
KYSTOS HYDATICOS PRIMITIVOS DA PLEURA

97/2 ENC

N.º 2.

AFFONSO THEMUDO RANGEL

KYSTOS HYDATICOS

PRIMITIVOS DA PLEURA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL



PORTO
TYPOGRAPHIA CENTRAL
172, Rua das Flores, 176

1900

97/2 EHC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Director interino

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Lente-Secretario interino

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e general	João Pereira Dias Lebre.
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.	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
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, hygiene privada e publica e toxicologia	Vaga.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.	Jose d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Dr. José Carlos Lopes.
	Pedro Augusto Dias.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.	João Lopes da Silva Martins Junior.
	Alberto Pereira P. d'Aguiar.
Secção cirurgica	Clemente Joaquim dos Santos Pinto.
	Carlos Alberto de Lima.
Demonstrador d'Anatomia	Luiz de Freitas Viegas.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação, e enunciadas nas proposições.
(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A

MEUS PAES

Jámais esquecerei quanto vos devo.

A minha Esposa

Compartilhe da alegria que hoje sinto
ao terminar o meu curso.

A'

SAUDOSA MEMORIA

DE MEUS IRMÃOS

JOSÉ E MARIA

A meus Irmãos

Elvira, Elisa, Adelaide, Antonio e Alberto

Um abraço do vosso

Alfansa.

A meus Ex.^{mos} Sogros

A MEUS CUNHADOS E SOBRINHOS

AOS MEUS PARENTES

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Aos meus condiscipulos

E EM ESPECIAL A

Alexandre da Cunha Rolla Pereira
Augusto José Cesar Massa
João Ferreira d'Almeida
José Augusto Monteiro de Souza Machado
João Cardoso d'Albuquerque

A TODOS OS QUE ME DEDICARAM
AS SUAS THESES

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O DIGNO PROFESSOR E EMINENTE OPERADOR

DR. ANTONIO D'AZEVEDO MAIA



INTRODUCCÃO

Durante o nosso internato na enfermaria n.º 5 do Real Hospital de Santo Antonio, tendo tido occasião d'observar e seguir até á cura operatoria, um caso de Kysto hydatico primitivo da pleura, desde logo nos suggeriu a ideia de o aproveitar como assumpto para o nosso trabalho inaugural.

A raridade extrema d'esta affecção, e o pouco que sobre ella ha escripto, foram razões de sobejo para a nossa preferencia.

Se é certo que a sciencia pouco poderá lucrar com o nosso modesto trabalho, que elle sirva de incentivo para novos estudos feitos por quem mais competente que nós lhes possa dar uma maior amplitude; de resto que ao menos se aprecie a nossa boa vontade, em colligir os poucos apontamentos dispersos que sobre o assumpto se teem escripto.

Seja-nos licito tornar patente o nosso indelevel reconhecimento ao illustre clinico e abalizado professor Dr. Moraes Caldas, director da enfermaria n.º 5, e bem assim ao conceituado clinico adjuncto da mesma enfermaria Dr. Santos Pereira.

HISTORIA

As primeiras noções sobre os Kystos hydaticos primitivos da pleura não remontam além do comêço d'este seculo; as observações de Geoffroy e Dupuytren em 1805, e ainda uma outra de Cayol publicada nos *Bulletins de la Faculté de Medecine*, constituem os primeiros documentos sobre o assumpto; 40 annos depois apparece uma nova série d'observações apresentadas successivamente á *Societé anatomique*, por Andral e Lemaitre, Genouville e Vidal.

A partir d'esta época apenas encontramos algumas observações disseminadas, que não chegaram á discussão dos centros associativos medicos e que por isso, nenhum trabalho suscitaram, nem tão pouco se colleccionaram para ulteriores discussões. Citarei as observações francezas, de Gallard publicada em 1863 na *Union medical*, pag. 373, de Montard-Martin publicada em 1871 na *Gazette Hebdomadaire*, pag. 614, e finalmente a de Caron em 1873 na *Lyon medical*; as alle mãs, de Wallmann publicadas em 1862 no *Schmidts Jahrbücher «Beitrag zur Lehre von dem Vorkommen» des Echinococcus und Cysticercus cellulosaë beim mens-*

chen 1.^a e 2.^a observações, de Von Lesser publicada em 1881 no *Deutsche medicinische Wochenschrift*, pag. 3 «*Linkseitiger pleuritischer Echinococcus mit retrommaerem Durchbruch*»; e ainda as observações inglezas de Southey publicada em 1867 no *S. Bartholomeos Hospital Reports*, pag. 394 «*Case in which a large hydatid cyst was removed from the Chest, with ultimate complete recovery*», e a de Groome, *Lancet*, 1884, 1, «*Hydatid cyst of right pleura; évacuation.*»

Na Australia onde esperavamos fazer larga colheita d'observações sobre o assumpto, visto a excessiva frequencia dos Kystos hydaticos, apesar de termos consultado a *Australasian Medical Gazette*, as *Transactions of the Intercolonial Congress*, e o *Australian Medical Journal*, apenas podémos encontrar, n'este ultimo, o caso de S. Boyd (1891). As proprias estatisticas de Daviés-Thomas, onde estão agrupados todos os casos de Kystos hydaticos observados ha vinte annos, tanto nos hospitaes da Australia como nos da Nova-Zelandia não encerram caso algum de Kystos hydaticos primitivos da pleura; tal insuccesso das nossas investigações mais uma vez prova a raridade excessiva da affecção que nos propômos estudar.

Como quer que seja, as observações citadas, bem como ainda as mais recentes que completam o nosso trabalho e a nossa observação pessoal, apoiada por um tão distincto clinico, são tão comprovativas, que não nos é licito hesitar em afirmar da maneira mais absoluta, a existencia dos Kystos hydaticos primitivos da pleura e não cahirmos na pretenciosa expressão de Davaine: «*Les hydatides intra-thoraciques ne se forment point dans la plevre; il est vrai que l'on trouve quelquefois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées*

dans des poches adventives, mais ces hydatides sont formées primitivement en dehors de la pleure et ne s'y sont ouverts que par le progrès du développement.» Tudo isto não é mais do que a antiga e falsa opinião de que os Kystos hydaticos nunca se poderiam desenvolver primitivamente dentro das cavidades serosas, a qual para ser destruida basta a existencia, hoje incontestavel, de Kystos hydaticos primitivos intra-peritoneas e a não menos evidente, para nós, dos Kystos primitivos intra-pleuraes

E se tanto não basta, citarei o memoravel trabalho de Meissner que n'um total de 983 Kystos hydaticos, apresenta 17 em que a localização fica primitivamente pleural, e finalmente o relatorio de Carl Maydl que em 16 casos de Kystos pleuraes, encontrou 3 nos quaes esta localização foi primitiva.

ETIOLOGIA E ANATOMIA PATHOLOGICA

Os Kystos hydaticos são cavidades vesiculosas produzidas no homem e nos animaes pelos cysticercos ou larvas vesiculares da tænia echinococcus, um dos mais pequenos cestodos conhecidos; estes cysticercos ou hydatides são notaveis pelo grande volume que podem attingir.

A tænia echinococcus, cujo comprimento varia entre 2 e 5 millimetros, e a sua maior largura correspondendo ao ultimo annel entre $\frac{1}{3}$ e $\frac{1}{2}$ de millimetro, apresenta uma extremidade anterior ou cabeça de $\frac{1}{4}$ de millimetro de diametro, contendo além de 4 ventosas, uma roseta saliente ou rostellum sobre a qual se insere uma dupla corôa de 28 a 30 ganchos, variaveis tanto em fórma como em grandeza; o corpo é dividido em 3 ou 4 segmentos ou anneis, dos quaes o ultimo tão comprido em si, como o resto do helminthoe, contém um utero ramificado, cheio d'ovos.

Quando o utero está maduro, destaca-se, reduzindo assim consideravelmente o comprimento do helmintho; uma vez em liberdade, o utero é arrastado conjuncta-

mente com as fezes do animal para o meio exterior, onde pouco depois, ou mesmo no seu trajecto intestinal, se lacera, pondo os ovos em liberdade.

Os ovos da *tænia echinococcus* são ovoides, de 32 a 36 μ de comprimento por 25 a 26 de largura, e encerram já um embryão provido de seis estyletes ou ganchos, disposição que lhe deu a designação de hexacantho.

Assim, em cada dejecção, um cão portador de *tænia echinococcus* expulsa para o exterior juntamente com os excrementos, anneis maduros e ovos, cujo numero póde ser excessivamente consideravel, visto poderem existir concomitantemente, milhares de *tænia*s no intestino d'este animal. Uma vez postos em liberdade os ovos são arrastados quer pela agua, quer ainda nos legumes, para o homem ou outros animaes onde mais tarde se desenvolverão.

Depois de introduzidos no aparelho gastro-intestinal, e pela acção do trabalho digestivo, a casca dos ovos dissolve-se pondo em liberdade os embryões, que com auxilio dos seus ganchos atravessam as paredes intestinaes, penetrando então nos vasos sanguineos ou lymphaticos, que por sua vez os levarão a qualquer ponto da economia onde os ganchos embryonarios se possam fixar; ahi o embryão desenvolve-se dando origem a um *Kysto hydatico*.

O embryão hexacantho, primitivamente formado por uma morula de cellulas identicas umas ás outras, invagina-se dando logar á formação de uma cavidade central composta de 2 camadas, uma interna, germinativa ou proligera formando um revestimento cellular contínuo, outra externa esbranquiçada, membrana propriamente dita, e que constantemente se vae espessando

e dividindo em lamellas delgadas e transparentes, destacando-se facilmente.

O aspecto d'esta membrana externa é tão característico, que pela sua presença poderemos fixar o diagnostico até ahí hesitante.

Decorridos cerca de tres mezes depois da fixação do embryão, quando este tem attingido 700 μ , mostra a cavidade central bem nitida cheia de liquido e que desde agora irá constantemente augmentando. Ao fim de seis mezes, segundo Leuckart, o embryão hexacantho está transformado n'uma hydatide do volume d'uma noz, e que reagindo sobre os tecidos ambientes provoca a formação d'uma cavidade Kystica adventicia, o ectocysto, rica em vasos sanguineos, e que servirão para a sua nutrição e desenvolvimento ulteriores. Em condições favoraveis a hydatide cercada do seu ectocysto cresce, a ponto de attingir as dimensões d'uma cabeça de feto, e até mesmo mais, constituindo então o Kysto hydatico.

A parede do Kysto hydatico tem uma espessura variavel, mas apresenta constantemente uma estructura caracteristica que a não deixa confundir com qualquer outro tecido da economia; esta parede, como a do embryão, depois de invaginado, do qual não é mais do que uma phase ultima do seu desenvolvimento, é formada ainda pelas duas camadas, agora mais nitidamente diferenciadas.

A camada externa ou cuticular é ainda formada d'uma série de camadas concentricas sobrepostas umas ás outras, não contém vasos e parece anhysta; no emtanto depois da inclusão em colloidina ou parafina, os córtes deixam vêr pelo picrocarmim, alguns nucleos cellulares, cercados por uma camada delgada de proto-

plasma, como que aprisionados no meio das laminas cuticulares e cujas cellulas são capazes de se dividirem dando logar á formação de vesiculas semelhantes á hydatide-mãe e que se designam hydatides-filhas. As hydatides-filhas serão endogenas ou exogenas, segundo o seu crescimento se faz para o interior ou para o exterior da hydatide-mãe.

A camada interna ou prolígera é formada por cellulas de aspecto conjunctivo, em multiplicação rapida e identicas ás cellulas habituaes das tænias. Na sua face interna podem observar-se pequenas granulações ou vesiculas prolígeras, que desenvolvendo-se dão nascimento a pequenas formações kysticas cujas cavidades se povoam de cabeças de tænias, inseridas por um pequeno pediculo. Esta vesicula, desprovida de camada cuticular rompe-se facilmente, e as cabeças das tænias postas em liberdade, formam no fundo do Kysto uma poeira branca onde o microscopio as revela facilmente. Cada uma d'estas cabeças collocadas em condições favoraveis é susceptivel de dar nascimento a uma tænia adulta.

Tanto nas hydatides-mães como nas vesiculas secundarias, a membrana fertil póde ficar esteril, isto é, não produzir cabeças, d'onde o nome de acephalocystas.

O liquido contido no interior do Kysto, cresce proporcionalmente a este, e por vezes chega a attingir cinco e mais litros. Este liquido ordinariamente limpido como agua de rocha, é por vezes opalescente; neutro ou levemente alcalino, a sua densidade varia entre 1:007 e 1:016, e contém cerca de 2 % de saes (chloreto de sodio, em maior abundancia, phosphato de soda e sulfato de soda). As substancias organicas que n'elle mais abun-

dam são: o acido succinico e os succinatos de cal e soda, sempre constantes, o acido urico, a xantina, a lencina, a tyrosina, a cholesterina, a glucose, a inosite e o oxalato de cal.

Grande parte d'estes productos existem em proporções infinitesimae. A albumina ordinaria ou serina, não existe, excepto, segundo Gubler, nos casos em que a hydatide está morta; o liquido não é portanto coagulavel nem pelo calor nem pelos acidos. Este é algumas vezes córado quer pela hematoïdina, quer pela bilis.

O exame microscopico dos liquidos hydaticos, revela a presença de detricos de membranas, ganchos e cabeças de tænias de aspecto caracteristico.

Mourson e Schlagdenhauffen encontraram no liquido hydatico uma substancia apresentando os caracteres geraes das ptomaïnas, analoga á mytilotoxinã dos mexilhões,

Boinet e Chazoulière extrahiram igualmente do conteúdo d'um Kysto, uma ptomaïna muito activa; emfim, Viron isolou uma materia albuminoide muito toxica, que elle considera como toxi-albumina.

Quando o Kysto segue a sua evolução normal, pôde attingir um desenvolvimento enorme; se a hydatide morre, o liquido reabsorve-se pouco a pouco, e algum tempo depois não resta no interior da bolsa senão uma magama caseosa, o mais das vezes amarellada, formada de cellulas necrosadas, granulações gordurosas, crystaes de hermatoïdina e bilirubina, membranas hydaticas fer-teis e ganchos de echinococcus. N'um estado menos avançado, o conteúdo é turvo, mais ou menos albuminoso, o que se explica, porque a serina dialysada atravez da membrana hydatica não era gasta pela nutrição do parasita. Este estado corresponde á nécrose aseptica

espontânea, de Chauffard e Widal. Depois da morte do parasita, umas vezes a parede do Kysto transforma-se n'uma cicatriz fibrosa muito espessa, outras vezes sofre uma infiltração calcarea; pôde, emfim, observar-se no Kysto, uma degenerescencia gelatiniforme, ou ainda a ruptura e a suppuração.

SYMPTOMATOLOGIA

Os Kystos hydatricos pleuraes, nem sempre apresentam o conjuncto symptomatico que caracteriza os derrames pleuraes ordinarios. Em geral, a pleura mostra-se pouco sensivel e muito tolerante para com os Kystos hydatricos, o que explica a ausencia d'um grande numero do signaes, pelo menos durante os primeiros periodos do desenvolvimento da doença.

O symptoma que primeiro nos attrahe a attenção, e cuja existencia parece constante, é a dôr; esta pôde ser fixa localisada n'um determinado ponto do thorax, ou irradia em todo o lado doente; por vezes esta é subita e pungitiva, mas o que mais a caracteriza, é a sua persistencia. A *dyspnéa* ainda que pouco intensa, existe frequentemente, mas nunca em relação com o volume e extensão do Kysto. Assim na observação do nosso doente notamos que, ainda que portador d'um Kysto enorme, nunca sentiu a menor difficuldade respiratoria, a não ser em passeios muito longos ou grandes ascensões.

A *tosse* é quasi constante, podendo ser algumas

vezes quintosa, mas sempre secca, sem expectoração, tal qual a observada no nosso doente.

As *hemoptyses* teem tambem sido notadas, mas a sua frequencia é pouco constante, e parece sempre ligada a uma infecção bronchica quer primitiva, quer secundaria.

A *febre* é rara, podendo comtudo notarem-se intermittencias vesperaes.

O *emmagrecimento* ainda que pouco accentuado, é quasi constante.

A *auscultação*, mostra na maior parte dos casos, como em todos os derrames pleuraes, enfraquecidas ou mesmo abolidas, tanto as vibrações vocaes, como o murmurio vesicular; notaremos no emtanto que n'alguns casos de *Kystos hydaticos* estes signaes não existem como se notou nas observações de Carpatiano e Reboul, o que se poderá explicar pela quantidade relativamente pequena de liquido misturado com as *hydatices*, e a enorme abundancia de vesiculas.

A *percussão* denota som baço em toda a zona do *Kysto hydatico*, e a unica distincção possivel, está na variabilidade dos limites de som baço, e que nos podem fornecer um elemento de diagnostico muito precioso.

A *fluctuação* tem tambem sido observada por alguns auctores; Vigla diz ter obtido nitida, a sensação de fluctuação e ondulação; Bird assegura igualmente ter observado a sensação de fluctuação.

Pelo contrario, o *fremito hydatico* não existe, ou é difficil de perceber d'uma maneira nitida.

DIAGNOSTICO

O diagnostico dos Kystos hydaticos primitivos da pleura, é muito difficil; assim na maior parte das observações descriptas, bem como na nossa, apenas este póde ser feito no momento da intervenção.

Nos casos em que accorre ao clinico a ideia de Kystos hydaticos pleuraes, terá ainda de fazer o diagnostico differencial não só entre todos os derrames pleuraes, mas ainda dos Kystos hydaticos provindo de qualquer outro orgão por ruptura na pleura; esta ultima parte do diagnostico é relativamente facil, porquanto n'este ultimo caso o comêço é brusco, ao passo que um Kysto pleural primitivo começa insidiosamente, sem que se possa marcar o inicio da afecção.

Quando o Kysto apresenta um diverticulo extrathoraxico, ou tem aberto um estreito trajecto para o exterior, como na nossa observação, ainda a difficuldade persiste, porque o diverticulo poderá ser tomado por uma neoplasia benigna ou maligna, sendo então necessario o exame dos ganglios axillares; o trajecto poderá ser

julgado, como no nosso caso, por uma fistula provindo d'um abcesso frio.

Ainda aqui, o estado geral do doente nos auxiliará.

O mesmo valor diagnostico podemos dar á punção exploradora, porque se umas vezes, o liquido nos traz a prova irrefutavel, ganchos e farrapos de membranas, na maior parte das vezes apenas se recolhe um liquido turvo ou crystallino que em nada nos auxiliará.

A apparição mais ou menos brusca d'um tumor extra-toraxico far-nos-ha suspeitar a existencia d'um Kysto pleural com diverticulo externo. O doente conta-nos então que se lhe formou bruscamente n'um determinado ponto do thorax, uma hernia que ainda hoje conserva as mesmas dimensões que primitivamente.

Mas uma vez diagnosticada a existencia de Kystos hydaticos intra-thoraxicos, a difficuldade persiste para reconhecermos a sua séde, isto é, se o Kysto é realmente pleural, ou pulmonar. Davaine insiste n'esta difficuldade, e diz: «É impossivel reconhecer no vivo, se a séde d'uma hydatide é na propria cavidade pleural, ou nos tecidos visinhos, porque o mais das vezes entre a parede costal e o Kysto, não resta mais do que uma delgada lamina de tecido pulmonar atrophiado, e completamente impermeavel ao ar.» (1)

Finalmente, é preciso investigar a coexistencia de Kystos hydaticos em qualquer outra parte do corpo.

(1) Davaine — «Traité des Entozoaires», 1887, pag. 428.

PROGNOSTICO E TRATAMENTO

Os Kystos hydaticos primitivos da pleura, abandonados a si mesmos, são quasi fatalmente mortaes; é o que resalta da estatistica de Meissner, uma das mais completas sobre o assumpto, em que, nos 31 casos nos quaes não houve intervenção cirurgica, foram seguidos de 31 mortes, e entre estes, 11 de Kystos hydaticos primitivos da pleura, sendo os 20 restantes Kystos provindo d'outros órgãos, invadindo secundariamente a pleura.

O prognostico torna-se ao contrario extremamente favoravel depois da intervenção cirurgica, o unico tratamento racional dos Kystos hydaticos pleuraes.

Pouco diremos com respeito aos diversos tratamentos medicos, empregados com o fim de destruir as hydatides; assim, tem-se empregado o mercurio, pelas suas propriedades antisepticas e parasiticidas, o chloreto de sodio preconisado por Laennec, e finalmente o iodeto de potassio indicado pelos medicos inglezes; mas, todos estes agentes therapeuticos foram julgados inefficazes.

A simples thoracentese aspiradora, ou seguida de

injecção modificadora, praticada habitualmente nos países onde frequentemente se observa esta affecção, parece contar maior numero de curas. Affirma Hjaltelin que na Islandia, por este methodo, mais de 100 operados tiraram resultados favoraveis; nas 16 observações reunidas por Maydl, em que houve 11 mortes, foram reconhecidos pela autopsia 3 casos de Kystos primitivos da pleura. Depois da punção a morte sobrevem quasi sempre por uma pleuresia purulenta ou um pyo-pneumothorax, outras vezes ainda por ruptura do Kysto no momento da punção e entrada brusca das hydatides nos bronchios, produzindo uma asphixia mortal.

A propria punção exploradora não é isenta de perigos, porque entre os accidentes a que póde dar lugar, um especialmente, a suffocação, póde matar o doente rapidamente.

A punção exploradora tem, de resto, um inconveniente serio para a operação futura; uma vez esvasiado o conteúdo do Kysto, as suas paredes achatam-se, e torna-se difficil encontrar a bolsa, no momento da operação.

Resta-nos o methodo d'incisão, que deverá ser o methodo preferido para o tratamento dos Kystos hydaticos da pleura.

Pratica-se quer a thoracotomia simples, quer a thoracotomia com reseccão de costella ou costellas. Esta ultima tem a vantagem de deixar ao operador um largo campo para o reconhecimento da extensão dos Kystos, para melhor os esvasiar, e bem assim facilitar a drenagem e lavagens ulteriores da cavidade kystica.

Ramberg publicou uma estatistica muito favoravel á reseccão costal. Diz elle, « que c'est à l'heure actuelle,

le meilleur traitement de la pleurésie»; em 49 casos obteve 46 curas.

Na estatística de Maydl vê-se que nos 4 casos de Kystos hydaticos pleuraes, em que se fez a resecção costal, houve 4 curas.

Emfim, tanto nas observações de Reboul e Carpatiano, como na nossa, a pleurotomia com resecção costal, foi seguida de cura; e se tanto não basta, lembraremos as palavras de Thiriar, no congresso de cirurgia de 1888, querendo mostrar a impunidade relativa da resecção de costellas: «Il vaut mieux réséquer deux côtes de trop qu'une de moins.»

OBSERVAÇÕES

GEORGESCO-CARPATIANO — Enorme Kysto dydatico da plêura esquerda. Operação. Cura.

Alexandre C., de 45 annos, viticultor, vem consultar-nos em março de 1895, queixando-se de dôres vagas no lado esquerdo do peito, que por vezes mudavam de séde.

O doente, d'uma constituição robusta, não tem antecedentes pathologicos hereditarios; o pae morreu de 59 annos, depois d'uma curta doença; a mãe tem actualmente 81 annos e é sadia. A irmã mais velha morreu com 39 annos, e um irmão com 15 annos, depois d'alguns dias de doença.

Como antecedentes pathologicos pessoaes, nada encontramos; diz nunca ter tido doenças, excepto umas sezões, quando tinha 20 annos, e que passaram ao fim de poucos dias.

O estado geral é bom, appetite conservado, e não apresenta perturbações respiratorias; a auscultação não révela signaes particulares, salvo alguns leves attritos pleuraes na região postero-esquerda, a 5 ou 6 centi-

metros abaixo do ângulo da omoplata, e que se assemelhavam aos leves attritos que persistem ás pleuresias antigas, evolucionando insidiosamente. Foram estas as impressões dos nossos mestres dos hospitaes, que viram o doente. Na inspecção do peito não se descobre saliencia alguma; o thorax esquerdo não parece augmentado de volume, sem que comtudo se tivesse feito a mensuração por meio do cyrtómetro.

Applicaram-se pontas de fogo na região thoraxica anterior, que produziram algum allivio ao enfermo; as dôres melhoraram durante 2 ou 3 mezes, voltando depois, mas com a mesma intensidade.

Em março de 1896 o doente volta a consultar-nos, e mostra-nos um tumor alongado, na região thoraxica postero-esquerda, medindo 0^m,20 a 0^m,22 e dirigido obliquamente de dentro para fóra e de cima para baixo; sua consistencia é muito molle, e a fluctuação facil de se produzir; pela pressão o tumor não diminue de volume e rola livremente debaixo dos dedos.

Resolvido o doente á operação, por conselho dos mestres hospitalares, sem que comtudo o diagnostico estivesse firmado, e não querendo operar-se no Hospital, nós o apresentamos ao Dr. Couzette, antigo interno dos hospitaes, que novamente o examinou em duas secções.

Uma punção feita em 5 de abril deu sahida a um liquido claro, citrino, completamente limpido, mas ao qual se não fez exame microscopico.

A operação, feita nas melhores condições antisepticas, pelo Dr. Couzette e na minha presença, teve logar em 17 de abril. Fez-se uma larga incisão de 22 a 25 centimetros, e depois da incisão das camadas musculares e afastamento do tecido cellullar, chega-se sobre

o tumor; a disseccção é muito facil sobre as costellas, e o tumor apparece com todos os caracteres que nós temos já descripto. Já não acontece o mesmo na base e extremidade superior do tumor; a base adhere em todo o comprimento á parede thoraxica, sendo necessaria uma nova incisão perpendicular á primeira, para bem isolar o tumor. Um golpe, dado n'este momento, fez esvasiar seu conteúdo; sahem cerca de 300 grammas de liquido amarellado limpido, *sem a menor membrana*.

Acaba-se por destacar o tumor da parede thoraxica, mas sua disseccção superior é muito laboriosa, visto esta extremidade estar introduzida por baixo do angulo inferior da omoplata. Uma vez tirado o tumor e depois de feita a hemostase, vê-se apparecer no meio do 6.º espaço intercostal uma pequena saliencia do volume d'uma noz, seguindo os movimentos respiratorios, mas não tendo communicação com o tumor tirado. Depois d'um exame attento, julgamol-o formado por uma pequena hernia pleural, e o Dr. Couzette decidiu-se a fechar a ferida operatoria, depois de se ter préviamente assegurado de que o que tomavamos por hernia pleural, não fazia saliencia para fóra do nivel costal. Penso antiseptico de iodoformio. A reunião fez-se por primeira intenção, e o doente, restabelecido promptamente, pôde retomar as suas occupações.

No mez d'agosto foi passar algum tempo a Eu, e ahí, *em seguida a um leve esforço*, sentiu que se lhe havia formado um novo tumor no mesmo local em que se havia desenvolvido o primeiro, isto é, no ponto de cruzamento das duas incisões.

Este tumor, que a principio apenas tinha o volume d'uma noz, continuou desenvolvendo-se de fórma que

em setembro tinha adquirido o volume d'uma laranja; sua consistencia era molle, lipomatosa e completamente indolente, mesmo á pressão. Recordando-nos então do que havíamos visto na operação, tentamos por vezes fazer a redução do tumor, sem que podessemos obter algum resultado. Foram praticadas duas punções com alguns dias de intervallo, dando apenas sahida a algumas gottas d'um liquido sanguinolento; não foi possível, apesar de diversas posições dadas á seringa, retirar a menor gotta de liquido limpido, nem nada que nos fizesse suspeitar a reproducção do tumor tirado anteriormente.

N'este momento o estado do doente é o seguinte: estado geral bom, appetite normal, á inspecção do thorax nada de anormal, a percussão revela apenas uma zona de som baço proximo do tumor; a auscultação nada descobre de anormal. O coração não está desviado, e seus ruidos são completamente normaes. O figado apresenta suas dimensões e consistencia habituaes. O doente não tem dyspnea nem cyanose da face, não tosse nem escarra. O tumor em si é completamente indolente mesmo ao tacto.

D'esta ausencia completa de signaes sthetoscopicos, concluíram nossos mestres dos hospitaes, que se trataria de qualquer neoplasia de natureza talvez benigna, mas que seria prudente ser operada.

N'estas condições entrou o nosso doente em outubro para a casa Dubois, para ahi ser operado pelo Dr. Picqué. Ainda n'esta occasião o doente não sentia a menor difficuldade em respirar, e qualquer esforço de marcha, como o que teve na vespera da sua entrada na casa de saude, subindo uma escadaria de cinco andares, lhe não provocava a menor dyspnea.

A operação praticou-se no dia 26 d'outubro. Foi feita uma incisão de 12 a 15 centímetros exactamente sobre a cicatriz da primeira operação, chegando immediatamente sobre o tumor; porém, quando se tentava descorticar este, viu-se que o tumor penetrava profundamente na cavidade thoraxica, entre a sexta e a setima costella. Decidiu-se esvasiar o tumor para mais facilmente fazer a sua enucleação, mas ao primeiro córte do bisturi, uma onda de membranas hydaticas se escapou pela abertura, que bem depressa se mostrou pequena para dar sahida a todas estas membranas que estavam amontoadas no tumor extra-thoraxico.

Augmentada a incisão, notamos que a parte das costellas visinhas ao tumor, estava desnudada e gasta na extensão d'alguns centímetros. Reseccaram-se então 5 a 6 centímetros da sexta costella e 4 a 5 da setima. Este augmento da incisão deu mais livre passagem ás membranas hydaticas, que se escapam em grande quantidade, nadando n'um liquido seroso, relativamente pouco abundante. As vesiculas filhas chegam igualmente em grande quantidade, apparecendo de todos os lados; são perfeitamente claras e teem um volume variando entre o d'um ovo de pardal e o d'uma pomba. O pulmão apparece então no fundo da cavidade, a 20 centímetros da parede thoraxica superior; a pleura está ainda coberta d'uma placa de vesiculas hydaticas, polyedricas por compressão reciproca, o que lhe dá o aspecto d'um verdadeiro mosaico adherente á pleura. A abertura deixava vêr perfeitamente as excursões respiratorias tanto do pulmão como do diaphragma.

Fizeram-se então grandes lavagens com agua esterilisada, que acabaram de arrastar para fóra as vesiculas adherentes á pleura, bem como as que preenchiam

o fundo do sacco costo vertebral e cobriam a superficie diaphragmatica. Collocaram-se então dous grossos tubos de drenagem, reunidos em fôrma de canos de espingarda, para permittirem as lavagens ultteriores da pleura, assim como a sahida ulterior d'algumas membranas hydaticas que podessem ter permanecido na cavidade kystica. Penso com compressas de gaze esterilizada. Durante a operação, que durou cerca de 50 minutos, o Dr. Picqué não pôde encontrar a menor communicação quer com o pulmão, quer com qualquer outra viscera; no diaphragma não havia o mais pequeno vestigio de perfuração. O doente supportou perfeitamente a chloroformisação e não teve o menor accesso de tosse ou dyspnea.

24 d'outubro. — O doente passou uma noute boa; não houve nem choque, nem vomito; foi-lhe renovado o penso, por estar completamente molhado; correram cerca de 200 grammas d'um liquido seroso. Lavagem da cavidade pleural com uma solução de chloral a 1 0/0. O mesmo penso. Á tarde a temperatura sobe a 38°,2. Durante a noute. o doente está muito agitado, e não pôde dormir um só instante; esta insomnia será muito penosa para o doente durante toda a convalescença. Administra-se chloral e sulfonal sem grande effeito.

28 d'outubro. — O penso está novamente molhado, e é de novo refeito. Temperatura á tarde, 38°,6; noute bastante agitada.

30 d'outubro. — A partir d'este dia, o penso é apenas renovado de dous em dous dias. Injecta-se-lhe sempre litro e meio de solução de chloral. Temperatura á tarde, 38°,2.

1 de novembro. — Noute bastante agitada, insomnia muito tenaz. A temperatura baixa a 37°,5. A ca-

vidade começa a retrahir-se e a ferida a granular. A injeccão do liquido na cavidade pleural desembaraça esta dos ultimos fragmentos hydaticos; o liquido sahe claro.

5 de novembro.—Temperatura absolutamente normal; a cavidade retrahe-se cada vez mais e o pulmão toma pouco a pouco a sua posição normal. O penso apenas é renovado de tres em tres dias, e sempre da mesma maneira. O doente retoma as suas forças rapidamente, e não apresenta signaes sthetoscopicos anormaes. Não ha dôres. Penso ainda de tres em tres dias, como anteriormente.

24 de novembro.—O liquido torna-se levemente purulento; substitue-se a lavagem de chloral por uma de chloreto de zinco, tambem a 1 0/0. No dia seguinte nota-se em volta da ferida uma vermelhidão erythematososa intensa, com elevação de temperatura e agitação extrema; tudo isto dura cinco dias, com temperaturas oscillando entre 38° e 40°,2. Receando que este estado fosse devido á injeccão de chloreto de zinco, voltamos á antiga, de chloral.

Retiram-se os tubos a 15 de dezembro. A cavidade pleural tem-se retrahido cada vez mais; não escorre em cada penso senão uma pequena quantidade de liquido seroso. O estado geral melhora dia a dia, e o doente póde sahir a 22 de janeiro de 1897. A cavidade hydatica tem desaparecido completamente, e apenas resta fechar a ferida exterior. O Dr. Cassariny, medico assistente, continúa, durante 20 dias, fazendo-lhe o penso antiseptico. A ferida fecha completamente nos fins de fevereiro. O estado geral do doente é bom, ainda que sinta de tempo a tempo algumas dôres vagas no peito, mas sem tosse.

No mez de setembro de 1897, nota que um novo tumor lhe apparece na região do mamillo direito. Este tumor, que rapidamente adquiriu o volume d'uma laranja, foi tirado pelo Dr. Cassariny a 15 de outubro de 1897. Era um pequeno lypoma, sem outros caracteres; não havia repercussão ganglionar. Reunião por primeira intenção.

A 28 de outubro, o doente tem um forte accesso de grippe com cephalalgia muito violenta e excitação nervosa intensa; temperatura elevada e tosse. O exame externo constata a existencia d'um derrame ao nivel da cicatriz operatoria esquerda; fórma-se um pequeno trajecto fistuloso, pelo qual escôa um liquido seroso.

A 5 de novembro alarga-se o orificio, o que permite a sahida de 200 grammas de liquido seroso, sem a menor membrana. A temperatura cahe em seguida, e o doente sahe curado depois d'alguns dias.

Desde então não torna a sentir o menor incommodo, passando todo o inverno bem. Vimol-o pela ultima vez em 29 de maio de 1899. A cura mantem-se perfeita. O pulmão voltou á posição normal, e a auscultação nada revela de anormal. Ouve-se o murmurio vesicular em toda a extensão do pulmão, e a respiração é nitida em todo o pulmão.

Em resumo: tratava-se d'um enorme Kysto hydatico primitivo da pleura esquerda, *Kysto em botão de camisa*, tendo a sua maior parte na pleura esquerda e apresentando um diverticulo extra-thoraxico, que tinha feito passagem para fóra, depois de ter destruido as duas costellas.

Este caso pareceu-nos notavel, não só pelas extraordinarias dimensões do Kysto, cujos limites eram os naturaes da pleura, mas tambem pela ausencia de

symptomas que podêsem explicar lesões tão consideráveis; emfim, pela sua perfeita cura, que ainda actualmente se mantem.

REBIÈRE (J.) — Thèse de Paris, 1895.

M.^{me} L. C., moradora em Rollebaine (Seine-et-Oise), com 39 annos de idade, casada, não tendo tido nem filhos, nem falsos partos. Sua mãe morreu com 43 annos, de affecção organica, e seu pae com 63 annos, de cystite calculosa.

Nunca habitou onde houvesse nem cães, nem carneiros.

Em 1888, acorda subitamente n'uma noute com uma violenta pontada do lado direito, acompanhada de oppressão com intensidade terrivel, e que durou 3 horas. Esta primeira crise sobreveio sem causa apreciavel.

Durante um mez, crises analogas, mas durando apenas uma ou duas horas, vindo sempre depois do meio dia, e que desappareciam rapidamente por meio de injeções de morphina.

Ao fim d'este tempo as crises attenuaram-se, persistindo a oppressão, que augmentava com os movimentos do braço direito, ou quando fazia qualquer esforço.

Em 1890 reproduziu-se uma série d'accessos de oppressão e dôr, que duraram 4 mezes; nos intervallos dos accessos havia dyspnea, ainda que bastante attenuada.

Até este momento, a doente tinha sido tratada d'uma pleuresia chronica, e foi então que eu a vi pela

primeira vez. O diagnostico proposto pareceu-me satisfactorio: o som baço estendia-se, do lado direito, até abaixo um dedo da espinha do omoplata, o murmurio vesicular era quasi imperceptivel, e o coração levemente desviado; não havia égophonia. Appliquei um vesicatorio na região do som baço.

No dia 15 d'agosto, notei, ao nivel do 5.º espaço intercostal direito, um pouco para diante da linha axillar, um tumor fluctuante, de grande diametro transversal, e do volume d'um ovo de gallinha. A doente contou-me que tinha levado n'esta região, alguns dias antes, uma cornada d'uma vacca.

Em 20 d'agosto fiz-lhe uma incisão de 5 centimetros de comprimento, pela qual sahiram algumas gottas de pús; drenagem e lavagem phenicada. O tubo apenas se enterrou alguns centimetros, e pareceu detido por adherencias pleuraes, visto a parede thoraxica ter sido inteiramente atravessada pelo bisturi.

A 26 d'agosto a doente sentiu, sem causa apparente, o seu penso completamente molhado; veio procurar-me, e constatei, ao mesmo tempo que o desfazia, uma quantidade de liquido claro e transparente, detrictos de membranas e pequenas vesiculas absolutamente transparentes, que se escapavam pela abertura da ferida.

Durante alguns dias continuaram ainda sahindo novas vesiculas, cujo volume variava entre o d'um ovo de gallinha e o d'uma rola, algumas absolutamente intactas, outras reduzidas a longas membranas.

A 3 de setembro, o Dr. Baronnet de Mances veio vêr a minha doente, e confirmou o diagnostico proposto alguns dias antes, de Kysto hydatico intra-thoraxico, certamente pleural e não pulmonar, pela falta de qual-

quer symptoma d'affecção pulmonar (tosse, escarros, etc.).

Apesar de todas as precauções antisepticas, o liquido que continuava correndo pelo orificio, torna-se a pouco e pouco purulento, e algumas hydatides que o acompanham são tambem suppuradas e amarello-esverdeado.

A doente entra em cachexia, rejeitando constantemente qualquer outra intervenção, que não seja o penso antiseptico superficial. Em vão insistimos, eu e o Dr. Barannel, para que consentisse n'uma nova abertura feita no ponto mais baixo da cavidade pleural.

Por fim, a 26 de novembro conseguimos resolvê-la a deixar, pelo menos, dilatar mais o orificio por meio de laminarios, e fazer duas lavagens diarias da cavidade pleural, com agua borica e agua fervida simples.

Apesar da sua insufficiencia, esta therapeutica melhorou a doente.

A suppuração diminuiu pouco a pouco, ainda que lentamente, o orificio reduziu-se a uma fistula estreita e pouco profunda, acabando por cicatrizar.

A doente nunca mais sentiu o menor incommodo.

Actualmente (outubro de 1894) apenas apresenta um som sub-baço na região thoraxica direita, por baixo da 6.^a costella, e na mesma zona e extensão, um pouco velado o murmurio vesicular. O estado geral é perfeito e o aspecto dos mais vigorosos.

REBOUL (J.) — Comunicação feita á Sociéte de Chirurgie (Gazette des hôpitaux, 16 de novembro de 1893).

M. Henri X... (d'Uzès), 29 annos, vem procurar-me em 15 de julho de 1893, por indicação do Dr. Delon, para se consultar com respeito a dous tumores situados na parte média e anterior da região thoraxica direita.

Antecedentes hereditarios.—Avós fallecidos na idade dos 80 ou 90 annos; pae de 56 annos, sempre sadio; mãe tambem de 56 annos, e igualmente saudavel. Oito irmãos e irmãs, dos quaes apenas resta uma rapariga, sempre saudavel; os restantes, morreram todos de tenra idade, attingindo um d'elles ainda os 3 annos.

Antecedentes pessoaes.—Na infancia, boa saude. Aos 20 annos, teve uma pleuresia ou pneumonia direita, que o obrigou a estar de cama perto de um mez. Aos 21, serviço militar durante um anno, sempre com boa saude; aos 23 annos casa-se, exercendo n'essa época a profissão de encaixotador. Aos 24 annos, angina diphterica; cura sem complicações. Aos 25, durante o inverno sobrevem-lhe uma bronchite com tosse frequente, que cedeu ao fim d'um mez com a applicação de revulsivos. Desde esta época que o doente se queixa do lado direito do thorax.

Em 1890 (26 annos) tem uma influenza grave, com broncho-pneumonia, sobretudo direita; cede ao fim de mez e meio pelos revulsivos. Convalescença longa, com falta de appetite e forças. Suffocação ao menor esforço, mas nunca accesso dyspneico.

Aos 27 annos, alguns accessos de suffocação, que sobrevém repentinamente e sem causa apparente. Du-

rante estes accessos o doente tinha tosse secca, quintosa e sem expectoração.

O emmagrecimento é rapido, fazendo suspeitar um começo de tuberculose pulmonar. Depois o estado geral melhora, chegando a gosar saude durante anno e meio; no entanto, uma marcha accelerada ou a ascensão de uma escada, provocam suffocação e angustia do lado direito do thorax, sentiindo frequentes vezes pontadas na região mamillar direita. Estas diversas perturbações (suffocação, oppressão e pontadas) augmentam progressivamente até novembro de 1892, em cuja época tem de abandonar o trabalho e recolher-se á cama.

No dia 1.º de novembro de 1892, o doente sente uma dôr viva no lado direito, a suffocação torna-se intensa e dyspneica. O Dr. Caesan (de Nimes) diagnostica um derrame pleural direito; a tosse é secca e quintosa, e não ha expectoração.

Alguns dias depois o doente vae a Uzès consultar o Dr. Carrière, que igualmente diagnostica um derrame pleural direito, com bronchite chronica. A pontada augmenta cada vez mais, e o doente sente « como um punhal enterrado no peito ». A insomnia torna-se intensa, e o doente queixa-se e grita constantemente. A suffocação persiste, não augmentada, os quintos de tosse continuam, o emmagrecimento é rapido, e não ha expectoração.

Um mez depois apparece uma tumefacção diffusa no joelho direito, com dôres vivas espontaneas, e augmentadas pela pressão. O mesmo Dr. Carrière diagnostica rheumatismo articular agudo; no joelho esquerdo os mesmos phenomenos, mas menos intensos; a cura sobrevem ao fim de dous mezes, pela administração do salicylato de soda.

Durante e depois dos phenomenos articulares, a dôr thoraxica é menos intensa e os quintos de tosse teem desaparecido quasi por completo; a suffocação diminue, excepto durante a marcha, e o estado geral melhora.

Em abril de 1893 constata-se, accidentalmente, a existencia d'um pequeno tumor, tres dedos acima do mamillo direito, ao qual o doente não liga importancia, visto não o impossibilitar do trabalho.

No comêço de julho as dôres thoraxicas augmentam consideravelmente, voltando novamente os accesos de suffocação, que se produzem sem causa apparente, durando tres a quatro minutos. No comêço do accesso ha cyanose da face, e no fim suores frios e pallidez; o doente sente-se em cada accesso como que estrangulado, e não pôde pronunciar palavra. Estes accesos graves sobrevêem sobretudo no momento das refeições. Um novo tumor apparece, por baixo do primeiro, immediatamente por cima do mamillo direito. O doente vae então á consulta do Dr. Ducamp, professor aggregado da Faculdade de Montpellier, que diagnostica um abcesso frio consecutivo a uma carie costal, e aconselha operação, ordenando-lhe préviamente o uso de fricções mercuriaes sobre o tumor, banhos sulfurosos e uma cura de 20 dias em Euzet-les-Bains.

O doente é novamente examinado pelo Dr. Reynaud, que lhe confirma o diagnostico precedente e lhe aconselha tambem a operação.

A 15 de julho de 1893 vem o doente á minha consulta, por indicação do Dr. Delon (de Nimes).

Estado actual. — Facies pallido, magro e ancioso, suffocação ao menor esforço.

Ao exame do thorax vêem-se dous tumores renitentes sobre a parte antero-lateral da região thoraxica direita; o mais inferior, bastante extenso, occupa os 6.^o e 7.^o espaços intercostaes. A pressão localisa um ponto doloroso sobre a sexta costella; o tumor superior, mais pequeno, tambem tem pontos dolorosos correspondentes ás costellas. As vibrações thoraxicas estão conservadas, excepto ao nivel dos tumores; em toda a região thoraxica direita som sub-baço, e, ao nivel dos tumores, baço perfeito. A respiração está velada e longinqua em todo o pulmão, e um pouco rude no vertice. Não se observa nem égophonia, nem pectoriloquia.

Nada de anormal á palpação, e percussão do lado esquerdo do peito, mas a respiração é nitidamente supplementar. Os ruidos cardiacos estão perfeitamente normaes.

Pelos antecedentes pathologicos do doente, as bronchites repetidas, os signaes de pleuresia secca ou com derrame por varias vezes constatados no lado direito, as perturbações de respiração, os accessos de suffocação, o estado cachetico do doente, a existencia dos dous tumores e, finalmente, os pontos dolorosos determinados pela pressão sobre as costellas, eu concluí tratar-se d'uma tuberculose pleuro-pulmonar antiga, que determinasse a carie costal, e esta, os abcessos frios. Propuz uma operação, que foi accete, e fixada para o dia 22 de julho.

Operação (22 de julho). — Precauções asepticas e antisepticas ordinarias. Injecção de morphina. Chloroformisação pelo Dr. Delon. Incisão vertical de 10 centimetros sobre o tumor superior.

Fui obrigado a cortar profundamente para encon-

trar a collecção; corre uma onda de liquido seroso turvo. Augmentada a incisão, posso melhor explorar a cavidade, e então noto que a 4.^a e 5.^a costellas estão adelgadas, mas não cariadas; a cavidade enterra-se profundamente no thorax, e retiro uma membrana hydatica fluctuante.

Prolongo a incisão até ao tumor inferior, e uma nova onda liquida, agora transparente e limpida como o crystal de rocha, se escapa e inunda a ferida; uma membrana hydatica se destaca facilmente.

Resecco 5 a 6 centímetros da 5.^a e 6.^a costellas, e reuno, por uma incisão das paredes contiguas, as duas cavidades. Explorando então o Kysto antero-inferior, vejo que dous pontos da sua parede estão levantados e resistentes; perfuro a parede com uma pinça de Lister, e em seguida com os dedos, e abro assim dous novos Kystos, um inferior, por baixo da 4.^a costella, e outro anterior. A resecção da 7.^a costella, na extensão de 6 centímetros, permittiu-me abrir largamente o Kysto inferior (o terceiro), evacuar um liquido claro e transparente, e extrahir uma membrana hydatica.

O Kysto anterior (o quarto) contém igualmente um liquido crystallino e uma membrana hydatica. A exploração da sua cavidade mostra que este Kysto se prolonga até ao bordo direito do externo. N'este exame eu sinto nitidamente as pulsações do coração atravez do pericardio e pleura; o bordo anterior do pulmão direito parece limitar este Kysto para traz; a este nivel a parede mostra os movimentos respiratorios de expansão e retracção. As paredes do primeiro, terceiro e quarto Kystos nada apresentam de anormal, mas já não acontece o mesmo com as do quarto, que na parte posterior apresentava uma tumefacção ovalar, renitente, fazendo

saliencia. Perfuro-a n'este ponto com a pinça de Lister, depois com os dedos, e immediatamente penetro n'uma nova cavidade, que tambem dá sahida a uma onda de vesiculas hydaticas filhas (cerca de 2 litros). Para melhor facilitar a drenagem e evacuação das hydatides, faço a resecção de 2 centimetros da extremidade posterior da sexta costella, 5 centimetros da quarta, e augmento o orificio á custa das paredes dos Kystos superiores (primeiro, segundo e terceiro Kystos postos a descoberto). A cavidade pleural fica então largamente aberta, e posso agora introduzir a mão e evacuar as vesiculas hydaticas accumuladas quer nos seios, quer nas gotteiras costo-vertebraes.

A cavidade pleural estava cheia de vesiculas filhas, simples ou reunidas em grupos, havendo tambem uma pequena quantidade de liquido viscoso derramado e alguns farrapos de membranas hydaticas. N'este momento sobrevem uma syncope, e fomos forçados a fazer a respiração artificial; este accidente, de curta duração, parece ter sido provocado pelos attritos e tracções que eu exerci ao nivel da gotteira costo-vertebral, talvez por irritação do pneumo-gastrico ou grande sympathico. A exploração minuciosa do pulmão não me fez descobrir nada de anormal, estando o seu tecido permeavel em toda a sua extensão.

Faço então uma grande lavagem com sublimado a 1/1000, quente, e depois com agua fervida, até que o liquido não arraste nem membranas, nem vesiculas.

Como não podia ter a certeza de ter retirado todas as membranas ferteis da grande bolsa pleural, e receando além d'isso que em qualquer diverticulo restasse alguma vesicula ainda adherente, deixei a ferida largamente aberta, limitando-me a reunir, por pontos de seda,

os labios da ferida cutanea, ás paredes kysticas. Drenagem da cavidade pleural e dos quatro Kystos com gaze salolada; penso algodoado e fortemente compressivo.

A operação tinha durado tres quartos d'hora, despertando o doente sem o menor accidente; poucos vomitos e ausencia de choque.

Em resumo: tratava-se d'um Kysto hydatico multilocular, primitivo da pleura direita, constituido por quatro Kystos simples, contendo um liquido crystallino (tres Kystos), um liquido seroso turvo n'uma bolsa, e um grande Kysto occupando a maior parte da cavidade pleural, encerrando perto de 2 litros de vesiculas filhas e parecendo formado pela reunião de varias bolsas.

Para abrir largamente estas diversas bolsas, fui obrigado a reseccar quatro costellas, a saber: 5 centimetros da quarta, 7 centimetros da quinta, 8 centimetros da sexta e 6 centimetros da setima. Estas costellas reseccadas, e particularmente as quarta, quinta e sexta, estavam adelgaçadas pela compressão dos Kystos, ao nivel da linha mamillar, o que me levou a crêr, mesmo no decurso da operação, que se tratava d'um abcesso frio devido á carie costal.

Não me foi possivel, durante a operação, encontrar qualquer vestigio de origem hepatica ou pulmonar dos Kystos.

Nos dias seguintes, nada de anormal; apenas se fizeram mudanças do penso, por este estar embebido de serosidade. Temperatura normal.

26 de julho. — Lavagens das cavidades com agua fervida, naphtolada, quente; eliminacão d'alguns detritos membranosos. Drenagem e oclusão dos Kystos com gaze naphtolada. Estado geral fraco, lingua saburral; no emtanto, o doente póde levantar-se e dar al-

guns passeios sem que sobrevenham vertigens; medicação excitante e tónica.

30 de julho. — Estado geral melhor; as forças augmentam, e o doente passa, levantado, grande parte do dia, não tendo nem oppressão, nem fadiga, apparecendo então uma ictericia muito accentuada.

A lavagem dos Kystos com agua naphtolada arrasta um pouco de pús azul e algumas vesiculas filhas; granulação activa das paredes kysticas; diminuição das cavidades; o mesmo penso.

4 d'agosto. — Estado geral bom, suppuração diminuida, e menos ictericia.

8 d'agosto. — Expulsão d'uma membrana hydatica, vindo do grande Kysto pleural; ictericia mais accentuada.

10 d'agosto. — Estado geral perfeito, bom appetite; as forças augmentam; granulação activa. As bolsas diminuem de volume, cicatrização peripherica, expulsão d'uma membrana hydatica pela lavagem.

16 d'agosto. — Phlegmatia alba dolens do membro superior direito; a lavagem arrasta uma grande quantidade de pús espesso da grande bolsa pleural, cuja cavidade tem diminuido. Granulação da ferida, drenagem e penso, com gaze salolada, embebida de naphtol camphorado.

21 d'agosto. — Mesmo estado, expulsão d'uma nova bolsa hydatica.

24 d'agosto. — Bom estado geral, diminuição do cedema do membro superior direito; no entanto, o doente tem ainda algumas dôres na axilla e região cervical inferior. Cicatrização muito avançada da ferida. Na lavagem pouco pús; accesso de tosse durante as lavagens. O grande Kysto pleural tem diminuido muito,

e a parede costal está deprimida. Substituo os drainos de salol por um unico tubo de borracha. Á auscultação do pulmão direito, ouve-se a respiração muito pura em quasi toda a extensão, salvo na base, onde ha obscuridade e submatitez.

2 de setembro. — O doente dá um passeio de carro (30 kilometros). Á chegada, examino o doente, e não vejo qualquer alteração, nem fadiga; apenas no penso constato um abundante escoamento de pús. Injecção de chloreto de zinco a 1 0/0. O mesmo penso.

5 de setembro. — Expulsão d'uma membrana hydatica (quarta).

9 de setembro. — Eliminação d'uma membrana hydatica volumosa (quinta).

16 de setembro. — A grande bolsa é reduzida a um tracto fistuloso de 5 a 6 centimetros. Injecções de chloreto de zinco a 1 0/0.

1 de outubro. — Bom estado geral, oclusão da fistula pleural. Na parte inferior da ferida, uma fistuleta devida a um fio de seda, extracção, e injecção de naphthol camphorado. Ha alguns dias, depois d'um resfriamento, apparece uma bronchite. Desde então, alguma tosse e dôres vagas no peito. No entanto, a respiração é normal em quasi toda a extensão do pulmão, excepto na base, onde a respiração é rude.

6 de novembro. — Na base do thorax, á direita, constato a existencia d'um pequeno tumor fluctuante; a punção dá sahida a 200 grammas de liquido crystallino. Trata-se, pois, d'um novo Kysto hydatico, que no momento da operação não era sensivel. No entanto, o estado geral está muito melhorado, as forças voltam dia a dia, e o appetite é bom. Nosso doente pôde viajar sem fadiga e retomar as occupações habituaes.

Observação pessoal

Antonio J. da Cunha Basto, de 40 annos, casado, ourives e natural do Porto, entrou no Hospital Real de Santo Antonio para a enfermaria n.º 5, com a tabella n.º 208, no dia 11 de abril do anno proximo passado, queixando-se d'uma fistula, na parte antero-inferior direita do thorax, que suppurava havia já dous mezes. O seu estado geral era regular, não obstante apresentar um emmagrecimento bastante accentuado, mas que o doente referiu ser sempre o mesmo desde que se conhece, e uma côr sub-icterica mais accentuada nas conjunctivas oculares e palpebraes.

Com respeito á doença que deu motivo á sua entrada no hospital, conta que, no dia 1.º de janeiro do mesmo anno (1898), quando pela manhã se estava vestindo, notou um pequeno tumor, cujo volume não excedia um grão de milho, na parte inferior direita do thorax; como este tumor o não incommodasse, e ainda que comprimido lhe não despertasse dôr alguma, não mais se importou da sua lesão, até que, passados talvez vinte dias, vendo que o tumor tinha augmentado bastante, resolveu consultar o clinico da sua associação, o qual, depois de o examinar e ouvir, lhe declarou que não era cousa de cuidado, e que apenas lhe pozesse uma cataplasma de linhaça, que este em pouco tempo rebentaria.

Demorou o doente esta applicação durante perto de quinze dias, e como a pelle se conservasse sem a menor modificação, resolveu consultar novo clinico, e para isso se dirigiu aos postos medicos da rua do Sá da Bandeira, onde foi ouvido pelo distincto clinico

Dr. Leal de Faria. Então foi-lhe punccionado o tumor com um fino trocater, e como os grumos purulentos fossem volumosos, não foi possível retirar senão uma pequena quantidade de pús, pelo que foi resolvido fazer a abertura larga do abcesso por uma incisão feita a bisturi.

Pelo mesmo illustre clinico soubemos, tempo depois da nossa intervenção, que por occasião da abertura do abcesso, este havia deixado sahir um liquido a principio sero-purulento com estriações sanguineas, e finalmente turvo e bastante espesso, mas no qual não se lembra ter visto vestigio algum de membrana, e prefazendo um total de 300 a 400 grammas. Como d'ahi em diante não lhe tivesse sido possível fechar este fóco suppurativo, aconselhára o doente a recolher-se ao hospital, para ahi lhe ser feita uma operação, pois que suspeitava a existencia d'uma carie costal entretendo a suppuração.

Perguntando depois ao operado se alguma vez havia deitado pequenos farrapos juntamente com o pús, respondeu-nos que se lembrava de ter visto umas pelliculas brancas como as que forram a parede interna dos ovos de gallinha, e que por vezes attingiam 10 centimetros.

Nunca tivera repugnancia pelas gorduras, antes as procurava com delicia; alguma tosse que teve, nunca foi fatigante, nem acompanhada de expectoração; nunca sentiu dyspnea de esforço, visto a sua arte não dar lugar a isso, e apenas sentia que não podia soprar durante tanto tempo, como outr'ora, ao maçarico, e que tambem não podia subir grandes encostas sem descansar, não por falta d'ar, mas por fadiga.

Conta ainda que, cerca d'um anno antes da opera-

ção, o seu canção se tornára mais intenso, e que um maior exercicio lhe provocava dôres localisadas a 2 centímetros abaixo do mamillo, que irradiavam para a parte posterior do thorax, mas sem localisação constante; mais inferiormente, um pouco acima da abertura externa da fistula, tinha tambem, por vezes, umas dôres que lembravam a sensação de queimadura, e que egualmente se irradiavam para traz, ao nivel do angulo inferior do omoplata.

No seu passado morbido anterior a esta doença, diz que tivera, quando criança, o sarampo, e pouco depois a variola, da qual ainda apresenta marcas no rosto; na juventude diz ser achacado a doenças da garganta e dos bronchios, chegando a ter expectoração estriada de sangue; desde então, apesar da sua magreza, fôra sempre sadio.

Seu pae havia morrido aos 45 annos, victimado pela tuberculose, e a mãe fallecêra aos 65 annos, com uma pneumonia dupla, mas de ha muito que padecia de lesão cardiaca.

Teve sete irmãos, quatro dos quaes morreram ainda crianças, e, dos tres restantes, um acha-se internado no Hospital do Conde Ferreira, tratando-se d'uma alienação mental, outro morreu no Brazil, pouco tempo depois de alli ter chegado, ignorando-se a causa da morte, e finalmente um outro, solteiro, com 28 annos, soffre de suffocação, tosse e expectoração bastante abundante, mas até hoje não teve a menor hemoptysis.

Como se vê da narrativa feita pelo doente, nada poderia fazer suspeitar que se tratasse d'uma lesão pleural, e muito menos d'uma localisação tão rara dos Kystos hydaticos, antes tudo fazia crêr no diagnostico feito pelo clinico que nos havia enviado o doente.

Assim, foi resolvido proceder-se a uma curetagem costal, e, se tanto fosse necessario, uma resecção.

No dia 15 d'abril, depois de anestesiado o doente e desinfectado o campo operatorio, foi pelo habil operador Dr. Moraes Caldas, auxiliado pelo seu illustre adjuncto Dr. Santos Pereira e nós alumnos interno e externo da mesma enfermaria, começada a operação, fazendo-se préviamente uma exploração mais minuciosa do trajecto purulento.

Guiado pela sonda cannelada, fez-se a abertura da primeira porção do trajecto, porque este se dobrava em angulo recto, não permittindo uma perfeita sondagem; a nova exploração indicou-nos desde logo uma communição directa com a cavidade pleural, que começou sahida a um liquido sero-purulento muito abundante; não havia rugosidade costal, e apenas um leve descollamento do periosseo.

Pensou-se desde logo n'uma pleuresia purulenta, talvez muito limitada á parte inferior da cavidade pleural, e como em taes condições seja sempre preferivel fazer-se uma larga abertura, foi resolvido proceder-se a uma resecção parcial na parte média das 5.^a e 6.^a costellas.

Alargada pelo bisturi a abertura interna da fistula para se poder introduzir o costotomo, esta immediatamente deu sahida a uma série de pequenas vesiculas hydaticas que nos surprehenderam agradavelmente, pois que estavamos em frente d'um caso novo para nós, e que por isso nos interessava.

Quando a pequena calote formada pelas duas porções costaes e musculo-intercostal correspondente, foi destacada, uma enorme quantidade de hydatides se precipitou para o exterior, rolando umas sobre outras e

em tal abundancia, que resolvemos tapar o orificio com a mão, até que se preparasse uma capsula para as aproveitar.

Apesar da grande quantidade de hydatides que se haviam perdido, esta capsula encheu-se, continuando ainda depois a sahida das mesmas em grande abundancia. Podémos calcular que seu numero attingiria 200, ou talvez mais; seu volume variava entre o de pequenas avelãs e o de ovos de gallinha.

Acabada a sahida voluntaria das hydatides, procedeu-se á lavagem da cavidade com uma solução de agua borica a 40°, que por sua vez ainda arrastou nova porção de hydatides.

Em seguida fez-se a exploração minuciosa da parte inferior da pleura, sobretudo da pleura diaphragmatica, procurando qualquer vestigio de communicação atravez do diaphragma, com a face superior do figado, que nos podésse explicar uma erupção hydatica provindo d'este órgão; por toda a parte o epithelio pleural perfeitamente liso e uniforme, apenas um pouco espessado, mas sem vestigio algum de adherencias pathologicas. Lembramos ainda da categorica expressão do sabio mestre e distincto operador: «Quer vêr? Não tem adherencias com o diaphragma!»

Lavada novamente a cavidade pleural, foi-lhe introduzida uma enorme tira de gaze esterilizado, com o auxilio d'um estylete articulado, que penetrou até a parte superior do thorax, ao nivel da axilla; o pulmão estava retrahido no vertice, occupando um terço do seu volume total. Foi-lhe feito o penso externo com iodoformio e ligado por uma ligadura em volta do thorax.

Na tarde d'este dia, o doente teve vomitos, e foi preciso substituir o penso externo, por este se achar em-

bebido por uma serosidade abundante; temperatura normal, pulso regular.

Em 16, é novamente substituído o penso; a temperatura e pulso são normaes.

Dia 17. — Faz-se nova lavagem da cavidade pleural por meio d'uma algália applicada ao tubo do irrigador; destacam-se ainda duas hydatides. A temperatura de manhã 37°,5, á tarde 37°,7.

Dias 18 e 19, lavagens da pleura. A mécha de gaze é substituída por um duplo tubo janellado.

Em 20, quando o enfermeiro tirava o penso externo, notou que o tubo de borracha já não estava junto ao penso; perguntou ao doente se este o havia tirado; resposta negativa. Suspeitando que o tubo tivesse cahido no leito do doente, ou ainda que este o perdesse n'uma occasião em que foi á *retrait*, drainou novamente a cavidade com outro tubo, avisando comtudo o snr. Dr. Moraes Caldas do succedido.

No dia 21 fez-se a exploração, com uma pinça curva, da cavidade pleural, afim de procurar o tubo; mas o resultado foi negativo, pelo que julgamos certa a supposição do enfermeiro.

De 21 a 27 ha uma leve suppuração, juntamente com a serosidade, mas o pulmão vae pouco a pouco reoccupando o seu logar.

Em 28 apparece, afluindo ao orificio externo, um corpo estranho, que logo foi tirado, reconhecendo-se o tubo que primitivamente desapparecêra, por ter cahido na cavidade pleural, não obstante estar ligado ao penso externo.

Desde então as melhoras accentuam-se dia a dia, diminuindo a exsudação constantemente, até que apenas resta uma pequena ferida, que é drainada por uma del-

gada mécha de gaze; o penso é agora feito de tres em tres dias.

O estado geral tem melhorado, a ferida externa está quasi cicatrizada, e o doente pede alta em 18 de maio, isto é, 33 dias depois da operação.

Ha pouco ainda procuramos o doente, que nos disse estar completamente bom, pois que já não tem canção nem tosse. O seu estado geral é bom, e a côr sub-icterica desapareceu.

Proposições

Anatomia. — A torsão physiologica do peroneo, é uma deformação.

Physiologia. — A morte é um accidente.

Anatomia pathologica. — Na febre typhoide, como em outras doenças, ha correlação sensivel entre o cyclo anatomico-pathologico e os cyclos febril e symptomatologico.

Materia medica. — A balneotherapia é o uuico tratamento racional das grandes pyrexias.

Pathologia geral. — A pathogenia teratologica humana, só póde ter logar nos primeiros dous mezes depois da gestação.

Operações. — No tratamento dos Kystos hydaticos, não suppurados, do figado, preferimos o moderno processo de Pierre Delbet.

Pathologia interna. — Não ha symptoma pathognomonicos dos Kystos hydaticos primitivos pleuraes.

Pathologia externa. — O estrangulamento herniario não só é produzido pelo collo, mas muitas vezes só pelo anel.

Partos. — A symphisiotomia não prescreve a applicação do forceps no estreito superior. 10

Medicina legal e hygiene. — Consentimos nos casamentos consanguineos, desde que nos conjuges não haja tara pathologica.

Visto.

O Presidente,
A. Maia.

Imprima-se.

O Director interino,
Moraes Caldas.