

J.
G.

ALGUMAS PALAVRAS 1326

sôbre

PLEURISIAS
TUBERCULOSAS

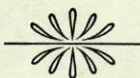
DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Médico-Cirúrgica do Porto

POR

Julio Meirelles Guerra



PORTO

IMPrensa NACIONAL

de Jayme Vasconcellos & Irmão
35, Rua da Picaria, 37

1908

13714 ENC

ESCOLA MÉDICO-CIRÚRGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica Thiago Augusto d'Almeida.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 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 José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica Vaga.
- 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.
- 14.^a Cadeira — Histologia e physiologia geral José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topographica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- | | | |
|----------------------------|--|---|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo.
} Ilydio Ayres Pereira do Valle.
} Antonio d'Azevedo Maia. | |
| Secção cirurgica | | } Pedro Augusto Dias.
} Dr. Agostinho Antonio do Souto.
} Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| | | |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| Secção medica | } Vaga.
} Vaga. |
| Secção cirurgica | |

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Alvaro Teixeira Bastos.

ESCOLA MEDICA CIRURGICA DO PORTO

ANTONIO JOSE DE MORAES CALDAS

Thiago Augusto Almeida

Leitas calibradas

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

(Regulamento da Escola, de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

A MEUS PAES

A MINHAS IRMÃS:

Angela
e Julia

A MINHAS TIAS:

Anna Meirelles Guerra
e
Isabel Meirelles Sarmiento

Aos meus amigos



Aos meus condiscipulos

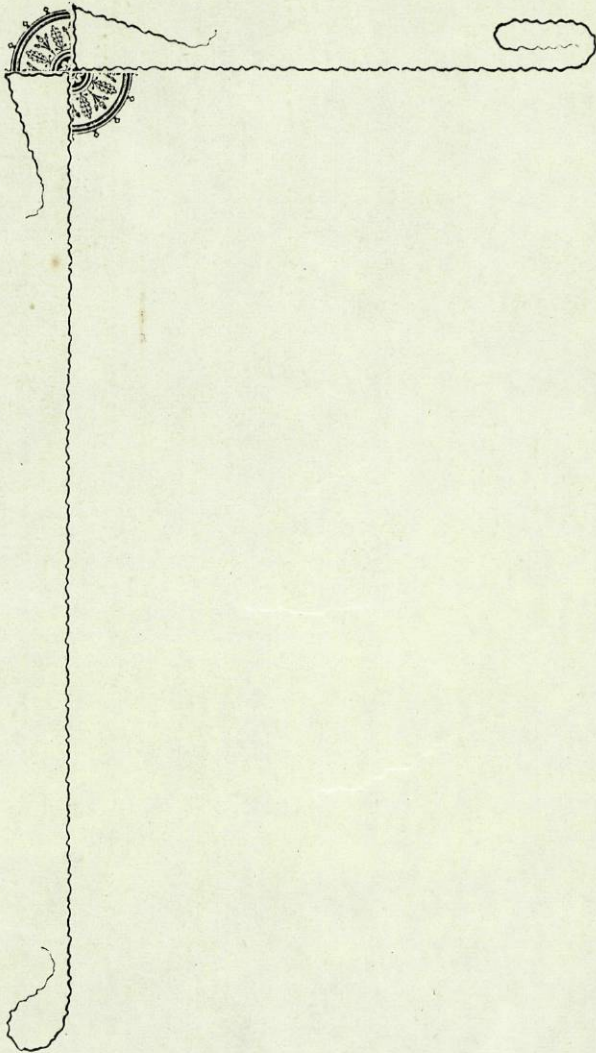
Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} S^{nr}.

Prof. Thiago d'Almeida

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

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

Prof. Candido Augusto Corrêa de Pinho



CAPITULO I

Resumo histórico

A noção de pleurisia tuberculosa data duma época, por assim dizer, indeterminada, mas o seu diagnóstico foi por muito tempo impossível de precisar. Podia-se, quando muito, supôr a existência desta doença nos indivíduos portadores de lesões pulmonares, manifestamente tuberculosas.

Só a partir de 1884, MM. Chauffard e Gombault tentam, pela vez primeira, isolar do líquido pleurético o bacillo tuberculoso; porém, esta tentativa fracassou.

E', portanto, dois annos depois da descoberta do bacillo de Koch, que se lança mão da experiência para o diagnóstico destas pleurisias.

Chauffard, pensando, depois, que seria possível inocular a tuberculose aos animaes, injectou, no peritonéu do caviá, líquidos pleuréticos, quer sorosos, quer purulentos, obtendo resultados positivos em 43 % dos casos observados.

Dois annos mais tarde, Kelsch e Vaillard approximam o abcesso frio pleural do abcesso sub-cutâneo, mas seguindo o método das inoculações, obtêm apenas dois resultados positivos em 4 casos de pleurisyas observados.

Netter, em 1891, tenta, como Chauffard e Gombault, isolar o bacillo de Koch no líquido das pleurisyas. Mas, como este método lhe não dêsse resultado, recorre á inoculação, injectando 1 gramma a 1,5 gr. d'aquelle líquido no peritonéu do caviá, e obtem uma percentagem de 58 % nas pleurisyas secundárias e de 40 % nas pleurisyas primitivas.

Eichhorst dá-nos a percentagem de 65 % fazendo as mesmas inoculações, mas elevando a dóse inoculada a 15 c. c.

Ravaut, em 1904, fazendo, como Netter, uma distincção entre as pleurisyas primitivas e as secundárias, dá-nos 48 % de resultados positivos para as primeiras e 77,7 % para as segundas.

Outras pesquisas são feitas com o fim se esclarecer o assumpto e alguns auctores tentam processos novos donde tirem resultados mais concludentes. Assim:

Em 1899, MM. Bezangon e Griffon recorrem á cultura do bacillo de Koch, servindo-se dos líquidos pleuraes, em sôro gelosado addicionado de glicerina; mas os resultados obtidos por este processo, são inconstantes.

Em 1900, MM. Arloing e Courmont, baseados na descoberta do sôro-diagnostico de Widal para a

febre typhoide, procuram obter culturas homogéneas do bacillo de Koch em meio líquido, e a agglutinação de essas culturas por meio do líquido pleural, dando-nos assim um novo meio de investigação, — o sôro-diagnóstico.

Em 1900, MM. Widal e Ravaut, dão-nos também um novo methodo, e, por certo, dos mais valiosos no nosso caso, — o cyto-diagnóstico.

Em 1905, Nattan-Larrier apresenta-nos ainda, e com muito bom resultado, um novo processo de inoculação, consistindo em injectar na glândula mamária dum caviá em lactação, meio centímetro cúbico de líquido pleural, e na investigação do bacillo de Koch no leite extrahido desse animal do 5.º ao 10.º dia depois da inoculação.

CAPITULO II

Anatomia

Os embryologistas descrevem a pleura como sendo a parte superior da grande cavidade pleuro-peritoneal, dividida, pelo facto do desenvolvimento do diaphragma, em cavidade pleuro-pericárdica e cavidade peritoneal. Consideram ainda a cavidade pleuro-pericárdica dividida em três partes: uma impar, média, constituindo o pericárdio; as duas restantes, lateraes, constituindo as pleuras.

Os anatomistas descrevem a pleura, como sendo um sacco fechado, envolvendo os pulmões, no qual consideram dois folhetos: um parietal, outro visceral; este, em relação com o pulmão, aquelle, em conexão com a parede thorácica, o diaphragma e os órgãos do mediastino.

Estes dois folhetos pleuraes, di-lo a histologia, têm uma constituição quasi idéntica; é a de todas as serosas e, por isso mesmo, todas ellas se comportam de maneira idéntica em presença dos processos inflammatórios.

Procuremos estudar essa constituição.

A pleura é fundamentalmente constituída por um endothélio e um estrôma conjunctivo.

Endothélio. — E' formado por uma série de células chatas, polymorphas, de espessura duma micra e de 30 a 60 micras de largura. Pelo córte notam-se saliências devidas á proeminência dos núcleos no corpo cellular.

Geralmente, estas células apresentam-nos um único núcleo, mas Ranvier mostrou que, nos individuos novos, o endothélio da grande cavidade pleuro-peritoneal, era, por vezes, portador de dois núcleos.

Tanto os corpos cellulares, como os núcleos, podem soffrer variações morphológicas. Assim, quando o pulmão se distende, as células endotheliaes distendem-se e adelgaçam-se; quando o pulmão se retrahê, aquellas células, retrahindo-se egualmente, augmentam de espessura. O endothélio vascular acompanha o endothélio pleural nestas variantes de espessura.

Procuremos agora estudar uma célula fixa.

Esta célula é formada de duas partes:

1.º Uma membrana de invólucro, parcial, representando uma elaboração cellular.

2.º Um protoplasma granuloso munido de um núcleo. Este protoplasma ramifica-se, e as ramificações anastomosam-se entre si e com as ramificações das células vizinhas.

Entre as células endotheliaes têm-se descripto

fendas arredondadas ou triangulares (estomas), em volta das quaes as células se dispõem em fórma radiada. Estas fendas fazem communicar os vasos lympháticos com a cavidade pleural.

Estrôma. — O chorion pleural, subjacente ao endothélio, mostra-nos grandes variações na sua espessura. Attinge o maximo (140 micras) no folheto parietal junto da região costal; e o minimo (50 micras) no folheto visceral.

E' formado de células e fibras conjunctivas e elásticas. As fibras são consideradas como um producto das células que existem á sua superficie.

As células deste estrôma não nos mostram coisa alguma de particular; são achatadas e anastomosadas entre si.

As fibras conjunctivas, dispõem-se em feixes orientados em todos os sentidos. As fibras elásticas tornam-se notaveis pelo seu desenvolvimento. A sua localização principal é na parte profunda da pleura, sendo no folheto parietal que ellas attingem maior número.

Entre os feixes conjunctivos encontra-se uma substancia amorpha, inter-cellular, e um pigmento, que só se mostra a partir da puberdade, e cuja origem deverá ser attribuída ou a um depósito de melanina proveniente da matéria córante do sangue, ou a um depósito de carvão proveniente das partículas carboníferas trazidas para o pulmão pelo ar inspirado.

Resta-nos fallar dos vasos e nervos pleuraes.

Os vasos sanguíneos formam redes que, na pleura visceral, se anastomosam com as redes pulmonares, e que na pleura parietal entram em conexão com os vasos da parede thorácica.

Os lympháticos dispõem-se em duas redes. A primeira segue-se aos «estomas», a segunda, subserosa, anastomosa-se com a primeira por meio de ramos verticaes ou oblíquos. Esta segunda rede vae terminar-se, parte della, aos lympháticos, distribuídos ao longo da artéria mammária interna; a outra parte aos lympháticos escalados ao longo do rachis.

Na pleura pulmonar a rede superficial é formada de vasos muito finos, e a rede profunda, comunicando com aquella, é constituída por vasos bastante espaçados e, donde em onde, munidos de dilatações. Esta segunda está também em comunicação com os lympháticos pulmonares.

Sobre a distribuição nervosa da pleura, pouco poderei dizer em virtude do seu estudo não estar ainda feito convenientemente.

Encontrámos apenas uma descripção de Kölliker, mostrando-nos, no folheto visceral, ramos nervosos, chegando a attingir 78 μ m. e apresentando, donde em onde, células ganglionares.

A pleura nem sempre se apresenta com a fixidês morfológica que acaba de lhe ser traçada. Apresenta-nos, por vezes, variações, quer no seu desenvolvimento, quer no decorrer dos processos pathológicos.

CAPITULO III

Anatomia pathológica

Neste capítulo procuraremos estudar quer as lesões pleuraes, quer o líquido derramado na pleura, e fallaremos, de passagem, nas lesões dos órgãos vizinhos.

Antes, porém, apresentaremos a divisão das pleurisias tuberculosas, baseada nos caracteres do derrame :

Pleurisias tuberculosas	}	sôro-fibrinosas
		purulentas
		hemorrhágicas.

Lesões pleuraes. — Macroscopicamente, e no início, a pleura apresenta-se-nos augmentada de espessura, congestionada e tapetada de falsas membranas fibrinosas. Estas lesões predominam no folheto parietal, onde se nos mostram pequenos focos, duma côr cinzenta ou amarellada, que não são mais do que focos tuberculosos. Mais tarde, a membrana fibrinosa que

tapeta a face interna da pleura, pôde ser substituída por uma membrana caseosa. Os dois folhetos pleuraes podem ainda mostrar-se-nos adherentes.

Microscopicamente nota-se a tumefacção e descamação das células endotheliaes, uma congestão com diapedése activa e uma abundante exsudação de fibrina, coagulando-se em camadas sobrepostas; mais tarde, nesta camada fibrinosa, notamos pequenas elevações devidas ao tecido conjunctivo embryonário e aos novos vasos que inferiormente a ella se desenvolvem e que depois vão dar lugar ás adherências a que acima nos referimos. Estes neo-vasos, muito friaveis, de paredes embryonárias, nascem das arteriolas, das vénulas e sobretudo dos capillares da pleura.

Nas pleurisias purulentas, como acima fica apon-tado, notam-se as mesmas alterações; apenas a camada fibrinosa nos apparece substituída por uma camada caseosa, devida á transformação soffrida pelos tuberculos ahi existentes.

Tanto numas pleurisias, como noutras, o microscópio nos pôde revelar a existencia de células gigantes e de bacillos de Koch.

As adherências que, por vezes, se formam entre os dois folhetos pleuraes, dividindo assim a pleura em muitos lóculos, podem fender-se, tornando *una* a cavidade.

Succede tambem ficarem englobados os fócios caseosos que possam existir na pleura, por um tecido fibroso, de cicatriz, dando-nos o aspecto de kys-

tos de paredes duras, resistentes, de superfície interna lisa, contendo, além da massa caseosa, bacillos e células necrosadas.

Além da transformação fibrosa, podemos observar na pleura, uma transformação cretácea, maneira porque se terminam alguns abscessos frios desta membrana.

Derrame. — O líquido das pleurisas tuberculosas, apresenta-se-nos com caracteres variáveis. Póde ser: sôro-fibrinoso, hemorrágico e purulento. Póde conservar-se sôro-fibrinoso durante a evolução da pleurisia, ou póde soffrer a transformação purulenta e mesmo hemorrágica.

O volume é também dos mais variáveis, podendo ir desde 100 gr. ou 200 gr. até 4 litros e mais.

Os caracteres que elle nos apresenta são, como já disse, variáveis com a fórma de pleurisia. Assim:

Nas pleurisas sôro-fibrinosas, o líquido é fibrinoso, transparente e citrino. Quando tirado pela thoracentese e deitado num vaso, transforma-se, em parte, em uma massa gelatiniforme, mais ou menos abundante segundo a quantidade de fibrina que contém. Fazendo-o atravessar um panno fino e torcendo-o fortemente, obtem-se, neste panno, uma espécie de membrana rósea, que não é outra coisa senão fibrina, contendo nas suas malhas glóbulos vermelhos. Estes glóbulos são sempre abundantes nos derrames desta natureza (Dieulafoy).

A densidade deste líquido, varia de 1:010 a 1:020

e a composição química lembra-nos a do plasma sanguíneo; contém albumina, uréa, glycogénio, os saes existentes no sôro sanguíneo, fibrina, células pleuraes descamadas e glóbulos sanguíneos.

Nas pleurisias purulentas, o líquido pôde ser purulento desde o início, ou, tendo primitivamente uma forma sôro-fibrinosa ou hemorrhágica, só mais tarde passar á purulência. E' um líquido sem cheiro, turvo, duma côr amarello-esverdeada, no qual sobrenadam flócos de pús. A sua quantidade é, como já disse, variavel e com ella variam os deslocamentos produzidos nos órgãos vizinhos e a que mais tarde me referirei.

Nas pleurisias hemorrhágicas, a côr do líquido tirado pela thoracentese, pôde ir desde o vermelho ao vermelho muito escuro, sendo, portanto, mais ou menos rico em glóbulos rubros, mas nunca contendo menos de 5 a 6:000 glóbulos por millímetro cúbico. Pôde este líquido, provindo, quer duma tuberculose primitiva da pleura, quer duma tuberculose consecutiva a lesões pulmonares, ser francamente hemorrhágico desde o início, (o doente faz, segundo a feliz expressão de Dieulafoy, a sua hemoptyse na pleura) ou primitivamente sôro-fibrinoso e só mais tarde adquirir o character hemorrhágico.

A presença do bacillo de Koch no líquido das pleurisias, negada por alguns auctores, é affirmada por outros e, segundo Strauss, «o successo desta investigação está subordinado ao hábito da técnica e á paciência do observador».

Lesões dos órgãos vizinhos. — Estas lesões exercem-se sobre o pulmão, sobre a parede thorácica e sobre os órgãos contidos no mediastino e na cavidade abdominal.

O pulmão está atelectaziado, pelo menos, na sua parte inferior; mas nas pleurisias antigas a organização conjunctiva das falsas membranas, fórma á sua superficie uma camada esclerosa, podendo emitir prolongamentos na profundidade do órgão (pneumonia pleurogénia de Charcot), chegando a transformá-lo em um bloco de consistência fibrosa.

O thorax apresenta uma curvatura notavel, com as costellas levantadas e afastadas. Mais tarde, apresenta-se-nos como que achatado de traz para deante, a parede lateral, em lugar de ter um contorno arredondado, fórma uma curvatura angulosa, estando as costellas approximadas umas das outras pela retracção dos órgãos intercostaes; podemos notar ainda uma escoliose de concavidade dirigida para o lado doente, consequência destas deformações.

O mediastino, comprimido em massa, apresenta-se-nos para além da linha média; o coração está, por isso, deslocado, e a veia cava inferior póde sofrer uma curvatura notavel (Bartels). O pericárdio participa algumas vezes da inflamação pleural, o que se explica pelas connexões lympháticas destas duas serosas.

O diaphragma e o figado estão abaixados se o derrame é consideravel e no lado direito.

CAPITULO IV

Etiologia e pathogenia

Quanto á sua origem, as pleurisas tuberculosas, podem dividir-se em: primitivas e secundárias.

Dizem-se primitivas, quando a pleura é o primeiro órgão atacado; secundárias, quando resultam da propagação á pleura de lesões tuberculosas dos órgãos vizinhos, especialmente do pulmão.

Pelo que diz respeito á chegada do micróbio á serosa, parece-nos que ella se deverá dar, ou por uma solução de continuidade, ou por via leucocytária. Os leucocytos podem infectar-se em um fóco qualquer do organismo e arrastarem consigo o micróbio até á pleura, por qualquer das vias, — aérea, sanguínea ou lymphática.

Chamamos infecção leucocytária aérea, á chegada do micróbio ao pulmão por via aérea e ao seu transporte á pleura por via leucocytária, sem que no pulmão se descubra qualquer vestígio de tuberculose actual ou anterior.

Uma vez chegados á pleura, os bacillos de Koch tornam-se ahí a causa de reacções orgánicas diversas tendentes a destrui-los, ou, pelo menos, a attenuar os seus effeitos.

Estas reacções, que constituem as differentes fórmas das pleurisia tuberculosas, dependem essencialmente de dois factores: os bacillos e o organismo infectado.

Os bacillos fazem variar a infecção pela sua quantidade e pela sua virulência.

Relativamente ao organismo, um grande numero de causas predisponentes fará variar a sua defesa.

Causas predisponentes. — Limitar-me-hei a dizer que esta doença é excepcional nas primeiras edades da vida, augmenta de frequência a partir de cinco ou seis annos, attinge o máximo no adulto, e torna-se muito rara nos velhos. O sexo masculino parece ser preferido. A profissão não gosa nenhum papel na sua etiologia.

Algumas causas adjuvantes, e entre ellas o resfriamento, por muito tempo considerado como a causa mais poderosa, quasi unica, da pleurisia sôro-fibrinosa, devem ser tomadas em consideração entre os agentes provocadores.

CAPITULO V

Symptomatologia

Entre um início doloroso e febril e um início insidioso, latente, observam-se todas as fórmulas intermediárias (Dieulafoy). Por isso, nos é difficil, por vezes, pronunciarmo-nos sobre o momento em que uma pleurisia principia.

Mas, se assim succede algumas vezes, na maior parte dellas o início marca-se por um arrepio mais ou menos violento, mais ou menos prolongado e seguido dum estado febril que, geralmente, vae até ao quinto ou sexto dia da doença.

Conjunctamente com estes symptomas, apparece-nos, e a maior parte das vezes na região mammillar, uma dôr mais ou menos violenta, augmentando com a tosse que, por sua vez, tambem faz parte do cortejo symptomatologico do início.

A respiração é breve, intercortada, incompleta, devida á dôr. O doente tem anorexia, sente-se aba-

tido e vê-se obrigado a abandonar as suas occupações.

O conjunto destes signaes em nada nos revela o apparecimento d'um derrame pleural e, por vezes, presta-se a confusões, visto que, como succede em alguns casos, passados dias, todos estes symptomas parecem desaparecer, o appetite volta e o doente julga-se restabelecido.

Os signaes objectivos, que encontramos no início, são: pela percussão, uma bassidês sem limites precisos; pela palpação, a expansão vesicular diminuída no lado doente; e pela auscultação, attrictos pleuraes, ou um ruído análogo aos sarridos crepitantes da pneumonia, porém mais humido e muito mais diffuso — attricto-rala de Damoiseau — e fazendo-se ouvir principalmente no final da expiração.

Sendo impossivel fixar limites a este primeiro período, impossivel se torna precisar o início do segundo.

No segundo período toda a indecisão deve desaparecer porque a presença do derrame e o cortejo de symptomas que com elle se manifesta, impõem-nos o diagnostico.

Todavia ha casos em que esse derrame é insignificante e, por este mesmo motivo, os auctores chamam a esta variedade — pleurisia sêcca. — Esta pleurisia é, na maior parte das vezes, secundária.

Geralmente, a quantidade de líquido exsudado é, clinicamente, apreciavel e, portanto, procurarei enumerar os symptomas que o acompanham.

Um grande numero de vezes a dôr inicial diminue de intensidade e, por isso mesmo, a respiração se faz mais livremente. O doente julga-se melhor no momento em que a sua vida corre o maior perigo.

Veremos que nem sempre assim acontece, antes, pelo contrário, a dôr pôde augmentar com o volume do líquido.

Os signaes objectivos encontrados neste momento, são-nos dados pela inspecção, palpação, percussão, auscultação e ainda pela punccção exploradora.

Inspecção. — Notamos uma immobilidade relativa do lado doente. Juntamente a esta immobilidade, encontramos uma arqueação maior do mesmo lado. Os espaços intercostaes são maiores e mais salientes. O lado sã pôde estar retrahido em virtude do arrastamento das costellas pelas da metade doente.

Todas estas deformações se põem bem em evidencia pelo cyrtometro de Woillez.

O diaphragma está tambem insufficiente e esta insufficiência traduz-se-nos por uma immobilização do epigastro e pelo apparecimento do typo respiratório costal superior. Nos grandes derrames, a immobilização do epigastro pôde não se dar, e até notar-se uma mobilidade, differindo da mobilidade normal desta região; porque os movimentos se encontram invertidos. Esta inversão deve ser explicada pela inércia do diaphragma.

Palpação. — Por este meio de investigação pode-

mos encontrar, além das diferenças de temperatura, que por vezes se podem notar, e do phenomeno da *onda*, as vibrações thorácicas diminuidas ou abolidas em toda a extensão do derrame, para reaparecerem, ou mesmo se exaggerarem, no seu nivel superior.

Percussão. — Revela-nos uma bassidês na parte inferior e posterior do thorax, sem que haja, percussão de baixo para cima, uma transição brusca entre o som basso da zona doente e o som pulmonar normal. Esta transição é insensível.

Nos vértices pulmonares, notamos o *skodismo* quando a quantidade de líquido não vae além de 1:500 c. c. ou mesmo 1:800 c. c. Este signal desaparece quando o líquido é muito abundante.

A percussão diz-nos ainda, que o limite superior desta camada líquida é de fôrma parabólica. Na região anterior do thorax, este limite é marcado por uma linha sensivelmente horisontal; na região lateral, a linha eleva-se de fôrma a attingir o maximo de altura, e na região posterior desce de maneira a formar um ângulo agudo com a columna vertebral (ângulo de Garland).

O deslocamento do figado, quando o derrame têm séde á direita e attinge um volume superior a 2:000 c. c., o deslocamento do coração, bem como o desaparecimento da sonoridade no espaço semi-lunar de Traube, são ainda signaes dados pela percussão.

Auscultação. — A ausência de murmúrio vesicular, a presença dum sôpro longiuo, que é a transmissão, através do tecido pulmonar atelectaziado e de camada líquida contida na pleura, do ruído expiratorio de glotte; a transmissão nítida e articulada das palavras pronunciadas pelo doente em vóz baixa — *pectoriloquia áphona* —; a presença de *egophonia*, e ainda o signal da moeda metallica de Pitres, são os signaes que podemos encontrar por este processo.

Todos elles têm o maximo de intensidade, geralmente, junto do ângulo inferior do omoplata; mas nem sempre se encontram nesta doença reunidos, assim como podem apparecer em outras.

O único signal de certeza, a meu vêr, é-nos dado pela punção exploradora. A ella teremos que nos referir em varios pontos do nosso trabalho,

Volume de líquido contido na pleura. — E' possível, pelo conjuncto de signaes apontados, calcular approximadamente, o volume de líquido contido na pleura. Assim, o sôpro expiratório, a egophonia, com toda a sua nitidês, o *skodismo*, a pectoriloquia áphona e a deslocação do coração, quando a pleurisia tem séde á esquerda, de fôrma a que a ponta se encontre junto do bordo esquerdo do esterno, revelam-nos a existencia de um derrame de cêrca de 600 c. c. Quando o derrame attinge 1:200 c. c., o máximo da systole cardíaca faz-se junto do bordo direito do mesmo osso. Para um volume de 1:800 c. c. a 2:000 c. c., o máximo da systole faz-se sentir num

ponto situado entre o esterno e o mamillo direito. E' neste momento que a sonoridade do espaço semilunar de Traube desaparece, tratando-se duma pleurisia esquerda, e que o figado se abaixa, tratando-se duma pleurisia direita. Quando o líquido chega a 3:000 c. c., o *skodismo* desaparece, a bassidês é absoluta, o deslocamento dos órgãos aumenta, todo o mediastino se encontra comprimido e a circulação pulmonar é profundamente perturbada, motivo porque é tão frequente a morte súbita.

Até aqui, tenho-me referido á symptomatologia da pleurisia da grande cavidade pleural, mas, nem só esta variedade se encontra nas pleurisias tuberculosas. Vamos, portanto, referir-nos ás outras variedades, apontando os signaes característicos.

Pleurisias diaphragmaticas. — Nesta fórma de pleurisia, o diagnóstico faz-se muito mais pela palpação dos pontos dolorosos, do que pela percussão e auscultação, pela constatação das perturbações funcçionaes, do que pela constatação dos signaes physicos (Huchard). Estes pontos dolorosos são quatro: o primeiro — botão diaphragmático — está situado na intersecção de duas linhas, uma horisontal, costeando o bordo inferior da décima costella, e outra vertical, prolongando o bordo externo do esterno; segundo — ponto epigástrico — tem séde nesta região; o terceiro — *semi-cinto doloroso* — percorre as ultimas costellas, seguindo o trajecto das inserções costaes do diaphragma; o quarto e ultimo ponto — botão diaphragmá-

tico dorsal ou posterior — está situado no ultimo espaço intercostal, junto do rachis.

Outros pontos dolorosos ha, mas de menor importancia, encontrando-se, todavia, em muitas destas pleurisias. O trajecto do nervo phrénico, ao longo do bordo externo do esterno; o espaço deixado entre os dois feixes do músculo esterno-cleido-mastoidéu, são tambem pontos dolorosos e que se notam bastantes vezes.

Um outro signal importante destas pleurisias, é a paralyisia do diaphragma, traduzindo-se no epigastro por uma *depressão inspiratória seguida duma expansão expiratória*.

Pleurisia interlobar. — No início, é impossivel pronunciarmo-nos sobre o diagnóstico desta variedade, por isso que a dôr, a dyspnéa, a tosse, a elevação de temperatura, são, tambem, o início de muitas outras doenças.

Só é possivel fazer um diagnóstico preciso, pelo apparecimento do derrame, traduzindo-se pela bassidês á percussão da região invadida, e pelo apparecimento do som pulmonar normal, acima e abaixo d'essa zona de bassidês.

Mais tarde, apparecem-nos ainda dois signaes que nos podem guiar no diagnóstico: *as hemoptyses e a vomica interlobar*.

Pleurisia mediastina. — Mais difficil se torna ainda o diagnóstico nesta variedade, e só o apparecimento

do *syndroma mediastino*, juntamente com a bassidês da região e o apparecimento brusco destas perturbações, nos podem guiar para o diagnóstico desta pleurisia.

Pleurisias enkystadas da cavidade pleural. — As adherências fibrosas que, por vezes, se estabelecem entre os dois folhetos da pleura, podem dividi-la em muitos lóculos, no seio de cada um dos quaes o líquido pleural póde estar accumulado, sem que communique entre si.

Os signaes porque esta variedade se nos revela, são os de uma pleurisia clássica, differindo della, apenas pela transmissão das vibrações locaes ao nivel das adherências.

Signaes que nos permitem reconhecer a existência de uma pleurisia purulenta. — A regra nas pleurisias enkystadas, é serem purulentas.

Nas pleurisias da grande cavidade pleural, ainda que de pequeno valôr, alguns signaes temos que nos podem fazer pensar num líquido purulento.

Vamos procurar enumera-los.

O edêma da parede thorácica, que tantas vezes se encontra em casos desta natureza, nada tem de pathognomónico, como alguns auctores querem. Falta, por vezes, nestas pleurisias, para se mostrar em algumas sôro-fibrinosas.

A dôr thorácica, que, nas pleurisias *a frigore*, se mostra desde o início, juntamente com o arrepio,

tendo séde em um dos mammillos e diminuindo de intensidade á medida que o derrame se produz, apparece aqui proporcionalmente crescente com a collecção purulenta que invade a pleura, não é localizada como naquellas e nota-se mais particularmente á pressão nos espaços intercostaes.

A tosse não é sêcca, como na pleurisia aguda. E' pouco frequente, mas, se existe, é sempre acompanhada de expectoração espumosa e amarellada.

Á palpação, segundo certos auctores, as vibrações thorácicas, quasi sempre nullas nos derrames sôro-fibrinosos, percebem-se, ainda que com pequena intensidade, neste caso.

Á auscultação, não se percebe a egophonia, a pectoriloquia áphona; e o sôpro, quando existe, é rude, amphórico, acompanhando-se de ruídos pseudo-cavitários, tendo o seu máximo de intensidade junto da columna vertebral.

A dyspnéa não offerece os caracteres de intermittência, da que se observa nas pleurisias agudas.

Como se vê, nenhum destes signaes póde ter um grande valôr diagnóstico e só a punção exploradora nos permitirá pronunciar uma sentença definitiva sobre a natureza de um líquido pleural, quer elle seja sôro-fibrinoso, hemorrhágico ou purulento.

CAPITULO VI

Marcha, duração e terminação

A pleurisia sôro-fibrinosa, é de tal fôrma irregular, de tal fôrma caprichosa na sua marcha, que apresenta, por assim dizer, aspectos variaveis em cada doente. Não é possivel saber se o periodo febril será longo ou curto, se o derrame será consideravel ou pouco abundante, em que momento se fará a desfervescência e se ella coincidirá com a reabsorpção do líquido, se esta reabsorpção será nulla ou facil, e se, não obstante a queda da febre, o líquido não continuará a sua marcha ascendente (Dieulafoy).

Mas, quando ella termina favoralmente, verificamos o reaparecimento do murmúrio vesicular e das vibrações vocaes; tornam-se-nos perceptíveis os attrictos pleuraes, porque os dois folhetos de pleura, pelo facto da reabsorpção do líquido, vêm encostar-se e contendo, como contêm, camadas de fibrina á sua superficie, facilmente nos explicam o apparecimento

d'aquelles attrictos. O coração retoma, pouco e pouco, o seu logar primitivo.

Por vezes, a reabsorpção não é completa, ficando ainda um pouco de líquido nos pontos de maior declive da pleura; mas, ainda que ella o seja, encontramos sempre alguma sub-bassidês e uma diminuição do murmúrio vesicular.

O thorax achata-se, os espaços intercostaes re-trahem-se e a columna vertebral apresenta-nos uma escoliose mais ou menos pronunciada, voltada para o lado doente.

O derrame, ficando estacionário, poderá produzir, em virtude da insufficiencia da hematose e da falta de appetite, uma anemia mais ou menos pronunciada.

Casos ha, mas esses excessivamente raros, em que esta fôrma de pleurisia se póde terminar pela vômica.

A pleurisia sôro-fibrinosa póde ainda evolucionar para a purulência, apresentando-nos depois todos os caractêres desta ultima variedade.

A pleurisia hemorrhágica tem geralmente a mesma evolução da pleurisia sôro-fibrinosa.

A pleurisia purulenta tem uma marcha insidiosa, podendo, no entanto, manifestar-se bruscamente.

Esta fôrma, amiudadas vezes acompanhada de pneumo-thorax, rarissimas se termina por vômica.

A anatomia pathológica mostrou-nos o quanto a pleura se espessa, se esclerosa ao nivel do pulmão,

oppondo assim uma resistencia notavel á saída do seu conteúdo por esta via.

A terminação por syncope mortal, é menos frequente nesta fôrma do que em todas as outras.

Podendo esta pleurisia ter sido primitivamente sôro-fibrinosa, e, pouco a pouco, ir soffrendo a transformação purulenta, pôde ainda apresentar-nos uma outra terminação: o pus abre caminho atravez da parede thorácica, sahindo assim para o exterior.

Empyema pulsatil. — Propositadamente deixamos para este capitulo a descripção de semelhante variedade, por nos parecer que aqui teria melhor cabimento, visto considerarmo-la como uma das pleurisias purulentas.

Guiando-nos pela descripção de Dieulafoy, vemos que em 60 casos de pleurisias pulsateis, só quatro não tinham o character de purulência; mas, logo nos affirma o auctor, estes quatro casos precisam de uma anályse minuciosa.

Que se observa então?

No caso de Comby, classificado de pleurisia sorosa, o líquido sai purulento na segunda punção.

No de Lepine, classificado tambem de pleurisia sorosa, o líquido era sorôso — mas um pouco turvo.

No caso de Piussan, igualmente classificado de pleurisia sorosa, — a incerteza do diagnóstico fez rejeitar a thoracentese —, não podendo, portanto, pronunciarmo-nos definitivamente sobre elle.

Um caso apenas, o de Rummo, nos mostra tratar-se de uma pleurisia hemorrágica.

Em face destes resultados, parece-nos, d'accordo com o auctor a que me referi, que a denominação de *empyema pulsatil* tem razão de ser, e que devemos considerar esta variedade como uma das fórmulas de terminação das pleurisias purulentas.

Assim, o primeiro período do empyema é perfeitamente idêntico ao daquellas pleurisias e só poderemos etiqueta-la de pulsatil depois do apparecimento das pulsações thorácicas.

Descrever-lhe o primeiro período, seria reproduzir o que já dissemos a propósito da pleurisia purulenta. Vamos, portanto, vêr o que se passa no segundo — *período das pulsações thorácicas*.

Antes de mais nada direi que o empyema tem por séde, a maior parte das vezes, para não dizer todas, o lado esquerdo do thorax e esta localização é de tal fórmula frequente que Dieulafoy diz-nos ter apenas conhecimento de um caso de empyema direito.

Para a descripção do segundo período da doença, terei que dividi-lo em duas partes: *empyema intra-pleural* e *empyema extra-pleural*.

Empyema intra-pleural. — O apparecimento de pulsações, comparaveis, em parte, ao choque da ponta do coração, mas um pouco mais consideraveis, fazendo-se sentir, quer na linha axillar, quer adiante ou atrás desta linha, marca-nos o início desta variedade.

As pulsações perceptíveis á vista e á palpação, são isóchronas do pulso arterial, e observando attentamente a região sobre a qual se mostram, podemos perceber um movimento de ondulação ou de levantamento.

Em virtude destas circunstâncias podemos, por vezes, suppôr a existencia de um aneurisma, mas, por um exame mais attento, veremos que a impulsão dada á parede thorácica, um pouco maior que a da ponta do coração, é todavia menor do que a de um aneurisma de eguaes dimensões. Em caso da dúvida persistir, podemos, sem perigo algum, recorrer á punção exploradora, com tanto que tenhamos o cuidado de a praticar com uma agulha sufficientemente fina.

Empyema extra-pleural. — Caracteriza-se pelo apparecimento de uma tumefacção localizada, quer na linha axillar, quer adeante, mas a maior parte das vezes atrás d'esta linha, tumefacção molle e depressivel, dotada de movimentos de expansão, análogos aos que se podem notar no aneurisma, mas distinguindo-se d'elle pela ausência do frêmito e do sôpro, e porque esta tumefacção é modificada pelos movimentos respiratórios. De resto, pela pressão, observamos que ella é reductivel, o que nos indica que ha uma communição com a pleura.

Mostrando assim, ainda que de uma maneira geral, o modo de reconhecermos o empyema, nada mais direi a seu respeito, por isso que a sua mar-

cha e evolução em nada differem da marcha e evolução de pleurisia purulenta.

Por tudo o que deixamos dito neste capitulo, se vê a impossibilidade de nos pronunciarmos sobre a evolução de uma pleurisia tuberculosa.

M. A. Plessi dá-nos, no entanto, um methodo, com o qual nos quer fazer conhecer a evolução da doença. Baseia-se para isso no poder reductor da urina do individuo são, e nas modificações que pôde soffrer nos doentes atacados de pleurisia tuberculosa.

Os resultados obtidos por este methodo demonstram que, nesta affecção, as substancias reductoras são eliminadas em quantidade superior á normal e que esta eliminação soffre grandes oscillações no decorrer da doença. O máximo de eliminação produz-se no momento em que o exsudato é reabsorvido; o mínimo no momento em que o derrame se fórma.

CAPITULO VII

Diagnóstico

Pelo que fica dito anteriormente, podemos fazer o diagnóstico de *posição* de uma pleurisia, bem como conhecer, approximadamente, a quantidade de líquido contido na pleura.

Relativamente á qualidade desse líquido, vimos também que só nos é permittido *affirmar* que elle é sôro-fibrinoso, hemorrhágico ou purulento, depois de praticada a punção exploradora.

Dispensamo-nos, portanto, de voltar a esse assumpto, procurando, desde já, estudar a maneira de reconhecer — a natureza tuberculosa de uma pleurisia.

Como faze-lo?

A resposta, por mais complexa que pareça, poderá algumas vezes ser dada de uma fôrma cathegórica. A constatação de bacillos de Koch no exsudato pleural permittre-nos affirmar que se trata d'uma pleurisia tuberculosa.

Este meio de diagnóstico, se é dum alto valôr, para não dizer o melhor, quando se trata de reconhecer a natureza tuberculosa desta doença, não é, contudo, isento de inconvenientes.

Para os mostrarmos termos que nos referir, ainda que d'uma maneira vaga, ao processo seguido para o reconhecimento do bacillo.

A técnica é das mais simples e podemos resumir-la no seguinte:

Coloração pela fuchsina do producto supposto tuberculoso, previamente fixado sobre uma lâmina de vidro e, consecutivamente, *descoloração* da preparação por meio dos ácidos—mais geralmente pelo ácido nítrico ao terço, ou pela mistura de cinco partes de álcool para uma de ácido nítrico.

O bacillo de Koch resiste á descoloração ácida.

Mas, e aqui está o inconveniente do processo, ha bacillos—*os acido-resistentes*—que igualmente resistem a essa descoloração; todavia, ella é menor do que a que nos offerece o bacillo de Koch; o aspecto que elles nos apresentam é mais homogéneo, a sua cultura é mais facil e a inoculação é negativa.

A par d'este obstáculo, vem-nos a difficuldade da pesquisa, a ponto de Strauss nos dizer «que o successo da procura está subordinado ao hábito da técnica e á paciência do observador».

Compreende-se que assim succeda, visto a diluição dos bacillos poder ser em tal grau que nos seja necessário fazer um grande número de preparações para chegarmos a obter um resultado positivo.

A dificuldade da constatação directa do bacillo de Koch no líquido das pleurisas, obriga-nos, um grande número de vezes, a recorrer á cultura ou mesmo á inoculação.

As *culturas* são feitas em sôro gelosado addicionado de glicerina, no seio do qual se semeia um pouco de líquido pleural. O apparecimento de colónias, o seu exame microscópico permitem-nos reconhecer a existência do bacillo.

Os resultados obtidos por este método são inconstantes, pelo que só poderá ter valôr em caso affirmativo.

A *inoculação* feita no peritonéu do caviá transmittirá a tuberculose a este animal, se o líquido inoculado contiver bacillos de Koch.

Este processo tem todo o valôr quando o resultado é positivo; mas, quando é negativo, tambem não podemos tirar a conclusão da não existência de tuberculose, por quanto, como acima dissemos, a diluição dos bacillos póde ser tão grande que os não tenhamos introduzido nas inoculações feitas, ou, quando os introduzissemos, fossem em número tão diminuto que rapidamente sejam aniquilados na lucta.

O processo de inoculação de Nattan-Larrier, aproveitando a mamma do caviá em lactação, póde ainda em alguns casos prestar-nos valiosos serviços.

Por outros processos nos podemos guiar na investigação desta doença.

O *sôro-diagnóstico* de Arloing e Courmont dá-nos resultados positivos em 85 % dos casos tuber-

culosos, mostrando-se, sobretudo, nas pleurisias lentas e pouco avançadas.

O *cyto-diagnóstico* de Widal e Ravaut tem também uma utilidade incontestável, visto ser a tuberculose que provoca, o maior número de vezes, a reacção lymphocytária.

A este propósito Malloizel tira as seguintes conclusões:

1.ª — O doente é visto pela primeira vez e apresenta-nos um derrame lymphocytário.

Se a pleurisia tem uma duração de quinze dias e resume toda a doença, trata-se de uma pleurisia tuberculosa.

Se a pleurisia é consecutiva a uma affecção aguda, (pneumonia, febre typhoide), nenhuma conclusão poderemos tirar sem a inoculação no caviá; é, contudo, provável que se trate de tuberculose.

A pleurisia é antiga e teve um início agudo? Trata-se de tuberculose.

O início é insidioso, o doente é um cardíaco ou um renal? E' provável tratar-se de um hydrothorax crónico, mas não podemos pôr de parte a idéa de tuberculose.

2.ª — O doente possui um derrame que se torna lymphocytário.

Se a pleurisia parece essencial, se a polynucleose do início dura pouco, se a lymphocytose cresce depressa, é quasi sempre tuberculosa.

Succede a uma pneumonia ou a uma febre typhoide? Nada poderemos afirmar; mas se a lympho-

cytose tem grande duração, deveremos pensar na tuberculose. Se num derrame de hydrothorax os lymphocytos apparecem tardiamente, temos todas as probabilidades de se não tratar de tuberculose.

3.^a — *A lymphocytose não se manifesta, ou é insignificante.*

A pleurisia parece essencial e dura pouco? É, as mais das vezes, tuberculosa.

Succede a uma pneumonia e a polynucleose é duradoura? O derrame é quasi sempre pneumocócico.

Sobrevem a uma doença geral? Póde tratar-se de tuberculose.

4.^a — *Ha eosinophilia pleural.*

A infecção póde ser attenuada mas a eosinophilia nada prova sob o ponto de vista da etiologia.

5.^a — *Ha um derrame com predomínio macrophágico, fugaz, pouco abundante, uni ou bilateral.*

Póde muito bem ser devido á tuberculose, se uma infecção geral, (febré typhoide, syphilis, erysipela, rheumatismo), o não explica.

6.^a — *Ha splenopneumonia com edema pleural de que se colhem algumas gottas.*

Com todas estas fórmulas a tuberculose é possível.

As conclusões diagnósticas de Malloizel baseiam-se em 136 observações pessoaes.

Por todas estas conclusões vemos que este método só nos traz a certeza da tuberculose pleural nos casos em que o derrame é inexplicavel por outra fórmula. É, sobretudo, quando se constata a lympho-

cytose nas pleurisas consecutivas a outras infecções, que o método tem importância.

A *tuberculina* em doses muito fracas (um quarto a um meio de milligramma no adulto, um vigésimo de milligramma na criança), provoca uma reacção térmica com a elevação de temperatura de 1°, que principia 6 a 10 horas depois da injectão.

Na maior parte dos casos os tuberculosos reagem a esta prova; contudo, é preciso não considerar como características as reacções que apenas attingam meio grau.

Um outro elemento de diagnóstico interessante consiste na inoculação de líquidos suppostos tuberculosos, no caviá previamente tuberculizado. Contendo esses líquidos o bacillo de Koch, ha uma elevação de temperatura de um grau e meio a dois graus no animal em experiência (Merieux).

Nattan-Larrier observa tambem uma reacção térmica no caviá submettido á acção da tuberculina, algum tempo depois da inoculação de um líquido suspeito. O processo seguido é o seguinte: injecta na mamma dum caviá femea 15 c. c. a 20 c. c. de um líquido de pleurisia, e, 5 a 6 dias depois, quando a temperatura volta á normal, injecta 1,5 c. c. de tuberculina sob a pelle do mesmo animal, observando depois, passadas algumas horas, uma elevação de temperatura de 1° a 3°,5 que se mantem cêrca de 24 horas.

O augmento de oxygénio absorvido, de oxygénio consumido e de acido carbónico exhalado, é um

facto geral em todas as fórmãs de tuberculose (MM. Robin e Binet).

○ A albuminúria póde ser tambem um signal precursor da tuberculose. (Albuminúria pre-tuberculosa de Teissier).

○ Quando *um individuo apyrético se faz passear durante uma hora* e se observa, no final do passeio, uma elevação do thermómetro a 38°, podemos considerar este signal como probabilidade tuberculosa.

A desmineralização, principalmente a excreção do cálcio, sería um bom signal precoce (Crofton).

O abaixamento da relação entre a uréa e o azote total sería ainda um bom signal de início tuberculoso (Mircoli e Soleri).

A diazo-reacção de Ehrlich dá-nos apenas resultados positivos nas fórmãs agudas ou avançadas.

Utiliza-se ainda o azul de metyleno para o estudo da permeabilidade das serosas. Quando esta substância é introduzida no líquido pleural e depois, verificando a sua eliminação pela urina, encontramos uma diminuição de permeabilidade, isto indica-nos a natureza turberculosa da lesão.

Por todos estes processos vemos a complexidade do assumpto e se, uns mais do que outros, nos podem auxiliar num diagnóstico, todos elles nos prestarão serviços quando associados aos signaes clínicos.

CAPITULO VIII

Prognóstico

Nada ha mais caprichoso do que a evolução de uma pleurisia, dissemos nós quando escrevemos o capítulo sexto.

Pois bem, se nesse momento reconhecíamos a impossibilidade de nos pronunciarmos sobre a evolução, não nos sentimos menos embaraçados ao termos de lhe traçar o prognóstico.

Ser-nos-ha possível pensar na curabilidade de uma pleurisia tuberculosa?

Certamente que sim, e um grande numero de observações no-lo provam, principalmente tratando-se de uma pleuro-tuberculose primitiva.

Mas, a par disto, vemos tambem a dificuldade, que por vezes existe, de reconhecer as lesões pulmonares.

Um grande número de pleurisias etiquetadas de primitivas, terão evoluicionado secundariamente a um fóco pulmonar, até ahi desconhecido. Temos a

prova-lo uma observação de Landouzy, duas de Dieulafoy, e, naturalmente, muitas outras por nós ignoradas.

E se na pleuro-tuberculose primitiva o diagnóstico pôde ser favoravel, tratando-se de uma tuberculose pleuro-pulmonar, parece-nos que deve ser *reservado*, visto serem duas tuberculosas que temos de curar.

Tratando-se mesmo duma pleuro-tuberculose primitiva, como affirmar que ella se não transmittirá ao pulmão?

A par disto, vêmos alguns auctores mostrarem-nos que a pleurisia, sobrevindo no decorrer duma tuberculose pulmonar, vae algumas vezes favorecer a doença primitiva, attenuando-lhe todos os seus symptomas.

Ficará assim sufficientemente justificada a nossa hesitação?

E não poderemos dizer que o prognóstico desta doença deverá ser sempre *reservado*?

Em face de tudo o que dissemos, a resposta tem de ser affirmativa.

Todavia os dados clínicos alguma coisa nos podem dizer e, a auxiliar estes dados, ha ainda processos de laboratório.

Vamos apresentar alguns.

Malloizel tira a este respeito, e pelo processo apresentado no capitulo anterior, as seguintes conclusões:

1.^a — Se desde o início se verifica o aspecto de-

negrido e uniformemente manchado dos núcleos (pynose), e a ausência de macrophagia, trata-se, a maior parte das vezes, de uma affecção grave, que o póde ser por vários motivos: ou porque o derrame tem tendência a tornar-se purulento, ou então, porque a lesão pulmonar vae tomar uma evolução defeituosa.

2.^a — Se os signaes, que acabamos de apontar, se verificam tardiamente, não têm valôr algum; mas se a pynose é acompanhada de macrophagia, é um signal de bom agouro (fim dos derrames para pneumónicos).

3.^a — Nos derrames broncho-pneumónicos uma grande abundancia de polynucleares, indica, geralmente, lesões pulmonares accentuadas e a maior parte das vezes com tendencia suppurativa.

4.^a — A eosinophíia pleural *tardia*, é quasi sempre um indício de convalescença. Precede a reabsorção do líquido. A eosinophíia *permanente* não tem valôr prognóstico.

Courmont, fazendo um estudo paralelo entre a evolução clínica e o poder agglutinante do líquido destas pleurisias, chega a conclusões que podemos eschematizar, dizendo:

1.^o — Os pleuréticos, possuindo um líquido agglutinante a 1 p. 5, curam na proporção de 4 para 5.

2.^o — Os pleuréticos, possuindo um líquido que não é agglutinante a 1 p. 5, curam apenas na proporção de 1 para 4.

Max Calvet avalia a virulência do bacillo de

Koch, pelo grau das reacções anatómicas apresentadas depois da inoculação dos líquidos tuberculosos em animaes de resistência desigual, taes como: o caviá e o coelho. Verificou assim que o líquido pleurético é tanto mais violento para o caviá, quanto mais próximo do início da affecção é recolhido.

No período da reabsorpção, este líquido pleurético quasi nunca determina lesões tuberculosas nestes animaes.

Quando um líquido pleurético, conclue o auctor, tuberculiza facilmente o coelho, trata-se, ou de pleurisias que vão ser seguidas de tuberculose pulmonar, ou de pleurisias evolucionando concomitantemente com uma tuberculose inveterada do pulmão.

A diazo-reacção de Ehrlich tem tambem um valôr prognóstico, visto só apparecer nas fórmag agudas ou muito avançadas.

CAPITULO IX

Tratamento

No primeiro período das pleurisias, impõem-se nos tres indicações: combater a dôr, a tosse e a dyspnéa.

Podemos fazê-lo por meio de revulsivos, injecções de morphina, etc.

Quando o líquido attinge de 1.800 c. c. a 2.000 c. c. é o momento de praticarmos a thoracentese.

É este, a meu vêr, o tratamento por excellência de todas as pleurisias tuberculosas.

A pleurotomia simples, preconizada por alguns auctores no tratamento das fôrmas purulentas, não nos dá os resultados que poderíamos esperar. O pulmão comprimido pela pleura esclerosada, não tem probabilidades de se dilatar, ficando-nos, portanto, um espaço pleural impossivel de encher, eternizando assim a suppuração.

O processo de Estlander, que se propõe remediar

este inconveniente, é, por vezes, insufficiente em virtude do estado do pulmão.

É, portanto, a thoracentese o método de escolha para o tratamento desta doença, devendo ser feitas tantas punções quantas forem exigidas pela sua evolução. Podem ser seguidas ou não de injeções antisépticas.

Com este tratamento palliativo ha grandes probabilidades de obtermos uma cura real.

OBSERVAÇÕES

I

S. P., solteiro, 23 annos, doméstico, natural de Villa Sêcca de Armamar.

Entrou para a enfermaria de clínica médica a 23 de janeiro de 1908.

Signaes subjectivos. — Pontada extensa ao nivel do mammilllo esquerdo, dyspnéa e tósse que fazia augmentar a pontada.

Inspeção. — Imobilidade quasi absoluta e abaulamento do hemithorax esquerdo. Typo respiratório costal superior; movimentos respiratórios— 34 por minuto. A inspeção mostra-nos ainda o choque da ponta do coração junto do bôrdo direito do esterno.

Palpação. — Abolição completa da transmissão das vibrações vocaes no lado doente, e localização do choque da ponta do coração no ponto já determinado pela inspeção.

Percussão. — Bassidês absoluta na base, dimi-

nuindo gradualmente até altura do omoplata, onde o som pulmonar começa a ser normal.

Auscultação. — Desapparecimento completo do murmúrio vesicular na base do pulmão esquerdo, principiando a tornar-se perceptível junto do ângulo do omoplata. Pectoriloquia áphona, egophonia, e signal de Pitres.

Temperatura. — Attinge 39°.

Antecedentes hereditários e pessoas. — Nada se averiguou ácerca da hereditariedade mórbida deste doente por ser exposto.

Pelo que respeita ao seu passado pathológico, diz ter sido sempre robusto até ao verão de 1907, época em que foi atacado de uma febre typhoide; de que foi tratado no Hospital de Santo António, onde se demorou por espaço de um mês.

*

* *

Conta o doente que, saído do Hospital, nunca mais voltou a ter saúde. Ainda convalescente foi servir para uma casa onde o trabalho era excessivo, perdendo noites e apanhando grandes frios.

No dia 20 de janeiro foi acometido por fortes dôres de cabeça, pontada no lado esquerdo do thorax e muita febre.

*

* *

Esta symptomatologia conduziu ao diagnóstico de uma pleurisia esquerda com derrame.

Feita a thoracentese no dia immediato, introduzindo a agulha do aspirador de Potain no sétimo espaço intercostal e na linha que passa pelo ângulo do omoplata, extrahiram-se 650 c. c. de um líquido avermelhado, de aspecto hemorrágico. A análise feita no gabinete de Bacteriologia da Escola Médica deu o seguinte resultado:

«Algumas células endotheliaes; numerosissimos glóbulos rubros; encontrou-se sómente um polynuclear neutróphilo.

Ao exame em preparações directas não revelou bacillos de Koch, nem outros micróbios.

Fez-se a inoculação de alguns centímetros cúbicos no peritonéu de um caviá» ¹.

Seguidamente a esta operação desapareceu a dyspnéa, baixou a temperatura e o coração voltou á sua posição normal; subsistem dôres vagas na base.

A auscultação mostra-nos que a permeabilidade ao ar se não restabeleceu completamente.

¹ Não foi communicado o resultado desta inoculação.

No vértice esquerdo a respiração é rude; passado algum tempo começam-se a ouvir sarridos sêccos, sibilantes, mais perceptíveis quando o doente tosse, transformando-se mais tarde em crepitantes e depois em sub-crepitantes. Estas modificações fazem-se sentir do vértice para a base, estendendo-se até ao mamillo na ocasião em que o doente abandona o hospital.

Após a thoracentese a percussão mostrou-nos também uma diminuição de sonoridade no vértice do pulmão esquerdo.

O appetite nos dias consecutivos á operação é normal, mas ainda que o doente se alimentasse o melhor que o permite a dieta hospitalar, a emaciação e perda de forças são constantes e progressivas, apparecem abundantes suores nocturnos, tachycardia e pulso hypertenso.

A tosse persistiu sempre, sêcca ao principio, e depois acompanhada de uma expectoração côr amarello-esverdeada. A anályse dos escarros no sentido da investigação do bacillo de Koch foi negativa.

De tempos a tempos o doente sentia anorexia, a lingua saburrosa e constipação; seguia-se uma crise de diarrhéa, voltando ao estado antigo.

O início, marcha da doença, o exame do líquido derramado, a anályse do sangue (não agglutinando o bacillo de Eberth nem os paratyphicos A e B), fazem-nos pronunciar pelo diagnóstico de uma pleurisia tuberculosa.

Em 3 de abril de 1908 o doente abandona o

hospital, apresentando manifestações de tuberculose do pulmão esquerdo no periodo de amolecimento.

II

J. A. C., solteiro, jornaleiro, 24 annos, natural de Sabroza.

Entrou para a enfermaria de clínica médica a 31 de janeiro.

Signaes subjectivos. — Dyspnéa contínua, augmentando depois das refeições, com a marcha e no decúbito lateral direito. Dôres, de pequena intensidade na axilla esquerda e nas inserções costaes do diaphragma; falta de fôrças, suores nocturnos e cephaléa.

O doente tem bom appetite e a constipação habitual é a única perturbação digestiva apresentada.

Como perturbações respiratórias o doente apresenta-nos uma «tosse teimosa», que por vezes o acomete e que é acompanhada de uma pequena expectoração mucosa.

Inspecção. — O *facies* impressiona pela pallidês, pela coloração avermelhada das maçãs do rosto, pela pronunciada emaciação, pelas olheiras profundas, pela ligeira cyanose dos lábios e pelo cunho de tristeza que o revestia. Ao olhar para elle vinha-nos immediatamente ao espirito a idéa de tuberculose.

Uma atrophia dos músculos peitoraes esquerdos, o desaparecimento quasi completo das excursões respiratórias do lado esquerdo, a localização do choque da ponta do coração entre as linhas mammillares e para-esternal direitas, a dois centímetros para baixo e para dentro do mammiillo, uma emaciação thorácica muito pronunciada do lado esquerdo, uma asymetria thorácica (sobretudo frisante pela comparação das bases) devida ao movimento de rotação que as costellas executaram de dentro para fóra e de baixo para cima sob a acção do derrame, movimento que teve também como consequência uma accentuada diminuição dos espaços intercostaes, eis o conjuncto devéras elucidativo que nos offerece a inspecção.

Palpação. — A transmissão das vibrações fazia-se sentir apenas no hemithorax direito, e o impulso cardíaco, ondulado e diffuso, percebia-se no ponto acima designado.

Percussão. — Bassidês absoluta em todo o hemithorax esquerdo, uma diminuição de elasticidade em toda a parede, desaparecimento completo da sonoridade no espaço de Traube, e sonoridade um pouco augmentada no lado direito.

Auscultação. — No pulmão esquerdo: — Transmissão da voz imperceptivel, fazendo-se sentir difficilmente na parte superior e posterior, bem como os ruídos respiratórios. No pulmão direito: — Respiração exaggerada, compensadora, pueril; ralas crepitanes

na região mammillar, e attrictos muito finos, que conservam os seus caractéres durante a evolução ulterior da doença.

Movimentos respiratórios. — 34 por minuto.

Perímetro Thorácico	Ao nível do mamillo	{	No principio da inspiração	{ hemithorax direito — 0 ^m ,44
			„	{ „ esquerdo — 0 ^m ,48
	Ao nível do apên-dice xiphoidéu	{	No fim da inspiração	{ hemithorax direito — 0 ^m ,47
„			{ „ esquerdo — 0 ^m ,49	
				perímetros eguaes nos dois hemithorax

Capacidade vital. — Nunca foi possível obter uma capacidade superior a dois litros, devido talvez a o doente não poder habituar-se ao espirómetro.

Pulso — Hypotenso — *Temperatura.* — 38° de manhã e 38°,6 de tarde, em média.

Antecedentes hereditários. — Nada notavel.

Antecedentes pessoas. — Nada accusa o doente no seu passado mórbido até março de 1907, em que foi acommettido de uma grippe, que durante a con-

valescência se complicou de uma pneumonia, e da qual ficou aparentemente bom. Em maio do mesmo anno appareceu-lhe localizada na espádua esquerda, uma dôr aguda, attenuando-se durante bastante tempo para, com maior intensidade, reaparecer em setembro, impossibilitando-o de trabalhar.

Recolheu ao Hospital, donde saiu um pouco melhorado ao fim de um mês.

Em janeiro de 1908 reaparecem as dôres acompanhadas agora de dyspnéa; tratando-se por algum tempo na sua terra, como as forças o abandonassem de dia para dia, resolve entrar novamente para o Hospital, onde chega no estado acima referido.

*

* *

Como vemos, o interrogatório e exame do doente dão-nos elementos sufficientes para fazermos o diagnóstico de uma pleurisia da grande cavidade pleural esquerda, pleurisia que devia conter, attendendo á situação da ponta do coração e á ausência absoluta de *skodismo*, de 1500 a 1800 grammas de líquido.

Pela thoracentese foi-lhe extrahido um litro de líquido de aspecto sôro-fibrinoso; três punções posteriores não deram resultado algum.

A análise do derrame feita no Gabinete de Bacteriologia da Escola Médica deu o seguinte resultado:

«Ao exame directo não revelou bacillos de Koch, nem outros micróbios; revelou algumas células endotheliaes, bastantes lymphocytos, numerosissimos glóbulos rubros».

O início e a evolução lenta e insidiosa da doença, o estado geral, o exame do líquido pleural — lymphocytose e grande número de glóbulos rubros — levam-nos a pôr o diagnóstico de pleurisia sôro-fibrinosa de natureza tuberculosa.

Neste sentido nos faz caminhar ainda a dyspnéa que o doente accusava e que não estava em relação com a quantidade de líquido derramado.

*

* *

As modificações soffridas depois da primeira punção são insignificantes, a ponto de, passado um mês, a função pulmonar se encontrar quasi no estado anterior.

No vértice algumas modificações houve, taes como o reaparecimento, com rudeza, dos ruídos respiratórios, ausência do murmúrio, a transmissão exagerada das vibrações, a broncho-phonia, reaparecimento parcial do som claro á percussão, e ralas crepitan-tes á auscultação. Os factos apontados, se demonstram que o vértice recupera, em parte, a sua função normal, provam tambem a installação de um processo tuberculoso.

Durante a sua permanência na enfermaria esteve submettido a várias medicações, tendo por fim combater os suores, a constipação, a tosse, as inflamações pleural e pulmonar, a falta de forças e a decadência orgânica.

Mas, posto que algum proveito tirasse da medicação prescripta, o doente abandona o Hospital portador de lesões pulmonares de tuberculose crónica, não nos parecendo poder-se fazer um prognóstico favoravel.

III

V. R. de 34 annos, serralheiro, natural de Tôrres-Vedras, residente no Porto.

Entrou para a enfermaria de Clínica cirúrgica, para ser operado, como lhe tinha indicado o seu clínico assistente, em 15 de abril de 1908.

Signaes subjetivos. — Tem tosse, com pouca expectoração, não tem appetite, por vezes tem diarrhéa, e todas as tardes se sente febril.

Interrogado o doente, conta-nos que no princípio de fevereiro de 1907, uma tarde, depois do trabalho, sentiu uma pontada abaixo do mammillo esquerdo, acompanhada de arrepios, com uma sensação alternada de calor e impossibilidade de dormir sôbre o lado esquerdo por augmento de dôres e falta de ar.

Este estado continúia-se cêrca de mês e meio; ao fim deste tempo pareceu-lhe sentir que «dentro do peito se deslocava líquido». Principiou a ter dyspnéa, sendo obrigado a dormir encostado, porque noutra posição lhe parecia asphyxiar.

No dia 27 de maio de 1907, por indicação do seu clínico assistente, como já dissemos, foi feita uma operação, que, pelo que o doente relata e pelo aspecto da cicatriz, deve ter sido uma pleurotomia

Seguidamente a esta operação o doente passou regularmente, sem todavia poder retomar o trabalho. Em fins de setembro do mesmo anno, o doente sentiu-se muito debilitado, a tosse reapareceu com grande intensidade e acompanhada de abundante expectoração, anorexia intensa e diarrhéa prolongada.

Outra vêz consultou o seu médico assistente que lhe aconselhou nova intervenção, a que só se resolveu em abril de 1908, dando entrada no Hospital de Santo António.

Inspeção. — E' um individuo de compleição debil, muito magro, pállido e com os olhos cavos. Tem as depressões supra e infraclaviculares muito pronunciadas, principalmente do lado esquerdo. Uma cicatriz, incompleta na parte média, deixando passar dois drenos muito finos, da extensão de 4 centímetros e situada no 5.º espaço intercostal esquerdo, indica o logar da primeira operação. Língua branca.

Percussão.—No lado direito nada denuncia de anormal; partindo do vértice, no lado esquerdo ouve-se um som normal até ao 3.º espaço intercostal e um som quasi tympánico na restante região pulmonar.

Auscultação.—Diminuição consideravel do murmúrio vesicular do pulmão esquerdo até altura do 3.º espaço intercostal e sua ausência completa na região pulmonar subjacente. Não se ouvem ruídos anormaes.

No pulmão direito nota-se apenas uma respiração compensadora.

Pulso.—Hypotenso e tachycárdico.

*

* *

Pelos dados da auscultação e da percussão, pareceu-nos que havia retracção pulmonar, o que nos é confirmado pela grande quantidade de líquido que entra quando se fazem as lavagens por meio dos drenos.

Algum tempo depois da sua entrada no Hospital, soubemos pelo seu clínico assistente, que fizera a pleurotomia, que o líquido extrahido era purulento e a analyse revelou bacillos de Koch.

Como a suppuração se mantivesse e não houvesse tendência para o pulmão reoccupar o espaço

primitivo, foi-lhe feita, no dia 24 de maio, a resecção da 3.^a, 4.^a e 5.^a costellas esquerdas pelo processo de Stlander, com retalho anterior.

O estado melhorou bastante até ao final do anno lectivo, época em que deixamos de vêr o doente.

Recentemente tivemos noticias suas, sabendo que, embora ás melhoras se tenham mantido, a suppuração continúa abundante, havendo tosse e períodos diarrheicos.

Prognóstico.—Sombrio.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O augmento de transmissibilidade das vibrações do hemithorax direito tem uma explicação anatómica.

Histologia. — O núcleo tem na célula a importância do systema nervoso num organismo.

Physiologia. — A sciência restringe o medo.

Pathologia geral. — O assucar substitue o álcool como alimento.

Pathologia externa. — Em caso de aperto esophagiano, nunca praticarei o catheterismo sem que um collega esteja presente.

Anatomia pathológica. — A pleurisia sôro-fibrinosa é uma pleurisia hemorrágica.

Matéria médica. — Julgo contraindicada a morfina em casos de gastralgia proveniente de ulcerações.

Pathologia interna. — As hemorragias resultantes de úlceras gástricas não se produzem durante o vômito.

Operações. — Os resultados obtidos pela gastro enterostomia para cura d'úlceras do estômago, nunca serão os desejados, se não empregarmos os alcalinos consecutivamente á operação.

Hygiene. — Reprovo o serviço de enfermagem feito por "irmãs de caridade".

Obstetrícia. — O parto indolor é dos mais perigosos.

Medicina legal. — A todo o médico perito, intimado a comparecer em juizo, deveria ser notificado qual o assumpto médico-forense em que tem de intervir.

Visto.

Póde imprimir-se.

Candido de Sinho,

Mozes Caldas,

Presidente.

Director.