

DISSERTAÇÃO

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

PONTO N. 7

Das operações reclamadas pelos exsudatos pleuríticos

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 30 de Agosto de 1887

PARA SER SUSTENTADA

POR

Theophilo Maciel

Natural da provincia de Minas Geraes

Afim de obter o gráo de doutor em medicina

RIO DE JANEIRO

Typographia e Lithographia de Moreira Maximino & Comp., rua da Quitanda 111 e 113

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR Conselheiro Dr. Barão de Saboia
VICE-DIRECTOR Conselheiro Dr. Barão de S. Salvador de Campos
SECRETARIO Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes

Doutores:

LENTE CATHEDRATICOS

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
José Benicio de Abreu	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Afonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos..	Materia medica e therapeutica, especialmente brazileira
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e ap- parelhos.
Conselheiro Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem	} Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa	
Conselheiro Barão de Saboia.....	} Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro	
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica opthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
---------------------------------------	-----------------------

ADJUNTOS

.....	Physica medica.
.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e ap- parelhos.
.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brazileira.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	} Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	} Clinica cirurgica de adultos.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	
Francisco de Paula Valladares.....	
Pedro Severiano de Magalhães.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Luiz da Costa Chaves Faria.....	Clinica opthalmologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica psychiatrica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	

AO LEITOR

O Regulamento da Faculdade de Medicina exige, como ultima prova para o tão almejado gráu, a confecção de uma These.

Uma vez que eramos obrigados a esse trabalho, procuramos um assumpto, que mais se adaptasse ao progressivo caminhar da cirurgia, que fosse pouco explorado e sobretudo que apresentasse alguma utilidade pratica. De modo algum podemos negar as innumeradas dificuldades que elle comporta, visto que não encontramos em autor nenhum este assumpto desenvolvido sufficientemente, sendo-nos preciso manusear grande numero de revistas e jornaes scientificos para assim podermos apresentar semelhante trabalho, que se não tem merito algum, ao menos tem o de ser inaugural. As numerosas discussões levantadas desde a mais alta antiguidade a proposito da oportunidade — *Das operações reclamadas pelos exsudatos pleuríticos*; — a parte importante que tem tomado homens verdadeiramente celebres no mundo scientifico e que se achão uns inteiramente contrarios á opinião dos outros, vem sufficientemente confirmar a nossa asserção.

Tambem não haveria certamente perseverança em nossa resolução, se não tivéssemos por sustentaculo uma convicção inquebrantavel, apoiada em factos novos, ainda ineditos, colhidos em revistas e jornaes estrangeiros, como tambem observados por nós no Hospital da Misericórdia.

Hoje que a cirurgia caminha audaciosa e progressivamente; que se tem extirpado a trachéa, o larynge, o baco, o rim movel; que se tem reseccado porções do pulmão, do figado, do estomago, do cesophago, do colon e do intestino delgado; que se tem aberto as paredes abdominaes com o fim de salvar — mãe e filho — por meio da operação cezariana; que se tem dilatado abcessos, enkistados no peritoneo, por meio da laparotomia; que se tem feito a ablação de kistos do ovario por meio da

ovariotomia; que se tem endireitado, o que o vulgo chama — pernas tortas — por meio da osteoclasia; porque levantar impecilhos á judiciosa pratica da extracção de liquidos pleuríticos, quando os recursos da therapeutica são insufficientes?

Não tememos avançar muito e passar por optimista dizendo: A thoracentese, a operação do empyema e a d'Estlander são destinadas a arrancarem de morte certa, grande numero de doentes, que sem ellas e se tivessem sido abandonados á uma therapeutica d'expectação ou insufficientemente activa deixarião de existir, devorados pela febre hectica, complemento por assim dizer obrigado da pleurisia purulenta. Sendo estas operações praticadas em casos extremos, por isso mesmo de maxima importancia, porque dellas depende a vida do doente, procuramos descrevel-as com todo o cuidado, esmerando em apresentar o manual operatorio com todas as grandes modificações que tem supportado ultimamente; entretanto, apesar da fé inabalavel á causa por nos abraçada, esperamos não nos deixar arrastar por um enthusiasmo irreflectido e sim tornar completamente imparcial na apreciação dos factos.

Dividimos o nosso trabalho em tres partes, precedidas de um ligeiro historico e seguidas de duas observações.

Na primeira parte estudamos a *thoracentese*, praticada até 1869 e dessa epocha até hoje.

Na segunda estudamos a *operação do empyema* com todas as modificações que tem ultimamente soffrido.

Na terceira, finalmente, estudamos a *operação d'Estlander*, apresentando *in fine* uma observação unica até hoje d'entre nós. A operação d'Estlander foi pela primeira vez praticada no Imperio brasileiro pelo joven e distincto cirurgião Dr. Góes de Vasconcellos, a quem cabe todas as honras de iniciador daquelle processo d'entre nós e folgamos muito de poder apresentar aquella observação que vem sem duvida alguma enriquecer as paginas deste trabalho.

Foi tomada pelo Sr. Dr. Martins, a quem pedimos com a devida venia para transcrevel-a aqui, como tambem diversos topicos, referentes á operação d'Estlander.

Não temos de descrever a etiologia, nem tão pouco a symptomatologia da pleurisia com derramamento, cingindo-nos apenas ao enunciado

do ponto que escolhemos para a nossa dissertação. Deixamos de lado também as theorias que explicão a formação dos exsudatos pleuríticos, porque pertencem ao dominio da physiologia pathologica e o assumpto de nossa these, que nada tem a ver com isso não nos permite entrar em longas considerações.

Outrosim, vamos deixar assignalado n'uma das primeiras paginas de nossa these um processo inteiramente novo, inventado pelo Sr. Dr. Kogerer, que levou-o ao seio da *Sociedade imperio-real dos medicos de Vienna* a 15 de Abril de 1887.

Talvez dê bons resultados, mas até agora não encontramos em revistas e jornaes scientificos a consagração do invento daquelle professor; em todo caso é de nossa obrigação dar noticia: Kogerer apresentou um processo novo de tratamento dos exsudatos pleuríticos, baseado sobre a propriedade que possui o tecido cellular sub-cutaneo de reabsorver — grandes quantidades de liquidos. Este tratamento consiste no transporte dos exsudatos pleuríticos da cavidade pleural para o espaço comprehendido entre a parede thoraxica e a pelle.

Pratica-se a operação com um trocater, cuja canula seja munida de um orificio lateral, devendo ser introduzida de tal modo que o exsudato passe da cavidade pleural para o tecido cellular sob-cutaneo, onde elle é reabsorvido. Cremos, pois, inutil entrar em mais longos detalhes, convencido de que tudo o que poderíamos accrescentar estaria longe de ser tão persuasivo como os factos.

Sabemos que a tarefa é ardua e difficil, mas tal foi o interesse que tomamos por estas pequenas operações, cujos resultados são grandes e esplendidos, que, julgamos de summa necessidade todo e qualquer medico saber pratical-as e fazer-se sempre acompanhar de um bom apparelho de aspiração, qual seja o aspirador de Dieulafoy ou o de Potain.

HISTORICO

Os autores são accordes em afirmar que, os primeiros dados relativos á punccção do peito, datão dos tempos hippocraticos ; desde então o processo operatorio foi indicado tal como se tem conservado até hoje.

M. Sédillot diz em sua these que, Hippocrates recommendava tres processos para evacuar o liquido contido no peito : o cauterio actual, a incisão e a trepanação da costella.

Qualquer que fosse o processo escolhido, conservava-se a ferida aberta afim de que o liquido fosse completamente evacuado e que não tivesse mais tendencia a se formar.

Si os bordos da ferida contrahião adherencias, que podessem provocar a cicatrisação, prevenia-se a oclusão, introduzindo uma sonda metallica, que deixava-se á demora até o tempo reconhecido necessario.

Tal foi o ponto, que mais occupou a attenção dos cirurgiões, que succederão a Hippocrates e não é sem interesse ver quão pouco elles acrescentarão. Entre os autores Arabes, uns aceitão a operação, outros a repellem e ella cahe em esquecimento até fins de XVI seculo.

Ambrosio Paré, Fabricio (d'Aquapendente) procurão preconisal-a, e, em 1624, Goulu affirma que a punccção thoraxica dá maior numero de successos, que a paracentese abdominal.

Em 1658, Bontius e Purmann, apresentam como accidente a entrada de ar no peito.

Declarão não receiar esse contacto do ar, visto que, considerão as injeccções como meio muito sufficiente para combater as consequencias que possão sobrevir.

Bartholin sustenta doutrina contraria ; insiste para que se fechar a ferida do melhor modo possivel para que se evite a todo preço o contacto do ar.

Desde então foi lançada a indicação para se preencher de uma maneira satisfactoria só dous seculos mais tarde.

A' medida que se preocupavão com a introdução do ar, ia-se modificando o manual operatorio.

O liquido era esvaziado com auxilio de meios de aspiração e succção, conhecidos já desde o tempo de Galeno. Este medico inventou um apparelho, que recebeu o nome de *piulque* ou *piulcon*, palavra grega, que quer dizer—retirar pús.

Era uma seringa aspiradora, guarnecida de uma longa canula com a qual aspirava-se os liquidos contidos na pleura.

Este apparelho encontra-se pintado na obra de Jean André de la Croix, como tambem no *Diccionario das antiguidades* feito por M. René Brian acha-se sob o nome de seringa aspiratoria, uma figura reproduzindo o piulcon dos antigos.

Este processo por succção foi de novo tomado por Jean de Vigo, em seguida por Sculted em 1640; em 1661 por Lamzwerdin; em 1707 por Pierre Dionis, que empregava um piulcon de canula curva; por Anel, que publicou um livro sobre a arte de chupar as feridas sem o soccorro da bocca; em 1769 por Ludwig, que descreveu uma machina, inventada por Brener; era uma canula guarnecida por uma bola de segurança para receber o liquido á medida que elle era aspirado.

Mais tarde, Jules Guérin propoz tambem uma seringa aspiradora, com a qual elle retirou liquido de pleurisias purulentas.

Foi em 1694 que Vicent Drouin primeiro aconselhou a applicação do trocater á operação da thoracentese; mas esta applicação não foi adoptada; entretanto, em 1765 Surdi (diz Dujardin Beaumetz), Lurde (diz Trousseau) retomou a pratica de Drouin; A. Mick propoz ao contrario o emprego não mais do trocater, porém o de uma agulha fina para praticar a abertura do peito.

Mais tarde, á excepção de Dupuytren, de Roux, quasi todos os cirurgiões, Boyer, Larrey, Sanson, Lisfranc, Blondin, Velpeau mostrão-se partidarios da operação emquanto que os medicos, taes como, Corvisari e Chomel a reppellem accusando de apressar a morte dos doentes.

Em 1808, Andouard levanta uma questão considerada resolvida, na qual ataca a solução universalmente admittida. Desde que a paracentese do peito fosse praticada, deixava-se escoar o liquido fosse qual fosse pouco a pouco. No primeiro dia esvazeava-se uma porção e cada dia facilitava-se o corrimento d'uma pequena quantidade. Andouard sustenta e prova que a evacuação mesmo subita do derrame não tinha os inconvenientes que se suppunha.

A discussão, então, passou para Allemanha e Austria. A Becker veio se juntar Schuh (de Vienna).

Em 1838, Schuh em sua *Dissertação sobre a influencia que a percussão e auscultação exercem na pratica cirurgica*, declara que a paracentese é um meio de cura radical nos casos de derramamentos thoraxicos, succedendo ou não a um periodo agudo.

Taes erão as opiniões contradictorias sustentadas com igual vivacidade, quando Trousseau mostrou á therapeutica o tributo de suas proprias pesquisas. O Dr. Reybard tinha já dado a descripção de seu engenhoso instrumento, porém, mais preocupado do modo da operação, que das indicações da mesma operação, nada tinha acrescentado ao que os outros ensinarão.

Em fins de 1841, dous professores da escola de Vienna—Schuh e Skoda—tendo já o primeiro preconizado theoreticamente os bons effeitos da paracentese do peito, publicarão igualmente um estudo importante sobre este processo therapeutico; sua monographia, tornada classica na Allemanha, mereceu occupar um logar distincto na historia da paracentese do peito.

Começão pondo em principio que a pleurizia cura o mais das vezes nos casos em que o derrame não é excessivo e em que não existe complicações.

Si o derrame é muito consideravel a natureza mesma, auxiliada por meios conhecidos não leva á cura senão depois de mezes ou annos.

Os resultados fastidiosos da pleurizia são a deformação do peito, a anemia com suas mais graves consequencias, a disposição ás syncopes e por conseguinte á morte subita, o desenvolvimento dos tuberculos, a hypertrophia com dilatação do coração direito, etc. Si o derrame attinge a litros, se os phenomenos febris são dissipados, se depois de uma semana a tres não ha melhora—a paracentese do peito é indicada; a operação é um meio de cura radical ou symplesmente palliativo.

Os dous autores procurão refutar as razões indicadas contra a paracentese, expõem com detalhe os diversos tempos do processo operatorio e obrigão a não evacuar a totalidade do liquido, de modo que o deslocamento longiquo do pulmão e a colocação dos orgãos recalcados pelo derrame não tragam algum accidente, temor chimerico. O trabalho de Schuh apoiado pela autoridade de Skoda não teve mesmo na Allemanha o acolhimento que merecia, no estrangeiro ficou desconhecido. Quasi ao mesmo tempo, como si na historia d'esta operação estivesse escripto que

cada esperança de successo fosse contradicta, Hope ditava suas notas sobre o tratamento da pleurizia chronica. Esforça-se para provar que o tratamento dos derrames pleuríticos não tem necessidade do socorro da cirurgia, que os meios fornecidos pela materia medica são sempre sufficientes.

De accordo com os medicos que por occasião da discussão em 1835 na Academia sustentavão que a pleurizia nunca é mortal, de accordo com Watson, com Stokes, Hope declara que a falta de successo era devida á temidez com que se administravão os medicamentos. Exalta o emprego dos mercuriaes, o uso de um regimen fortificante, de uma dieta animal mesmo apezar da febre, de alguns diureticos e cita 33 observações de pleurizias chronicas, curadas por esta medicação.

As discussões levantadas por estes escriptos, além de pouco numerosas, cahem no esquecimento; a attenção não se fixa sobre as indicações, sobre as vantagens ou o perigo da paracentese e as observações medicas se limitão a referir de tempos á tempos um ou outro caso de paracentese praticada nas formas de derrame as mais diversas e com resultados os mais variaveis.

De 1808 a 1843, epocha em que Trousseau publicou a sua primeira memoria sobre tres casos de thoracentese seguidos de grande exito, o manual operatorio supportou algumas modificações, taes como: a possibilidade de evacuar bruscamente o liquido sem acompanhar-se a operação de muitos dias e a necessidade de impedir tanto, quanto possivel a introdução de ar, sem temer inconvenientes. Destes dous principios incontrovertidos, resulta que o trocarer é preferido ao bistouri, que a perfuração das costellas é raramente praticada; emfim, que diversas valvulas forão imaginadas para preencherem as funcções de dedos, que Lurde collocava no orificio exterior da canula.

Todos os aparelhos destinados a adaptar-se ao trocarer para prevenir a introdução de ar e deixar um livre curso ao liquido forão construidos segundo o mesmo principio que Schuh e Reybard assignalavão quasi ao mesmo tempo.

O aparelho de Schuh complexo e composto d'um systema de valvulas e de reservatorios difficeis de fazer-se funcionar foi depois abandonado por seu autor. O trocarer de Reybard por sua simplicidade foi o adoptado por todos os operadores. O processo é muito simples e consiste em munir a extremidade livre da canula de uma pellicula que se enrola ao redor do instrumento e que se amollece em seguida pela agua.

A pellicula assim disposta faz funcção de valvula e tem sobre todo outro mecanismo a vantagem de não exigir muita precisão, nem tão pouco reparações. Uma mais detalhada descripção será dada mais adiante, no seguinte capitulo, que se intitula — Thoracentese —.

Na Inglaterra, Hamilton Roë em 1844 e Hughes em 1846, publicação duas importantes monographias em favor da operação, que elles preconisão como dando resultados muito satisfactorios.

Em França, na mesma epocha, Trousseau publica suas memorias, faz lições, que impõem a attenção dos praticos e assim entrou definitivamente para a therapeutica das pleurisias com derrame a operação que constitue assumpto da primeira parte d'esta these.

PRIMEIRA PARTE

THORACENTESE

A palavra thoracentese é de origem grega e quer dizer — furar o thorax. — Também é conhecida pelos nomes de thoracocentese ou ainda paracentese do peito. A thoracentese é a operação que tem por fim a punção do thorax nos casos de pleurisia com derramamento. Ella se praticava outr'ora por incisão ou terebração de uma costella.

Hoje recorre-se á punção feita com auxilio do trocater, seja de um trocater de regular calibre, munido de uma pellicula, seja de um trocater mais ou menos capillar, terminando em um aparelho aspirador. Eis os dous processos que serão descriptos detalhadamente n'este capitulo.

Cabe ao eminente professor Trousseau a gloria de ter, primeiro, formulado todas as indicações da thoracentese, indicações essas que até hoje são observadas com a mais religiosa attenção por todos aquelles que se dão á pratica de semelhante operação.

Esta questão de thoracentese é uma das mais interessantes da therapeutica moderna, e, se fosse preciso dar um exemplo dos progressos da arte de curar bastava, diz Dujardin Beaumetz, assignalar este ponto do tratamento dos derrames pleuríticos.

Antes de Trousseau, a thoracentese era uma operação mui raramente praticada.

A elle tão somente a elle, ao seu talento, á sua palavra eloquente, ao seu ensinamento, á segurança de suas observações, muito deve a humanidade soffredora por contar com mais esse recurso nas horas extremas da vida ! Quantos desgraçados já irremediavelmente perdidos, nas vascas

da morte tem experimentado esse salutar allivio, levado por um instrumento tão simples, qual seja o trocarer !

Muito de proposito deixei para este capitulo a historia interessante, que levou Trousseau, o sabio professor do Hotel Dieu a praticar pela primeira vez a thoracentese, operação que elle recusou fazer por mais de uma vez e que por mais de uma vez tambem vio as consequencias funestas de sua abstenção.

Impressionado desde muito tempo pelas descripções da operação, conhecida já dos tempos hippocraticos, mas sem indicações precisas, começou a pôr em observação casos que apparecião e que pudessem reclamar esse meio cirurgico.

De facto em 1832 entrou para o Hotel Dieu para a mesma sala em que dirigia então o serviço conjuntamente com Récamier, uma mulher de 50 annos, affectada desde 5 dias de uma pleurisia aguda.

A oppressão era extrema, a matidez completa á esquerda, o coração desviado para a direita e costellas affastadas umas das outras. Um largo vezicatorio foi applicado sobre o peito ; deu-se digitalis ; em uma palavra uma medicação energica foi instituida. A doente falleceu no dia seguinte á sua entrada para o Hospital.

Feita a autopsia, Trousseau e Récamier encontrarão a pleura esquerda distendida por uma enorme quantidade de serosidade limpida, na qual nadavão alguns flocos fibrinosos.

O pulmão era levado contra a columna vertebral e apresentando, assim como a pleura costal, algumas falsas membranas ligeiras. Não encontrarão producções tuberculosas, nem alguma outra lesão grave.

Este facto estava singularmente em contradicção com o que Trousseau pensava saber então, com tudo aquillo que dizião quasi todos os autores da pouca gravidade da pleurisia : uma experiencia mais longa devia ensinar-me ainda quanto erão erroneas as ideias geralmente concebidas sobre este ponto, dizia elle.

Outros factos observados por Trousseau e por outros ião dar um desmentido á esta lei de M. Louiz, aceita por seus discipulos e repetida por numerosas vozes, que a pleurisia não é absolutamente uma causa immediata de morte, lei fundada em uma serie de 150 casos de pleurisia simples terminados pela cura.

Passados 11 annos, em Abril de 1843 recebeu Trousseau na sala Sainte Anne, no Hospital Necker, uma mulher de 42 annos, cujas extremidades inferiores, a bexiga e o recto estavam paralyzados. Apresentava,

em poucas palavras, todos os symptomas de uma pleurisia com derramamento.

Então lembrou-se Trousseau do caso por elle observado e por M. Récamier ha 11 annos e estava disposto a praticar a thoracentese; mas, como a mulher não estava muito affrontada, elle recommendou ao seu interno que si ella passasse mal até o anoitecer, que praticasse a punção.

Indo vel-a o interno á hora marcada pelo mestre encontrou-a passando bem e julgou não ser de urgencia, adiando o operação para o dia seguinte, ausentando-se.

Uma hora mais tarde a mulher era moribunda. Feita a autopsia, reconheceu Trousseau tudo o que tinha visto no precedente caso.

Então protestou nunca mais se descuidar, visto que, n'aquelles casos havia a mais completa indicação.

Pois bem, em Setembro do mesmo anno, o notavel professor do Hotel Dieu tinha ido á Tours ver sua mãe, que se achava gravemente enferma.

Durante sua ausencia, um dos seus amigos Michel Masson, actor dramatico, mandára chamal-o para ver uma filha. Era uma joven de 16 annos, de saude tão perfeita que Trousseau, sendo medico da casa, havia já muito tempo, pouco mais ou menos 10 annos, teve uma unica occasião de ser chamado para medical-a.

A 3 de Setembro ella sentio febre e inappetencia; no dia 5 tomou o leito e Trousseau só a viu no dia 8; reconheceu muita pallidez dos tegumentos, febre viva, um pouco de dyspnéa, sem tosse nem expectoração, sem algum accidente gastrico.

Explorando o peito reconheceu a existencia de um derramamento enorme na pleura esquerda subindo até a clavicula. Por toda a parte a matidez era completa, não se ouvia o murmurio respiratorio, sôpro ou egophonia.

O coração lançado para a direita, occupava a linha mediana. Fez uma sangria do braço e prescreveu calomelanos e bebidas pouco abundantes.

No dia 11 os accidentes se aggravarão: a pelle era fria, o rosto pallido; a joven conservava-se inteiramente assentada no leito, sustentada por travesseiros, posição que a orthopnéa obrigava-a a guardar; tinha tendencia a lypothymias e gemia continuamente. Um largo vesicatorio foi applicado para traz do peito. Trousseau já se tinha decidido a praticar a thoracentese e como a indicação era palpitante não quiz con-

ferencia com outros collegas, temendo assim amedrontar a doente, e, além d'isso, que a luta de opiniões, que por certo não deixaria de levantar-se, desse á familia uma indecisão fatal.

Para a casa da doente se dirigio no 9º dia da molestia, levando todos os instrumentos necessarios e perfeitamente resolvido a fazer o que o dever impunha, sem apparato, como se tratasse da cousa a mais simples d'este mundo. Encontrou a joven em um estado visinho da morte e arrependeu-se de não ter feito a operação um dia antes.

Procedeu á operação, que mais tarde será descripta, retirando 800 grammas pouco mais ou menos de liquido de uma bella côr de ambar e perfeitamente transparente.

No dia seguinte a serosidade tinha conservado sua transparencia; porém, via-se uma especie de tecido lamelloso, formado evidentemente pela fibrina, que tinha coagulado pelo resfriamento.

Terminada a operação, a joven pareceu reviver; respirava facilmente, não tinha mais anciedade, seu pulso era um pouco mais amplo. Os orgãos, o pulmão, o coração, tinhão voltado quasi ao lugar; o murmurio respiratorio tinha apparecido; existia para diante e para cima um pouco de resonancia tympanica, que julgou dever attribuir a introduccão de algumas bolhas de ar.

Trousseau ignorava a existencia de resonancia exagerada, que se observa na maior parte dos casos de pleurisia, resonancia que mais tarde Skoda devia descobrir e fazer conhecer. Durante a noite que seguiu á operação a doente dormiu 6 horas.

Sob a influencia de vizadorios volantes applicados sobre o peito, bebidas diureticas e digitalis a melhora fez rapidos progressos. No dia 28 de Setembro, isto é, 16 dias depois da thoracentese, o pulso tinha baixado a 80; a appetite era pronunciado, as regras tinhão voltado, ainda que menos abundantes que no estado normal. A partir d'esse momento todos os symptomas morbidos desaparecerão; a respiração tornou-se normal e a doente entrou em fraca convalescença.

Este facto serviu de grande ensinamento a Trousseau, que protestou nunca mais hesitar quando se apresentasse occasião propicia, isto é, quando se apresentassem indicações precisas para a pratica da thoracentese. Tendo registrado 3 casos, verdadeiros successos, elle apressou-se em publical-os; fez assumpto de uma memoria, que leu em Outubro de 1843 na Academia de Medicina de Paris, e d'ahi á 18 mezes mais tarde leu uma segunda memoria sobre o mesmo assumpto.

Então, médicos e cirurgiões, começarão a praticar a thoracentese e poderão contar grande numero de casos perfeitamente indicados, seguidos de verdadeiros successos.

PROCESSO OPERATORIO

Até fins do anno de 1869, médicos e cirurgiões empregavão, de preferencia para punccionar o thorax, o aparelho de Reybard, que por sua extrema simplicidade offerencia todas as vantagens.

Nos casos em que Reybard julgava-o util, era, sobretudo, para esvasiar as collecções purulentas que o cirurgião de Lyão suppunha a thoracentese necessaria; ora, n'estas circumstancias a introducção do ar na cavidade pleural é um accidente quasi sempre inevitavel e de que não se tem de preoccupar, visto que para produzir a cura dos empyemas, deixa-se algumas vezes uma canula de demora no peito, assim como, será descripto mais tarde; e que de qualquer maneira fórma-se uma fistula, que estabelece uma communicação entre a cavidade da pleura e a exterior. Porém, quando se tratava de um derrame seroso, a canula de Reybard era de uma utilidade incontestavel, era mesmo indispensavel servir-se d'ella.

Trousseau só a empregava, tirando sempre os melhores resultados. Eis o processo operatorio como descreverão os autores:

Penetra-se no peito, seja atravez de um espaço intercostal, cujas partes molles se incisão com auxilio de um bistouri, seja perfurando uma costella por meio de um instrumento perfurador, methodo que, segundo Reybard dá uma grande facilidade para fixar a canula de uma maneira mais solida, quando ella deve ficar muito tempo á demora.

Em todo caso a incisão das partes molles deve ser muito extensa e é preciso sobretudo ter cuidado de não praticar na pleura, senão um buraco sufficientemente largo para admittir a canula. Feita logo a abertura, agarrão-se os dous labios da ferida da pelle com o pollegar e o dedo indicador da mão esquerda, approximando-os um do outro, depois com a mão esquerda introduz-se o trocater armado de uma peça de emplastro aglutinativo furado.

Todas estas disposições parecem necessarias ao cirurgião de Lyão para prevenir a entrada do ar na cavidade pleural. Demais, o instru-

mento não deve ser introduzido senão em um grão conveniente, isto é, que não é preciso introduzir muito para dentro, de modo que não haja attrito contra o pulmão, afim também de evitar que não seja ferido, devendo ser a extremidade da canula arredondada.

Reybard aconselhava este processo operatorio em caso de verdadeiro empyema, isto é, quando havia uma collecção de pús. Si se deixar de tomar todas as precauções, esta maneira de agir não é só inutil, mas torna-se excessivamente perigosa em caso de derrame pleurítico simples, porque, corre-se risco de transformar a pleurisia em um hydropneumothorax e em um empyema.

Com effeito, a canula não fica 24 horas na ferida, onde passa como um corpo estranho, inflammando a pelle, o tecido celular, a pleura, na visinhança da abertura que se lhe tem feito; demais, nos esforços de inspiração e de expiração, apesar de todo cuidado para impedir, o ar, passando pelos lados da canula se introduz na cavidade pleural; apenas passem alguns dias, póde-se constatar a existencia de um hydropneumothorax e que a serosidade tão limpida pouco mais ou menos contida na pleura é logo convertida em um liquido fétido e purulento. E' para desviar este inconveniente que Reybard procurou espalhar o processo da perfuração de uma costella, mas não evitava o perigo, retardava-o apenas.

O processo aconselhado por Trousseau foi universalmente adoptado, tendo cedido só agora ultimamente o lugar ao de Dieulafoy.

Os instrumentos indispensaveis se achão nas mãos de todos os medicos; um bisturi, melhor ainda uma lanceta, muito menos assustadora para o doente, pelo pequeno tamanho e mesmo pela incisão, que não deve interessar senão a pelle, um trocater ordinario, o que ordinariamente se usa para a punção do abdomen ou hydrocele. Este trocater é armado de uma pellicula, com a qual se cerca o pavilhão da canula e que amollece-se molhando.

Em falta de pellicula, um pedaço de tripa de gallinha, coelho ou gato, um pedaço de bexiga, etc.

Depois de ter fixado o tubo membranoso sobre o instrumento com o fio, assegura-se que esta especie de valvula funciona bem, aspirando e soprando alternativamente pela extremidade da canula opposta ao pavilhão. Emfim, como apparelho de curativo, um pedaço de tafetá de Inglaterra ou de diachylão talhado em cruz de Malta, destinado a fechar a ferida depois da operação.

O lugar de eleição da thoracentese pode variar, segundo o gráu de derramamento.

Trousseau tomava o 6.^o ou 7.^o espaço intercostal, contando de cima para baixo, a quasi 4 ou 5 centímetros para fóra do nivel do bordo externo do musculo grande peitoral. O doente estando recostado sobre o bordo de seu leito, o tronco sustentado por travesseiros, um auxiliar é encarregado de manter o peito do lado opposto, de maneira a resistir ao movimento de afastamento involuntario que fará o paciente no momento em que o trocater penetrar na pleura.

Com a mão esquerda estende-se fortemente a pelle, depois com o bistouri ou melhor a lanceta na mão direita, faz-se uma punccção, que não interessando senão a pelle, será bem justa para dar passagem ao trocater. Esta punccção preliminar era necessaria, o que não acontece com a paracentese abdominal; porque nesta podemos sem inconveniente proceder em um só tempo, pois que, não se encontra senão partes molles; ao passo que para punccção do thorax é indispensavel facilitar a introduccção do instrumento, porque se no momento em que for dado o golpe com o trocater o doente sorprendido por esta dor fizer um movimento que levasse a curvar o peito para dentro e por conseguinte a diminuir a extensão do espaço intercostal, approximando as costellas umas das outras, correriamos o risco de cahir sobre estas.

Feito isto, colloca-se a ponta do trocater na pequena ferida e por um golpe secco penetra-se sem força atravez dos musculos na cavidade thoraxica.

Disto nos asseguramos, sentindo que sua ponta move livremente em um espaço ôco, então retira-se o trocater ou o perfurador, tendo cuidado de abandonar a membrana que deve servir de valvula e que se tinha momentaneamente dobrado sobre a canula ou manga do instrumento, abandona-se de maneira que ella funcione convenientemente. Retirado o trocater, o liquido corre a principio lentamente, depois por jacto continuo, emfim por jactos *saccadés*; sendo a membrana levantada pela onda no movimento de expiração e applicando-se exactamente sobre o pavilhão da canula durante a inspiração.

Quando o corrimento pára, quando obtem-se a quantidade querida do liquido, retira-se o instrumento por um movimento brusco, enxuga-se as gottazinhas de serosidade e de sangue que saem ainda pela pequena ferida e applica-se sobre esta a cruz de Malta de sparadrapo.

PUNCCÇÕES ASPIRADORAS

Foi a 2 de Novembro de 1869 que o professor Gubler apresentou á Academia de Medicina de Pariz em nome do professor Dieulafoy um aparelho chamado *aspirador* e uma nota explicativa do seu emprego. Com elle teve Dieulafoy em vista substituir as punccções exploradoras, pouco seguras e não poucas vezes perigosas, pelas punccções aspiradoras, as quaes elle affirma serem sempre innocentes, podendo ser por este meio punccionados os orgães os mais delicados sem o menor inconveniente. Dahi sua applicação á punccção da bexiga, no caso de retenção de urinas, ás hernias estranguladas, aos abcessos do figado, como tivemos por tres vezes occasião de observar na enfermaria do Snr. Barão de Torres Homem, á peritonites enkistadas, como tambem observamos na enfermaria do distincto professor Lima e Castro, emfim com maior successo ainda, ás pleurisas com derrame, etc., etc.

O ponto culminante deste methodo assenta sobre duas condições absolutamente indispensaveis :

1.º Emprego de agulhas perfuradas e de um calibre extremamente fino.

2.º A formação de vacuo previo.

Já Galeno e muitos outros cirurgiões da antiguidade tinham feito tentativas com o fim de realizarem esse grande *desideratum* ; foi o piulcon do grande medico de Pergamo, as seringas, os syphões, as bombas e outros instrumentos de natureza analoga que despertarão já na segunda metade do seculo XIX a ideia dos *aspiradores*. Foi Dieulafoy quem primeiro soube fazer applicação do vacuo previo á construcção de aparelhos de succção, destinados a prestarem á medicina e cirurgia contemporaneas o mais valioso auxilio. Na sessão da Academia de Medicina de Pariz, em 26 de Julho de 1870, houve quem contestasse a Dieulafoy os seus direitos de inventor da aspiração pneumática, applicada á medicina, sem que todavia, diga-se a verdade, alguém podesse com direito roubar-lhe a gloria de um invento que o seu autor erigio em methodo e que devia ser tão fecundo em resultados praticos.

Quando Dieulafoy applicou o seu methodo aspirador aos derrames da pleura, o trocater, a pellicula e a previa incisão que constituíão o manual operatorio de Trousseau, forão substituidos por uma picadura de

agulha tão insignificante que, terminada a operação, não fica vestígio algum e o líquido em vez de ser projectado por *saccades* no meio de quintas de tosse muito penosas, passa sem o doente soffrer da cavidade thoracica em um recipiente em que o vazio tinha previamente sido feito. Ora, assim tão simplificado o processo, a thoracentese foi levada ao alcance do pratico, mesmo o menos experiente. Eis o processo, como foi descripto pelo autor e como temos presenciado no Hospital de Misericordia :

O doente assenta-se sobre seu leito, levando os dous braços estendidos para diante. Marca-se sobre a pelle o ponto em que deve ser ferido pela agulha e pratica-se a punção no 8º espaço intercostal, sobre o prolongamento do angulo inferior do omoplata.

Este lugar de eleição está collocado mais para baixo e mais para traz que o do antigo processo ; a vantagem é de ir apanhar o líquido em uma posição mais declive. A thoracentese deve ser feita com a agulha n.º 2, assegurando-se de sua limpeza e permeabilidade, por meio de um fio de prata ; pondo-se em comunicação com o aspirador pelo tubo de caoutchouc, faz-se o vacuo previo no aparelho e pratica-se a punção.

Para isto, o operador procura com o index da mão esquerda o espaço intercostal, de maneira a limitar o bordo inferior da costella de cima com a parte superior do index e o bordo superior da costella inferior com a parte inferior do dedo, servindo-se então da extremidade do index como de um conductor e tendo a agulha aspiradora na mão direita, penetra-se com golpe secco no espaço intercostal e na pleura.

Introduzida a agulha nos tecidos, ella é levada a 2 ou 3 centímetros de profundidade e abre-se a torneira correspondente do aspirador, o líquido atravessando o mostrador de crystal salta no aparelho.

Si o líquido não apparece, é então porque a agulha não foi sufficientemente introduzida, neste caso deve-se forçar sem temor, indicando o vacuo o momento preciso em que ella encontra o líquido.

O aspirador uma vez cheio, esvazia-se, fechando-se a torneira do tubo que tem na extremidade a agulha e abrindo-se a torneira do outro tubo ; esta demora de alguns instantes na aspiração do líquido é em beneficio para o pulmão, que não se desloca muito rapidamente.

Recomeça-se esta manobra por muitas vezes, segundo a capacidade do aspirador, e, depois de ter tirado 1 litro de líquido, o que é facil de verificar-se, sendo o aspirador graduado, para-se o corrimento.

Retira-se a agulha e não fica signal algum na pelle; por cautella colloca-se uma pequena cruz de Malta de sparadrapo. Quando a operação é methodicamente feita, o doente não deve experimentar nem quintas de tosse, nem dor, nem máo estar. Si a pleurisia é complicada e se o campo da hematose é estreitado por lesões cardiacas ou pulmonares, se se suppõe que existem adherencias pleuraes, se sobretudo o doente accusa durante a operação uma sensação de rompimento ou de dor no interior do peito, é preferivel, deixar a operação para o dia seguinte, se bem que tenha-se retirado algumas centenas de grammas de liquido.

Porem estas precauções que são muito exageradas nas pleurisias complicadas, constituem a grande excepção na pleurisia legitima. Terminada a operação, o que se deve fazer com o liquido que fica no peito?

Se o derrame é muito consideravel, se passa alem de 2 ou 3 litros, retira-se no dia seguinte ou 2 dias depois da primeira punção um novo litro de liquido e assim seguidamente até o esgotamento do derrame.

Uma nova thoracentese só é indicada nos casos em que o liquido deixado na pleura é avaliado em muitas centenas de grammas.

Certos medicos esvazião o derrame até a ultima gotta, o que determina algumas vezes uma coloração rosea do liquido e violentas quintas de tosse; quando vê-se que o corrimento chega ao seu fim, deve-se suspender a operação. Para praticar a thoracentese a escolha do aspirador é indifferente, o que importa é a escolha da agulha aspiradora e Dieulafoy recommenda exclusivamente a agulha n.º 2 cujo calibre não mede senão 1^{mm},2 de diametro. Têm sido levantadas muitas discussões á esta agulha; diz-se, por exemplo, que ella não permite senão um lento corrimento do liquido, que ella se oblitera facilmente e que sua ponta aguda pode ameaçar o pulmão. O pequeno calibre da agulha retarda o corrimento do liquido: isto é em beneficio do doente, porque o lentor do corrimento permite ao pulmão de se deslocar sem abalos e supprime as quintas da tosse tão dolorosas que acompanhavão a thoracentese pelo antigo processo. A hypothese de que uma agulha fina possa obliterar-se facilmente, quasi nunca se dá na pleurisia aguda e suppondo mesmo que ella se produza, volta-se o piston e o corpo obliterante, fibrina ou retalho de membrana sae e continua-se a operação. Uma outra objecção feita á agulha é que o pulmão pode encontrar a ponta em seu movimento de expansão. Para desviar este inconveniente Castiaux imaginou um trocater de ponta occulta. Dieulafoy diz nunca ter visto semelhante accidente; o pulmão calcado pelo liquido contra a columna vertebral se desloca lentamente; não chega tão

depressa ao encontro da agulha e ao contacto da parede; finalmente ha uma pequena manobra que põe ao abrigo de toda eventualidade: basta retirar a agulha gradualmente á medida que o liquido corra e torcel-a para baixo ou para cima, de maneira que fique parallela á parede intercostal.

Não é só o apparatus de Dieulafoy que conhecemos, muitos operadores preferem o de Potain e ha mesmo muitos outros além destes; assim tem se empregado para fazer o vacuo, ora o vapor, ora bombas mais ou menos poderosas e deste modo forão successivamente nascendo os aspiradores de Hammon, de Smith (de Londres), de Remussen (de Copenhague), de Weiss (de Londres), de Castiaux, de Regnard, de Leiter, (de Vienna), de Thénot, de Fleuret.

A Dieulafoy muito deve a therapeutica dos derrames por ter sido elle quem estabeleceu as bases e quem traçou a historia completa das punções aspiradoras, que antes delle não erão praticadas, e, que a partir desse momento tem sido universalmente empregadas.

Graças a este maravilhoso methodo, pode-se, segundo a escriptura phrase de Dieulafoy, com o vacuo na mão penetrar nas cavidades as mais profundas e extrahir os liquidos morbidos. E' esta, sem duvida alguma, uma das grandes descobertas do seculo actual. Potain, que tinha em seu serviço como interno Dieulafoy, seguia com muito interesse os progressos do novo methodo aspirador e o completou com muita felicidade substituindo ao apparatus do então volumoso de Dieulafoy o que traz hoje o seu nome e que é universalmente adoptado. Foi assim que aquelles dous distinctos professores legarão-nos esse meio seguro, muito commodo e pouco doloroso para retirar os liquidos derramados na pleura.

Mas a proposito desta descoberta aconteceu o que costuma sempre dar-se nos primeiros periodos das applicações de um novo methodo — as punções se praticavão com extrema frequencia, d'ahi o abuso do meio proposto.

Foi quando Ernest Besnier calmou esse enthusiasmo pelas punções aspiradoras, indo declarar á Sociedade dos hospitaes que a mortalidade da pleurisia nos ultimos annos em vez de diminuir, tinha tomado proporções assustadoras. Eis o quadro da mortalidade desde o anno de 1867 a 1873 extrahido dos hospitaes por Ernest Besnier:

1867.....	7.89 %	1870.....	12.02 %
1868.....	11.55 %	1872.....	13.20 %
1869.....	11.14 %	1873.....	15.69 %

De sorte que em 6 annos a mortalidade duplicou-se.

Foi viva a emoção depois desta communição; a principio explicou-se esse augmento de mortalidade, affirmando que o tratamento não entrava em conta e sim as constituições medicas e que se estava longe da epocha em que Louiz podia dizer que a pleurisia franca nunca era mortal. Hoje esta questão da thoracentese, que deu lugar a tantos trabalhos, tantas discussões sobretudo no seio da Sociedade medica dos hospitaes de Paris, parece absolutamente julgada e podemos estabelecer sobre bases precisas as indicações e contra-indicações d'esta operação. A's vezes, a punção aspiradora se impõe ao pratico e a operação é indiscutivel, ha outros casos, porém, que esta intervenção pode ser discutida.

Mas, o enunciado do ponto que escolhemos para a nossa dissertação, permite-nos deixar de lado estas questões de signaes para o reconhecimento da pleurisia com derrame, das indicações e contra-indicações para entrar só e exclusivamente no terreno pratico, isto é, descrever a operação tal como se praticou e se pratica hoje; esse *desideratum* parece termos alcançado. Agora, durante a operação e mais frequentemente depois, podem sobrevir alguns accidentes, accidentes estes que de ordinario são devidos á impericia do operador e os quaes podem ser removidos sem grande difficuldade. Os antagonistas d'esta operação põem objecções, que dizem serem serias:

Dão como causa de morte a *Syncope*, que pode sobrevir no curso da operação ou logo depois de feita.

Dizem mais que ha grande facilidade de ferir a *arteria intercostal* podendo assim produzir abundante hemorrhagia. Dizem ainda que a thoracentese longe de *abreviar*, *prolonga* a duração da pleurisia; que converte um derramamento *seroso* em um derramamento *purulento*.

O accidente mais serio, o unico que se pode attribuir á thoracentese é a *introducção persistente do ar* na cavidade pleural, introducção que, com effeito, pode provocar uma inflammação suppurativa, porem não é uma objecção seria que se faça a operação, pois que graças ás modificações apresentadas ao processo operatorio, graças ao engenhoso apparelho de Dieulafoy, esta introducção de ar na cavidade pleural não é mais possivel hoje.

SEGUNDA PARTE

Operação do empyema

E' a operação que tem por fim abrir a cavidade pleural para dar sahida ao pus que ella contem e de desinfectar lavando com auxilio de liquidos antisepticos. Pratica-se esta operação incisando camada por camada os tecidos de um espaço intercostal ou bem fazendo uma abertura e uma contra abertura atravez das quaes introduz-se um tubo de drénagem ou um siphão.

A operação do empyema está longe de ser nova e Hippocrates a empregava fazendo seguir as injeccões de vinho e de oleo na cavidade da pleura; no ultimo seculo, fazia-se ainda algumas vezes sem injeccões consecutivas e sempre com curativos insufficientes.

Tambem os máos resultados da operação assim praticada tinham feito quasi completamente abandonar no começo deste seculo, em que Corvisart a condemna absolutamente. Apezar da descoberta da auscultação e dos esforços de Bretonneau e Trousseau para preconisarem a operação do empyema, ella não entra na pratica senão como ultimo recurso e a mortalidade dos operados torna-se consideravel, tanto por causa do estado de definhamento, que só decidia a tentar esse meio de tratamento, como por causa da imperfeição dos meios de desinfeccão e de curativo. A apparição do aspirador de Dieulafoy, dando certeza no diagnostico da pleurisia purulenta, veio fazer nascer novos methodos de tratamento — drenagem, siphão, etc., quasi todos palliativos e incapazes de substituir a operação do empyema, cujo manual operatorio e sobre tudo os cuidados consecutivos são melhor comprehendidos.

Mas suas indicações tornão-se vagas e seu valor contestado como prova a discussão levantada sobre este assumpto na Academia de Medicina em 1872, até a publicação da notavel memoria de Moutard Martin.

Depois desta epocha a these de M. Peyrot em 1876, a revista de M. Homolle em 1879 e a these de Robert em 1881 tem precisado mais o valor e as indicações da operação do empyema, da pleurotomia como chama M. Peyrot. Todos estes autores insistem bem sobre a importancia da desinfeccão da cavidade pleural, porem para elles o unico meio de a obter consiste em injeccões antisepticas, tanto mais frequentes, quanto o producto da secreção tem mais tendencia a se alterar.

Entretanto, a questão em Inglaterra e Allemanha tinha tomado novo caminho e em lugar de lavagens frequentes de que se reconhecia os inconvenientes e perigos, prevenia-se a alteração dos liquidos pleuríticos por precauções antisepticas rigorosas empregadas durante a operação e pelos curativos consecutivos.

A primeira observação do empyema tratado pelo processo de Lister com uma unica lavagem, mas lavagem desinfectante foi publicada em 1876 por Markham Skeritt ou Marklam Keritt, como quer Dujardin Beaumetz. Esta pratica foi logo seguida na Allemanha e preconizada por Baum Junior, König, Wagner, Göschel, Stark. Em França, as observações de Debove, Dumontpallier, Lucas-Championnière provarão os felizes resultados.

Indicações da pleurotomia.—A abertura da cavidade pleural é a mais frequente indicação da pleurisia purulenta e é especialmente da operação feita n'estas condições que trataremos; porem, ha alguns casos nos quaes sua opportunidade deve ser discutida, como quando se trata de corpos extranhos da pleura, do hemothorax e dos kistos hydaticos. Para poder estabelecer o valor e as indicações da pleurotomia, seja-nos permittido, passar em revista os diversos methodos de tratamento da pleurisia purulenta: a *puncção simples*, *puncção aspiradora*, *siphão de Potain* e *drénagem da pleura*.

A *puncção simples* foi completamente substituida pela *puncção aspiradora*; mesmo assim, não se deve desprezar o apparelho de Reybard, que póde prestar bons serviços em caso de falta de um aspirador.

A *puncção aspiradora* tornada pratica pela invenção do apparelho de Dieulafoy entròu na therapeutica da pleurisia purulenta, onde ella occupa lugar distincto.

De preferencia deve-se usar de um trocater e não da agulha tubulada, contra a ponta da qual o pulmão póde vir a ferir-se no fim da operação.

O processo operatorio é o mesmo que já foi descripto, quando tratamos da thoracentese. Tem-se visto, com effeito, derramamentos purulentos pleuríticos curar-se com uma simples punccção aspiradora e Marotte em sua notavel memoria sobre a paracentese thoracica, Jules Guérin, Legroux, Gueneau de Mussy, Bourdon, Hérard, Montard Martin, Dieulafoy, etc., citão factos de cura de pleurisia purulenta com uma simples punccção sem lavagem do peito e isto contrariamente á opinião de Woillez, que sustenta que a pleurisia purulenta não cura, senão pelo estabelecimento d'uma fistula pleuro-costal ou pleuro-bronchica. Mas, são factos excepçionaes; ordinariamente o liquido purulento se reproduz com extrema rapidez e os symptomas geraes se aggravão.

Pode-se ainda tentar 2 ou 3 punccções; porém, se não ha melhora, deve-se abandonar o methodo aspirador e recorrer á uma operação mais radical e mais efficaz á operação da pleurotomia, que será detalhadamente tratada.

O *siphão de Potain* é de um systema muito engenhoso e muito pratico; permittê ao doente mesmo fazer suas lavagens e de repetil-as sem fadiga; porem é inferior á pleurotomia por duas razões: a primeira é a obstrucção possivel das sondas, a impossibilidade de evacuação de fragmentos pseudomembranosos e outros restos solidos e mesmo a retenção do pus na pleura apezar das lavagens por mais approximadas que sejam; a segunda é que, apezar de todas as precauções, não se póde impedir por muito tempo a entrada do ar e que se acha em presença desta complicação tão temida que tem feito regeitar a pleurotomia sem ter a larga abertura que permitta tornal-a inoffensiva.

A installação d'um siphão pleural pode, entretanto, prestar grandes serviços para fazer lavagens depois da pleurotomia, si tornão-se necessarias; vamos descrevel-a em poucas palavras:

A punccção sendo feita com um trocater ordinario, substitue-se ao perfurador logo que é retirado, uma sonda molle que passe a attrito doce na canula; retira-se então esta e fixa-se a sonda no thorax com uma lamina de cautchuc que ella atravessa e que é fixa sobre a pelle com gaze collodionada; a sonda que tem sido previamente cheia d'agua e guarne-cida de um torno para não introduzir ar no thorax é então posta em comunicação por um tubo de vidro com um tubo de cautchuc em Y, cujo ramo superior termina em um vaso contendo o liquido de injeccção collo-

cado mais alto que o leito do doente e cujo ramo inferior mergulha em um vaso contendo um pouco d'agua; cada um destes ramos é fechado por uma pinça de pressão continua de que se tira a superior ou inferior, segundo quer-se encher ou esvasiar a pleura; comprehende-se que abrindo-se o ramo superior o apparelho começará a funcionar pelo mecanismo do siphão.

Acabada a injeccão, o tubo em Y é retirado e a sonda fechada por um torno, mantida contra o thorax por uma atadura.

Quando o siphão é empregado para lavar a pleura depois da pleurotomia não se precisa tomar precaução contra a entrada do ar e basta pôr o tubo em Y em communicacão com o dréno ou a sonda que fica na pleura.

A *drenagem da pleura*, tal como tem sido descripta por Chassaignac, está hoje abandonada. Consiste em introduzir no peito um trocater curvo, que se faz sahir em um ponto mais longe e que serve para collocar-se um dréno; um dos orificios é situado na parte posterior do peito e o outro mais para diante, ambos na parte a mais declive da cavidade thoracica, de maneira que ahi não se accumule pus; porem o dréno se obstrue muitas vezes o que produz accidentes; não se pode evacuar os restos solidos um pouco volumosos que o derrame contem algumas vezes, as lavagens são difficeis e o dréno permite o accesso do ar no peito.

Alem disso, a manobra do trocater curvo é difficil, o orificio de sahida é algumas vezes muito penoso de fazer-se e pode-se ferir o figado ou o pulmão como Moutard Martin refere exemplos.

M. Gosselin modificou esta operacão da maneira seguinte: aconselha fazer para traz do thorax na parte mais declive uma incisão a bisturi, de 3 a 4 centimetros de extensão pela qual introduz-se o trocater, que se faz sahir para diante, passa-se então um dréno de uma abertura á outra.

Porém, é preciso reconhecer com Moutard Martin que não se pode confundir sob o mesmo nome as duas operacões, que acabamos de descrever e que a de Gosselin é uma verdadeira operacão do empyema com contra abertura. Tem-se reconhecido hoje que uma só abertura, mesmo que fosse larga, bastava na grande maioria de casos para obter a evacuaçãõ completa e a desinfeccão da pleura; a operacão que temos descripto deve ser reservada para casos excepcionaes, para aquelles, por exemplo, em que se poderá praticar o empyema de necessidade e em que a abertura principal estiver muito elevada.

Eis os principaes methodos que se pode oppor á pleurotomia para o

tratamento do empyema, vejamos agora em que esta operação pode substituí-los.

Da pleurotomia incompletamente antiseptica.—O tratamento do empyema pela larga abertura de um espaço intercostal compreende duas partes muito distintas—a própria operação e o tratamento consecutivo. A operação da pleurotomia não é nada em si mesma, diz Peyrot; os cuidados consecutivos são tudo.

Também é exclusivamente sobre estes que se dirigem as modificações, que devem aqui ser estudadas.

Lembremos com M. Hache, como se pratica habitualmente a pleurotomia em França, em que condições e com que resultado, nos apoiando sobre os trabalhos de Moutard Martin, Peyrot, Homolle e Robert e sobre as obras clássicas de Follin e Duplay e Le Fort; estudaremos em seguida o tratamento antiseptico do empyema e seus resultados.

Não é o mesmo para todos os autores o espaço intercostal a escolher; a maior parte julga inútil fazer a incisão no ponto mais declive do thorax, contando com as lavagens consecutivas para obter a evacuação completa do pus. Escolhe-se em geral o 7.º ou 8.º espaço para traz da linha axillar, excepto alguma indicação especial, sem fallar dos casos em que o pus vem fazer saliência sob a pelle e em que é preciso fazer n'este ponto mesmo o empyema de necessidade. O espaço uma vez escolhido, depois de se ter feito no ponto em que vae-se incisar uma nova punção exploradora, incisa-se camada por camada na parte inferior do espaço intercostal ou mesmo sobre a costella, suspendendo em seguida o labio superior da incisão para raspar o bordo superior do osso (Peyrot); esta incisão deve ter uma extensão de 6 a 7 centímetros. Uma vez descoberta a pleura, puncciona-se para depois acabar de abrir-se com um bistouri abotoado tanto quanto possível em extensão menos consideravel que a pelle, tendo cuidado de preceder e guiar o bistouri com um dedo introduzido na ferida, o qual permite evitar toda surpresa e toda ferida dos órgãos intrathoracicos mais ou menos deslocados pelo derrame. A abertura da pleura deve ser feita um pouco mais elevada que a da pelle para evitar-se a infiltração do pus. A proposito do ferimento de órgãos intrathoracicos vamos contar o que se deu com o grande cirurgião Nélaton: Tendo soffrido já Dolbean, distincto discipulo de Nélaton, duas thora-centeses feitas pelo professor Dieulafoy, a sua pleurizia purulenta recrudescia e o estado geral em nada melhorava.

Tendo sido decidida a pleurotomia, Dolbeau quiz que o seu distintissimo mestre Nélaton praticasse a operação e este grande cirurgião, que era o operador mais procurado em toda Europa e que acabava de atingir o apogêo de sua carreira nunca tinha praticado semelhante operação. Pois bem, Nélaton foi primeiro estudar no cadaver, praticando a pleurotomia um grande numero de vezes, antes que se resolvesse fazel-a em seu amigo e discipulo. Entretanto n'aquella epocha, 1872, alguns medicos já praticavão tal operação e sobre tudo Moutard Martin, que já tinha colhido um grande numero de observações.

A 4 de Maio d'aquelle anno, Nélaton praticou a pleurotomia que deu sahida á grande quantidade de pus e á falsas membranas muito espessas, que forão reconhecidas ao exame microscopico feito por Sappey, como constituidas por parenchyma pulmonar.

A partir desse momento, forão feitas lavagens, a melhora sobreveio gradualmente e o doente curou-se completamente.

Voltemos á operação: Com habilidade e pericia o grande cirurgião tinha praticado os primeiros tempos da operação; tinha sido feita a punção da pleura e como a abertura era insufficiente elle reclamou um bistouri para augmental-a, ia prolongar sua incisão para a extremidade anterior e inferior, quando subitamente retirou o instrumento prestes a incisar os tecidos, poz o dedo na ferida e disse com certa emoção: «*Non pas de ce côté*» e desbridou para a parte posterior. Depois da operação, os assistentes que virão a emoção de Nélaton, perguntarão-lhe o que se tinha passado e elle respondeu que seu dedo mergulhado na ferida tinha feito sentir a ponta do coração e que elle teria infallivelmente cortado se tivesse prolongado a incisão para a parte antero inferior.

Com effeito, o empyema estava do lado esquerdo e nas pleurisia chronicas as relações do coração com as paredes do peito podem supportar modificações profundas, devidas ás falsas membranas que o fixão em posição as mais anormaes.

Continuemos com a nossa operação do empyema.

M. Peyrot julga autorisada a reseccão costal quando o approxima-mento das costellas torna difficil ou impossivel a introduccão ou estação de um tubo de drenagem sufficiente.

Evacuado o derrame pleural introduz-se na ferida, tendo o cuidado de fixar fortemente para fora, seja um forte dréno, seja antes uma ou duas sondas de cautchuc, seja ainda uma canula de demora e procede-se á uma primeira lavagem da pleura. Esta lavagem é feita com uma solução

antiseptica precedida ou não de lavagens com agua tepida (Moutard Martin); tem-se empregado para este uso diversas soluções: agua alcoolizada a 1/10 ou 1/8, solução de tintura de iodo iodurada a 1/20, solução de acido phenico a 1/200, de acido salicylico a 1/300, de permanganato de potasio a 1/500, agua salgada, etc. Estas lavagens podem ser feitas com irrigadores ou quasquer seringas; porém o melhor é de se servir do siphão de Potain; este aparelho permite fazer as injeções com uma força moderada e constante o que tem uma grande importancia como veremos estudando os accidentes que podem sobrevir depois da pleurotomia.

Estas injeções antisepticas da cavidade pleural constituem o ponto essencial do tratamento consecutivo e a ferida é protegida por um curativo qualquer; renova-se tão frequentemente, quanto parece reclamar o estado geral do doente e a natureza do pús; pode-se repetir (diz Peyrot) tantas vezes, quantas se quer. Quando a febre diminue, que a secreção do pus torna-se menos abundante e que este é de boa natureza espação-se as lavagens e vae-se diminuindo progressivamente os tubos, que penetram na pleura e acaba-se por tiral-os quando desaparece a suppuração.

As lavagens repetidas são o unico meio que se empregava contra a septicemia pleural e alteração putrida dos productos de secreção da pleura; no intervallo das lavagens a ferida era incompletamente protegida; n'isto é que constitue a insufficiencia do curativo. Não se ligava importancia ao curativo; Peyrot aconselha cobrir a ferida com um panno glicerinado, grande quantidade de fios e uma atadura; emfim mesmo aquelles que empregavão o curativo de Lister só tomavão precauções durante os primeiros dias, cahindo depois em abandono e conservando de antiseptico só o nome.

Tambem não é admiravel que sentindo-se elles impotentes para evitar a septicemia com este methodo de tratamento, septicemia ameaçadora, ordinariamente chronica e quasi constantemente fatal, medicos e cirurgiões não fossem unanimes em ver na pleurotomia o ultimo recurso, ao qual não estarião autorizados a recorrer, senão depois da falta dos outros meios de tratamento e em presença de accidentes graves; as unicas indicações incontestadas erão—a febre hetica, a podridão do pus ou a presença no meio do derrame de coalhos, de falsas membranas ou outros restos que a pleurotomia só permite evacuar. Woillez em 1872 aconselhava de operar desde que a natureza purulenta do derrame era reconhecida; mas a operação cedo não foi adoptada, porque, os cirurgiões insufficientemente armados contra a alteração dos liquidos pleuraes temião a abertura de

uma pleura tenue e pouco alterada, permitindo mais facilmente a reabsorção putrida, que uma pleura espessa, menos susceptível de reacção. Apesar das más condições creadas pela intervenção tardia, a pleurotomia assim praticada tem dado resultados bem superiores aos dos outros methodos de tratamento do empyema. A mortalidade, segundo as observações de Robert e Moutard-Martin, pode ser avaliada em media a 31, 5 % e segundo as observações referidas por Moutard-Martin, Peyrot e Robert a duração media da cura seria de perto de 4 mezes para o adulto e de 2 1/2 mezes para os meninos; ponhamos de parte os casos de pleurisia purulenta *d'embleè*, nas quaes Montard-Martin operando na melhor hora pode obter a cura em 24, 27 e 28 dias. Quanto aos resultados definitivos pode-se julgar das fistulas persistentes, pela estatistica de Moutard-Martin, que observa 5 sobre 28 doentes curados. Sabe-se além disso que um certo numero de operados conservão deformações thoracicas mais ou menos duraveis.

Vamos reter estes resultados para comparal-os com os da pleurotomia antiseptica.

PLEUROTOMIA ANTISEPTICA

Debove, Lucas Championniere e sobre tudo Moizard traçarão-nos as regras da pleurotomia antiseptica.

Esta operação se pratica absolutamente como a precedente, salvo os dous pontos seguintes: é que se emprega durante a operação e os curativos todas as regras do curativo listeriano e que não pratica-se senão uma só lavagem do peito immediatamente depois da operação e que emfim faz-se curativos raros com o fim de obter uma reunião por primeira intenção.

Eis as regras desta operação:

1.º Praticar a pleurotomia o mais cedo possivel, depois que uma thoracentese, duas ou mais, tiverem sido seguidas da reprodução do liquido;

2.º Durante a operação e no curso dos curativos consecutivos guardar as mais minuciosas precauções do methodo antiseptico.

3.º Uma só lavagem deve ser feita depois da operação. Não será renovada senão se tornar fetido o liquido no curso do tratamento. Deve-se

fazer, ao contrario, muitas lavagens logo depois da operação se o liquido é fetido e se continuará até desaparecer.

4.º Independentemente das precauções antisepticas, velar pela completa e constante evacuação do pus e para obter esse resultado, abrir a pleura no ponto mais declive, no nivel do 5.º ou 6.º espaço intercostal para deante do grande dorsal.

Quem consultar as estatisticas fornecidas por Moizard, por Hache, por Guinard, por Le Conédic e por Mlle. Kraft poderá affirmar que a pleurotomia antiseptica faria uma cura definitiva da pleurisia purulenta em um espaço de tempo variando de 18 a 33 dias. E' um bom resultado que indica-nos a pratica da pleurotomia antiseptica.

Traube e Fräntzel tinham melhorado os resultados definitivos da pleurotomia, introduzindo no tratamento consecutivo as precauções antisepticas rigorosas. sem diminuir o numero das injeções: a mortalidade era a mesma, porém as fistulas persistentes e as deformações thoracicas erão muito mais raras; vamos ver quanto o prognostico tem-se tornado mais favoravel para a pratica da pleurotomia antiseptica com uma só lavagem.

A evacuação total e continua dos productos de secreção da pleura, sendo uma das grandes condições de successo d'este processo, comprehendendo-se que a escolha do espaço intercostal e a séde da incisão tenham sido de novo discutidas. O ponto theoreticamente melhor, como diz Wagner, é o que corresponde á parte mais declive do thorax, tanto estando o individuo assentado, como deitado.

E' o 11.º espaço, bem perto da columna vertebral, porém, operando n'este nivel se está exposto a penetrar na cavidade abdominal, como tem acontecido operando-se no 7.º espaço e o diaphragma póde por seus movimentos perigar ou comprimir o dréno; são estas considerações que tinham feito adoptar por quasi todos os cirurgiões o 4.º ou 5.º espaço.

Para corresponder á indicação evitando estes perigos, Baum, König, Schede, A. Kidd, Küster aconselham depois de ter penetrado no peito por um espaço superior de fazer de dentro para fóra uma contra-abertura tão baixa, quanto possivel, porém este processo complicado não é preciso senão em certos casos, que havemos de fallar mais longe.

Experiencias feitas em cadaveres demonstrarão a Wagner que levantando-se alguns centimetros o assento do individuo, o ponto mais declive da cavidade thoracica deve corresponder ao 5.º ou 6.º espaço contra o bordo do grande dorsal; é, pois, n'este ponto que elle aconselha fazer a

incisão, dando ao doente logo depois da operação e durante os dias seguintes — a posição que acabamos de indicar, de que se póde sómente desarranjar de tempos em tempos, se fôr necessario. König prefere também a incisão posterior; W. von Mural, ao contrario, julga melhor a incisão lateral que elle acha mais commoda, tanto no ponto de vista da operação, como para os curativos consecutivos, porém, é preciso então que o doente fique constantemente deitado sobre o lado operado. O ponto a incisar uma vez escolhido, procede-se á operação depois de uma nova punção exploradora, feita de momento; não temos de revir sobre o manual operatorio, que não differe do que descrevemos mais acima. Assignalemos sómente o processo de König, que aconselha começar por fazer a reseccão sob-periosteia de uma costella sobre uma extensão de dois centímetros pouco mais ou menos e de entrar no thorax atravez do periosteo e da pleura; faz a principio uma incisão de 4 centímetros de extensão, comprehendendo todas as partes molles até o meio da costella; introduz um *levantador* na incisão do periosteo e descolla-o, a ponta do instrumento não abandona o osso, tendo cuidado na parte inferior, onde se acha a arteria; corta então a costella sobre uma extensão de 1 1/2 centimetro a 2 com tesouras de ramo estreito e abre a pleura e o periosteo no espaço assim descoberto. Este processo seria mais simples e menos sangrento que o processo habitual, segundo seu autor e segundo Wagner que pensa vel-o adoptar pela maior parte dos cirurgiões. E' geralmente inutil fazer uma contra-abertura; porém póde-se ser levado seja immediatamente, seja consecutivamente se o pús é muito fétido e contém grossos coalhos, seja emfim, se a cavidade pleural contiver dous bolsos sem comunicação entre si, o que é mais frequente do que se diz. (Delpech, Wagner.)

O segundo bolso póde romper-se expontaneamente depois da abertura do primeiro; porém suas paredes podem também resistir; também Wagner aconselha quando a quantidade de pús evacuado por incisão parece muito fraca, fazer uma nova punção exploradora e uma segunda abertura se houver uma segunda cavidade.

Fóra do processo de König, é preciso discutir ainda a opportunidade da reseccão costal immediata sem fallar dos casos em que esta operação póde tornar-se secundariamente indicada, seja pela retracção do espaço intercostal, seja para favorecer a obliteração de uma cavidade pleural persistente. Sem condemnar absolutamente esta pratica a maior parte dos autores reconhece n que ella é geralmente inutil, porém não é preciso

hesitar em recorrer a ella por pouco que a estreiteza do espaço intercostal torne difficil a introduccão ou estação de um dréno sufficientemente grosso. A regeneração é quasi immediata nos individuos moços. E' inutil, dizer que esta resecção deve ser sob-periosteia e a operação não tem outro inconveniente que o de complicar um pouco o manual operatorio e de expôr algumas vezes á uma necrose pouco extensa das extremidades costaes.

A anesthesia chloroformica, repellida por uns, é ao contrario aconselhada em todos os casos por outros, que não a julgão mais perigosa, que nas outras operações; cessa-se de dar chloroformio desde que a pleura esteja descoberta, de maneira que o doente seja despertado no fim da evacuação do pús.

Importa, com effeito, que esta evacuação seja completa e é preciso facilitar quando o corrimento começa a afrouxar, tanto dilatando a ferida, como imprimindo ao doente movimentos variados.

Quando é possivel, Wagner aconselha introduzir o dedo na cavidade pleural para se dar conta do estado de molleza ou de rigidez de suas paredes e da presença ou da ausencia de falsas membranas.

E' tambem preciso ter em conta os caracteres do pús. Si é fluido, de odor normal, sem flocos fibrinosos nem depositos, póde se provavelmente sem inconveniente abster-se de toda lavagem com Göschel e König; porém em posições oppostas uma lavagem bem feita é muito necessaria. Poder-se-ha em casos simples passar-se sem injeccões, porém como uma só lavagem não póde ter algum inconveniente e que age ao contrario completando a evacuação da pleura, vale mais praticar mesmo n'estas condições não empregando então, pois que sua accção deve ser toda mecanica, senão soluções antisepticas a um titulo justo para que ellas não contenhão germens infecciosos. Quando ao contrario o pús é putrido, quando elle deixa depositar um precipitado abundante ou quando é separado em duas camadas, uma de serosidade, outra de pús espesso, quando o dedo introduzido pela ferida acha a pleura aspera, espessa ou coberta de depositos fibrinosos a lavagem deve ser ao mesmo tempo modificadora e é preciso não temer empregar muitas vezes em seguida soluções fortes antisepticas.

As lavagens da pleura devem sempre ser feitas com soluções tepidas. As soluções que devem ser usadas para lavagem são: a agua fervida pura ou salgada, as soluções de acido borico de 7 a 10 %, de acido salicylico, de acetato de aluminio a 5 % e de chlorureto de zinco de 1 a 5 %.

Wagner tem mesmo empregado sem inconveniente uma solução de chlorureto de zinco a 8 % em um caso em que elle queria obter uma desinfectação energica. Quando o derrame é putrido König emprega a principio uma solução salicylada, depois faz uma pequena lavagem com uma solução phenicada de 2 1/2 a 5 %, pensando com Hueter que as soluções fortes são menos facilmente toxicas que as fracas, por causa da sua acção coagulante, que se oppõe a sua absorpção. Ainda que possam se dar accidentes algumas vezes mortaes de intoxicação phenicada, sobretudo nos meninos tem-se feito geralmente abandonar na Allemanha as soluções phenicadas para lavagem da pleura.

Curativo. — Chegamos ao curativo, que goza de uma propriedade consideravel no tratamento antiseptico da pleurisia purulenta do qual todos os autores que tem escripto sobre este assumpto dão uma descripção detalhada. E' preciso cobrir a ferida depois de tel-a protegido com uma grande quantidade de gaze de Lister amarrotado acima da qual applica-se uma certa espessura de algodão salicylado a 10 %; o todo é protegido pelo curativo classico de Lister, que comprehende 8 folhas de gaze e um mackintosh; este curativo deve no adulto cercar todo lado correspondente do thorax e no menino envolver todo peito. As extremidades do curativo sendo guarnecidas com cuidado de todos os lados com algodão salicylado, fixa-se com tiras de gaze ou antes com tiras de flanela principalmente sobre as bordas. Para o primeiro curativo que está mais exposto a ser atravessado ajunta-se acima uma camada espessa de algodão salicylado.

Wagner, König, Cabot, etc., empregão o spray durante todo curso da operação até o fim do curativo, achando a dupla vantagem de purificar a ferida e os instrumentos e de substituir o ar impuro com o qual a pleura estaria em contacto por um vapor purificado; porem é preciso para que esta ultima acção se produza que o pulverizador esteja afastado da ferida 2 pés (Cabot); para outros autores, o spray não seria indispensavel, alguns o considerão mesmo como inutil. Está entendido que se deve tomar antes e durante a operação todas as precauções do methodo antiseptico sobre as quaes não temos de insistir aqui, lavar com agua phenicada o campo operatorio, raspar á axilla, etc.

O tratamento consecutivo differe segundo o empyema, isto é, si o puz é de boa natureza e se a pleura e os pulmões podem retomar muito rapidamente seu estado normal ou si é complicado, isto é, si o pus é putrido, si contem focos fibrinosos ou depositos, si a pleura é espessa e dura ou si os pulmões tem perdido a facilidade de retomar sua posição. Quando

se trata de caso simples a secreção torna-se rapidamente serosa e toda nova lavagem é inútil e prejudicial, rompendo as adherencias recentes e irritando a pleura. Não se está autorizado a fazer uma nova injeção intra-pleural, senão si o pus altera-se sob a influencia de uma complicação ou de negligencia no curativo ou se a secreção fica ainda purulenta 8 dias depois da pleurotomia (Wagner). Fora disto, todo tratamento se reduz a curativos que devem ser feitos com as mesmas precauções do primeiro, ahí compreheuido o spray si é possível. Em regra geral os curativos devem ser renovados desde que são atravessados, porém o primeiro não deve ficar mais de 24 horas e o segundo mais de 48 horas, mesmo se não apresentarem o menor signal para que se possa assegurar do funcionamento regular do dreno, que não é raro n'este periodo vel-o obstruido por um fôco fibrinoso.

Os curativos seguintes podem em geral serem espaçados; no fim de 8 dias podem ficar 4 a 10 dias, segundo a abundancia de secreção (König) Em cada mudança de curativo é preciso tirar o dréno, limpar e introduzir de novo depois de ter teito executar ao doente diversos movimentos para favorecer a evacuação completa do producto de secreção pleural, se a incisão e a posição do doente em seu leito correspondem ao preceito de Wagner, não se deve ver sahir senão uma quantidade inteiramente pequena de liquido. Quando o corrimento diminue, vae-se encurtando o tubo de drenagem até que se possa tirar de uma vez. A cicatrização acaba-se o mais das vezes mui rapidamente; porem é prudente pôr ainda um curativo de Lister durante uns 8 dias para proteger a cicatriz e impedir sua reabertura sob a influencia do contacto do ar.

A's vezes acontece que a cicatriz torna a abrir e dá sahida a um pouco de pus, ordinariamente estes pequenos abcessos não communicão com a cavidade pleural e se elles tardão a fechar-se pode-se passar em suas paredes uma solução forte de chlorureto de zinco. E' bom evitar as injeções que podem augmentar sua cavidade, rompendo adherencias recentes.

Emfim a ferida da pleurotomia pode ficar aberta ou sua cicatriz se romper, por causa de uma pequena necrose costal, causa facil de conhecer-se e de supprimir por uma resecção; porem todos os casos não se apresentam em condições tão favoraveis.

Si em logar de um pus em boas condições acha se mudando o curativo uma secreção fetida é de rigor uma lavagem diaria com solução antiseptica; do mesmo modo se se apresenta á ferida flocos fibrinosos depois da ablação do dréno, é preciso alem disso desembaraçar a pleura tanto quanto pos-

sível, introduzindo o dedo, operação que se facilita por uma resecção costal. Estas lavagens devem ser continuadas tanto quanto o pus não tenha tomado bom aspecto e que a temperatura fique elevada, sobre tudo à tarde.

O exame da temperatura tem uma grande importancia, deve-se tomal-a tanto quanto possivel no recto.

Nos casos simples ella deve ser quasi normal desde os primeiros dias senão não ha bem entendido nem affecção pulmonar, nem qualquer complicação que possa causar hypethermia. A obstrucção do dréno traduz se no fim de algumas horas por uma elevação thermica muito apreciavel. Acima de 38°5 à tarde, deve-se pensar que o pus não se evacua bem ou se altera.

E' preciso cuidar então nos restos fibrinosos os quaes produzem a febre tanto por irritação mecanica, como por sua alteração.

Tambem é preciso explorar a pleura tão longe quanto possivel com o dedo depois de toda operação de pleurotomia para esta complicação e poder limpar por uma evacuação tão completa quanto possivel e uma lavagem muito antiseptica para prevenir a decomposição dos restos que podem ficar na pleura : Quando se passam muitos dias sem que saião corpos estranhos, que o pus tem bom aspecto e que a temperatura torna-se normal pode-se cuidar destes casos, como casos simples. Como exemplo da conducta a seguir nos casos complicados, vamos referir uma observação de Wagner de grande interesse em muitos pontos de vista : Trata se de um homem de 44 annos, de boa saude habitual, que foi affectado no dia 4 de Setembro de uma pleuropneumonia direita, a pneumonia terminou por resolução ; porem no dia 15 provou-se a presença de um derramamento pleurítico abundante. O estado geral fazendo pensar em uma pleurisia purulenta fez-se em alguns dias de intervallo 3 punctões exploradoras, das quaes as 2 primeiras só derão serosidade ; a 3.^a feita no 9.^o espaço intercostal deu pus espesso porem uma 4.^a feita no mesmo dia alguns espaços mais acima deu sahida á uma serosidade clara ; tratava-se então de um derrame estratificado ou de uma pleurisia bilocular.

A pleurotomia foi feita no dia seguinte 9 de Outubro no 9.^o espaço a 4 dedos da columna vertebral ; a incisão deu sahida a 1000 grammas de pus, pouco mais ou menos, a grossos restos fibrinosos e a serosidade ; o dedo introduzido na pleura, achou-a coberta de depositos que uma lavagem um pouco forte fez sahir ; sentiu então a pleura um pouco lisa, porem ainda muito resistente. Curativo de Lister depois uma injeccão de acido borico a 10 %. Dous dias depois uma lavagem fez sahir grossas massas de fibrina, tendo um ligeiro odor de putrefacção. Wagner resecca um pedaço

da 10.^a costella de 3 centímetros introduz seu dedo na ferida e tira assim tudo o que pode attingir. Seis dias depois d'esta intervenção não sahião mais flocos fibrinosos, o pus muito pouco abundante estava sem odor e o dedo sentia a pleura livre. Entretanto a temperatura subia a 40° á tarde e estado geral máu, o que foi explicado alguns dias depois pela apparição na região glutea de um tumor fluctuante, cuja incisão deu sahida a 1500 grammas de puz fetido ; o dedo introduzido na ferida chegava até a grande chanfradura sciatica. Curativo de Lister depois de uma lavagem com uma solução de chlorureto de zinco a 8%. O estado geral melhorou rapidamente então, tirou os 2 drénos a 25 de Novembro e a 1.^o de Dezembro tudo estava fechado, 41 dias depois da pleurotomia. Algumas semanas mais tarde, Wagner poude apresental-o completamente restabelecido. Wagner explica que a collecção glutea fora determinada pela ferida do diaphragma, provavelmente feita durante a ressecção da 10.^a costella e reconhece todos os perigos da incisão feita n'este nivel.

Assim as precauções antisepticas rigorosas permitem evitar á golpe certo nos casos simples a alteração putrida dos liquidos pleuraes e de combatel-a com successo quando ella se produz ; o volume da collecção purulenta não deve mais ser n'estas condições uma contra-indicação á sua abertura e o temor da septicemia pleural não deve mais parar a mão do cirurgião em face de uma pleurisia purulenta ainda recente ; as faculdades de absorpção de uma pleura ainda pouco alterada não são mais de duvidas e pode-se utilizar de sua irritabilidade. Tambem todos os que praticão a pleurotomia antiseptica são unanimes em aconselhar desde que o diagnostico da pleurisia purulenta esteja assentado, o que não pode ser feito com uma certeza absoluta, senão depois de uma punção exploradora ; o empyema é um abcesso e sua evacuação é a primeira indicação a preencher-se, diz Wagner.

König, Göschel, Cabot, W. von Muralt proclamão tambem que o ponto principal do tratamento do empyema é a indicação absoluta de operar tão cedo, quanto possivel. E' evidente que a operação tem tanto mais probabilidade de successo, quanto as lesões contra as quaes ella é dirigida são menos adiantadas, porem faz-se supportar a operação o doente que teria curado sem ella de uma maneira em apparencia menos perigosa, seja expontaneamente, seja em seguida de punções aspiradoras repetidas, unico tratamento que se pode equiparar á pleurotomia ; os outros apresentam todos os perigos que se tem attribuido a esta operação sem ter as vantagens.

Quanto á cura expontanea, nada ha a contar sobre a reabsorpção do

pús, de que não se conhece senão um só exemplo bem authentico observado por Moutard Martin, e que deixaria finalmente persistir tambem na pleura massas caseosas; esta cura não pôde pois ser obtida, senão depois da evacuação espontanea do pús para fóra ou nos bronchios. A primeira terminação revem em summa á uma pleurotomia feita em más condições; a segunda não é, as mais das vezes, no adulto senão uma complicação; é verdade que nos meninos a cura por vomicas não é rara, porém ella é tardia e lenta, demais ella exporia tambem á uma tuberculisação secundaria seja por contacto de um residuo caseoso com a substancia pulmonar, seja por aspiração do pús nos pequenos bronchios.

Wagner cita a proposito a observação de um menino sem algum antecedente pessoal, nem hereditario deste genero que morreu de uma meningite tuberculosa, um anno depois da cura de um empyema pela vomica. A autopsia infelizmente não pôde ser feita.

Para certos autores a existencia averiguada de tuberculos pulmonares seria uma contra indicação á operação e dever-se-hia limitar então a um tratamento palliativo pelas punções aspiradoras repetidas; tal não é a opinião de Wagner, que aconselha operar logo que fôr possivel sem ter em conta a febre, nem outros symptomas geraes, não mais que o estado do pulmão, que torna-se bem mais capaz de reagir, dando-lhe quasi suas condições de pressão e de circulação normaes; podemos concluir com Robert que não ha contra-indicação da pleurotomia, e que a certeza de uma morte proxima deve só fazer rejeitar. Nos casos favoraveis o bem estar dos doentes é immediato, a temperatura torna-se normal desde os primeiros dias, como tem-se visto; o appetite reaparece e as forças voltão rapidamente; pôde-se dizer que em seguida á uma pleurotomia bem feita o doente tem menos febre, que depois de uma punção (Cabot). O prognostico é naturalmente muito favoravel e pôde-se dizer, como Wagner: « Que com o curativo de Lister o tratamento do empyema entrou em uma nova phase; não sómente a pleuratomia é applicavel em todos os casos, como tambem pôde-se dizer que ella é sem perigo, ao menos para os empyemas não complicados. » O unico perigo real é quando o curativo cessa de ser anti-septico, o que depende dos cuidados do cirurgião (Cabot). Sob o curativo anti-septico e com uma injeção intrapleural a abundancia da secreção é muito diminuida e a cicatrisação mais rapidamente obtida.

Depois das 17 observações, que vão adiante publicadas, o tempo

medio decorrido entre a operação e a ablação definitiva do tubo tem sido de 38 dias para os adultos e de 33 para os meninos.

O pouco de diferença entre a duração da cura nos meninos e nos adultos é devido a que nos jovens a cicatrização se faz esperar 110 dias em seguida da obliteração dos tubos sobrevinda muitas vezes; uma estatística mais completa mostraria melhor resultado a favor dos meninos. Tais são estes resultados, que são bem superiores aos da pleurotomia não anti-septica, sobretudo tendo conta da precocidade da intervenção, que abrevia a duração total da molestia algumas vezes de muitos mezes.

Damos em seguida as observações que M. Hache pode colher :

Indicação bibliographica	Sexo—Idade	Duração da molestia antes da operação	Epoca da ablação do tubo (*)	OBSERVAÇÕES
WAGNER (<i>Berliner klinische Wochenschrift</i> , 23 de Dezembro de 1878).....	m. 27 annos	2 mezes.....	40º dia	Pleurisia bilocular exigindo duas aberturas.
	m. 36 "	2 semanas..	31º "	
	m. 44 "	2 " ..	50º " ..	
	m. 5 "	6 " ..	9º "	
WAGNER (<i>Sammlung klinische Vorträge</i> , n. 197, 24 de Maio de 1881).....	m. 18 annos	5 dias.....	15º dia	Pleurisia provavelmente bilocular. <i>Fusca</i> purulenta no tecido celular subperitoneal terminando na região glutea.
	m. 44 "	20 " ..	36º " ..	
GÖSCHEL (<i>Berliner klinische Wochenschrift</i> , 23 Dez. de 1878 e 6 de Setembro de 1880)	m. 1 anno	3 semanas..	21º dia	Obstrucção do dreno muitas vezes.
	f. 3 ½ "	4 " ..	60º "	
	m. 3 ½ "	4 ½ mezes..	110 " ..	
CABOT (<i>New York med. Journal</i> , Agosto de 1880).....	f. 11 annos	5 semanas..	17º dia	Passeia na cidade desde o 9º dia. Deixado no 17º dia, secretanpo 30 a 60 grammas de pús por dia.
	c. 16 mezes	2 mezes.....	13º "	
	m. 29 annos	muitas vezes	36º " ..	
	m. 33 "	1 mez	
KRABBEL (Citado por Cabot).....	m. 10 annos	1 ½ mez.....	30º dia	Invasão tuberculosa dos dous cumes, anteriores á pleurisia.
	m. 25 "	" " " ..	75º " ..	
KÖNIG (<i>Berliner klinische Wochenschrift</i> , 24 de Junho e 26 de Outubro de 1878).....	f. 10 annos	1 ½ mez.....	" " ..	Deixado quasi curado em 3 mezes, 15 dias depois da operação.
	f. 20 "	9 mezes.....	3 semanas	

(*) Em todas estas observações a cicatrização era completa 6 dias no maximo depois da ablação do tubo de drenagem.

A cura não é sómente mais rápida e mais simples, é também mais completa, o estreitamento thoraxico é nullo ou pouco notavel e a persistencia das fistulas é excepcional quando faz-se a operação sem attender o periodo de espessamento da pleura. Quanto á mortalidade, Hache não tem documento preciso a citar; a marcha rapida para a cura e a unanimidade dos autores, que fallão da pleurotomia anti-septica a proclamar sua inocuidade perfeita, permitem suppôr que ella deva ser mais fraca. Si procurarmos resumir em algumas phrases o tratamento anti-septico do empyema, diremos com Wagner, König e Göschel:

1.º A operação e os curativos devem ser feitos com precauções anti-septicas rigorosas.

2.º A incisão deve ser feita desde que o diagnostico do empyema estiver assentado; deve ser larga e permittir a evacuação absoluta e permanente das secreções pleuraes.

3.º E' preciso fazer uma só lavagem desinfectante da pleura, a não ser alguma circumstancia excepcional e fixar solidamente um grosso dréno, que se retirará quando a secreção fôr quasi nulla depois de muitos dias.

Para resumirmos ainda mais, que estas proposições d'aquelles tres professores, diremos em menos palavras o tratamento que se deve seguir: o empyema é um abcesso e como tal deve ser tratado. Para terminarmos esta parte de nossa these, vamos em seguida apresentar o resultado de 84 operações do empyema, praticadas pelo proecto professor Moutard Martin, estatistica esta mais completa, do que a que apresentamos de M. Hache; porque n'esta vem o numero de curas e mortes:

	<i>Curas</i>	<i>Mortes</i>
Pleurisia purulenta sub-aguda.....	9	0
» » consecutiva á pleurisia serosa.....	28	9
» » » » » sem me- lhoras depois da thoracentese.....	2	3
» » com fistula pl. bronchica, mas sem pleurisia.....	12	7
» » consecutiva á abertura de kysto hydra- tico da pleura com ou sem fistulas bronchicas.....	7	0
Pyopneumothorax tuberculoso.....	—	4
Pleurisia purulenta tuberculosa.....	—	3
	58	26
	84	

Si fizermos abstracção dos 7 casos de pyopneumothorax tuberculoso e de pleurisia purulenta tuberculosa, nos quaes a terminação fatal não póde ser attribuida á operação, vê-se que sobre 77 doentes não tuberculosos operados de empyema, obteve-se 57 curas.

Eis um resultado magnifico para uma molestia, que não sendo tratada cirurgicamente, quasi sempre é mortal.

TERCEIRA PARTE

Operação d'Estlander

A operação d'Estlander tem por fim supprimir a cavidade existente entre as duas pleuras, forçando o contacto d'estas. Para esse fim elle praticava a reseccão de costellas, indeterminadas quanto ao numero e extensão. Estlander tinha em vista, supprimindo a resistencia dos arcos costaes, promover um abaixamento da parede thoracica, a qual se iria adaptar á superficie do pulmão, determinando o contacto das duas pleuras, quando aquella viscera estivesse impossibilitada de distender-se, em consequencia das adherencias formadas durante a compressão da mesma pelo derrame purulento.

Assim não entenderão outros cirurgiões, que disputarão por muito tempo a prioridade no invento deste processo operatorio; d'entre elles sebreahem os nomes de Roser, Simon, Letiévant, Williams Thomas, de Cereville, Bouilly, etc.

Foi Roser o primeiro que propoz a reseccão de um certo numero de costellas para a cura da pleurisia purulenta, praticando esta operação desde 1865. Entretanto a leitura das observações de Roser fez pensar que se tratava antes de dar ao pus franca passagem. P. Berger, citando Wagner, que affirma haver Roser praticado, em 1859, a reseccão costal com o mesmo intuito que Estlander, diz que baldados forão seus esforços para encontrar nos escriptos de Roser uma justificativa para essa asserção. Depois do exemplo de Roser começou-se a praticar a reseccão mais frequentemente e pouco a pouco os cirurgiões, que a empregavão forão-n'o fazendo sem esperar a formação da fistula, executando-a conjunctamente

com a dilatação do espaço intercostal. Homen cita, n'estas condições, dous casos de König (1878) e cinco de Weissenborn (1876).

Em 1869 Simon fez a resecção thoraco-plastica de diversas costellas no tratamento de um empyema fistuloso, procurando ampliar a abertura para sahida do pus retido na cavidade pleuritica. Após a cura, Simon attribuiu esta á retracção da parede toraxica, provocada pela resecção costal, em vez de imputal-a ao augmento do orificio pleural como até então era opinião corrente e conforme estava em suas vistas ao fazer a resecção. Esta explicação do phenomeno da cura, communicada a Peitavy por Simon, parece que não encontrou adhesões por parte d'aquelle e do seu collaborador Stehberger, os quaes praticavão sempre a resecção costal, nos casos de sua clinica, para fornecer ao pus sahida franca.

Alem de Peitavy, Lossen tambem attribue a Simon a paternidade da operação d'Estlander; entretanto mostra desconhecer a divergencia profunda existente entre os intuitos desses dous cirurgiões, porquanto em 1878 dizia em um dos jornaes de Berlim, que fizera a resecção na 6.^a e na 7.^a costella para dar escoamento ao pus de um abcesso intrathoracico, que 17 annos antes, havia dado sahida a um corpo estranho, o que importa dizer que n'este particular não se achavão então mais adiantados do que Hippocrates, o qual já praticava a resecção com fim analogo.

Já em 1869 Walter (British Medical Journal) havia reseccado uma pollegada da 8.^a e outra da 9.^a costellas, para ver si a suppuração era entretida pela carie d'estas ou pela presença de coagulos sanguineos e a fistula acabou por se fechar. Homen, tambem citando este facto, observa com muita procedencia que a Simon coube apenas a gloria de haver chamado a attenção dos cirurgiões para a depressão que se nota na parede thoraxica, exactamente na região em que foi praticada a resecção.

Em sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Pariz (23 de Janeiro de 1884) Monod leu uma communicação de Letiévant, onde este cirurgião protestava contra a denominação d'Estlander dada á esta operação. Eis em resumo as allegações que Letiévant trouxe em abono das pretensões que a respeito nutria: « Guiado por minhas ideias resolvi por em pratica o methodo e para isso pedi doentes de empyema, effectuando a operação em tres, 1875, afim de obter a mobilidade do thorax para facilitar a oclusão das cavidades purulentas da pleura; á esta operação dei o nome de *resecção costal multipla para permittir a mobilisação do thorax e adhesão mais facil das paredes do empyema*. Achando meus discipulos

que este nome era demasiado longo resolverão substituí-lo pelo de seu mestre, ficando por isso conhecida por operação de *Letiévant* ».

E termina Monod reivindicando para a França o methodo de resecção costal multipla para o empyema, por isso que já em 1875 Letiévant o havia empregado, o que foi corroborado por Nicaise no seio da mesma Sociedade (sessão de 8 de Outubro do mesmo anno) quando, referindo-se a um trabalho de Saltzman, disse que em 1875 Letiévant havia executado uma operação analoga em um rapaz de 16 annos no qual o abcesso reabriu espontaneamente. Tres mezes depois, parecendo curado esse doente reapareceu a fistula e Letiévant fez uma contra abertura no ponto mais declive do thorax e passou um dréno pelos dous orificios.

Sobrevindo hemorragia, Letiévant praticou a resecção de 4 a 5 centímetros da 7.^a e da 8.^a costellas, afim de descobrir a origem do escoamento sanguineo e não o tendo conseguido fez o tamponamento do orificio. Foi então que observou haver a resecção auxiliado a retracção da cavidade purulenta.

Este facto foi assumpto de uma communicação de Paulet, que nutria alguma duvida acerca da utilidade da resecção costal no resultado final e impugnava tambem a mobilidade cirurgica do thorax proposta por Letiévant.

De par com estes tres cirurgiões apresentarão-se Gayet e Heinecke a disputar a prioridade da operação d'Estlander, dizendo o primeiro que desde 1864 pensava na possibilidade de obter-se a retracção do thorax pela resecção de algumas costellas, o que nada adianta a tal respeito, porquanto não a tendo praticado nem se quer aconselhado, é destituida de seriedade esta pretensão.

Quanto ao segundo, em seu *Compendio de aparelhos e operações*, publicado em 1872, aconselha a resecção de 7 centímetros da costella que se achar immediatamente acima da fistula, afim de provocar a união das duas pleuras e a da costella immediatamente abaixo ou da immediata á 1.^a, quando a primitiva resecção não tiver o exito desejado. Heinecke não logrou comtudo a consagração pratica de seus conselhos. O professor Verneuil propoz supprimir a esta operação os nomes proprios ou então de dar-lhe o de *Letiévant-Estlander*; mas seguimos o conselho de Berger, Saltzman e todos quantos tem concorrido para conservar-lhe o nome pelo qual é conhecida no mundo cirurgico, o que vale verdadeira consagração, corroborada pela annuencia tacita de todos os actuaes cirurgiões. Estlander publicou em 1879 um trabalho muito completo sobre a resecção das costellas no

empyema chronico. Cita 8 casos, dos quaes obteve 5 curas. 1 melhorou muito e dous morrerão dias depois da operação.

Diz que não ha um manual operatorio certo e unico para praticar a resecção das costellas, devendo esta operação variar segundo as circumstancias. Considera a resecção das costellas como uma verdadeira thoraco-plastia. Confiados no processo operatorio tão bem descripto por Estlander, os seguintes cirurgiões praticarão com grande exito esta operação: Williams Thomas em 1882 praticou a resecção de costellas em 9 casos, apresentando o numero consideravel de 8 curas e 1 só morte.

De Cereville obteve a cura de um pneumothorax enkistado, operando a resecção de 3 centimetros da 2ª costella.

Bouilly praticou em 1882 a resecção de 5 a 6 centimetros da 6ª costella e de 3 centimetros da 7ª em um caso de empyema com fistula desde 2 annos; o doente curou-se completamente.

Ollier praticou em 4 casos esta operação com o seguinte resultado:

1.º.— Um individuo de 40 annos trazia desde 3 annos uma fistula thoracica pela qual sahião gazes fetidos e pus de odor gangrenoso. Resecção de 44 millimetros da 2ª costella, pleura espessa de 1 centimetro. Abaixo, o pulmão forma um tecido pardo lardaceo, a 15 millimetros de profundeza ha um fóco purulento gangrenoso; foi impossivel determinar se se tratava de uma cavidade pulmonar ou de uma pleurisia interlobar — Lavagens com acido borico — Morte no 6º dia.

2.º.— Uma mulher de 38 annos tendo soffrido, por causa de uma pleurisia purulenta com fistula thoracica, em 4 vezes a resecção de 3 centimetros da 6ª costella, de 8 centimetros da 7ª costella, de 14 centimetros da 8ª costella, de 10 centimetros da 9ª costella — está em via de cura.

3.º.— Um homem de 33 annos. Pleurisia purulenta; 2 litros de pus por uma punção. A 8ª costella tendo sido reconhecida desnudada, resecca 7 1/2 centimetros. Um anno mais tarde não se produzindo o abaixamento da pleura, nova resecção. Das duas extremidades da 8ª costella parte um arco osseo, duro, adherente ao bordo superior da 9ª costella, que se resecca 9 1/2 centimetros de extensão.

4.º.— Um moço de 26 annos. Abcesso tuberculoso sob-mammar. Sente-se a crepitação das 2 extremidades da 5ª costella que fracturou sem que o doente percebesse. Abertura do abcesso, resecção de 6 centimetros de costella, infiltrada de materia tuberculosa. Cura provada um anno mais tarde. (Revista das sciencias medicas de 1886).

Agora ultimamente, em 1887, na Italia, o Snr. Ruggi tendo praticado a thoracoplastia em um homem que se achava em más condições geraes e tendo muitas fistulas pleuraes e uma forte retracção pulmonar, recorreu ao processo d'Estlander com as modificações seguintes: Raspagem da pleura visceral notavelmente espessa; ablação das costellas desde a 2.^a até a nona; reunião dos retalhos cutaneos ao pulmão retrahido; o doente curou-se e acha-se actualmente em bom estado de saude.

Os Snrs. Crespi e Morini fizeram muitas vezes a thoracoplastia com cura rapida, mas elles tem previamente recorrido a thoracentese. O Snr. d'Antona quiz em um doente obter a cura da ferida por granulações, porém, isto não aconteceu e a cavidade pleural cobriu-se de *bridas*, indo da pleura á caixa thoracica.

Pensando que este faeto era devido a que a perda de substancia da pleura pozesse obstaculo á uma reparação por granulações, raspou a pleura pulmonar o obteve assim uma prompta cura em casos mais recentes.

Na sessão de 28 de Maio d'este anno, M. Michaux leu na Academia de Medicina da Belgica uma memoria de Leon Désguin (d'Auvers). Esta observação é instructiva no ponto de vista:

1.^o Do estado intacto da face da pleura; 2.^o Da recahida que tem seguido duas operações incompletas; 3.^o Do successo obtido pela resecção da pleura e de 2 costellas; a primeira intenção elle obteve, a operação data de 6 mezes e não ha traço algum de recahida.

EMPHYEMA CHRONICO

Antes de iniciarmos a descripção do processo operatorio, seja-nos permittido fazer algumas considerações relativamente ao emphyema chronico, que não se curou com a pleurotomia antiseptica e ás indicações, que levão-nos a utilizar como ultimo recurso d'esta operação, que na linguagem de Ehrmann constitue « uma importante conquista cirurgica » e na de Championnière « brilhante aquisição para a cirurgia ».

Quando se pratica muito tarde a operação do emphyema e que o espessamento da pleura não permite mais o approximamento dos dous foliolos, ou quando uma suppuração muito prolongada sobretudo com estagnação de pús, tem produzido a transformação fibrosa das paredes da cavidade pleural, vê-se no fim de um certo tempo parar a melhora que tinha

seguido á operação; a cavidade cessa de estreitar-se e si se abandona as cousas a si mesmas o esgotamento do doente accusa logo com o edema dos maleolos a degenerescencia amyloide de suas visceras. O exame local faz reconhecer um trajecto fistuloso mais ou menos longo e mais ou menos tortuoso, que termina em uma porção muito ou pouco extensa da cavidade pleural, cujas paredes, que tem algumas vezes consistencia cartilaginosa, são tapetadas de uma membrana de apparencia muquosa; eis ahi o empyema fistuloso, o empyema chronico de que vamos rapidamente passar em vista os meios de tratamento.

Não fallamos das fistulas, que não penetrão senão em uma certa profundez nas partes molles e dão algumas gottas de pús em muitos dias de intervállo; ellas curão em geral facilmente por uma cauterisação com nitrato de prata ou tintura de iodo. Si o trajecto é estreito e longo e não secreta senão uma quantidade de serosidade mais ou menos purulenta, Moutard Martin aconselha de não tocar ahi, porem, se a fistula termina em uma cavidade de dimensões apreciaveis, é preciso intervir. Pode-se a principio procurar obter sua obliteração fechando hermeticamente a fistula; o ar é logo reabsorvido, diz M. Nicolich, que propõe este processo e o vasio pleural assim restabelecido activa o encolhimento thoracico e a dilatação do pulmão, este autor refere a observação de uma fistula datando de 8 mezes que foi rapidamente curada por este meio.

Porem este processo tem o inconveniente de reter todas as secreções e de não ser por conseguinte applicavel senão quando elles são quasi nullos. Facilitar a sahida livre ao pús e fazer retractar as paredes espessas da cavidade — eis as duas indicações a preencher para obter a cura. Si a cavidade não é muito grande e as paredes muito duras, basta algumas vezes estabelecer o livre corrimento ao pús, seja por uma resecção costal, seja por uma contra-abertura; é inutil procurar obtel-a dilatando a ferida com laminaria, esponjas preparadas e outros meios d'este genero. A cavidade deve naturalmente ser muito bem lavada com uma solução anti-septica forte, por exemplo a solução de chlorureto de zinco a 10%; para avivar os bordos da fistula empregão-se causticos, taes como, a tintura de iodo e o perchlorureto de ferro ou mesmo a colher cortante.

O tratamento ulterior é então absolutamente o mesmo que nos empyemas recentes e não se repete as lavagens, senão si os caracteres do pús tornão-as necessarias.

Este processo póde dar bom resultado para obliterar cavidades muito consideraveis.

Se não der resultado, é preciso então lançar mão da operação de Estlander, isto é, fazer a reseccão costal multipla, que Roser primeiro empregou para este fim em 1859, mas com o intuito exclusivo de dar sahida ao pús.

Depois de se ter feito uma observação tão exacta, quanto possivel das dimensões da cavidade explorando com o dedo, com uma sonda rigida e com as injecções que indicão bem a capacidade, resecca-se no nivel de seu maior diametro um pedaço de 4 a 6 centímetros sobre muitas costellas, depois de ter desinfectado muito bem a cavidade e aberto provavelmente um largo caminho ao pús. Estlander recommenda fazer entre duas costellas uma incisão horisontal que serve depois do descollamento da pelle e desnudação do osso com a rugina para fazer a reseccão subperiostica de duas e algumas vezes de tres costellas, quando ellas são muito approximadas; elle não aprecia a incisão vertical commum a todas as costellas, porque se é obrigado de ahi fazer pequenas incisões horisontaes o que dá uma ferida sinuosa.

A hemorrhagia cede ordinariamente só depois da ablação dos fragmentos osseos. Póde-se ainda para tornar o encolhimento mais completo, sobretudo em individuos de certa idade, cujas costellas têm perdido sua elasticidade — cortar cada costella em dous pontos, tirando, por exemplo, 2 centímetros perto do sternum e dous perto da columna vertebral.

Resulta desta operação em geral um pouco de febre e uma dor da costella, algumas vezes, muito forte durante alguns dias.

Este meio pode produzir uma obliteração incompla da cavidade, sobretudo quando ella occupa a maior parte da pleura se a pleura costal não é mais muito elastica para applicar-se á pleura pulmonar. Estlander aconselha n'estes casos repetir a operação nas cicatrizes precedentes uma 2.^a e mesmo uma 3.^a vez; é para estes casos rebeldes que Schede, de Berlim, imaginou reseccar um pedaço da parede thoracica toda inteira para transformar a pleura em uma cavidade largamente aberta e applicar directamente a pelle contra a pleura pulmonar.

Seu processo operatorio foi descripto pela primeira vez por Wagner em sua clinica publicada no *Sammlung Klinicher Wörtrage*. Schede faz uma incisão curva correspondente a quasi um dos bordos da cavidade do empyema e disseca a partir d'esta incisão um grande retalho cutaneo, cuja base deve corresponder a quasi o bordo opposto; virado este retalho, faz-se a reseccão subperiostica de 3 ou 4 costellas sobre uma extensão de

10 a 12 centímetros e corta-se com tesouras as partes molles correspondentes, começando pela parte posterior de maneira a ligar immediatamente cada intercostal; tem-se assim uma hemorragia insignificante. Elle desce então na cavidade assim formada o retalho cutaneo, que se applica directamente sobre a pleura pulmonar a é suturado no bordo livre da ferida thoracica. Schede tratou assim em Berlim tres velhos empyemas, tendo obtido cura completa em um e não sabendo do resultado dos outros.

MANUAL OPERATORIO

A resecção deve ser feita nas partes lateraes do thorax, na linha axillar, no ponto em que a parede é desprovida de musculos largos e finalmente na parte media das costellas, porque, os dous fragmentos podem dobrar-se igualmente e haver perfeita coaptação das extremidades da costella reseccada. A séde precisa da resecção é subordinada á da cavidade purulenta.

Obtidas todas as indicações e que já forão descriptas, chloroformisa-se o doente e faz-se funcionar um pulverizador de acido phenico; com bistouris apropriados incisa-se a pelle, que se destaca para cima, onde é retida por um ajudante, tendo presente o preceito de que, para evitar os ferimentos nos vasos e nervos intercostaes, a resecção costal deve sempre ser sub-periostica. Quanto á incisão da pelle, cada operador que tenha praticado uma vez esta operação se acha com direito de traçar regras: Estlander as fazia transversaes e parallelas ás costellas, de modo a permittir a resecção de duas d'estas e até de tres quando ellas se achavão muito conchegadas. De uma vez que dirigio a incisão por sobre todas as costellas a reseccar, normalmente á base do thorax teve de arrepender-se, pois que devendo ser as incisões seguintes approximadamente perpendiculares áquellas, deu isso em resultado uma ferida sinuosa de difficil curativo, por exigir grande numero de tubos de drenagem e dificultar consideravelmente as reseccões costaes.

Para empregar as injeccões voltamos para baixo o orificio da fistula e fazemos o doente tossir para obter o esvaziamento da cavidade, obrigando o em seguida a deitar-se de maneira que fique o orificio para cima, fazemos a injeccão com um liquido antiseptico com todo cuidado e vagar, até que fique cheia a cavidade; o volume do liquido injectado nos dá

aproximadamente o da cavidade. Mas é isto um calculo grosseiro, que pode levar-nos a erro, attendendo a impossibilidade manifesta de esvasiar completamente a cavidade e a frequencia dos accessos de tosse, que vem impedir-nos de encher a mesma cavidade sem desperdicio de liquido.

O exame pode ser feito por um instrumento curvo que se adequade ao caso tendo sido preferido até hoje um catheter de homem. Introduzido no canal da fistula, imprimimos ao catheter um movimento oscillatorio em todos os sentidos e procurando estabelecer o contacto de sua extremidade com os tegumentos nos espaços intercostaes, o que facilmente se percebe, apanhamos de modo mais preciso as dimensões da cavidade e sua situação media, relativamente ao orificio da mesma fistula. Voltemos ao manual operatorio.

Incisa se então ao nivel de cada costella a reseccar as digitações musculares e o periosteo em uma extensão um pouco maior do que o segmento que se pretende eliminar. Destacando com uma espatula o periosteo da face externa e nos lados de cada costella, secciona-se com a pinça curva de Liston, a costella na extremidade anterior do fragmento a reseccar e presa esta por uma pinça de apprehensão, acaba-se de destacar o periosteo e secciona-se a outra extremidade.

Deve-se começar a operação pelas costellas mais proximas do orificio; as dificuldades se apresentam justamente na reseccão da primeira costella, a qual depois de reseccada traz facilidade na reseccão das outras. A diminuição dos espaços intercostaes dificulta o emprego da pinça de Liston, sendo muitas vezes precisos movimentos de alavanca para obrigar-a a insinuar-se sob as costellas. Esta dificuldade avulta tanto em alguns casos que o operador é obrigado a seccionar primeiramente a região media do fragmento, que se propõe a reseccar, como aconteceu a Monod. Estes obstaculos forão motivo para que Wein uma vez empregasse escopro e martello, processo brutal e que deu lugar ao ferimento de uma das arterias intercostaes, por ter resvalado o instrumento, accidente que, embora de somenos interesse deve ser evitado. Deve-se preferir a pinça de Liston ás tesouras, aos costellotomos, á serra de cadeia ou á uma serra pequena como a de Larrey ou de Langenbeck.

Quantas costellas se deve reseccar e qual deve ser o tamanho dos segmentos a eliminar? E' esta uma questão que deve ser confiada ao criterio do operador, guiado pelo judicioso exame das circumstancias locais e pelo reflectido estudo dos casos clinicos que trazem a sagração da experiencia: longe de sugerir-se a preceitos invariaveis, esta questão

depende tão somente da aproximação racional entre os resultados geraes obtidos nas varias observações e o caso que se offerecer ao operador, desafiando sua pericia. A estatistica cirurgica registra factos em que a resecção se estendeu a nove costellas e a extensão dos fragmentos tem variado de 2 a 13 centimetros.

Deve-se reseccar segmentos tão longos que permittão um abaixamento da parede thoracica sufficiente para produzir contacto perfeito entre as duas pleuras, nem de mais, nem de menos, antes de mais. (Berger.)

Homen pretende estatuir lei invariavel para esta extensão. Compara um arco costal a um arco de circulo envolvendo a superficie externa do pulmão, que se acha anormalmente preso e que seria a corda desse arco. Assim basta tirar das costellas fragmentos pouco menores do que a altura desse segmento circular, para que o comprimento total das porções restantes iguale se á corda do arco, caso em que a superficie interna dos arcos costaes viria justapôr-se á superficie externa do pulmão, isto é, obter-se-hia contacto completo entre as duas pleuras.

Isto não tem razão de ser, porque, nem as costellas e a superficie do pulmão se approximão tanto dessa forma geometrica tão perfeita, nem se pode desprezar a necessidade de deixar um espaço de 1 centimetro no minimo entre as extremidades da secção feita na costella para a formação do callo osseo. Sem isto, o callo embarçaria e até poderia impedir a cura, oppondo-se á depressão thoracica.

Quando a fistula parte approximadamente da região media da cavidade podemos formar juizo mais ou menos seguro sobre os graus de separação entre as duas pleuras, pois que esta distancia diminue progressivamente a partir da fistula, de modo que a esta corresponde sempre o maximo dessa distancia. Si o contrario se dá ou se a cavidade tem a forma muito irregular, nada se pode prever a respeito do espaço comprehendido pelas duas pleuras. Tendo sempre em vista a disposição da cavidade, o operador deve retirar maior fragmento da costella correspondente á parte media dessa cavidade, devendo diminuir progressivamente a extensão dos segmentos que se affastarem desta região. Estlander extrahio sempre segmentos de 2 a 6 centimetros; em geral, porém, e principalmente quando o pulmão se acha consideravelmente comprimido, somos forçados a retirar mais longos fragmentos, especialmente da costella media. Devemos poupar o quanto possivel os musculos, para o que operamos de preferencia sobre a linha axillar; entretanto não se pode

evitar as digitações do grande dentado. Como sejam estas paralelas ás costellas podemos deixar de seccional-as, affastando-as cuidadosamente.

Quanto aos outros musculos, podemos geralmente evitar interessal-os porquanto a resecção quasi sempre tem lugar nas costellas medias, que não são cobertas por elles. Homen procurou, em estudos sobre cadaveres, a extensão em que estes musculos deixavam livres as costellas e achou as seguintes medias: 3.^a costella 3 centímetros; 4.^a costella 5 centímetros; 5.^a costella 8 centímetros; 6.^a costella 10 centímetros; 7.^a costella 7 centímetros; 8.^a costella 4 centímetros. Schneider, em um doente que apresentava uma cavidade suppurenta da pleura, produzida por uma bala, que penetrou ao nivel da 3.^a costella, fez a resecção da 2.^a, 3.^a, 4.^a, 5.^a e 6.^a costellas e notando que, decorrido um mez, persistia a cavidade, reseccou 6 centímetros da parte media da clavícula, obtendo por este modo a oclusão completa, auxiliada pelo consequente aconchegamento do braço ao tronco. Quanto ás 2 ultimas costellas, não é costume interessal-as na resecção, porquanto, dotadas como são de notavel mobilidade, facilmente se deixam arrastar na depressão produzida pelas outras costellas reseccadas.

Que numero de costellas é preciso interessar e em que extensão?

Pode-se responder em uma palavra que convem desossar de algum modo toda a parede superficial do fóco.

Mais vale, em todo caso, reseccar 2 ou 3 centímetros de mais de um arco costal que um segmento insufficiente, e subir ou descer mais alto ou mais baixo, o que não é rigorosamente necessario senão em economisar uma costella, cuja resistencia pode ser um obstaculo á cura. Pode-se reseccar de 5 a 13 centímetros de 8 a 9 costellas; lembremos mais uma vez que é preciso evitar de tocar ás 2 primeiras e ás 3 ultimas costellas.

Terminada a resecção, faz-se no ponto mais baixo da cavidade uma contrabertura para facilitar o escoamento dos productos de secreção, si a fistula não corresponder a esse ponto.

Fazendo uma lavagem abundante na mesma cavidade, introduzimos nesta grossos tubos de drenagem, suturando o retalho, cujo recollamento tentamos por primeira intenção.

Applicando em seguida, sobre o conjuncto, um curativo antiseptico com gaze phenicada, prende-se este com tiras de flanela.

Aconselhão alguns autores que nos dias subsequentes se fação lavagens na cavidade; emquanto que, outros se oppõem a esta pratica allegando a possibilidade de se romperem com as lavagens as adherencias

que se vão formando. Parece de facil intuição que enquanto durar a secreção, principalmente se é fetida, devemos lavar abundantemente a cavidade com liquidos antisepticos, lavagens que deverão ser feitas com o maximo cuidado, fazendo penetrar o liquido suavemente, para não damnificar essas adherencias.

Quanto á mudança de curativos, é isto dependente da abundancia do pus, havendo casos em que deve ser feita duas e tres vezes no periodo de 24 horas. O periodo decorrido desde a thoracoplastia até a cura foi, nos casos observados por Homen, de 76 dias na media, ao passo que, limitando-se á pleurotomia, essa media foi de 139 dias. No primeiro caso a media correspondente ao periodo entre o começo da molestia e a operação foi de 347 dias e nos casos de simples incisão da pleura foi de 66. Em alguns destes doentes se havião tentado, sem exito, o debridamento da fistula, as injeções na cavidade e a resecção de um fragmento costal.

São accordes todos os cirurgiões em attestar a benignidade da operação d'Estlander e Chauvel adianta-se ao ponto de reputal-a ao alcance de qualquer operador. Mórmente nos casos de fistulas antigas, observa-se a unanimidade ácerca da ausencia de perigo na resecção costal. Nestas condições a espessura da pleura tem logrado augmentar á custa dos depositos inflammatorios, circumstancia que robustece seu poder retractil. Si esta é uma circumstancia de grande valor para o abaixamento da parede thoracica, torna-se de muito maior interesse para a propria operação, porque só as transformações soffridas pela pleura durante a evolução do empyema chronico podem justificar as resecções em que é comprehendido grande numero de costellas, tratando-se de individuos bastante enfraquecidos e portanto em estado desfavoravel ás intervenções cirurgicas em geral.

No empyema chronico, onde a suppuração tem já durado muito, e a espessura da pleura acha-se adiantada, esta membrana tem perdido sua textura e estructura especiaes de serosa; de sorte que, podemos executar a operação sem receio de perfural-a, limitando o traumatismo á algumas feridas cutaneas. Attendendo á rapidez com que se opera a regeneração das costellas, devemos presuppôr exito infeliz sempre que, decorridos de 30 a 60 dias, não se tiver effectuado a oclusão completa da cavidade. Backel e com elles alguns outros aconselhão que se raspe o interior do trajecto e da cavidade com uma colher cortante, afim de destruir as neo-membranas pleuriticcas e a membrana pyogenica, que as forra, diminuindo

assim a espessura das paredes do fóco purulento, desembaraçando-o dos productos septicos e portanto collocando-o em excellentes condições.

Berger discorda da inteira efficacia deste meio, cujos perigos são maiores do que suas vantagens, pela hemorragia que elle pôde provocar em região pouco accessivel á desinfeccão, acabando por preferir a lavagem antiseptica, seguida da operação. Passados 40 a 60 dias, explorando os intervallos dos fragmentos osseos, percebe-se a resistencia caracteristica da reproducção do tecido osseo. Se o trajecto não houver ainda desaparecido e houver cavidade apreciavel devemos considerar incompleto o exito final e recorrer a nova resecção; pois que, em regra geral não se deve então esperar a retracção do thorax. Entretanto ha casos de haverem progredido as melhoras do doente, terminando estas pela cura completa no fim de alguns mezes. Convem desconfiar da cura que sobrevem muito promptamente, porquanto não raros são os casos em que surge novamente a fistula, demandando segunda e ás vezes tёрceira intervenção.

Citam-se: a observação de Bouilly, na qual o doente sarou em poucos dias e de novo appareceu a fistula; a d'Estlander, em que o doente morreu seis mezes depois de operado, quando tudo induzia a crer em seu prompto restabelecimento e outras como esta.

Observação colhida no serviço do professor Martins Costa

Thoracentese praticada pelo Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.—Cura

Victorino José Lopes, de côr branca, portuguez, solteiro, de 30 annos de idade, morador em Bemfica, pedreiro, constituição fraca, entrou para a enfermaria de 2.^a cadeira de clinica medica no dia 3 de Maio de 1886, onde foi-lhe destinado o leito n. 8.

Anamnese.—Não accusa antecedentes hereditarios. Teve um cancro venereo e depois rheumatismo; ha mais de um anno que soffre de febres intermittentes. Está doente ha 12 dias; começou a molestia por um resfriamento; teve calafrios, calor e suores; uma pontada do lado esquerdo, que lhe embaraçava a respiração; tosse com espectoração mucosa.

Estado actual.—E' um individuo muito cachetico, pallido, magro, mucosas descoradas; sente-se muito offegante com a respiração muito embaraçada. Está muito abatido, em estado de grande depressão. Queixa-se ainda muito da pontada, diz que só pôde deitar-se do lado esquerdo. Nota-se obscuridade completa de som em todo lado esquerdo do thorax tanto

anterior, como posteriormente; ha auzencia completa da respiração e auzencia do fremito da voz, pela apalpação desse mesmo lado esquerdo. No lado direito ha exaggeração da respiração e alguns estertores catarrhaes disseminados.

A ponta do coração está um pouco desviada para o lado direito, nota-se um sopro anemico na ponta e na base do coração. O figado está um pouco augmentado, não está doloroso; o baço augmentado e doloroso. Temperatura 38°,5; respiração 36; pulso 92.

Receitou-se-lhe agua Viennense laxativa.

Dia 5.— Mesmo estado.

Prescripção.—Cosimento de quina, vinho do Porto aã 100 grammas. Extracto molle de quina 2 grammas. Tintura de canella 4 grammas. Xarope de cc. de laranjas 30 grammas. Tome uma colher de duas em duas horas. Leite 500 grammas. Largo vizicatorio na parte posterior esquerda do thorax.

Dia 15.— A temperatura tem regulado sempre de 38° a 38°,6. O estado geral e local é o mesmo. O derramamento não se modificou.

Dia 17.— Applicou-se outro vezicatorio no mesmo lugar.

Dia 24.— O estado é o mesmo. Continúa a febre.

Prescripção.— Sulfato de qq. 60 centigrammas.

Dia 26.— Mesmo estado.

O Snr. Dr. Domingos de Góes praticou a thoracentese com o aspirador de Dieulafoy, retirando 580 grammas de liquido citrino, um pouco turvo, contendo muita albumina e fibrina. Mandou-se applicar um novo vezicatorio no lugar dos outros. Depois da operação a resonancia pela percursão tornou-se um pouco mais clara.

Ouve-se já a respiração, porém muito enfraquecida.

Dia 2 de Junho.— O doente vae muito bem, o derramamento não se reproduzio; já se ouve a respiração ainda que enfraquecida, está porém muito pallido e anemico.

Prescripção.— Vinho quinado ás refeições. Item. Licôr de peptonato de ferro ás refeições.

Dia 9.— Continuação as melhoras. Percebe-se um attricto no lado esquerdo do thorax.

Prescripção.— Cosimento de quina, vinho do Porto aã 100 grammas. Aguardente de canna, 60 grammas. Tintura de canella, Extracto molle de quina, aã 4 grammas. Xarope de cc. 30 grammas.

Dia 3 de Julho.— Alta, curado.

Observação de um caso de fistula pleuro-cutanea, consecutiva á operação do empyema

Operação d'Estlander praticada pelo Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos. — Cura

Antonio Tavares Camara, de côr branca, brasileiro, solteiro, morador á rua do Conselheiro Zacarias n. 5, de 19 annos de idade, remador, entrou para a enfermaria da 1^a cadeira de clinica medica, no dia 25 de Agosto de 1885, onde lhe foi destinado o leito n. 21.

Procedendo-se a indagações anamneticas, Camara referiu que se achava doente, havia quatro ou cinco mezes, consistindo os seus incommodos em tosse, dyspnéa, cansaço ao menor exercicio e febre sobretudo á tarde.

No dia 17 de Agosto de 1885, expondo-se a uma forte chuva, sentiu-se muito peor dos seus males, o que fel-o tratar-se com um medico morador nas proximidades da sua residencia; como, porém, não experimentasse melhora alguma, achou prudente tomar a iniciativa de recolher-se ao hospital da Misericordia.

Procedendo ao exame do doente, o preclaro professor conselheiro Torres Homem estabeleceu o seguinte diagnostico: tuberculose pulmonar incipiente e vasto derrame liquido na cavidade pleuritica direita. Foram prescriptas para Camara pilulas com esta fórmula:

Acido arsenioso.....	5 centigrammas
Extracto de genciana.....	} ãa 1,0
Dito de cicuta.....	

F. S. A. 3o pilulas. Tome 3 por dia.

Sobre cada pilula um calix de vinho quinado.

Fez-se applicar um vesicatorio na região postero-lateral direita do thorax.

As melhoras, resultantes dessa modificação, foram muito pouco notaveis, e a persistencia do derrame inter-pleurítico levou o mesmo professor a praticar a operação da thoracentese no dia 2 de Setembro; pela canula escoou-se um liquido de natureza francamente purulenta. Accommettido o doente de uma syncope pouco depois de iniciada a thoracentese, foi preciso suspender a operação. No dia seguinte o Sr. conselheiro Torres Homem convidou o Sr. Dr. Domingos de Góes para praticar a operação do empyema, que foi logo posta em execução, com a ripecia geralmente

reconhecida neste tão joven quão erudito cirurgião. Uma incisão, extensa de 3 centímetros entre a 7^a e a 8^a costellas, deu lugar á sahida de cerca de 2 litros de pús, trazendo em suspensão grande numero de pequenos fragmentos de falsas membranas.

Uma vez escoado o liquido e praticada a lavagem da cavidade pleurítica com uma solução forte de acido phenico, foi introduzido pela incisão um tubo de drenagem e applicado sobre a parte operada o curativo de Lister.

Camara passou muito mal a noite que se seguiu á operação do empyema, concorrendo poderosamente para isso vomitos frequentes que lhe sobrevieram.

No dia 4 foi-lhe prescripta a seguinte poção :

Hydrolato de valeriana.....	120,0
Tinctura de canella.....	4,0
Elixir de opio de Mac-Mund.....	1,0
Oxaloto de cerio.....	0,50
Xarope de cascas de laranjas amargas.....	30,0

M. e M. Tome uma colher de sopa de 2 em 2 horas.

Esta poção foi bastante para que o jantar desse dia não fosse repellido pelos vomitos.

As melhoras do doente marcharam lenta e progressivamente. A principio, logo depois da operação, os curativos faziam-se duas vezes por dia, mais tarde uma só vez e finalmente de dous em dous dias; curativos estes que consistiam sempre em abundantes lavagens phenicadas da cavidade pleurítica e renovação do curativo de Lister.

A 5 de Novembro o doente, sentindo-se relativamente forte, pediu e obteve alta, comquanto conservasse no ponto operado um orificio fistuloso, por onde escoava-se alguma serosidade.

Nessa occasião já o Sr. Dr. Domingos Góes nutria duvidas acerca da oclusão expotanea desse orificio fistuloso, visto haver passado a operação do empyema sua oportunidade necessaria. Ao operoso cirurgião parecia haver chegado o ensejo de praticar-se pela primeira vez entre nós a operação d'Estlander. Por espirito humanitario e por amor á sciencia, este illustre cirurgião aconselhou a Camara que o procurasse duas vezes por semana em seu consultorio, onde se lhe depararia tratamento conveniente para sua enfermidade. De facto, Camara seguiu sempre o conselho do Sr. Dr. Góes, em cujo consultorio appareceu regularmente durante os

mezes de Novembro e Dezembro de 1885 e Janeiro, Fevereiro, Março, Abril e Maio do corrente anno.

Emquanto curava seu doente o Sr. Dr. Góes, seguindo o processo que deixamos indicado na nossa dissertação, verificava que a cavidade pleurítica não podia conter mais de 40 a 45 grammas do liquido anti-septico que elle empregava para as lavagens da mesma.

No começo do corrente anno, o estado geral do doente tinha melhorado tanto que permittio-lhe empregar-se como caixeiro de um botequim.

No dia 24 de Maio, cêrca de nove mezes depois da operação do empyema, persistindo ainda a fistula pleurítica, resolveu o Sr. Dr. Góes praticar a operação d'Estlander.

Submettendo então o enfermo ao esclarecido exame medico do Sr. conselheiro Torres Homem, obteve deste a certeza de que era compativel com o processo operatorio o estado geral de Camara.

Depois de chloroformisado o doente com as cautelas exigidas por seu melindroso estado o eximio cirurgião traçou com um bisturi recto, na pelle da região lateral direita do thorax, nas proximidades da fistula e na direcção da linha axillar uma incisão parabolica, com a convexidade para baixo, de sorte a envolver o orificio da fistula e a cicatriz da operação do empyema, que se achavam então situados na região média do retalho, tendo este 6 centímetros para cada uma das maiores dimensões. Ficou descoberta a parede thoraxica revestida ainda de uma camada muscular.

Retomando o bisturi, traçou vigorosamente uma incisão sobre as partes molles adherentes á face externa da 7^a costella, destacando, em seguida, o periostio e os musculos que o revestiam em suas faces externa e interna e em seus bordos superior e inferior; com uma forte pinça curva de Liston, cortou em dous pontos a referida costella, e extrahio o segmento intermediario, na extenção de 4 centímetros. Depois de, pelo mesmo modo, haver extrahido 5 centímetros da 8^a costella, fez uma lavagem phenicada na cavidade pleurítica e duas suturas do retalho cutaneo: uma de sustentaculo, constituida por 6 pontos metallicos e outra de reunião, por meio de *cat gut*. Não foi feita a drenagem da cavidade.

No ponto operado applicou um curativo algodoado, havendo préviamente adoptado, sobre a cavidade accidental, uma pelota de algodão, com o intuito de facilitar a adhesão das duas folhas da pleura, por meio da compressão exercida pelo algodão.

O primeiro curativo só foi levantado no dia 27, ou tres dias depois da operação, visto nada haver que reclamasse sua substituição.

No dia 29 teve lugar o terceiro curativo, e, achando-se perfeitamente adherente o retalho, foram retirados os 12 pontos de sutura, continuando o curativo algodoado e a pelota compressiva.

O quarto curativo foi applicado no dia 3 de Junho, notando então o Snr. Dr. Góes que o retalho se tinha descollado na extensão de quasi um centimetro, tendo-se dado um *repuxamento* do mesmo retalho para a parte superior, proveniente de um brusco levantamento do braço. Renovou o curativo e immobilisou o braço com um lenço de Mayor.

Após a operação, o doente teve alguma febre apenas á tarde nos dias seguintes :

Maio	31.....	38°
Junho	1.....	38°,7
—	2.....	38°

No dia 8 de Junho foi concedida alta ao doente, por ser inconveniente sua demorada permanencia no hospital, tratando-se de individuo tuberculoso. Continuou, porém, sob a direcção clinica do Snr. Dr. Góes, que, em seu consultorio, lhe fazia os curativos duas vezes por semana.

Quinze dias depois, formaram-se dous pequenos abcessos ao nivel dos angulos da incisão, e um terceiro sobre o orificio cutaneo da antiga fistula. Esses abcessos se abriram expontaneamente, verificando o distincto operador, por meio de uma injeccão, que elles se achavam ligados por um trajecto fistuloso.

Suppondo que se tratasse de algum processo de osteite nas extremidades das costellas reseccadas, elle explorou-as com um estylete atravez do orificio inferior do trajecto fistuloso, verificando que realmente as extremidades anteriores dos arcos costaes reseccados achavam-se totalmente denudadas. Começou então a fazer injeccões de ether e iodoformio pelos tres orificios, obtendo o completo restabelecimento do doente em começos de Julho.

V15 / 271

PROPOSIÇÕES

Cadeira de physica medica

Da saccharimetria optica e sua importancia em medicina

I

Dá-se o nome de saccharimetria optica ao processo de analyse que tem por fim avaliar por intermedio da luz polarizada a quantidade de glycose contida em um liquido qualquer.

II

A saccharimetria optica é de uma importancia capital para o diagnostico da diabetis, comtudo, para que dê resultado é necessario que o liquido a analysar seja previamente descorado.

III

Os melhores saccharímetros são os de Soleil e Laurent.

Cadeira de chimica mineral e mineralogia

Do mercurio e seus compostos

I

O mercurio é um metal liquido ; encontra-se na natureza, seja em estado nativo, seja em combinação.

II

Dos compostos de mercurio os mais empregados na clinica são: o calomelanos, o sublimado corrosivo e os ioduretos.

III

Destes, o primeiro é um descongestionante por excellencia e os outros são importantes anti-syphiliticos. O bichlorureto de mercurio goza de grande poder antiseptico.

Cadeira de chimica organica e biologica

Quinina e seus derivados

I

A quinina, principio activo mais importante das quinas, é uma substancia branca, extremamente amarga pouco soluvel n'agua e muito soluvel no alcool, ether e chloroformio.

II

São numerosos os derivados da quina, porém, o mais importante é sem duvida alguma o sulfato de quinina.

III

O sulfato de quinina, sal que resulta da combinação do acido sulfurico com a quina, crystallisa em agulhas finas, brancas, flexives, inodoras e muito amargas.

Cadeira de botanica e zoologia medicas

Acção biologica da luz sobre as plantas e os animaes

I

O calor é um elemento indispensavel á vida dos seres organisados.

II

O calor em excesso, por tempo prolongado, póde produzir a morte dos vegetaes.

III

Nas regiões em que são abundantes os dous elementos — calor e humidade — a vegetação é rica e luxuriante, exemplo : cidade do Rio de Janeiro.

Cadeira de anatomia descriptiva

Coração

I

O coração, órgão central da circulação, situado obliquamente no mediastino anterior, é um musculo ôco, de forma conica e de base voltada para cima, para traz e para a direita.

II

Este órgão é dividido interiormente por dous septos, um horizontal e outro vertical, constituindo quatro cavidades destinadas as esquerdas ao sangue arterial, as direitas ao sangue venoso.

III

O peso do coração, um pouco maior no homem do que na mulher, é avaliado em cerca de 280 grammas.

Cadeira de histologia theorica e pratica

Da cellulogenesis

I

Toda cellula origina-se de outra pre-existente: *omnis cellula ex cellula.*

II

Na cellulogenesis, o nucleo representa o papel mais importante.

III

As cellulas se multiplicão por segmentação ou gemmulação, é este o modo de multiplicação o mais commum.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

Da innervação cardiaca

I

Os nervos que se distribuem no coração provém do pneumo-gastrico (*retardadores*) e do grande sympathico (*acceleradores*).

II

Além destes nervos, o coração possui ganglios, que formão um systema nervoso especial á esta região.

III

Estes ganglios são em numero de tres: o primeiro, ganglio de Remark ou ganglio do seio da veia porta; o segundo, ganglio de Bidder ou ganglio ventricular; o terceiro, ganglio de Ludwig ou ganglio auricular.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

Paludismo

I

As alterações macroscopicas mais frequentes do paludismo se assestão nas visceras abdominaes, principalmente no figado e no baço.

II

Estas alterações, a principio simplesmente congestivas, tornão-se muitas vezes o ponto de partida de processos morbidos mais serios.

III

O exame microscopico revela a existencia de pigmentos melânicos, no sangue de individuos, que aprentão a cachexia palustre.

Cadeira de pathologia geral

Da febre

I

A febre é um estado pathologico, caracterizado por uma elevação de temperatura acima de 38° e por perturbações de nutrição, circulação e innervação.

II

A febre ordinariamente é acompanhada de frequencia do pulso.

III

Em certas pyrexias ha discordancia do pulso e da temperatura.

Cadeira de pathologia medica

Febre amarella

I

A febre amarella é uma pyrexia infecto-contagiosa.

II

O vomito preto pode ser combatido e não tem a importancia que alguns medicos lhe dão.

III

A anuria prolongada alem de 24 horas é o symptoma mais aterrador da febre amarella.

Cadeira de pathologia cirurgica

Ferimentos por arma de fogo

I

Dá-se este nome aos ferimentos produzidos por projectis postos em movimento pela conflagração da polvora.

II

A fórma do orificio de entrada do projectil depende do estado de tensão ou distensão dos tecidos.

III

O orificio de entrada é, em geral, menor do que o de sahida.

Cadeira de materia medica e therapeutica, especialmente brazileira

Ferruginosos; sua acção physiologica e therapeutica

I

Os ferruginosos são agentes de primeira ordem da medicação tónica, exercem sua acção sobre o sangue.

II

Ha estados morbidos, que são rebeldes ás preparações ferruginosas, mas que cedem como por encanto, ás aguas ferruginosas.

III

As melhores do Brazil são as da fonte—D. Izabel—na poetica e florescente povoação de Caxambú (Minas); esta fonte é muito mais rica, do que suas congeneres as mais bem reputadas da Europa.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

Estudo chimico-pharmacologico das euphorbiaceas medicinaes

I

A familia das euphorbiaceas fornece-nos alem de outras plantas preciosas—o croton tiglium e a Johanezia princeps.

II

Da primeira se extrahe o oleo de croton muito empregado em medicina, principalmente em uso externo.

III

Da segunda se extrahe o oleo de anda-assú, que se emprega na doze de 10 gram. como magnifico purgativo.

Cadeira de hygiene e historia da medicina

Estudo historico da febre amarella no Rio de Janeiro

I

A febre amarella appareceu em Pernambuco pela 1ª vez em 1686; depois d'essa epocha remota reapareceu na Bahia em 1849, trazida pelo brigue norte-americano *Brazil*, procedente de Nova-Orleans, onde reinava epidemicamente esta molestia.

II

Em 27 de Dezembro do mesmo anno a barca americana—*Navarro*—, procedente da Bahia trouxe á cidade do Rio de Janeiro o germen da febre amarella.

III

Encontrando em nosso paiz as condições necessarias para o seu desenvolvimento aqui permaneceu, adormecendo na estação fria para acordar na estação quente e fazer suas victimas.

Cadeira e anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparatus

Talha hypogastrica

I

A talha hypogastrica ou lithotomia suprapubiana é a operação que tem por fim retirar os calculos vezicaes pela parede mediana da região suprabubiana.

II

Para que ella dê bons resultados é preciso que o cirurgião poupe o peritoneo, empregando processos especiaes que distendão o reservatorio urinario e approxime a sua parede anterior da parede abdominal.

III

Destes processos o que offerece mais vantagens é sem duvida o aconselhado por Petersen, que conseguiu com elle diminuir considravelmente a gravidade da operação da talha hypogastrica.

Cadeira de obstetricia

Eclampsia

I

A eclampsia é uma affecção caracterizada por accessos convulsivos dos musculos da vida de relação e, ás vezes, da vida organica, ordinariamente seguidos de abolição das faculdades sensoriaes e intellectuaes.

II

Ha diversas theorias para explicar a pathogenia da eclampsia: Uremia (Braun), urinemia (Peter), amoniemia (Frericks), nevrose (Smith e Dubois); uns admittem uma anemia cerebral, outros uma congestão cerebral, outros ainda uma anemia geral.

III

O symptoma mais importante da eclampsia é a albuminuria, que raras vezes falha.

Cadeira de medicina legal e toxicologia

Da asphyxia, seus meios e signaes

I

A asphyxia se diz por submersão quando o acesso do ar ás vias respiratorias é impedido pela immersão do corpo em um meio liquido qualquer.

II

A pallidez da pelle não é constante em todos os casos de asphyxia por submersão.

III

A presença d'agua no estomago nos leva a crer que a morte se deu por submersão.

Primeira cadeira de clinica medica de adultos

Do valor da microscopia no diagnostico e tratamento das molestias do dominio da pathologia interna

I

O exame microscopico da urina é de vantagem incontestavel para o diagnostico das nephrites.

II

O exame microscopico do sangue é de importancia capital para o diagnostico differencial das cachexias.

III

Para o estudo e conhecimento das molestias parasitarias o exame microscopico é absolutamente necessario e indispensavel.

Segunda cadeira e clinica medica de adultos

Diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrhoses hepaticas

I

Ha duas especies principaes de cirrhoses—atrophica e hypertrophica; existem formas intermediarias complicando as duas especies principaes e designadas em geral sob o nome de cirrhose mixta.

II

A cirrhose atrophica é caracterisada por um figado pequeno, disforme de coloração azul, amarella ou parda. Os symptomas vagos a principio, se manifestão depois por—hemorrhagias, augmento do baço, ascite e circulação collateral das paredes do abdomem.

III

A cirrhose hypertrophica é caracterisada pelo desenvolvimento exagerado do figado. Os symptomas são: perturbações dyspepticas vagas a principio, depois ictericia com accessos congestivos do lado do figado, diminuição de urea nas urinas, hypertrophia do baço coincidindo com a do figado, ausencia de ascite e de circulação venosa abdominal.

Primeira cadeira de clinica cirurgica de adultos

Do tratamento das fracturas expostas

I

Em uma fractura exposta, a primeira indicação é convertel-a em uma fractura sub-cutanea, procurando alcançar, tanto quanto possivel a união da solução de continuado por primeira intensão.

II

O simples apparelho contentivo emquanto a união das partes molles se não tem estabelecido, seguido de apparelho amidonado ou do silicilado composto, quando a união dessas partes se tiver operado é o mais conveniente tratamento das fracturas expostas.

III

Nas fracturas expostas que põem em communicação a articulação com o exterior, raras vezes, a amputação deixa de ser indicada.

Segunda cadeira de clinica cirurgica de adultos

Das applicações da electricidade á clinica cirurgica

I

A electricidade pode ser empregada com exito em cirurgia: em certas paralyrias da bexiga que produzem retenção de urina; em casos de paralyria do sphincter anal que se traduz pela queda do recto.

II

Nas pseudarthroses, nos aneurismas, nas collecções liquidas, emprega-se com muito successo a electropunctura; nos estreitamentos de urethra emprega-se a eletrolyse.

III

Emfim com a galvanocaustia faz-se secções tão nitidas, como com o bistouri, tendo a vantagem de sustar a hemorrhagia e modificar vantajosamente os tecidos doentes.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum denunciant.
(Sect. 2^a aph. 3)

II

Qui morbo laterali laborant, nisi intra dies quatuordecim repungentur, us in suppurationem deponitur.
(Sect. 5^a aph. 8)

III

Qui spumanten sanguinem sputo rejiciunt, iis ex pulmone educitur.
(Sect. 5^a aph. 13)

IV

Qui ex morbo laterali suppurati fiunt, si intra dies quadraginta, ex quo ruptio facta est, repurgentur, liberantur, alioque in tabem transeunt.
(Sect. 5^a aph. 15)

V

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

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ vero ignis non sanat, in curabilia judicare oportet.
(Sect. 7^a aph. 87)

Esta these está conforme os estatutos.

Rio de Janeiro 31 de Agosto de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Bernardo Alves Pereira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.