

1074

1902

Joaquim Augusto Coelho da Rocha

N.º 7

BREVE ESTUDO

SOBRE O

Pneumothorax

E

SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRENSA COMMERCIAL

29—Rua da Conceição—37

1902

109/7 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedratcos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica.	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira — Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira — Hygiene	João Lopes da S. Martins Junior.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	} José d'Andrade Gramaxo.
	} Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	} Pedro Augusto Dias.
	} Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	} José Dias d'Almeida Junior.
	} José Alfredo Mendes de Magalhães.
Secção cirurgica	} Luiz de Freitas Viegas.
	} Vaga.

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155).



À SAUDOSA MEMORIA

DE

Men Pae



A MINHA SANTA E BOA

Mãe

Nunca esquecerei os vossos carinhos e dedicação.

A MINHAS IRMÃS

Maria

Julia

Luiza e

Carolina

Às boas, dedicadas e generosas
irmãs a minha immensa gratidão.

A MEU IRMÃO

Antonio

Um abraço.

A meu Tio, Padrinho e Amigo

Dr. Joaquim Antonio Coelho da Rocha

Dig.^{mo} Juiz na Relação do Porto

É com o maior prazer que deposito nas vossas mãos a prova final do meu curso, não como recompensa dos vossos sacrificios e dedicação, que não podem ser pagos, mas como testemunho da minha eterna gratidão.

A minha presada Tia

D. Eliza Aurora Sarmiento de Castro Portugal

Um beijo do vosso

QUIM.

A meu Primo e dilecto amigo

Serafim Ferreira Alves Basto

De ninguem tenho recebido tantos favores nem tantas provas de estima.

Ao vosso cavalheirismo a minha indelevel gratidão.

A meu Tio e muito amigo

Antonio d'Almeida Porto Junior

Um abraço.

A MINHA TIA E MADRINHA

D. Iniza Augusta Coelho da Rocha

A MEU TIO

EX.^{mo} SNR.

Dr. Joaquim Pereira Magalhães

Dig.^{mo} Juiz da Relação

A MEUS PRIMOS

Dr. João Pereira de Magalhães

Alberto Pereira de Magalhães

Tributo de sympathia e de reconhecimento.

AO ILL.^{mo} EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio Simões dos Reis

Nunca esquecerei os vossos favores.

AO MEU PARTICULAR AMIGO

CARACTER LEAL E FRANCO

Arthur Martiniano Freitas de Carvalho

Um abraço.

AO MEU VELHO AMIGO

Dr. Alberto Alves de Freitas

Um abraço.

AOS MEUS PARENTES

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONDISCIPULOS

De todos vós me separo com sa-
dade.

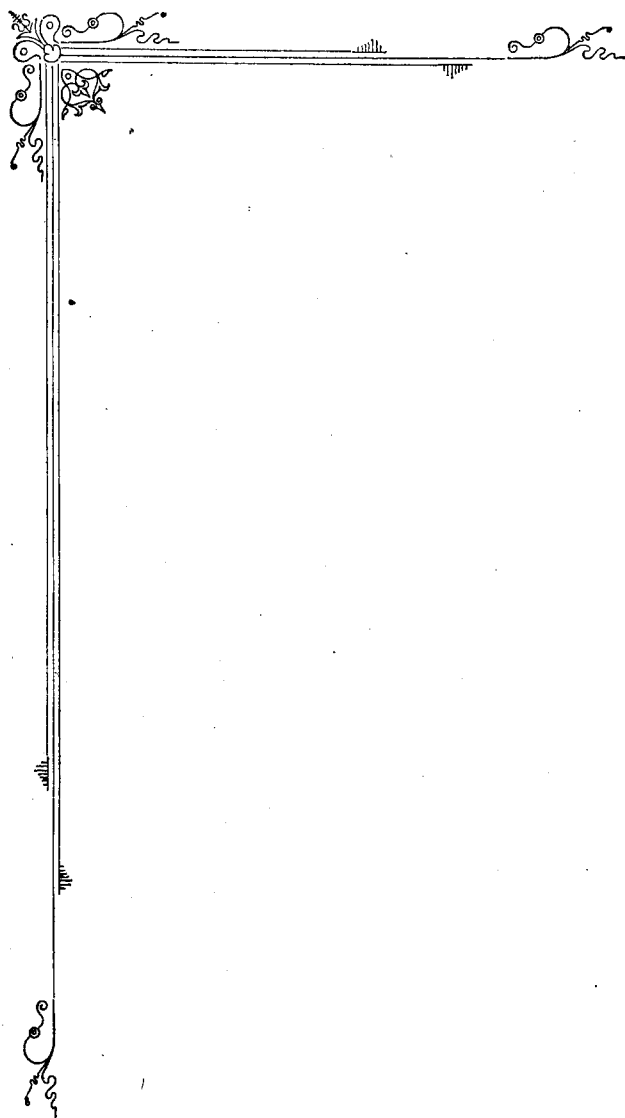
AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AO DIGNISSIMO PRESIDENTE DA MINHA THESE

O ILL.^{mo} EX.^{mo} SNR.

Conselheiro Oliveira Monteiro

Tributo de reconhecimento.



Já no meu 5.º anno e ainda o assumpto (*ad libitum*) que devia servir de thema para esta minha ultima prova estava por escolher. Não falhavam elles, nem ao meu espirito, já tão preocupado com os innumerados trabalhos do 5.º anno, esquecia o cumprimento da lei.

A exiguidade, porem, das minhas forças, o pouco tempo de que dispunha para compulsar trabalhos de grande alcance e ainda o proposito que fizera de apresentar um trabalho pratico, limitavam muito o campo da minha escolha.

Aconteceu entrarem durante o anno, para a enfermaria de clinica medica, dois casos de pyo-pneumothorax e um de hydro-pneumothorax; segui-os de perto e estudei-os cuidadosamente com o valioso auxilio do muito digno professor Dr. Azevedo Maia.

Foi um estudo difficil e onde a cada passo encontrei pontos obscuros e sobre os quaes ain-

da hoje se debatem opiniões dos mais auctorizados auctores.

Era, porem, um assumpto pratico, circumstancia esta para mim de muito valor; por outro lado o tempourgia e era preciso resolver. Decidi-me, então, pelo estudo do pneumothorax. Não vae o assumpto tratado como merecia pela sua importancia, bem o sei—hade ter deficiencias e erros, mas se está bem ou mal feita é ao illustradissimo jury, que hade julgar d'esta minha ultima prova, que compete dizel-o e perante o qual eu não tenho outro desejo, senão de merecer-lhe a mesma benevolencia que já por outras vezes me tem dispensado.

Pneumothorax

O *pneumothorax* é constituído pela existencia d'uma certa quantidade de gaz na cavidade pleural. Se a este gaz se junta um liquido sero fibrinoso temos o *hydro pneumothorax*, se houver pus o *pyopneumothorax* e se houver sangue o *hemopneumothorax*.

Historia

O *pneumothorax*, comquanto fôsse conhecido dos antigos, só ultimamente foi introduzido na sciencia, principalmente com a these de Itard, em 1803, intitulada, *Dissertação sobre o pneumothorax ou as collecções gasosas que se formam no peito*.

Itard, porém, não introduziu na sciencia uma coisa nova, mas sim uma palavra. O conhecimento d'esta doença era já do tempo de Hippocrates, estando ainda hoje o seu nome ligado a ella (*succussão hippocratica*).

Primitivamente, o conhecimento d'esta doen-

ça não tinha interesse senão debaixo do ponto de vista do diagnostico e prognostico; hoje, com as novas indagações, tem-se dado á symptomatologia do pneumothorax uma importancia muito mais ampla. Pelos trabalhos de Weil podemos distinguir muitas formas diferentes de pneumothorax clinicamente reconhecidas de prognostico e tratamento tambem diferentes.

A noção de vasio no peito já existia no tempo de Hippocrates e o ruido de fluctuação thoraxica encontra-se no capitulo das pleurisias de Ambroise Paré.

Assim, este auctor descreve n'esse capitulo um caso de empyema em que o doente sentia ao menor movimento um ruido que se assemelhava ao produzido por um liquido que se agita dentro d'uma amphora. Este mesmo ruido foi observado por Fanton, Mauchart, Wolf, Willis e Morgagni em outros doentes. Já em 1648 a *thoracentese* foi praticada por Riolan em casos em que só havia gazes e não liquidos. Combalusier (no seu tratado dos ventos) conta que Ribeyrac obteve a cura d'um doente que julgava com empyema, e que pela *thoracentese* verificou não existir, mas sim ar que se escapou com ruido. Mais tarde, em 1759, Meckel n'uma autopsia que fez a um soldado, observou que do lado direito do thorax em vez de sair pus ou agua, como esperava, se escapou ar, com ruido, pela incisão e o pulmão ficou fortemente retrahido, deixando um vasio.

Em 1767, W. Hewson procedendo a uma

autopsia, encontrou um derrame gasoso consecutivo á fractura d'uma costella do lado direito. Selle n'uma outra autopsia observou um derrame gasoso á esquerda e tuberculos no pulmão direito.

As observações de W. Hewson e Selle são, emfim, confirmadas por Itard que publica alguns casos de observação pessoal, relativamente a derrames gasosos na pleura. Emfim, Laënnec (1819) no seu *tratado de auscultação mediata* faz uma descripção magistral do pneumothorax que não tem sido excedida pelos numerosos auctores que tem tratado este assumpto.

Etiologia

Creio que não ha descripção mais completa das causas etiologicas do que a que apresenta W. Walshe no quadro seguinte:

Segundo este auctor:—as diversas condições reaes ou suppostas da producção do pneumothorax podem ser classificadas assim:

- | | |
|---|---|
| | 1.º Gangrena da pleura |
| | 2.º Decomposição chimica do liquido da pleura |
| 1.º Sem communicação entre a pleura e o ar exterior | 3.º Ar substituindo um derrame sero-purulento subitamente reabsorvido |
| | 4.º Secreção gazosa da pleura. |
| 2.º Communicação entre a pleura e o canal alimentar | Rotura do esophago na pleura. |

3.º Comunicação com o
ar exterior por uma
abertura das paredes. } Feridas penetrantes do peito.

4.º Comunicação entre o sacco pleural e os bronchios

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| A. Traumática | { | 1.º Laceração do pulmão por
fragmentos d'uma fractura
de costellas
2.º Violenta contusão lacerando
o pulmão sem fractura de
costella. |
| B. Perfuração cen-
trifuga | { | 1.º Tuberculos
2.º Gangrena
3.º Apoplexia pulmonar diffusa
4.º Hydatides
5.º Cancro
6.º Emphysema
7.º Abcesso do pulmão
8.º Rotura n'um accesso de tos-
se
9.º Ganglio bronchico escavado,
abrindo-se nos bronchios e
na pleura
10.º Syphilis pulmonar. |
| C. Perfuração cen-
tripeta | { | Empyema
Abscessos das paredes. |

Com referencia ás causas etiologicas da primeira cathegoria, direi que estão hoje postas de parte e que o maior numero de vezes os pneumothorax que se lhe attribuiam, tinham por causa uma perfuração que escapava a um exame menos minucioso, ou, o que é muito admissivel, essa perfuração estava obstruida ou cicatrizada. E' assim que eu na minha observação I não pude encontrar perfuração.

Um dos meios de evitar este erro consiste em metter o pulmão n'um vaso d'água, insufflar-o por um grosso bronchio; se o ar não sair a conclusão a tirar é que actualmente não existe perfuração.

Relativamente ás causas da 2.^a ordem, podemos dizer que são rarissimas.

A perfuração do esophago, resultante quer d'um caustico, quer d'um catheterismo intempestivo, podem produzir um duplo pneumothorax.

A perfuração do estomago, resultante do cancro ou d'uma ulcera, póde produzir tambem pneumothorax.

As causas da 3.^a ordem são mais frequentes, sendo estas e as da 4.^a ordem que vamos tratar mais detalhadamente.

Estas duas cathegorias ainda podem ser divididas em chirurgicas e medicas ou traumaticas e não traumaticas. As feridas penetrantes simples, isto é, interessando simplesmente o folheto parietal e respeitando o folheto visceral, são muito raras e quando se produzem, difficilmente dão origem ao pneumothorax, em virtude da adhesão normal dos dois folhetos.

Forlaminí nos seus trabalhos para a cura da tuberculose pela producção do pneumothorax teve de perfurar a pleura parietal e injectar ar na cavidade pleural, sem o que não se obtinha o pneumothorax.

As feridas penetrantes attingindo ao mesmo tempo o pulmão podem produzir o pneumothorax. Este, porém, não se realiza se o pulmão é ferido por um trocate ou agulha fina e também se houver adherencias pleuraes; n'estes casos apenas se observa emphysema subcutaneo.

As fracturas das costellas podem dar também origem ao pneumothorax, nas seguintes condições:

- 1.^a que haja rotura da pleura visceral.
- 2.^a que no logar onde se der a rotura não haja adherencia das pleuras.

N'este ultimo caso póde formar-se um emphysema subcutaneo e coexistir com o pneumothorax.

A contusão e a compressão do thorax podem também produzir o pneumothorax pela rotura do pulmão, mesmo sem haver ferida ou fractura de costellas.

A pleurotomia póde, quando dirigida contra um empyema, dar também origem ao pneumothorax.

Isto póde também acontecer, quando vamos procurar um abcesso, uma caverna, um foco gangrenoso ou um kysto hydatico do pulmão ou do figado e não encontramos adherencias protectoras.

Causas não traumaticas

O esforço tem grande influencia na produção do pneumothorax: assim, ao esforço que se

faz para levantar um peso, ao vomito, á tosse quintosa, ao coito repetido em excesso, etc., (ob. n.^{os} 1 e 3), tem succedido muitas vezes o pneumothorax.

Uma observação convém fazer: é que raramente se tem notado o pneumothorax nas creanças atacadas de coqueluche e nunca em mulheres parturientes, ao passo que, é muito vulgar encontrar-se, em um e outro caso, emphysema cervico-subcutaneo. O esforço não será antes uma causa secundaria?

Julgamos poder affirmar que existia ou um tuberculo amollecido, ou um grupo de vesiculas emphysematosas.

Se o emphysema pulmonar prepara a rotura em algumas creanças atacadas de coqueluche, não é menos verdade que lhe cabe igual responsabilidade nos individuos adultos, reputados sãos, mas que serão provavelmente emphysematosos latentes.

Em 1826, Devilliers comprovou com muita clareza aquelle facto, e desde então as observações tem augmentado. Assim se comprehendem casos de pneumothorax em individuos pneumonicos, broncho-pneumonicos, pleureticos e mesmo em alguns tuberculosos.

Nos grandes emphysematosos, ordinariamente velhos, ainda é muito raro observar-se o pneumothorax, e esta immundade relativa depende talvez do esforço violento se propagar egualmente a todas as vesiculas, emquanto que nos casos de emphysema parcial a totalidade de

energia accumula-se n'um só ponto. O emphysema subcutaneo tambem é muito raro n'estes individuos.

A gangrena pulmonar, na estatistica de Saus-sier figura na percentagem de 5,3 % e na de Biach 7 %.

A syphilis pulmonar foi demonstrada por Se-vestre, os kystos hydaticos do pulmão por Wil-liams, Fouquier e Mercier, como sendo tam-bem causas frequentes do pneumothorax.

Enumeração e estatistica das causas mais habituaes do pneumothorax

Tuberculose

Chegamos, finalmente, á causa que mais ca-sos produz e para o confirmar, bastam-nos as estatisticas de Saussier que dão 62 %, Alois Biach 78 % e West 90 %.

A estatistica de West parece ser a mais ap-proximada, porque os pneumothorax não tuber-culosos são quasi sempre divulgados, emquanto que os tuberculosos, como vulgares, ficam na sombra.

E' facil de comprehender a effracção dos tuberculos amollecidos, situados á superficie do pulmão, que não sejam protegidos por uma pleura espessa ou adherente.

As lesões tuberculosas recentes, parecem ter mais responsabilidade na producção do pneu-

mothorax do que as lesões avançadas, por isso que é n'estas que se encontra a symphise pleural. E tanto assim é que o pneumothorax constitue muitas vezes o symptoma inicial d'uma tuberculose latente.

Relativamente ao lugar onde se produz a perfuração por effracção dos tuberculos, para uns, (Walsh, Weil, West) é na parte medio lateral do lobo superior, para outros (Bier) é ao nivel das 3.^a e 4.^a costellas, finalmente, G. Sée, diz ser entre o bordo anterior do pulmão e a linha axillar.

As perfurações podem ser multiplas e é assim que West contou quatro em um caso e seis em outro. Estas perfurações são muitas vezes occultas por falsas membranas.

A maior frequencia da tuberculose pulmonar á esquerda já permittia suppor que o pneumothorax seria mais frequente d'este lado e é com effeito o que nos confirmam as estatisticas. Assim, Reynaud em 70 casos notou que o pneumothorax era esquerdo 41 vezes, direito 27 e duplo duas vezes.

Estudo estatistico do pneumothorax na tysica

As estatisticas dos hospitaes de Vienna dão somente 1 pneumothorax por 100 nos tysicos e outras chegam á proporção de 3 e 4 %, o que leva a concluir que o pneumothorax é raro na tysica. Devemos notar que isto não é rigorosamente verdadeiro. Não repugna admittir que

uma grande parte dos tysicos sae dos hospitaes logo que encontra algumas melhoras, morrendo mais tarde quando não é possível fazer-se-lhe o exame.

Se, porém, estabelecermos como G. Sée, a proporção relativa aos tysicos que morrem nos hospitaes, acha-se uma proporção de 10 0/0, proporção talvez um pouco exagerada.

Epocha da apparição

Weil dá a este respeito indicações muito particulares.

Assim, em 46 casos que apresenta diz ter observado o pneumothorax em:

2 casos antes do fim do 1. ^o mez			
11	»	no curso dos 3 1. ^{os} mezes	
17	»	»	» 4 aos 12 mezes
7	»	»	» 12 aos 24 »
8	»	»	» 3 a 6 annos
1	»	»	ao 11. ^o anno

Podemos concluir, d'esta estatistica, que o pneumothorax é relativamente raro nos primeiros mezes e tambem dos 6 annos por deante.

Comprehende-se que assim seja, no 1.^o caso, por não haver amollecimento dos tuberculos e no ultimo, por já se terem formado muitas adherencias impedindo a entrada do ar na cavidade pleural.

A raridade nos primeiros mezes depende da marcha da doença, pois a sua maior ou menor

rapidez traz tambem o amollecimento do tuberculo.

As indagações de Weil e G. Sée, dizem que é quasi sempre na tysica aguda que se encontra o pneumothorax e quando apparece na tysica chronica é devido a um accesso agudo.

O *empyema* causa muitas vezes a vomica, principalmente quando elle é interlobar, enkystado e diaphragmatico. No emtanto, a vomica nem sempre é seguida de pneumothorax; a fistula broncho-pleural pôde estar de tal modo disposta, bem como a sua valvula, que permitta a sahida do liquido e não a entrada d'este ou do ar na cavidade pleural.

Influencia da idade

Segundo a estatistica de West o pneumothorax é mais frequente dos 15 aos 35 annos, sendo precisamente n'estas edades que a tuberculose mais victima.

Esta estatistica refere-se a 98 casos repartidos da seguinte forma:

Até 15 annos.....	3 casos	
de 15 a 20 »	13 »	} 83
» 20 a 25 »	33 »	
» 25 a 30 »	22 »	
» 30 a 35 »	15 »	
» 35 a 40 »	8 »	
» 40 a 60 »	4 »	

Não se julgue, porém, que esta estatística se refere só a individuos tuberculosos, refere-se tambem a pneumothorax traumaticos e por esforço; e é precisamente n'esta idade (15 a 35) e muito principalmente na Inglaterra, paiz do *sport*, que mais pneumothorax apparecem.

Galliard em 1892 reuniu 37 observações das quaes 20 lhe foram fornecidas por medicos inglezes.

Influencia do sexo

Muitos auctores dão á mulher uma parte muito fraca no pneumothorax.

Drasche, invocando estatisticas pessoases, diz que o pneumothorax apparece mais no homem do que na mulher.

Galliard revolta-se contra este modo de vêr, e diz que se encontramos maior numero de casos em homens é porque entram nos hospitaes mais homens tuberculosos do que mulheres, e sustenta que este accidente tem uma frequencia pouco mais ou menos igual nos dois sexos.

A sua estatística de 1896 mostra que em

2:253 homens tuberculosos houve:

25 pneumothorax (1,11 %)

1:162 mulheres tuberculosas houve:

11 pneumothorax (0,94 %)

Formas de pneumothorax

Em clinica podemos considerar *tres* formas de pneumothorax:

1.^a O ar pode penetrar na pleura a cada inspiração e sair a cada expiração; ha, pois, comunicação livre entre a cavidade pleural e o exterior; o pneumothorax n'este caso chama-se, *aberto*.

2.^a O ar penetra na inspiração, mas o trajecto de saída é fechado por uma valvula; n'este caso é *valvular*.

3.^a A perfuração está fechada definitivamente por depositos fibrinosos ou por falsas membranas, ou ainda por se ter feito uma verdadeira cicatrização. N'este caso persiste o pneumothorax sem comunicação com o exterior; chama-se *fechado*.

A oclusão pode ser permanente ou transitoria, conforme o tecido da cicatriz resiste ou se rompe debaixo de qualquer influencia, e é assim que um pneumothorax fechado se pode transformar rapidamente em pneumothorax aberto ou mesmo valvular.

Pressão dos gazes na pleura

No pneumothorax aberto a pressão da cavidade pleural é igual á pressão atmospherica. Comprehende-se que assim seja, pois o ar communica livremente pela fistula pulmonar

ou thoraxica com o exterior e equilibram-se as pressões.

No pneumothorax valvular, o ar penetra na cavidade pleural, mas não pode sair, e assim a pressão é superior á pressão atmospherica. Com effeito, os movimentos do thorax produzem uma verdadeira aspiração e por outro lado pode formar-se na parte inferior da cavidade um derrame liquido que repilla o ar para a parte superior.

E' evidente que a cada movimento de inspiração, a pressão intrapleural augmenta, mas attingindo um certo limite a fistula fecha-se, augmentando a pressão pleural. Se a cavidade augmenta tambem e a fistula não se pode abrir, ou porque as falsas membranas a obturam, ou por se terem formado adherencias, a pressão diminue.

Portanto, no pneumothorax valvular a pressão pode ser igual, maior ou menor do que a pressão exterior. No pneumothorax fechado a pressão pode ser inferior ou superior á pressão exterior.

Uma pressão maior não tem significação alguma, mas uma pressão menor indica sempre pneumothorax fechado. E' evidente que este abaixamento das pressões só pode persistir enquanto não houver comunicação alguma entre a pleura e a atmosphaera. Sem isto, o equilibrio estabelecer-se-hia immediatamente.

Não é uma simples curiosidade de physiologia pathologica o saber-se qual a pressão inter-

pleural; o conhecimento d'esta pressão e da natureza do derrame, são indicações muito vantajosas, dando-nos valiosos elementos para nos decidirmos sobre a forma do tratamento.

Phenomenos de visinhança

O pneumothorax não se forma sem que se desloquem os órgãos vizinhos.

O coração, o figado, o estomago e ainda segundo alguns auctores, o baço, são deslocados mesmo no pneumothorax aberto.

Concebe-se que certas formas de pneumothorax sejam mais proprias para produzir estas deslocações. Assim, o pneumothorax fechado e depois d'este o valvular podem apresentar uma tensão gasosa consideravel. São, pois, capazes de produzir estes deslocamentos mais facilmente do que o pneumothorax aberto.

E', porém, um facto de observação, que o coração se desloca mesmo no pneumothorax aberto, e este facto na apparencia paradoxal tem a sua razão de ser na differença de tensão que existe entre a pleura doente e a pleura sã.

Symptomatologia

Geralmente o pneumothorax principia bruscamente ou em seguida a um ataque de tosse ou a um esforço. Uma dôr extremamente viva dá o signal de alarme, dôr angustiosa, que persiste durante muitas horas e mesmo dias.

Esta dôr é exasperada com os movimentos e d'aqui resulta a immobildade absoluta do doente que não faz um gesto, nem pronuncia uma palavra.

A esta dôr junta-se uma grande dyspnêa, que é quasi sempre o phenomeno predominante.

Em alguns casos, porém, a dôr e a dyspnêa manifestam-se insidiosamente, augmentando gradualmente, sem que isto faça prever a existencia do pneumothorax.

O diagnostico, portanto, é uma surpresa para o medico.

Como fica dito, a dyspnêa acompanha, a maior parte das vezes, a pontada. Os doentes sentem-se de tal modo asphyxiados, que jul-

gam que uma apertada faixa lhes comprime o peito, que um peso enorme os esmaga; instinctivamente põem em acção todos os musculos inspiradores e com a maior anciedade procuram o ar livre.

O facies d'estes doentes é muito caracteristico;—exprime grande soffrimento: olhos salientes e muito abertos, agitação das azas do nariz, cyanose da face e suores frios. As inspirações são rapidas e breves, as palavras interrompidas, a voz apagada e fraca.

Se sobrevem um ataque de tosse é secca e muito penosa. O pulso é pequeno e rapido.

A orthopnêa é mais intensa no pneumothorax bilateral, podendo produzir rapidamente a morte.

Se o pulmão do lado opposto ao pneumothorax está tambem lesado a orthopnêa é do mesmo modo intensa.

A temperatura eleva-se a 38°, 39° e 40°.

Algumas vezes, a simples inspecção já nos indica alguma coisa, mas essas indicações são mais ou menos caracteristicas, segundo o grau maior ou menor da dyspnêa.

A attitude do doente depende da dyspnêa e o decubito lateral dá-se sempre sobre o lado do pneumothorax.

A inspecção ainda nos mostra a immobillidade do lado doente. Tambem mostra a pelle muito distendida e percorrida por uma circulação supplementar, indicando uma difficuldade de circulação profunda.

A palpação fornece tambem alguma coisa de importante, completando ou confirmando os symptomas fornecidos pela inspecção.

Percussão

Os conhecimentos que a percussão nos dá no estudo e diagnostico do pneumothorax, variam com as condições em que elle se produz, com a localisação e com a tensão que apresenta.

Se o pneumothorax é total, ou se occupa um grande espaço na região posterior do thorax, a percussão dá um som exagerado, uma especie de amphorismo metallico.

Uma caverna de largas dimensões, tambem dá um som semelhante, mas mais elevado e com um timbre muito parecido com o d'uma panella rachada.

O *tympanismo* não é constante; falta muitas vezes quando o pneumothorax é limitado e situado na parte anterior do thorax.

O timbre amphorico metallico, n'estes casos, não se produz e a sensação obtida não difere da que se sente, percutindo o thorax normal na região infra-clavicular.

Pode-se outras vezes obter um tympanismo muito semelhante ao d'uma região emphysematosa. Outras vezes, ainda, a resonancia é menor do que a normal e de tom mais elevado, approximando-se do som sub-baço.

Pelo que fica dito, no pneumothorax pode

encontrar-se uma série de sons, desde o amphorismo propriamente dito, ao som baço.

O *tympanismo* tinha, antes da descoberta da auscultação, um grande valor e era para Bayle e Itard o symptoma por excellencia.

A percussão não permite sómente medir a extensão da cavidade gasosa, indica também a quantidade de liquido pleuretico derramado.

Este liquido completamente livre em uma cavidade que não enche, precipita-se para as partes em declive e a linha horisontal que limita a sua superficie desloca-se rapidamente com a posição do doente, indicando a percussão a situação da linha e os deslocamentos que elle experimenta.

Auscultação

E', sem duvida, pela auscultação que se obtém o melhor symptoma do pneumothorax.

Se, depois de percutir o thorax, não se encontrar murmurio respiratorio do lado em que ha maior resonancia, pode affirmar-se que ha pneumothorax.

Laënnec diz muito cathegoricamente: deem-me estes dois signaes:—tympanismo e silencio,—e eu não hesitarei; com todos os outros symptomas não ousarei affirmar o meu diagnostico.

Comprehende-se que o silencio não seja absoluto no pneumothorax parcial.

Sopro amphorico

O sopro amphorico é um phenomeno acustico, muito facil de reproduzir artificialmente soprando n'um vaso de bocca larga e com algum liquido.

E' tão caracteristico que basta ouvil-o uma vez para nunca mais o confundir.

A intensidade d'este sopro é muito variavel e chega a ser muito pouco perceptivel, sendo preciso ter o ouvido muito educado para o perceber. Outras vezes é tão nitido que se impõe ao ouvido como o sopro tubar.

E' certo que o sopro amphorico tambem se encontra nas grandes cavernas *pulmonares* e nos grandes derrames *pleureticos*, e n'aquellas tão semelhante ao do pneumothorax que é muitas vezes difficil distinguil-o. Mas, para que uma caverna pulmonar dê sopro amphorico, é preciso que seja muito extensa e que esteja vasia ou quasi vasia.

Além d'isso, todas as duvidas desaparecem pela presença ou ausencia das vibrações thoraxicas; no pneumothorax observa-se sempre uma dilatação e na caverna uma depressão, e as vibrações thoraxicas são abolidas ao nível do pneumothorax e conservadas ou reforçadas ao nível das cavernas.

O sopro amphorico observa-se nos grandes derrames pleureticos e só se ouve no espaço escapulo-vertebral, por estar o pulmão encos-

tado á columna vertebral. Em qualquer outra parte não é possível ouvir-se; no pneumothorax, porém, pode perceber-se em qualquer ponto.

Este symptoma, que nem sempre se observa no pneumothorax, é muito frequente.

Ao sopro amphorico pode juntar-se a tosse e a voz amphorica.

Tinido metallico

E' mais inconstante do que o sopro amphorico. Este ruido é semelhante ao que se produz, deixando cair n'um vidro, n'um ferro ou n'um fragmento de porcellana um grão de chumbo ou areia.

Este symptoma é facil de obter, mandando sentar o doente, e applicando rapidamente o ouvido ao peito.

Este tinido resulta, para Laënnec, da queda d'uma ou mais gottas que ficaram adherentes á parte superior da pleura depois do deslocamento do derrame, julgando indispensavel para que elle se produza: 1.º a coexistencia d'um derrame seroso ou purulento da pleura; 2.º a presença d'um tracto fistuloso que faça communicaçao a pleura com os bronchios.

Ruido de bronze

Trousseau considera este symptoma como pathognomonic, e indica o seguinte modo de o obter:

«Colloque-se uma moeda no peito, percuta-se esta com outra e com o ouvido applicado no ponto diametralmente opposto, ouve-se um ruido metallico agudissimo, que é o *ruido de bronze*.

Este symptoma não passou despercebido a Laënnec que o conhecia muito bem e ao qual dava muito valor.

«Auscultae, dizia elle, com o stetoscopico e percuti em differentes pontos o thorax, obtereis uma resonancia semelhante á d'um tonel vazio, misturada com tinido metallico.»

Para se ouvir, porém, o ruido de bronze não é preciso collocar o ouvido no ponto diametralmente opposto áquelle que se percutie;—ouve-se indistinctamente em qualquer ponto.

«Galliard não considera este symptoma como pathognomônico, nem constante, por o não ter encontrado em muitos pneumothorax e tel-o visto em abcessos gasosos infra-phrenicos.

PNEUMOTHORAX BILATERAL

Existe, mas é muito raro. A estatistica de Galliard dá, em 36 casos, um só bilateral, sendo 14 do lado direito e 21 do esquerdo.

Andral registou 70 casos e só 2 foram bilateraes; os outros foram 41 do lado esquerdo e 27 do direito.

No caso de pneumothorax bilateral, a morte é rapida e com angustia terrivel.

Tambem raramente se dá o pneumothorax nos dois lados ao mesmo tempo; apparece n'um lado e mais tarde do lado opposto.

HEMO-PNEUMOTHORAX

O hemo-pneumothorax succede ás feridas largas do pulmão ou da parede que dão grandes hemorragias.

Além da hemoptyse, que pode ou não sobrevir, e da anemia consecutiva, observamos localmente som baço na base do peito e ás vezes gorgolejo ao nível da laceração pulmonar.

O ruído de succussão só apparece tarde, quando a sorosidade do sangue se separa do coagulo.

No principio, o sangue coagulando em massa torna impossivel a succussão hypocratica.

O hemo-pneumothorax algumas vezes transforma-se em hydro ou em pyo-pneumothorax.

HYDRO-PNEUMOTHORAX

O pneumothorax simples é rarissimo; a maior parte das vezes, ou se trata d'um hydro ou d'um pyo-pneumothorax que resultam d'uma pleurisia consecutiva.

Estes derrames serosos que se juntam ao derrame gasoso teem um symptoma muito caracteristico—*succussão hypocratica*.

Para se conhecer este phenomeno é preciso applicar o ouvido ao thorax do doente e mandal-o executar movimentos lateraes. Ouve-se então um vascolejo que se pode comparar ao que se obtem quando agitamos uma amphora meio d'agua.

Se o derrame fôr muito abundante e invadir as regiões superiores da pleura, a succussão desaparece. Para se produzir a succussão é necessario que o derrame não esteja enkystado.

A succussão chega por vezes a ser quasi imperceptivel, outras vezes attinge uma tal intensidade que se ouve a distancia.

Ha ainda outro phenomeno commum ao pyo e ao hydro-pneumothorax, que é o som baço que se percebe na base do thorax.

Este som desaparece, para dar lugar ao tympanismo, se se fizer tomar ao doente diversas posições, pois o liquido teude sempre a tomar as partes em declive.

«Este som baço, segundo Faisans, não é absoluto, nem se pode comparar ao da pleurisia, ainda mesmo que o derrame liquido seja abundante; ha sempre um som complexo; isto é, ao som nascido da vibração directa produzida pelo choque, vem juntar-se o produzido pelas vibrações das partes superiores do thorax. Esta complexidade resulta do abalo produzido em toda a cavidade thoraxica pela percussão praticada ao nivel do derrame.»

O som complexo está entre o tympanismo e o som baço. Em geral, n'um pneumothorax com

derrame, a percussão á altura do derrame dá um som baço; um pouco mais acima um som quasi baço, e por fim um som tympanico.

A febre, que marca geralmente o principio do pneumothorax, persiste ou accentua-se de-baixo da influencia da infecção pleural.

As grandes oscillações thermicas indicam muitas vezes a purulencia do derrame.

Nos tuberculosos a febre é irregular; alternativamente continua e remittente.

PYO-PNEUMOTHORAX

Chegamos, emfim, ao caso em que a infecção pleural produz accidentes de septicimia ter-riveis. N'estas condições a pleurisia acompanhada d'um derrame purulento origina symptomas geraes graves.

Os signaes physicos do pyo-pneumothorax são os mesmos do hydro-pneumothorax, só ha a accrescentar o edema da parede e por vezes a vomica. A expectoração pode ser fetida. A intensidade da febre está em relação com a gravidade da infecção pleural que se révela por arrepios, suores, delirio, seccura da lingua, etc.

O pyo-pneumothorax dos tuberculosos pode ser apyretico.

Diagnostic

O diagnostico do pneumothorax pode apresentar sérias difficuldades quando se desenvolve insidiosamente, ou quando, em virtude de alterações provaveis da pleura, é parcial. N'estes casos, em que nada nos chama a attenção para o lado do thorax do doente, nem sequer o elemento dôr, que falta quasi sempre, só accidentalmente o clinico pode descobrir o pneumothorax.

Quando, porém, a sua invasão é brusca e logo no inicio se pode colher um dos symptomas caracteristicos, sopro amphorico, tinido, ruido de succussão, o diagnostico impõe-se.

Laënnec, no seu tratado de auscultação, diz que o verdadeiro signal d'esta affecção se encontra na comparação dos resultados obtidos pela auscultação mediata e pela percussão: *quando n'um doente, cujo peito seja mais resonante d'um lado do que do outro, se percebe bem a respiração do lado menos sonoro e do outro haja ausencia completa de murmurio ve-*

sicular, podemos afirmar que existe um pneumothorax d'este lado.

Portanto a formula é simples, como muito bem diz Galliard:—*tympanismo + silencio = pneumothorax.*

O emphysema pulmonar pode, é certo, dar tambem uma resonancia exaggerada mas que nunca attinge as proporções da que se observa no pneumothorax.

Além d'isso, o emphysema é bilateral e a ausencia do murmurio vesicular nunca é absoluta.

Na pleurisia, o ruido eskodico e a presença d'um sopro amphorico que se encontra algumas vezes, podem levantar duvida no espirito do clinico, mas o facto de que o tympanismo apenas se encontra na região infra-clavicular, mesmo fazendo variar a posição do doente, e ainda a ausencia do ruido de succussão, bem depressa conduzirão ao verdadeiro diagnostico.

As grandes cavernas pulmonares do lado esquerdo não podem simular o pneumothorax total d'este lado, porque nunca deslocam o coração e as do lado direito tambem não, porque não deslocam o figado. Podem, porém, simular pneumothorax parciaes.

Se nos recordarmos de que o tympanismo e o ruido de bronze são raros nas cavernas e que o ruido de succussão nunca se observa, teremos elementos para estabelecer o diagnostico.

Estabelecido o diagnòstico, convém desde logo procurar saber se se trata d'um pneumo-

thorax tuberculoso ou não tuberculoso. Os signaes particulares á tuberculose (ralas, tosse, etc.) fornecidos pela percussão e auscultação, a analyse dos escarros e, finalmente, a reacção ás injecções da tuberculina, decidirão a questão.

A natureza do derrame só nos pode ser revelada pela punção exploradora.

Prognostico

Como já dissemos o pneumothorax bilateral produz rapidamente a morte, no pneumothorax unilateral o prognostico immediato depende do estado do parenchyma pulmonar do lado opposto.

Não havendo do lado opposto tuberculose, congestão, emphysema ou compressão por qualquer collecção liquida, o pneumothorax unilateral é susceptivel de cura.

Os pneumothorax mais graves são os valvulares.

O prognostico affastado depende das circumstancias etiologicas, da natureza da lesão pulmonar e da infecção pleural. Behier diz que o pneumothorax com derrame liquido é d'um prognostico mais favoravel do que o que não tem derrame. Galliard, não se conformando com a opinião de Behier, diz que a apparição de um liquido é sempre o testemunho d'uma infecção pleural da qual se não podem prevêr as consequencias.

A influencia do pneumothorax na tuberculose pulmonar tem sido objecto d'alguns estudos. Alguns auctores consideram-no como favoravel ao doente, chamam-lhe até providencial e citam casos de cura ou de grandes melhoras, observados em doentes portadores de cavernas, aos quaes sobreveio o pneumothorax.

Esta doutrina do pneumothorax favoravel conduziu alguns medicos a crear o pneumothorax artificial, em tuberculosos, no lado em que as lesões pareciam mais desenvolvidas. Forlaminì publicou na *Gazetta Medica di Torino*, em 1895, o primeiro caso de tísica pulmonar unilateral avançada, curado pela injeccão d'azote, filtrado, na pleura.

A verdade é que o tísico portador d'um pneumothorax se tem a infelicidade de contrahir uma bronchite, uma pneumonia ou um derrame pleural do lado opposto, está condemnado a uma morte certa. Isto, a meu vêr, basta para pôr de parte aquelle processo e até posso considerar antes como prejudicial do que como favoravel o desenvolvimento do pneumothorax nos tuberculosos.

TRATAMENTO DO PNEUMOTHORAX

Até ha pouco tempo as indicações therapeuticas do pneumothorax achavam-se muito pouco desenvolvidas.

Limitavam-se, quando a dyspnêa era assus-

tadora, a fazer uma simples punção d'um modo muito pouco pratico.

Hoje, graças aos conhecimentos adquiridos, pode-se determinar melhor a linha a seguir em presença de cada uma das fórmulas do pneumothorax e o momento em que se deve intervir.

A doutrina do pneumothorax favoravel em que já fallamos, está posta de parte. O pneumothorax é sempre temivel; se não mata immediatamente, compromette extraordinariamente o futuro dos tysicos. E', pois, dever de todo o clinico instituir o tratamento palliativo e sendo possivel curativo.

Tratamento de urgencia pelos processos medicos

Se o pneumothorax principiou rapidamente e com dôr, ha a attender:

- 1.º Acalmar a dôr;
- 2.º Moderar a dyspnêa.

A sangria foi por muito tempo preconizada e ainda recentemente Delorme praticava-a para descongestionar o pulmão do lado opposto ao pneumothorax.

E' certo que esta congestão deve merecer primeiro que tudo a attenção do clinico, mas se este, por meio da thoracentese, favorecer o affluxo do sangue para o pulmão comprimido terá preenchido a indicação da sangria d'um modo mais completo.

As ventosas escarificadas descongestionam e acalmam a dôr. As seccas dão bons resulta-

dos quando applicadas em grande numero no peito.

Galliard prohihe os vesicatorios, e prefere as ventosas aos revulsivos, sinapismos, cataplasmas sinapisadas, etc.

A applicação, no thorax, de compressas de *agua gelada*, *bexigas de gelo*, allivia muito o doente e por vezes é tão util como as ventosas.

As injeccões subcutaneas de morphina correspondem muito bem ás duas indicações: acalmam a dôr e a dyspnêa.

Injectando um centigramma de chlorhydrato de morphina, obtem-se melhor resultado do que com poções de opio, belladona, brometos e mesmo de morphina.

As inhalações d'oxygenio e as injeccões subcutaneas d'ether, deverão ser applicadas quando o doente apresentar symptomas de asphyxia.

As injeccões de cafeina estão indicadas no colapso cardiaco. Se o coração está fraco e rapido deve empregar-se a digitalina.

Thoracentese; indicações geraes

Behier não admittia nos pneumothorax pressões superiores á da atmosphaera, e por isso condemnava a thoracentese.

Hoje, o pneumothorax valvular é admittido pela maior parte dos auctores, portanto a thoracentese é indicada; a unica difficuldade está em saber quando a devemos usar.

Tympanismo attenuado, supressão das vibrações buccaes, immobildade absoluta do lado doente, que alguns auctores consideram como signaes seguros, para nos elucidar ácerca da tensão intra-pleural, são insufficientes. O unico processo rigoroso para calcular a tensão d'um gaz intra-pleural seria a mensuração manometrica.

Sem fallar agora dos inconvenientes que resultam muitas vezes para o doente da adaptação do apparelho, diremos que é preciso o maximo cuidado no seu uso e muito principalmente que a thoracentese esteja rigorosamente indicada, não só pelo estudo clinico da dyspnêa mas tambem pelo exame methodico do pulmão do lado opposto ao do pneumothorax.

Está hoje bem averiguado, que para provocar a orthopnêa, não é preciso que a pressão dos gases intra-pleuraes seja superior á da atmosphaera.

Um caso bem frisante de Ewart mostra qual o perigo que se corre se nos deixarmos levar simplesmente pelas indicações do manometro.

Um tysico ao qual sobreveio um pneumothorax do lado esquerdo com tensão igual á pressão atmospherica (demonstrada pelo manometro) ficou muito alliviado com a thoracentese; passadas, porém, algumas horas a orthopnêa reapareceu e o doente morreu 36 horas depois da operação.

As verdadeiras indicações da thoracentese d'urgencia encontram-se no estudo clinico da

dyspnêa e no exame methodico do pulmão oposto ao do pneumothorax.

A thoracentese deve ser applicada quando a dyspnêa fôr intensa desde o principio ou progressivamente crescente.

O exame methodico do pulmão do lado oposto ao pneumothorax pode indicar ou não a necessidade urgente da operação.

Se o pulmão está compromettido por qualquer circumstancia, devemos, sem perda de tempo, fazer a thoracentese e, pelo contrario, se o pulmão está bom, podemos temporisar.

Indicações especiaes sobre a thoracentese

Alguns auctores consideram a intervenção no pneumothorax esquerdo mais urgente do que no direito, isto em virtude do deslocamento e compressão do coração pelo derrame gasoso. Esta preferencia de lado não parece ter grande importancia nas indicações da thoracentese.

E' nos tuberculosos que mais se tem discutido a thoracentese de urgencia, não só porque é n'estes que o pneumothorax não traumatico se observa quasi sempre, mas porque é n'elles que maior gravidade offerece.

As estatisticas mostram que os tuberculosos affectados de pneumothorax dão uma grande percentagem de mortalidade nas primeiras horas que seguem a esta complicação; parece, pois, indicado intervir rapidamente n'estes doen-

tes. Absolutamente inefficaz em alguns, a operação tem melhorado notavelmente muitos.

Nos grandes emphysematosos a operação também está indicada, mostrando as estatísticas realisar-se muitas vezes a cura do pneumothorax logo nos primeiros dias depois da thoracentese.

A tracheotomia pode, ainda que raras vezes, dar origem a um pneumothorax, é então que, sem a menor demora, se deve intervir.

Contra indicações da operação

A thoracentese não tem contra indicações.

Desde que esta operação esteja indicada nunca se deve deixar de intervir, apesar de haver muitos casos de cura sem intervenção. Galliard diz, muito positivamente, — «antes intervencionistas do que abstencionistas».

Os accidentes da thoracentese são raros; por vezes sobreveem quintos de tosse identicos aos que se observam nos pleureticos punccionados.

A expectoração albuminosa apenas foi assignalada em um caso de Troisier. O emphysema subcutaneo também pode apparecer, mas é de pouca importancia, dissipando-se em geral ao fim de 2 ou 3 dias.

A acção d'um ar frio ou d'um ar carregado de germens evita-se perfeitamente, empregando uma agulha fina adaptada ao aspirador de Potain.

Finalmente, cita-se ainda o derrame de se-

rosidade que de resto também se produz muitas vezes sem operação e a suppuração da pleura que antes se deve attribuir ao operador que desprezou as precauções antisepticas.

Manual operatorio

Tem-se empregado todos os instrumentos desde a agulha fina até ao trocate.

Para evitar a entrada do ar no momento em que a pressão intrapleurale é inferior á da atmosphera munem-se as canulas de membranas ou de valvulas.

Este appparelho permite abaixar rapidamente a tensão do gaz da pleura. Para medir a tensão adapta-se ao aspirador um manometro.

Deve-se interromper a aspiração quando o manometro indicar uma pressão inferior e o doente não tiver dyspnêa.

E' muito conveniente vigiar o doente depois da operação, porque muitas vezes a dyspnêa volta e o doente pôde morrer em poucas horas, se não se renovar a operação.

Macqret cita uma observação d'um tysico que, punccionado logo em seguida ao pneumothorax, falleceu 10 horas depois da thoracentese.

Quando seja impossivel vigiar de perto o doente que soffreu a thoracentese convem preferir a canula fixa ás punccões repetidas.

A canula fixa é boa por evitar a repetição da punccão e prevenir novos accessos de suf-

focação, mas tem inconvenientes:—um de ser muito difficil mantel-a no respectivo logar; outro de dar entrada a germens septicos e provocar assim a suppuração da pleura.

Portanto, só no caso de insuccesso de thoracenteses repetidas, de pneumothorax complicado de emphysema sub-cutaneo e ainda quando o doente não possa ser vigiado pelo medico, é que se deve utilizar a canula fixa; isto, porém, no pneumothorax unilateral, pois que no bilateral impõe-se sempre.

Pleurotomia

O methodo antigo consistia em abrir a cavidade thoraxica com um bisturi de dois gumes e applicar uma canula.

Malgaigne reagiu contra este systema, demonstrando:

1.º que a abertura larga da pleura retardava a cura de pneumothorax,

2.º que determinava fatalmente a suppuração da serosa.

Desde então a pleurotomia foi posta de parte, a não ser para os casos de pneumothorax consecutivos a gangrena do pulmão, porque então a infecção da pleura é certa.

TRATAMENTO DO HYDRO-PNEUMOTHORAX

O hydro-pneumothorax pode ser agudo (pneumo-pleurite aguda), ou chronico, este é o mais vulgar.

O hydro-pneumothorax abandonado pode curar-se rapidamente. Biermer cita, a este respeito, um caso d'um estudante que se curou ao fim d'um mez.

Pode curar-se lentamente.

Rendu aponta tambem um caso d'um rapaz de 19 annos que se curou em 3 e $\frac{1}{2}$ mezes.

Pode matar repentinamente, ou pela accumulação de gases ou de liquido.

Pode transformar-se em hydrothorax, devido á obliteração da fistula broncho-pleural. N'este caso transforma-se muitas vezes em pyothorax.

Póde persistir no estado chronico.

Laënnec cita o caso d'um doente que viveu 4 a 5 annos.

Finalmente, pode transformar-se em pyopneumothorax.

Esta transformação, porém, não é das mais frequentes, porque o pulmão, representando o papel de filtro, não deixa passar os agentes pyogenicos e saprogenicos.

Indicações therapeuticas

Pelo que se acaba de ver, muitas vezes, o hydro-pneumothorax caminha espontaneamente para a cura e por isso deve evitar-se qualquer intervenção que não seja rigorosamente indicada.

Assim, se o doente estiver muito suffocado ou pelo derrame gasoso ou pelo liquido, deve-se sem perda de tempo fazer a thoracentese.

Contra a dôr emprega-se o já indicado para o pneumothorax (injecções de morphina).

Se o liquido se accumulou rapidamente, deve-se intervir por meio da thoracentese, mas com o maior cuidado, tirando pequenas quantidades de liquido.

E' inconveniente tirar grande porção, porque muitas vezes o pneumothorax já se tem fechado e o pulmão, distendendo-se, rapidamente, rompe a cicatriz formada.

Se houver febre pode esta ser devida á evolução tuberculosa do lado opposto ao pulmão doente e então é bom recorrer á medicação interna; mas se deriva d'uma infecção ou supuração de pleura, a operação indicada é a thoracentese seguida d'uma injecção medicamentosa.

Pode tambem tentar-se a injecção sem thoracentese previa, mas, quer esta se pratique ou não, a injecção é indispensavel; sem a injecção a reproducção do derrame é certa.

Tem-se usado as injeções de tintura de iodo com o fim de desenvolver pela acção irritante uma inflamação substitutiva; o sublimado, a agua phenica, etc. esta d'um emprego facil não offerece inconvenientes.

Finalmente, quando não houver dôr nem febre, o melhor beneficio que o clinico pode prestar ao doente é não lhe tocar. Esperar pacientemente, sem perturbar a quietação do parenchyma pulmonar, a obliteração da fistula broncho-pleural, eis o que ha a fazer.

Só mais tarde quando a obliteração pareça feita, o que se reconhece pela ausencia do ruido de succussão, será permittido cravar o trocate no hydrothorax que succedeu ao hydro-pneumothorax.

TRATAMENTO DO PYO-PNEUMOTHORAX

Para se tratar o pyo-pneumothorax é necessario saber:

1.º Qual é a origem da doença.

Trata-se d'uma pleuresia purulenta, esva-
siando se por um espaço intercostal, ou esva-
siando-se pelos bronchios?

Trata-se da ruptura d'uma massa tubercu-
losa amollecida, d'uma caverna, d'um abcesso
ou d'um foco gangrenoso?

2.º A qualidade do pus contido na pleura.

Qual é o aspecto d'esse pus? qual é o seu
cheiro? quaes são os microbios que contem?

I

Pyo-pneumothorax pela ruptura ou secção da pleura parietal

Quando uma collecção purulenta se faz através d'um espaço intercostal (*empyemà de necessidade*), perfurando os tegumentos, ha um pneumothorax de origem externa; o mesmo succede se se praticar a pleurotomia para um empyema.

A cura depende da qualidade do pus e do estado do parenchyma pulmonar.

Os empyemas resultantes do pneumococco ou estreptococco obliteram-se no fim de 30 a 90 dias; os empyemas de origem tuberculosa persistem por muito tempo e para se obter a cura radical é preciso recorrer á resecção das costellas (operação de Estlander).

Esta operação não se deve praticar sem primeiro conhecer bem a resistencia do doente, o estado dos pulmões, que devem estar indemnes ou muito pouco lesados; tambem é indispensavel que não exista fistula pleuro-bronchica.

II

Pyo-pneumothorax por vomica

As vomicas de origem pleural nem sempre são seguidas de pneumothorax. Barthez invoca para explicar a immundade das creanças a flexibilidade das costellas.

Todavia, parece mais rasoavel admittir antes

uma simples disposição do orificio fistuloso e das membranas protectoras exactamente opposta áquella que no pneumothorax valvular permite a entrada do ar na pleura e se oppõe á sua sahida.

Além d'estes factos, em que a penetração do ar é impossivel, devemos tomar em linha de conta aquelles nos quaes a ausencia do pneumothorax é apenas apparente. Acontece, com effeito, muitas vezes, que a investigação dos signaes reveladores e sobretudo do ruido de succussão, que é o mais importante de todos, não fornece resultado positivo, embora a pleura encerre, realmente, pus e gazes.

Esta anomalia, porém, comprehende-se se attendermos a que os empyemas terminados por vomica são parciaes na grande maioria dos casos.

E' sobretudo, para formularmos um prognostico seguro, que precisamos saber se o ar atravessa ou não a fistula broncho-pleural. O empyema é sempre muito mais benigno do que o pyo-pneumothorax.

Debaixo do ponto de vista pratico, diz Galliard, deve-se praticar a pleurotomia em um e outro caso, a não ser que o foco seja inacessivel ao bisturi. Se depois da pleurotomia e da drenagem, a febre e os symptomas de intoxicacão putrida persistirem, não se deve hesitar em praticar a lavagem. Como o liquido pode passar para os bronchios, o emprego dos anti-septicos não é indifferente; deve-se escolher

os inoffensivos: - acido borico, acido phenico e nunca sublimado.

Gerard Marchant, no congresso francez de cirurgia, em 1895, citou um caso de cura d'um pyo-pneumothorax total, direito e tuberculoso, pela operação de Estlander. O doente tinha 45 annos e a doença datava de 49 dias e foi consecutiva a uma vomica.

Foram reseccadas quatro costellas e descobertas duas perfurações pulmonares, uma d'ellas accessivel foi suturada e a outra cicatrisou ao fim de 10 dias.

III

Pyo-pneumothorax por gangrena pulmonar

A gangrena pulmonar é causa relativamente frequente do pyo-pneumothorax.

Logo que haja uma pontada do lado, febre, fetido da respiração e dos escarros, e emfim, quando o medico tiver a certeza de que ha uma perfuração pleural, deve praticar logo a pleurotomia e ir procurar o foco gangrenoso, atacando-o com o thermocauterio.

Esta operação faz-se mesmo em antes de apparecer o signal de succussão.

As lavagens com soluções fracas de acido phenico são muito vantajosas.

IV

Pyo-pneumothorax por tuberculose pulmonar

Occupemo-nos em primeiro logar do tratamento do pyo-pneumothorax *não fetido* e depois passaremos ao *fetido*

Pyo-pneumothorax não fetido

1.º Tratamento medico como para a tuberculose pulmonar e para a tuberculose pleural.

2.º *Thoracentese*.

A thoracentese de necessidade dá-se quando a dôr é muito grande, ou pela accumulção de gases ou de liquido.

No periodo de tolerancia não se deve fazer a thoracentese, não só porque o liquido reproduz-se rapidamente, mas tambem porque o pulmão soffre uma descompressão brusca.

3.º *Thoracentese com canula fixa*.

Este processo, apesar de ter sido empregado por Trousseau, foi abandonado por não dar resultado satisfatorio e ser muito difficil de supportar.

4.º *Lavagens antisepticas*.

Estas lavagens applicam-se simplesmente nos febricitantes e com a maior precaução. As melhoras que produzem são passageiras e tem o inconveniente de destruir, muitas vezes, uma obliteração recente da fistula broncho-pleural.

5.º Injecção antisepticas.

Distinguem-se das lavagens por poderem ser dadas sem thoracentese previa e sem pleurotomia. São de tintura de iodo, sublimado e acido phenico. Estas substancias téem uma acção muito fraca sobre o processo suppurativo; mas impedem, muitas vezes, que o derrame se torne fetido e moderam a febre.

6.º Thoracotomia.

E' a esta operação que se deve recorrer, porque é a que offerece mais probabilidades de cura. Comtudo, é conveniente notar que nem sempre os operadores téem tirado bom resultado d'esta operação.

Assim, diz Galliard, a thoracotomia fornece muito menos resultados favoraveis no pyo-pneumothorax do que no empyema vulgar dos typhicos.

A thoracotomia não é como a thoracentese uma intervenção inoffensiva.

Abrindo-se largamente a pleura, condemna-se o doente a uma suppuração abundante, se o successo, que se quizer obter, não fôr rapido, (obs. do doente Candido) o desenlace fatal não se faz esperar. Poderemos dizer com Galliard, «a operação é muito má, se não fizer muito bem.»

Em que condições se deve fazer a thoracotomia?

Merklen exige: 1.º que as lesões pulmonares não sejam muito profundas nem muito ex-

tensas; 2.º que o pneumothorax seja muito recente.

Com referência ao primeiro ponto, todos estão de accôrdo, pois, ninguém iria operar um tísico com grandes cavernas, a não ser que tenha vomica ou pus fetido.

No segundo ponto, é que nem todos concordam. Citam-se exemplos de cura de pyo-pneumothorax muito antigos. Um dos pyo-pneumothorax curado por Guttman tinha um anno e Leyden curou um de nove mezes.

Sômos de opinião que nos devemos abster de operar um pyo-pneumothorax antigo,—salvo, nas condições já citadas, de vomica ou pus fetido,—pois que, nas observações que fizemos, n'uma autopsia e n'uma thoracotomia vimos que o pulmão se não distendia e que a pleura visceral se tinha tornado tão espessa que não deixava o pulmão expandir-se.

Concluindo, diremos:

1.º Se as lesões pulmonares não forem muito extensas e se o pyo-pneumothorax não fór muito antigo, podemos tentar a cura radical;

2.º N'um pyo-pneumothorax recente cujas lesões estejam pouco avançadas, devemos praticar a thoracotomia.

Manual operatorio

Quasi todos os cirurgiões insistem em que se faça um largo orifício pleural.

Gérard Marchant principia ao nível da linha axillar, prolonga as resecções para traz ou para deante, segundo a situação da fistula ou fistulas pulmonares, e em seguida esforça-se por suturar estas fistulas. Se o não consegue, por os bordos serem muito friaveis, contenta-se em raspar o orificio, para destruir a materia tuberculosa.

Admitte que, depois da resecção costal, a oclusão espontanea da fistula se realizará em pouco tempo.

Galliard não concorda e diz que esta questão não está ainda demonstrada d'um modo cabal.

Para este, as lavagens pleuraes são absolutamente contra indicadas; o pratical-as será expôr o doente á suffocação.

Na minha curtissima pratica hospitalar empreguei as lavagens e não vi o inconveniente apontado por Galliard.

Por fim, deve-se tamponar a cavidade pleural e applicar-lhe o penso.

Pneumothorax fetido

Logo que o pus se torna fetido deve praticar-se a pleurotomia. A thoracentese e injeções antisepticas não bastam. A pleurotomia deverá ser seguida de irrigações phenicadas e drenagem. A resecção das costellas só se fará, se as lesões pulmonares estiverem muito pouco avançadas.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I (PESSOAL)

José Augusto Albino, solteiro, de 27 annos, jornalista, natural e residente em Villa Nova de Gaya. Entrou para o Hospital de Santo Antonio a 4 de janeiro de 1902, com bastante tosse, temperatura a 38°, dyspnêa e uma grande fraqueza nos membros, principalmente inferiores, a ponto de pedir auxilio a um guarda civil para o acompanhar.

Antecedentes hereditarios

Seu pae ainda vive com 58 annos, é regularmente constituido, de temperamento nervoso e muito apaixonado pelo alcool. Teve dos 35 aos 40 annos febres intermitentes muito benignas. Teve tambem por esta occasião uma suppuração do ouvido esquerdo que durou uns 30 a 35 dias, ficando a ouvir bem.

A mãe tambem regularmente constituida nunca teve doença grave; apenas algumas nevralgias faciaes a obrigavam por vezes a recolher á cama.

Teve 8 filhos dos quaes 5 morreram entre 2 e 5 annos. Os dois irmãos que lhe restam são saudaveis e não se lembra de que estivessem doentes.

Antecedentes pessoases

Nos mezes de março, abril e maio, empregava-se na

pesca, onde se molhava muitas vezes, enxugando a roupa no corpo. Passava muito frio; o seu unico agasalho mesmo d'inverno era um cobertor ordinario.

No anno de 1901 passou mal e fez verdadeiros excessos genesicos.

Em junho e julho costumava deixar a pescaria e entregar-se á lavoura; porém, em junho de 1901, já o fez com muita difficuldade, não só porque sentia muita fraqueza, mas tambem porque tinha muita tosse, falta de appetite e vomitos alimentares.

Por esta occasião principiou a ter bastante expectoração espessa e amarellada.

Historia da doença

Em agosto de 1901, sentiu uma violenta pontada que a principio lhe tomou todo o peito, sendo muito mais forte ao nivel do mamillo direito; esta diminuiu sensivelmente com a applicação d'um caustico, continuando porém a sentir dôr ao nivel do mamillo.

Em setembro, tentou ir para as vindimas, mas já não poudé.

O appetite era cada vez menor, a tosse muita e a dyspnêa que começou a sentir, depois da pontada, tornou-se n'esta occasião tão intensa que o mais pequeno trabalho lhe era extremamente penoso.

Os suores nocturnos que começaram em junho tambem eram agora abundantes.

Depois de outubro, os symptomas foram-se successivamente aggravando, referindo ainda o doente, que ao voltar-se na cama, por vezes experimentava a sensação d'um liquido que se deslocava no peito.

Estado actual

Pela inspecção, nota-se n'este doente um manifesto

abaulamento na parte posterior do thorax do lado direito.

Do mesmo lado a percussão dá som tympanico; a auscultação, ausencia completa de murmurio vesicular, som amphorico, tinido metalico e succussão hyppocratica; fazendo beber ao doente pequenas porções d'agua, nota-se o som particular do *gluglu*.

A auscultação do pulmão esquerdo dá uma respiração rude e revela a existencia de ralas subcrepitantes em toda a extensão do pulmão. Tem suores nocturnos, mas principalmente matutinos e bastante tosse acompanhada de expectoração, falta de appetite, grande fraqueza e apresenta um emmagrecimento notavel. A analyse da expectoração revela a presença de numerosos bacillos de Koch. A temperatura oscilla entre 37° 38°.

A 12 de janeiro de 1902, notava-se um pio no pulmão esquerdo que a 25 se encontra substituido por um ronco.

Marcha da doença e tratamento

Instituida a principio a medicação pelo cacodylato de soda em injeções hypodermicas, começou mais tarde a fazer uso da persodina.

O estado geral continuava sempre mau; a tosse cada vez mais forte, acompanhada de abundante expectoração e a dyspnêa sempre crescente impunham a thoracotomia que se praticou a 29 de janeiro.

Fez-se, em seguida, a lavagem da pleura com uma solução de acido phenico a 1,5 % e concluiu-se a intervenção pela immobilisação do thorax.

O pus recolhido (3,750 litros) era grumoso, levemente amarellado e inodoro; o exame bacteriologico indica que este é provavelmente de origem tuberculosa.

A temperatura que antes oscillava entre 37° e 38°. subiu depois da intervenção a 38°,8, o pulso sempre frequente e pequeno accusava agora 120 pulsações, o som tympanico persiste e a auscultação não revela a expansão do pulmão. o que leva a suppor que este se mantem retrahido.

O doente sente-se ainda mais fatigado e conserva como sempre o decubito lateral direito.

A 30 de janeiro, começou a ter delirios nocturnos e hallucinações visuaes e na noite de 30 para 31 chegou a levantar-se e fugir. Não comia, recusava mesmo o leite. O pulso quasi filiforme era impossivel de contar.

No dia 31 deu-se lhe uma injeccão de 120 grammas de soro physiologico e que se repetiu a 1 de fevereiro.

A insensibilidade á dor estava tão embotada que não sentia a picada da agulha.

Auscultando o lado esquerdo, percebia-se na base do pulmão um sopro cavernoso, parecendo indicar a existencia d'uma caverna; isto, de resto, não foi confirmado pela autopsia e parece dever attribuir-se á propagação do sopro do lado direito.

Este estado durou pouco tempo pois o doente fallece a 2 de fevereiro depois de uma noite agitadissima.

Diagnosticco

Que se trata d'um pyo-pneumothcrax tuberculoso, não ha duvida nenhuma. Foi este mesmo diagnostico que se fez logo depois da primeira exploração do doente e que foi confirmado plenamente, não só pela evolução da doença, mas tambem pela autopsia.

Autopsia

Exame externo: mostra abaulamento do lado direito do thorax; os espaços intercostaes em vez de apresenta-

rem as depressões que se observam do lado esquerdo são levemente salientes.

O abdomen bastante saliente e o cadaver extremamente emaciado.

Descollada a pelle e os musculos peitoraes e punccionando um dos espaços intercostaes do lado direito escapou-se gaz, produzindo um pequeno ruido.

Levantando o esterno, observamos o pulmão direito muito retrahido, reduzido a um terço do seu volume e preso por fortes adherencias—á parte superior do thorax. A pleura estava tapetada de falsas membranas d'um branco amarellado e continha cerca de 300 grammas de pus. Não me foi possível descobrir a perfuração pleural apesar de ser procurada cuidadosamente. O pulmão direito apresentava ainda zonas de caseificação e zonas duras ao córte e ainda uma vasta caverna no lóbo superior limitada por tecido são.

No pulmão esquerdo encontram-se tambem lesões tuberculosas em toda a altura do pulmão (pequenas cavernas e tuberculos na parte superior e media e apenas tuberculos na parte inferior).

No pericardeo havia cerca de 100 grammas de liquido de côr citrina; o coração apresentava degenerescencia gordurosa e atrophia notavel das paredes e das suas cavidades.

Cavidade abdominal

Muitos gazes e liquido na cavidade peritoneal.

O epiploon um pouco congestionado.

O figado de volume normal mas com côr palida cinzenta. Os rins estavam normaes.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio*Amostra n.º 3:794**Escarro n.º 1:777***ANALYSE QUALITATIVA N.º 2:989**

Requisitada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia—Tabella
n.º 1:172—Doente José Augusto Albino—Enfermaria
n.º 4.

Certifico que o escarro revelou numerosos bacillos
da tuberculose em preparações executadas pelos metho-
dos de ZIEHL-NEELSEN positivo e de Ehrlich a frio.

Porto, 8 de janeiro de 1902.

O Director,

Alberto d'Aguiar.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio*Amostra n.º 3:917**Derrame (pleural) n.º 55***ANALYSE QUALITATIVA N.º 3:075**

Requisitada pelo alumno Snr. J. A. Coelho da Ro-
cha—Tabella n.º 1:175—Doente José Augusto Albino—
Enfermaria n.º 3 (Escola).

Certifico que o liquido extrahido (3,750 litros segun-
do indicava a requisição) ⁽¹⁾ forneceu á analyse:

Caracteres geraes—Liquido purulento, solto, grumo-

⁽¹⁾ A requisição tem a data de 29 de janeiro de
1902.

so, apresentando-se como leite talhado, côr levemente amarellada, sem cheiro especial.

Exame histologico—Numerosos globulos purulentos a grande maioria dos quaes mononucleares.

Exame bacteriologico—A pesquisa do bacillo de Koch feita pelo methodo de Ziehl-Neelsen deu resultado negativo. O exame bacteriologico geral não revelou microbio algum.

Conclusão—Os caracteres do derrame, os resultados do exame histologico e finalmente a ausencia de microbios levam a suspeitar como muito provavel que o derrame tenha por agente etiologico o bacillo da tuberculose.

Porto, 21 de fevereiro de 1902.

O Director,
Alberto d'Aguiar.

OBSERVAÇÃO II (PESSOAL)

Candido Fernandes Vieira, solteiro, 21 annos, alfaia-te, natural de Monte Alegre, freguezia de Salto.

Entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio a 4 de Janeiro de 1902, queixando-se de muita fraqueza, tosse e d'uma grande dyspnêa.

Antecedentes hereditarios

O pae viveu 60 annos, ignorando o doente a causa da morte; recorda-se apenas de que foi um bom comedor e de que vomitava com frequencia.

A mãe gosou sempre boa saude até aos 78 annos, idade em que falleceu; ignora tambem a causa da morte, lembrando-se apenas de que esteve entrevada, alguns mezes antes de morrer.

Tem 5 irmãos e 2 irmãs, todos saudaveis. Dos avós

paternos e maternos, bem como dos ascendentes collateraes, nada sabe dizer.

Antecedentes pessoas

Sabe, por informação dos paes, que teve o sarampo em creança e que esteve para ser victima d'uma complicação d'esta doença (broncho-pneumonia?).

Depois, até aos 20 annos, teve sempre saude.

Aos 20 annos entrou para o serviço militar e a não ser algumas gonorrhêas e cancos molles, gosou saude até aos 26 annos. N'esta idade deixou o serviço militar e foi para o Brazil.

Aos 26 annos teve no Brazil a febre amarella e recorda-se de soffrer, n'essa occasião, muitas dôres abdominaes, vertigens e hemorrhoides.

Completamente restabelecido ao fim de 2 mezes. retomou o trabalho e gosou boa saude durante 6 annos.

Confessa, porém, que n'este longo periodo de tempo se entregou muito a bebidas alcoolicas e teve gonorrhêas e cancos molles.

Historia da doença

Passado este tempo principiou a sentir poucas forças e uma vontade irresistivel de ir para a cama. O somno era muito agitado, para o que muito concorriam, não só os muitos suores, principalmente do lado direito, mas tambem uma tosse bastante violenta e secca. Nunca teve hemoptyses nem escarros sanguinolentos.

Este estado durou uns 20 a 25 dias, tendo sempre appetite e muita sede.

Uma noite, depois de ter ceiado bem e bebido vinho, que achou muito frio, deitou-se. *Accordou com uma violenta pontada do lado direito, á altura pouco mais ou menos da 7.^a ou 8.^a costella;* a dôr era tão forte que não conseguia conciliar o somno.

No dia seguinte foi chamado o medico que mandou applicar-lhe um caustico e receitou umas pilulas. Experimentou algum allivio na dôr e tosse.

A mão e pé direitos não lhe aqueceram durante 15 a 20 dias.

Por esta occasião sentiu uma ardencia no perineo, apparecendo mais tarde um abcesso que se tornou por fim em fistula.

Recolhendo á Santa Casa, soffreu uma operação e ao fim de 40 dias como estivesse melhor saiu da cidade por conselho do medico, e foi para o campo onde peorou muito.

Os suores tornaram-se mais abundantes, principalmente de madrugada.

Sentiu grande falta d'ar e era extrema a fraqueza, a ponto de não poder sair da cama, onde conservava sempre o decubito lateral direito.

Havia tambem constipação, a dôr continuou atenuada, mas a tosse tornou a ser violenta. Assim esteve proximamente 90 dias. Como não experimentasse melhoras, deu novamente entrada no hospital.

Signaes funcçionaes:

Tem dyspnêa, tosse acompanhada de pouca expectoração. Não accusa dôres, e não póde dormir para o lado esquerdo.

Estado actual

Signaes physicos. Inspecção.

Thorax dilatado do lado direito. Face congestionada. Os espaços intercostaes não apresentam as depressões que se observam do lado esquerdo.

Turgescencia das veias jugulares e epigastrica.

A inspecção auxiliada da palpação ainda permite observar o deslocamento do coração para a esquerda, cuja ponta bate no 6.º espaço, por fóra da linha mamillar.

A' palpação nota-se a immobildade do lado direito e a abolição completa das vibrações thoraxicas.

A' percussão, do lado direito, som baço em toda a extensão.

O figado ultrapassa o rebordo das falsas costellas.

A' auscultação, ausencia completa de murmurio vesicular do mesmo lado; não se nota sopro ou outros ruidos anormaes.

Foi ainda applicada a punção do lado direito do thorax que permittiu recolher pus.

A analyse bacteriologica d'este pus e da expectoração não revela a presença do bacilo de Koch. Coração normal.

No pulmão esquerdo, respiração reforçada, suplementar.

Diagnostic

Dos symptomas apresentados pelo doente conclue-se que é portador d'um derrame pleural abundante e francamente purulento.

A'cerca da natureza d'este derrame não nos podemos pronunciar em vista dos successivos exames bacteriologicos, tanto do pus como da expectoração, serem negativos.

Poderemos, porém, considera'l'o de natureza tuberculosa, acceitando, como o Ex.^{mo} Snr. Dr. Alberto de Aguiar, Dignissimo Director do Laboratorio Nobre, a seguinte conclusão que tirou d'um exame cytologico a que procedeu:—o facto de se não encontrarem microbios faz desconfiar de que o agente especifico d'este derrame foi o bacillo de Koch.

A ausencia do bacillo de Koch na expectoração póde explicar-se pelo facto do pulmão direito estar fortemente reduzido de volume, não expectorando, e o esquerdo em condições normaes.

Trata-se, pois, d'uma pleurisia purulenta d'origem tuberculosa.

Tratamento

Em virtude, do grande derrame e da dyspnêa, a thoracentese impunha-se, e foi a ella que se recorreu no dia 10 de janeiro. Como prevenção não se retiraram, n'este dia, senão 2 l. de pus opaco, leitoso, côr de creme; immobilisou-se-lhe o thorax e esperou-se para o dia seguinte, a vêr se o pulmão se distendia alguma coisa.

N'este dia, examinado o doente, verificou-se que o pulmão conservava o seu primitivo volume. A auscultação continuou a accusar ausencia de murmurio vesicular.

Fez-se outra thoracentese, que se tornou difficil, devido a grossos grumos de pus que obturavam as agulhas e os tubos do aspirador.

Conseguiu-se apenas tirar 1 l. de pus. No dia 13, a auscultação continuou a não dar murmurio vesicular.

No dia 14, fez-se novo exame e causou surpresa o sopro amphorico. Tiraram-se 2 l. de pus e fez-se lavagem com agua phenica a 1,5 %.

A 20 de janeiro, novo exame e verificou-se que havia sopro amphorico, tosse amphorica e succussão hypocratica.

A 30, esvaziou-se a cavidade pleural, sem que o doente manifestasse mal estar. Segundo se vê pela presença dos novos signaes que a auscultação revela a pleurisia purulenta convertera-se em pyo-pneumothorax.

Como o derrame continuasse a produzir-se e o pulmão não se distendesse nada, o nosso muito respeitavel e dignissimo professor Dr. Azevedo Maia, aconselhou o doente a que fizesse uma pequena operação, para ver se conseguia diminuir a cavidade, evitando assim, talvez, a constante formação de pus.

O doente hesitou e pediu alta, mas, passado um mez, voltou, pedindo para o operar.

N'esta occasião, os symptomas de pyo-pneumothorax eram mais nitidos do que nunca.

A operação foi feita em 19 de março e consistiu em resecar a 5.^a, 6.^a e 7.^a costellas (operação de Estlander), lavar e drenar, ficando uma fistula permanente.

Notou-se que o pulmão estava reduzido a um simples coto e que para reduzir a cavidade seria preciso desossar o doente, no que nenhuma vantagem haveria.

Desde que foi feita a operação até hoje, o doente tem tido uma suppuração abundantissima, apesar de se lhe fazerem diariamente lavagens com agua phenica a 2,5 %.

O pulso tem oscillado sempre entre 110 a 120 pulsações.

O doente tem tido appetite regular.

O pulmão esquerdo nada accusa de anormal.

Conserva-se ainda na enfermaria, sendo o seu estado geral muito regular.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio

Amostra n.º 3:986

Escarro n.º 4:848

ANALYSE QUALITATIVA N.º 3:128

Requisitada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia—Tabella n.º 1:609—Doente Candido Fernandes Vieira—Enfermaria 3 (E.).

Certifico que o escarro não revelou bacillos da tuberculose em preparações executadas pelo methodo de ZIEHL-NEELSEN.

Porto, 17 de março de 1902.

O Director,
Alberto d'Aguiar.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio

Amostra n.º 3:816

Liquido pleural n.º 53

ANALYSE QUALITATIVA N.º 3:003

Requisitada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia—Tabella n.º 1:609—Doente Candido Fernandes Vieira—Enfermaria 3 (E).

Certifico que a amostra do derrame pleural apresentada para exame cytologico e bacteriologico, revelou:

Caracteres physicos—Derrame opaco, leitoso, cõr de crème, solto incoagulavel e deixando por sedimento abundante deposito purulento.

Exame histologico (cytologico)—Numerosos leucocy-tos em adeantada desagregação (fragmentação e degenerescencia granulosa) com granulações gordurosas soltas. Os leucocy-tos mais intactos, corados pelo azul de Raux, azul de methylene etc., são na sua grande maioria mononucleares (nucleo volumoso excentrico com quantidade relativamente grande de protoplasmas) variedade clara. Existem raros polynucleares.

Exame bacteriologico (¹)—Não se encontraram microbios nem mesmo bacillos da tuberculose (em preparações córadas pelo methodo de Ziehl).

Conclusão provisoria—O facto de se não encontrarem microbios e os resultados do exame cytologico fazem desconfiar de que o agente especifico d'este derrame fosse o bacillo de Koch. O derrame é antigo.

Porto, 17 de janeiro de 1902.

O Director,
Alberto d'Aguiar.

(¹) Fez-se uma inoculação de 10^{cs} no caviã peritoneu.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio

Amostra n.º 4:053

Pús n.º 90

ANALYSE QUALITATIVA N.º 3:179

Requisitada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia--Tabella n.º 1:609—Doente Candido Fernandes Vieira—Enfermaria 3 (E).

Certifico que a amostra de pús que empregnava um fragmento de gaze iodoformada revelou, ao exame directo de preparações de coloração simples e pelo methodo de Gram, abundancia de microbios diversos entre os quaes numerosos estaphylococcos, coccos e bacillos de inquinação e fórmas impossiveis de identificar.

Porto, 12 de abril de 1902.

O Director,

Alberto d'Aguiar.

OBSERVAÇÃO III (PESSOAL)

Damião Pinto Moreira, filho de Christovão Pinto Moreira e de Marianna da Silva, solteiro, fiandeiro, de 24 annos de idade e residente no Porto. Entrou para a enfermaria n.º 4 do Hospital de Santo Antonio no dia 6 de abril de 1902, por ter sentido, cinco dias antes, uma pontada violenta na parte media da região anterior e direita do thorax, acompanhada de dyspnea e de arrepios pouco intensos, consecutivamente á ingestão de muita agua fria.

Foi mudado para a enfermaria n.º 3 (clinica medica)

no dia 8 do mesmo mez, trazendo indicada na tabella a temperatura seguinte:

No dia 6, á tarde,—39,4

No dia 7, de manhã,—39,5

No dia 7, á tarde,—39,8

No dia 8, de manhã,—39,5

Antecedentes hereditarios

O pae morreu de morte subita, quando o doente tinha 10 annos; o doente sabe, por ouvir dizer, que elle foi sempre muito saudavel.

A mãe morreu logo um anno depois.

Soffria de dôres nos ossos que a obrigavam a fazer uso de banhos de Vizella e a andar de muletas nos ultimos tempos da vida. Depois da morte do marido tornou-se muito apprehensiva a ponto de ter um desarranjo mental.

Tem tres irmãos muito saudaveis e uma irmã casada de fraca constituição e bastante doente. Esta teve 3 abortos, devidos talvez a syphilis do marido.

Os collateraes por parte do pae são todos saudaveis e por parte da mãe nada póde dizer, porque não os tem visto ha muito tempo.

Antecedentes pessoais

Desde creança tem tido em todos os invernos tosse secca e de pouca duração (3 a 4 dias), que cedia sempre a qualquer calmante que lhe prescreviam.

Aos 16 annos teve uma blenorragia, aos 19, seis cancos molles e dois tumores no pescoco que constituiram o motivo da sua primeira entrada no hospital (enfermaria n.º 6), onde lh'os lancetaram, saindo grande quantidade de pus.

Conserva cicatrizes d'esta operação nas regiões lateraes do pescoço.

Depois de ter estes tumores, o doente diz sentir, principalmente no inverno, os ganglios do pescoço um pouco infartados e moveis.

Seis mezes antes d'esta entrada no hospital teve grandes excessos genesicos; desde então começou a sentir-se muito fraco e a ter tosse secca.

Passado tempo sobreveio-lhe uma nova blenorragia e depois dores nos ossos dos membros inferiores, principalmente no joelho direito, rasão porque recolheu pela segunda vez ao hospital, d'onde sahiu curado (antes do dia 6 de abril).

Durante todo este tempo que estive no hospital sentia-se sempre muito fraco, com tosse secca, muito intensa, e que, como elle diz, parece que lhe fazia arrancar os pulmões. Por vezes esta tosse provocava-lhe vomitos e de quando em quando tinha alguns escarros raiados de sangue.

Historia da doença

Quando sahiu curado das dores nos joelhos chegou a casa, e, como fosse muito fraco, e com pouco appetite, bebeu uma garrafa de agua de Vidago e comeu quatro laranjas. Depois comeu umas papas de farinha que lhe fizeram muita sede por estarem salgadas. Bebeu muita agua e ás 5 horas da manhã acordou com uma pontada violenta no lado direito do thorax, dyspnea e alguns arrepios.

Estado actual

O doente apresenta-se com a face pallida, não congestionada, dyspnea, pulso pequeno, frequente, regular e tenso. Unhas e phalanges hypocraticas.

Inspeccionando a região thoraxica, nota-se que ha um abaulamento na parte media da região anterior e direita do thorax e que as cartilagens costaes correspondentes a este abaulamento, formam um angulo obtuso, aberto para baixo, com o sternum. As excursões thoraxicas do lado direito fazem-se como por uma só peça e os espaços intercostaes do lado esquerdo são mais deprimidos durante a inspiração do que do lado direito.

Do lado esquerdo ha uma certa depressão nas regiões supra e infra claviculares.

A' palpação, ha diminuição das vibrações thoraxicas no lado direito, correspondente ao abaulamento.

A' percussão ha dôr e colhe-se um som tympanico de vibrações largas.

O figado está um pouco luxado para baixo.

Auscultando, nota-se que ha tinido metallico e que a respiração, a tosse e a voz tomam um timbre amphorico. Ha succussão hypocratica, e fazendo-lhe beber alguma agua, a deglutição do liquido provoca um som amphorico.

No dia 9 dormiu mal, sente-se abatido, queixa-se de suores nocturnos no peito e na face e de falta de appetite. O pulso continua regular, frequente (128 pulsações) tenso e pequeno.

Fez-se n'este dia a immobilisação do pulmão com tiras de adhesivo.

A expectoração é muco-purulenta, revelando a analyse bacteriologica numerosos bacillos da tuberculose.

No dia 10 conseguiu dormir melhor e sente-se mais animado. Continuam os suores nocturnos e a tosse com expectoração. Falta de appetite e o pulso na mesma, só menos frequente.

No dia 11 dormiu regularmente; a pontada persiste. A auscultação revela os mesmos symptomas.

Tem menos tosse e difficuldade na expectoração.

No dia 12 o pulso 108; dormiu regularmente, continuando a pontada e a tosse como no dia anterior.

No dia 24 o pulso 128, frequente, tenso, regular. O doente sente-se mal.

A' auscultação a voz e a tosse tornam-se amphoricas; ha succussão hypocratica e a respiração é amphorica. No vertice do lado direito ha respiração rude e amphorica.

Feita por esta occasião a punção exploradora co-lheu-se um liquido amarello citrino.

Diagnosticco

A exploração do doente e evolução da doença e a punção exploradora fizeram-nos estabelecer o diagnostico do hydro-pneumothorax de origem tuberculosa.

A 28 de maio o doente continuava mal; a dôr no lado direito do thorax persistia e a dyspnea era cada vez mais intensa; desesperado por não experimentar melhoras, pede alta n'este dia, sendo-lhe concedida.

LABORATORIO NOBRE

(Commum á Escola Medico-Cirurgica e Hospital da Misericordia)

Hospital Geral de Santo Antonio

Amostra n.º 3:989

Escarro n.º 4:948

ANALYSE QUALITATIVA N.º 3:220

Requisitada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia—Tabella n.º 1:209—Doente Damião Pinto Moreira—Enfermaria 3 (E).

Certifico que o escarro revelou numerosos bacillos da tuberculose em preparações executadas pelo methodo de ZIEHL-NEELSEN.

Porto, 17 de março de 1902.

O Director,
Alberto d'Aguilar.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—O termo collo da bexiga é uma expressão inexacta.

Physiologia—A presença de mamas rudimentares, nos mamíferos do sexo masculino, representa um facto de atavismo, sendo racional admittir que os dois sexos amamentaram os filhos.

Materia medica—A alcaloidotherapy é a melhor formula pharmaceutica.

Anatomia pathologica—Não admitto o pneumothorax sem previa perfuração da pleura.

Pathologia interna—Não é a intermittencia da febre que caracterisao impaludismo.

Pathologia externa—Em presença de placas mucosas e ulcerações da larynge, não admitto o diagnostico sem previo interrogatorio do doente.

Partos—A falta de maternidades para os ultimos mezes da gravidez é um crime social.

Medicina operatoria—A tracheotomia tornou-se uma operação de excepção com o aperfeiçoamento da intubação da larynge.

Hygiene—A mortalidade d'um povo está na razão directa dos impostos.

Medicina legal—E' absurda a distincção juridica entre violação e estupro.

Visto,
O. Monteiro
Presidente.

Póde imprimir-se,
Moraes Caldas
Director.