que obturam a canula; pleurisia interlobulares, cujos fócios, sendo destacados, podem não ser interessados pelo trocater.

Ainda póde acontecer que a canula estando mergulhada no liquido, este não possa sahir, porque o mecanismo para sua extracção consiste n'este processo na força dupla da elasticidade pulmonar e constricção das paredes do peito; assim, quando o pulmão estiver adherente á columna vertebral, o liquido não correrá, em razão da falta de uma das forças que contribuem para sua evacuação. Apesar destes inconvenientes, este processo deve ser empregado por causa de sua simplicidade, porém sómente na falta dos apparatus modernos.

O processo de Chassaignac ressen-te-se de alguns inconvenientes, como sejam: a difficuldade que se encontra nas lavagens e injeções; a obstrucção dos tubos quando o pus é concreto; a introducção do ar no interior das pleuras; a lesão do pulmão, que póde estar muito proximo das paredes do thorax, ou mesmo preso por falsas membranas na occasião da applicação do trocater. Para compensar tão graves inconvenientes só tem este processo a vantagem de permittir a fixação do tubo fenestrado e a facil sahida do pus quando este não fôr concreto.

Os inconvenientes do processo de Dieulafoy resultam da pequena capacidade do recipiente, de sorte que, estando elle cheio, é preciso esvasial-o, sem o que o vacuo não póde ser feito; do ferimento do pulmão pelas agulhas; das canulas, que em razão de serem metallicas irritam os tecidos. Em compensação, porém, este processo permite uma aspiração completa dos liquidos morbidos e medicamentosos; finalmente, graças a uma escala graduada que se acha collocada sobre a face superior do corpo de bomba, podemos saber a quantidade exacta de liquido que entra ou sae da pleura.

As vantagens do processo de Potain estão na remoção dos inconvenientes que apresenta o de Dieulafoy. Potain servia-se no seu apparatus de um frasco commum de gargalo, cujo tamanho devia ser determinado pelo derramamento; elle fazia uso de um trocater em vez das agulhas empregadas no processo de Dieulafoy para evitar o ferimento do pulmão.

V.5/109v

Ao lado destas vantagens este apparelho não se prestava ás injeções ; porém Castiaux modificou-o no sentido de preencher essa sensível lacuna, e por isso o seu apparelho é hoje o mais empregado por satisfazer as condições reclamadas em uma boa operação.

Siphão de Potain.—Este apparelho é muito mais complicado que os de Dieulafoy, e além disso é feito de borracha, substancia facilmente atacavel pelas injeções irritantes ; apresenta ainda o inconveniente de com facilidade se deslocar, de obstruir-se e de necessitar para a sua applicação de uma punção feita no thorax com o trocater ordinario. Segundo este autor o siphão tem por fim obstar a entrada do ar na occasião das lavagens e injeções, que são praticadas sem obrigar o doente a fazer movimentos que provocam tosse.

Operação do empyema

O methodo classico para a operação do empyema consiste em fazer-se com o bisturi uma incisão ao nivel de um espaço intercostal para evacuar o pus e permittir seu corrimento ulterior.

O lugar de eleição da incisão é o mesmo que o da punção, e o doente deve ser collocado na mesma posição que a desta ultima operação.

Não descreveremos todo o processo do methodo classico, porque em quasi nada differe do de Moutard-Martin, hoje geralmente empregado.

Processo de Moutard-Martin

Primeiramente o cirurgião deve marcar o espaço intercostal por onde tem de penetrar o bisturi, que neste processo é ordinariamente o oitavo ; como porém esta escolha não é absoluta, visto depender da abundancia do derramamento, da fórma do thorax, da direcção mais ou menos obliqua das costellas, etc., a operação deve ser feita no ponto mais inferior do thorax, um pouco atrás da linha axillar posterior.

O espaço intercostal sendo escolhido, o operador traça com tinta uma linha, seguindo o bordo superior da costella que limita inferiormente o espaço intercostal que deve ser incisado ; esta linha, que medirá ao menos seis centímetros, deve exceder um pouco a linha axillar posterior. Concluidos estes preliminares da operação, o cirurgião com a mão esquerda distende a pelle para cima e pratica a incisão tres a quatro millímetros abaixo da linha de tinta, devendo ella ter o comprimento exacto desta ultima e não interessar mais que a pelle.

Dada a primeira incisão, o operador introduz na ferida o seu dedo indicador, colloca *à chato* o bisturi sobre o bordo posterior da costella e incisa, camada por camada, até que tenha penetrado no peito, acompanhando com o indicador esquerdo o instrumento em toda a incisão da pleura ; sendo esta aberta, o pus corre rapidamente, projectado ao longe por accessos de tosse. Depois de ter cessado o corrimento do pus, faz-se a extracção das falsas membranas, ou de quaesquer outros corpos solidos que ahi forem encontrados, interpondo-se na ferida uma lamina de borracha, afim de impedir a sua cicatrização ; a extremidade superior desta lamina deve ser mantida fixa ao thorax por meio de uma substancia glutinosa.

Outros, como Velpeau, Woillez, querem que esta incisão seja feita de modo que o bisturi penetre na pleura de um só golpe ; porém a incisão praticada por esta fórma acarreta graves inconvenientes, como o ferimento do pulmão, que póde achar-se preso á parede do thorax por falsas membranas ; a lesão da arteria intercostal, e finalmente a incisão da pelle, por causa da sua resistencia, póde ficar menor que a da pleura, dando lugar á infiltração de pus ou de gazes nos tecidos.

Afim de obviar os inconvenientes que acabamos de expôr, adoptaremos o processo de Moutard-Martin todas as vezes que tivermos occasião de proceder á operação do empyema.

Se as estatisticas antigas apresentam um resultado muito desfavoravel para esta operação, tanto que ella foi inteiramente rejeitada, dependia o seu mau successo da época tardia em que era exe-

V.5/110v

cutada e da falta de lavagens e injeções modificadoras da superficie suppurante.

Moutard-Martin servia-se do siphão de Potain para estas lavagens e injeções, com as quaes elle tem colhido resultados muito satisfactorios, conseguindo curar doze individuos de dezeseite que estiveram debaixo da influencia deste tratamento.

Paracentese do Pericardio

A idéa de abrir-se o pericardio cheio de serosidade, de sangue ou de pus a principio pareceu tão ousada, que muitas pessoas a consideram ainda temeraria.

Com os meios exploradores que a sciencia hoje possui pòde-se estabelecer, não sem difficuldade, o diagnostico dos derramamentos do pericardio. Por serem as suas indicações e contra-indicações identicas ás da pleura, nada diremos sobre ellas, e apenas nos limitaremos a apontar uma ou outra differença nos processos operatorios.

Desde Riolan, que foi o primeiro que teve a idéa de penetrar-se no pericardio, e desde Schuh, que a poz em pratica, muitos processos tem sido aconselhados.

Tem-se proposto muitos lugares de eleição para a pratica da operação. Schuh escolhia o espaço intercostal comprehendido entre a terceira e a quarta costella, immediatamente fóra do bordo esquerdo do sterno.

Senec, Skielderàp e Laennec recommendavam o methodo que consiste em trepanar a metade esquerda do sterno, abaixo do ponto em que vem se fixar a cartilagem da quinta costella.

Larrey achava mais facil e commodo fazer a punção entre o bordo do appendice xiphoide e a cartilagem da oitava costella do lado esquerdo; com este processo evita-se a pleura, o peritoneo e o diaphragma.

Trousseau dá preferencia para a punção ao quarto ou quinto espaço intercostal; esta pòde ser feita, seja directamente com o trocater, ou incisando camada por camada com o bisturi as paredes thoracicas e o pericardio, seja enfim pelo processo mixto de uma

V.5/111

incisão prévia das camadas superficiaes e de uma punção com o trocater.

Este operador preferia a incisão á punção, porque sendo o diagnostico dos derramamentos do pericardio difficil, elle temia ferir o coração. O unico inconveniente da incisão, diz Trousseau, é permittir ao liquido contido no pericardio cahir em parte na pleura; porém este facto não tem consequencias graves, porquanto está demonstrado que o sangue na cavidade pleuritica reabsorve-se com rapidez, e o mesmo deve dar-se com o derramamento seroso.

Para favorecer a sahida do liquido varios operadores collocam uma canula de demora na cavidade pericardica.

O processo de Dieulafoy para a paracentese do pericardio deve ser preferido a todos os outros, não só porque está isento dos inconvenientes d'aquelles, como tambem pela vantagem que encerra; este autor punccionava o pericardio no quarto ou quinto espaço intercostal, sobretudo no ultimo, por estar mais proximo da ponta do coração e por coincidir com a situação mais inferior do liquido. Praticando-se a punção no quinto espaço, a cinco ou seis centímetros fóra do bordo esquerdo do sterno, evita-se o pulmão e a arteria mamaria interna, que dista apenas alguns millímetros do bordo d'este osso.

O lugar de eleição da punção sendo com antecedencia marcado com tinta e o vacuo sendo feito, introduz-se a agulha n. 1 quando o diagnostico fór duvidoso, e a de n. 2 quando elle fór estabelecido com segurança. Esta agulha não deve ser introduzida perpendicularmente; é preciso, ao contrario, leval-a obliquamente para cima e para dentro e actuar-se com muita lentidão, até que o liquido appareça no index de crystal do aspirador.

Se o liquido, durante o seu corrimento, parar bruscamente por causa de um corpo obliterante que se tenha insinuado na agulha, basta, para deslocal-o, dar um golpe de piston em sentido inverso.

Se o derramamento tende a reproduzir-se, póde-se sem o menor inconveniente repetir a aspiração, e se houver necessidade de injecção, esta é feita com facilidade sem deslocar a agulha, por meio de um aparelho injector.

CAPITULO IV

Accidentes da thoracentese

Como quasi todas as operações, a thoracentese não está isenta de occasionar accidentes, que conforme a sua gravidade devem attrahir a attenção do cirurgião. Praticando-se a thoracentese pelo processo de Trousseau, alguns accidentes podem se dar. Feita a punção e retirado o dardo do trocater, o liquido não póde correr pela canula, não obstante o cirurgião ter plenamente reconhecido a existencia de um abundante derramamento.

Este accidente depende de pseudo-membranas, que, descolladas, fogem adiante do instrumento sem se deixarem penetrar; afim de remover este obstaculo introduz-se um estylete na canula, e se por este meio não se conseguir atravessal-as, deve-se empregar maior impulso no trocater, ou escolher outro espaço intercostal, que talvez esteja livre d'estes productos neoplasicos.

Póde acontecer que o liquido correndo perfeitamente, seja o seu corrimento suspenso de um momento para outro; isto é devido á obturação da canula por uma massa fibrinosa, que por meio de um estylete é logo deslocada.

Entrada do ar. — Era este um dos accidentes que maior impressão causavam aos operadores antigos; hoje, graças aos apparelhos modernamente descobertos, a introdução do ar póde ser evitada. O ar, com effeito, exerce uma acção nociva nos derramamentos serosos, transformando-os em purulentos, transformação essa annunciada desde logo pelo desenvolvimento de symptomas graves, como febre, calafrios, estado sudoral da pelle, etc. Porém as graves consequencias da entrada do ar na cavidade pleuritica podem ser muito attenuadas pelas lavagens repetidas, porquanto a alteração do pus é devida á inflammação e á permanencia d'esse liquido no foco em que elle existe.

Corrimento sanguinolento. — Este accidente, que tem logar no fim da operação, é dependente, ou da ruptura de pequenos vasos das neoplasias, ou da pleura, ruptura proveniente da

distensão do pulmão, até aqui comprimido pela massa liquida. O pulmão tambem póde ser interessado pelo trocater e fornecer um corrimento analogo, porém este facto rarissimas vezes tem logar.

Morte subita. — Este terrivel accidente é geralmente attribuido á sahida brusca de uma grande quantidade de liquido. A syncope não é o unico genero de morte subita que tem sido assignalado depois da thoracentese.

M. Vidal indicou a asphixia, e eis como elle a explica :

• Le cœur par suite de l'émotion éprouve des mouvements ataxiques ; il y a une accélération considérable des battements, d'où une quantité énorme de sang envoyée dans un poumon déjà hyperémié dans ses parties qui fonctionnent encore: d'où asphyxie. • (1)

Esta theoria, segundo Arthur Lafosse, póde ser admissivel, porém não está baseada em facto algum.

Fistula pleuro-cutanea. — Se depois de uma primeira punção uma nova quantidade de liquido purulento se accumula na pleura, não é difficil que, achando na ferida feita pelo trocater um ponto menos resistente, elle appareça no exterior : d'ahi o estabelecimento de uma fistula pleuro-cutanea.

Somente operando pelo processo de Trousseau é que este accidente póde se manifestar, porquanto elle não tem razão de ser se fôr o apparelho de Dieulafoy o empregado.

Congestão pulmonar. — A hyperemia pulmonar se manifesta por escarros sanguinolentos ; sua coloração normal é as mais das vezes conservada ; é raro que um affluxo de sangue attinja uma proporção tal que seja capaz de determinar uma congestão pulmonar.

(1) Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. (These de A. Lafosse, 1872).

Trousseau nunca observou este accidente, porém Arthur Lafosse refere um caso observado por elle no hospital Lariboisière.

Expectoração albuminosa.—A origem deste liquido albuminoso tem tido varias explicações. Woillez e Marrote sustentam que elle é devido á uma perfuração do pulmão pelo trocater, pela qual este liquido passa da pleura para os bronchios.

O primeiro destes autores considera a expectoração albuminosa como um signal positivo de perfuração, e diz que o ferimento do pulmão é muitas vezes latente e sem accidente grave, e póde indirectamente ser verificado procurando-se a presença de albumina nos escarros. Esta opinião é inadmissivel em vista dos factos hoje mais bem conhecidos.

Behier cita uma observação, na qual todas as precauções tinham sido tomadas, o trocater tinha apenas penetrado na extensão de quatro centimetros e a ponta tinha sido logo retirada ; a autopsia demonstrou da maneira a mais evidente que o pulmão não havia sido tocado ; no emtanto a expectoração albuminosa tivera lugar.

Uma outra objecção póde ser tirada deste facto, que a expectoração bronchica se manifesta um quarto ou meia hora depois de terminada a operação e que o liquido expectorado póde exceder em muito o que fór evacuado.

Resta-nos fallar de uma ultima objecção, que é peremptoria, isto é, a expectoração albuminosa póde existir na pleurisia purulenta. Foi o que aconteceu com um doente do Dr. Luiz Lande.

Além disso, depois do ferimento do pulmão vê-se a sahida de algumas gotas de sangue, expecteração mais ou menos sanguinolenta, dôr viva accusada pelo doente e ás vezes um pneumothorax ; porém nenhum destes symptomas tendo sido indicado, a opinião destes autores deve ser rejeitada.

A explicação que parece ser a legitima é a que foi emittida por Herard e defendida por Moutard Martin e Terrillon.

Diz Herard que talvez se podesse dar ao facto de M. Behier a explicação seguinte : • Quand le poumon a été longtemps comprimé par un épanchement, au moment où, par suite de l'expulsion du

liquide, il reprend ses dimensions normales, il se fait dans cet organe une sorte de poussée séreuse, où sero-sanguine, qui peut donner naissance à une certaine quantité de sérosité: c'est cette sérosité qui est expulsée par les bronches. * (1)

Este autor diz ter visto muitas vezes doentes punccionados, nos quaes não havia mais traços de derramamentos, expillir uma ou meia hora depois da operação quinhentas ou mil grammas de um liquido, que certamente não vinha das pleuras, mas sim do pulmão, por causa de um affluxo de sangue que teve lugar neste orgão.

Outros accidentes, como o ferimento da ârteria intercostal, e de orgãos internos, podem se dar, porém com algum cuidado o cirurgião póde evital-os.

Aqui finalisamos a nossa dissertação, convencidos de que este pequeno trabalho, apesar dos esforços que empregámos, se resente de muitas faltas e imperfeições, que esperamos serão relevadas pela benevolencia de nossos mestres. *Ubi desint vires, tamen est laudanda voluntas.*

(1) These do Dr. Terrillon. 1872.

PRIEIRO PONTO

Secção accessoria

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

Infanticidio

I

Chama-se infanticidio em medicina legal o attentado contra a vida da criança nascente ou recém-nascida seguido da morte da mesma.

II

Quando a morte da criança nascente ou recém-nascida é determinada pela falta voluntaria dos soccorros necessarios á sua existencia, o infanticidio é chamado por omissão; quando, porém, a morte é produzida intencionalmente por quaesquer manobras violentas, o infanticidio diz-se por commissão.

III

O infanticidio por omissão póde ter lugar por asphixia, por hemorrhagia umbilical, por exposição e por inanição.

IV

O recém-nascido que fôr intencionalmente deixado com a face mergulhada no sangue, ou nas aguas que se tiverem escoado do utero, será victima de infanticidio por omissão.

V

A asphixia póde se dar de diversos modos, que são todos explicados pela falta de quantidade sufficiente de gaz respiravel nos pulmões.

VI

O desprezo da ligadura do cordão umbilical deve fazer suspeitar o crime de infanticidio por omissão.

VII

Nem sempre que o recém-nascido fallece de hemorragia pelo cordão umbilical, segue-se que este deixou de ser ligado em tempo.

VIII

A exposição do recém-nascido a uma temperatura muito baixa ou muito elevada, constitue um verdadeiro crime de infanticidio por omissão.

IX

A criança fallecerá de inanição se durante tempo muito prolongado se lhe recusar alimento.

X

O recém-nascido que, exposto sem abrigo, fôr devorado por animaes é considerado victima de infanticidio por omissão.

XI

O crime de infanticidio por commissão póde ser dado por diferentes meios, taes como : por asphixia, pancadas no craneo, por instrumentos cortantes, etc., etc.

XII

O recém-nascido póde ser asphixiado por diferentes modos, porém a suffocação é o meio de que os perpetradores do crime lançam mão com preferencia.

SEGUNDO PONTO

Secção cirurgica

CADEIRA DE MEDICINA OPERATORIA

Tracheotomia

I

A tracheotomia é a operação que consiste na abertura methodica dos aneis da trachéa.

II

Outr'ora ella era comprehendida na expressão bronchotomia, que genericamente designava a operação que tinha por fim incisar qualquer ponto do canal aereo para estabelecer uma respiração artificial.

III

As indicações da tracheotomia são muitas ; em todas ellas, porém, esta operação é empregada como meio extremo, e os seus resultados nem sempre são favoraveis.

IV

Desde que a suffocação ameaçar a vida do doente, a tracheotomia tem uma indicação formal.

V

Entre as innumeradas causas que reclamam esta operação, a aquellas que tornam-se mais salientes pela sua frequencia são : o croup, o edema da glotte e os corpos extranhos.

VI

São muitos os processos para a execução da tracheotomia ; porém os mais empregados são : o de Trousseau, o de Chassaignac, e o de Verneuil pelo galvano-cauterio.

— 42 —

VII

A tuberculose pulmonar em periodo adiantado, constitue contraindicação da tracheotomia

VIII

Os movimentos de ascensão e descida do tubo laryngo-tracheal, a diminuta capacidade d'esse tubo nas crianças e o desenvolvimento do corpo thyroide difficultam immensamente a operação.

IX

Os accidentes que sobrevém n'esta operação podem se dividir em immediatos e consecutivos.

X

Entre os immediatos, o mais frequente e mais terrivel é a hemorragia, que póde ser venosa ou arterial.

XI

Entre os consecutivos os mais frequentes são : a pneumonia e a deslocação da canula.

XII

Dos cuidados consecutivos depende o bom exito da tracheotomia, d'estes devem nos merecer mais attenção a cauterisação da ferida e a limpeza da canula.

TERCEIRO PONTO

Secção medica

CADEIRA DE CLINICA INTERNA

I

O diagnostico das molestias do figado é muitas vezes difficil, e as condições que o difficultam são : a situação profunda do orgão no hypocondrio direito, a espessura das paredes do ventre e a visinhança de orgãos, cujas molestias se manifestam algumas vezes por symptomas identicos.

II

A dôr, a ictericia, as perturbações digestivas e o augmento do volume do figado são symptomas que servem de base para o diagnostico de muitas entidades morbidas deste orgão.

III

As perturbações circulatorias e as hemorrhagias por diversos pontos são outros tantos symptomas que o medico nunca deve desprezar para basear o seu diagnostico.

IV

A febre intensa, a ictericia manifestando-se, desde o principio, a dôr, a diminuição de volume do figado e os phenomenos ataxico-dynamics são indicio de uma hepatite parenchymatosa.

V

A hepatite parenchymatosa é uma molestia que se observa frequentemente durante a prenhez.

VI

A febreintensa, a dôr hepatica agudissima, o augmento do volume do figado e diversas outras perturbações indicam ordinariamente que se trata de uma hepatite circumscripta.

VII

O diagnostico differencial entre a hepatite circumscripta e a parenchymatosa funda-se na ictericia e nas modificações de volume do figado.

VIII

A hepatite circumscripta termina-se muitas vezes por suppuração e formação de abcessos.

IX

O diagnostico differencial dos abcessos do figado e outras afecções deste orgão funda-se no estudo da anamnese, das causas, do exame local e por fim nos resultados da punção exploradora,

X

O diagnostico do cancro basêa-se no grande volume do orgão, nas dores lancinantes e na existencia de bolsas e tumores que se notam na superficie do figado.

XI

Os symptomas mais importantes da scirrrose são : a ascite e a diminuição do figado.

XII

O diagnostico differencial da scirrrose e da atrophia chronica simples é difficillimo, senão impssivel.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum fallax, iudicium difficile. (Sect. I. Aph. I).

II

Ex morbo laterali pulmonis inflammatio malo est. (Sect. VII. Aph. 11).

III

Quicumque empyi aut hydropici uruntur aut secantur, si pus aut aqua universum effluxerit, omnino moriuntur. (Sect. VI. Aph. XXVII).

IV

Qui ex morbo laterali suppurati fiunt, si intra dies quadraginta, ex quo ruptio facta est, repurgentur, liberantur, alioqui in tabem transeunt. (Sect. V. Aph. XV).

V

Qui pleuritidem laborant, nisi intra quatuordecim dies superne repurgentur, iis in empyema fit mali translatis. (Sect. V. Aph. VIII).

VI

Ad extremos morbos extrema remedia exquisite optima. (Sect. I. Aph. V).

Esta these está conforme os estatutos.—Dr. *Caetano de Almeida*.—Dr. *João Damasceno Peçanha da Silva*.—Dr. *Kossuth Vinelli*.

Rio de Janeiro, 2 de Outubro de 1875.