

N.º 687

João Leite de Castro

BREVE ESTUDO

SOBRE A

ETIOLOGIA E TRATAMENTO

DAS

PLEURISIAS PURULENTAS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA GANDRA

80—Rua de Entre-Paredes—80

1891

61/8 ENC

P.^o dia 24 de junho de 1891. fe-
las 11 horas da manhã

Presidente - O Sr. Antonio
d'Almeida Maia

O Sr. Soares

José Per^o Dias Lebre

Pedro Augusto Dias

M.^o Rodrigues das S.^o Pinto

Antonio Placido da Costa

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Conselheiro-Director

VISCONDE DE OLIVEIRA

Secretario

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica.	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria..	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
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....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica....	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	Visconde de Oliveira.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} Antonio Placido da Costa. } Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica.....	
	} Ricardo d'Almeida Jorge. } Candido Augusto Correia de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto Bellarmino Frias.
------------------------	---------------------------

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

Á MEMORIA
DE
MEU PAE

Saudade.



A MINHA MÃE

A MINHA AVÓ

Os carinhos que recebi e os sacrificios de que fui causa são provas do mais affectuoso amor que uma mãe pôde dedicar a um filho.

Nunca os esquecerei: sirva a pagina que vos dedico como demonstração humilissima do quanto vos ama e estremece o vosso

João.

A MEUS IRMÃOS

A MEUS TIOS

A MEUS PRIMOS

Como prova da mais franca e sincera amizade,

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

Dr. Vicente Ribeiro Leite de Souza Pasconcellos

Joaquim Ventura da Silva Pinto

Reconhecimento e gratidão.

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

Joaquim Pereira de Macedo

José dos Santos Andrade

José Maria Pacheco da Silva Lemos

Recordação e Saudade.

AOS INTIMOS

Arthur Alberto Vaz Pereira
José Jorge Pereira
Ricardo de Lemos e Castro
José Maria de Moura

Feliz quem vos conhecer e contar
como amigos.

Aos meus Condiscipulos

Vejo em cada um de vós um amigo
dedicado. Manda o vosso companheiro
leal. Adeus.

AOS MEUS AMIGOS

AO

Grupo Academico

Recordação dos melhores dias da
minha vida.

AO MEU PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

Em homenagem ao seu profundo saber e esplendido caracter

Off.

O discipulo agradecido.

INTRODUCCÃO

Com a descoberta dos microbios e estudo bacteriologico, successivamente aperfeiçoado, surge uma vida nova para as sciencias medicas. Ha pontos obscuros, que as theorias mais diversas nunca poderam explicar; recorre-se então aos microbios, como foco d'onde póde derivar toda a luz. E' a evolução natural que nos encaminha o espirito para o novo e desconhecido, como fonte perenne de conhecimentos. E' o periodo d'enthusiasmo, que nos impelle para a nova corrente d'ideias, sem nos deixar pensar maduramente; é o periodo em que tomamos como averiguado aquillo, que por vezes é apenas o producto d'uma imaginação exaltada.

Certas doenças, que anteriormente eram consideradas como diathesicas, á frigore, siné materia,

etc., tendem a perder a sua feição etiologica especial, para serem consideradas unicamente como resultado de seres infinitamente pequenos. E' o microbio, que reivindica cada vez mais os direitos de senhor feudal das doenças.

Que ha microbios, e que estes são a causa directa de muitas doenças, são factos que ninguem se atreverá a contestar; mas, d'ahi a admittir que sejam sempre a causa *siné qua non* d'uma determinada doença, vae muita distancia; e aos prudentes cumpre esperar, que o tempo vá demonstrando o que ha d'exacto n'esta theoria.

Não se pense, porém, que estas minhas palavras pretendam ser o echo d'ideias retrogradadas: acato com respeito e satisfação as novas descobertas; e o que aneio é poder dizer de todas o mesmo que hoje se diz de muitas, que se acham firmadas com os nomes de Pasteur, Koch e outros.

Procurando para assumpto da minha dissertação inaugural as pleurisias purulentas, dou uma prova do quanto respeito as modificações trazidas á sciencia pelo estudo da microbiologia.

Se ha doenças que receberam beneficios com a nova corrente d'ideias, uma d'ellas é sem duvida o grupo das pleurisias purulentas. Investigando, quaes os microbios que podiam existir nos derrames purulentos da pleura, quaes os seus caracteres e propriedades biologicas, chegamos ao conhecimento do quanto a sua evolução devia ser differente, embora

as outras circumstancias occasionaes ou predisponentes fossem eguaes. E' que n'um caso havia um microbio de vida curta e pouco virulento, ao passo que no outro as suas propriedades pathogenicas eram d'ordem mais elevada. Assim se explicou como em terrenos ainda os mais diversos, os derrames purulentos da pleura podiam seguir uma marcha identica: o microbio era sempre o mesmo.

A etiologia e pathogenia, tão obscuras e complexas, apresentam-se-nos agora tão simples, quam proveitosas são as indicações, que d'ella dimanam. O diagnostico é facil, a evolução determinada, e a therapeutica, repousando sobre o conhecimento da vida e acção do microbio, é solida e racional.

Mas quererá isto dizer que nos baseêmos apenas na investigação microbiana, pondo de parte a observação clinica?

De modo nenhum: se isoladas são incompetentes para tirarmos uma conclusão segura, associadas completam-se, permittindo-nos chegar a um resultado certo.

O que pretendo é simplesmente frizar a excellencia do meio de diagnostico, e o quanto a sciencia lucrou.

E' para a etiologia e therapeutica que dirigi a minha attenção, visto que uma se acha profundamente modificada, ao mesmo tempo que é seguida par-e-passo pela outra.

Querendo ser methodico na exposição, não

posso deixar d'apresentar uma classificação; e para ser coherente, nunca poderei tomar outra base que não seja a especie microbiana.

Os exames bacteriologicos, mostrando-nos a existencia de diferentes micro-organismos nos derrames purulentos da pleura, encaminharam o espirito para o estudo das suas propriedades biologicas e pathogenicas. Em seguida a observação clinica mostra, que a cada especie corresponde uma certa evolução, que é modificada, se outra se junta á primeira. D'aqui a origem d'uma primeira divisão das pleurisias purulentas — *fórmias puras e fórmias combinadas*.

A's primeiras correspondem os derrames devidos a uma só especie de microbios; ás segundas os que contêm duas ou mais especies.

As fórmias puras serão tantas, quantas as especies microbianas, que podem ser pyogenicas na pleura; e, como foram seis as que se poderam encontrar sem associações, teremos seis grupos, que denominaremos pelos nomes dos microbios. Assim chamaremos *pleurisias purulentas de pneumococcus, streptococcus, staphilococcus, bacillos de Koch, de Eberth e bacillos encapsulados de Friëdlander*, quando algum d'elles fôr encontrado vivendo só no pus pleural.

As fórmias combinadas comprehenderão tantos grupos, quantas as combinações possiveis entre estes diferentes microbios.

Será boa esta classificação? Julgo que satisfaz ás exigencias actuaes da sciencia, por isso que, abrangendo todos os casos de pleurisias purulentas de que ha conhecimento, separa-os nitidamente. E' simples, e tem por base a causa da doença. A cada grupo, especialmente das fórmulas puras, corresponde um typo clinico bem determinado, e um diagnostico, prognostico e tratamento em relação com a vida e natureza do agente pathogenico. Se continúa a haver diferenças na evolução das pleurisias pertencentes ao mesmo grupo, ficando em pé o axioma clinico—ha doentes e não doenças —, é porque circunstancias especiaes contribuem para esse effeito.

Mas, se attendermos ás descripções que anteriormente se faziam das pleurisias purulentas, e as compararmos com as de hoje, vêmos, que a diferença é grande. Assim, sob a denominação d'empyemas agudos, descreviam-se aquelles casos que tinham symptomas de reacção energica do organismo. Umas vezes cediam á thoracentese, outras não. Ora appareciam sós, ora no curso de doenças differentissimas na sua essencia. Havia uma fórmula a que se combinou chamar typo, mas os casos clinicos affastavam-se por vezes desmedidamente. Era que no mesmo grupo estavam incluidas doenças, cujo agente pathogenico era diferenciadissimo na sua biologia. Hoje, descrevendo-se fórmulas especiaes a cada especie microbiana, nunca póde haver tanta diferença. A que ha, é devida ás circunstancias

adventicias, que augmentam ou diminuem a virulencia do microbio, ou que modificam a natureza do meio e terreno em que se encontra.

Posto isto dividirei o meu trabalho em tres partes, apresentando na primeira as fórmulas puras, na segunda as combinadas, e na terceira os dous casos de pleurisyas purulentas d'origem tuberculosa, que me foi possível observar durante o tirocinio hospitalar.

PRIMEIRA PARTE

Fórmias puras

I

Pleurisias purulentas de pneumococcus

O conhecimento da frequencia de lesões pleuraes durante ou depois de certas pneumonias é de data mui remota. Eram conhecidas pelo nome de *peri-pneumonias*, até que Andral o substituiu pelo de *pleuro-pneumonias*.

Mais tarde Woillez estuda profundamente a questão, e descreve, sob o nome de *pneumo-pleurisas*, as lesões pleuraes que succedem ás pneumonias. Occupa-se especialmente da fórmula latente, e marca-lhe os symptomas mais característicos — latencia inicial, resistencia á absorpção e caracter purulento.

Reisz, em 1879, consagra uma monographia ao empyema consecutivo a pleuro-pneumonias, que

considera como causa frequente de pleurisias purulentas.

Em 1881, Gerhardt dá o nome de *meta-pneumonicas* ás pleurisias consecutivas a pneumonias. Em 1885, Seiden considera-as especiaes, differentes das septicas; diz que raras vezes precisam d'intervenção energica, attenta a sua benignidade. Fraenkel refere dous casos, em que o exame bacteriologico só descobriu pneumococcus.

Em 1886, G. Sée admitte trez fórmās de pleurisias consecutivas a pneumonias: sero-fibrinosas, evoluindo como qualquer pleurisia simples primitiva; fibrino-purulentas, conservando a benignidade propria da doença d'onde deriva; e uma terceira variedade, com derrame purulento muito abundante, tendo as consequencias habituaes das grandes collecções de pus, com terminação ordinariamente fatal.

Mazzotti e Penzold, em 1888, frisam a frequencia d'estas pleurisias e do seu character purulento. Insistem sobre a sua benignidade e frequencia de vomicas.

Netter sustenta a origem pneumococcica d'estes empyemas, e falla dos seus symptomas especiaes. Fraenkel mostra, que os caracteres biologicos dos pneumococcus bastam para dar a razão da benignidade d'esta doença. Em 1889, Jaccoud e Sevestre apresentam varias observações de pleurisias purulentas devidas unicamente a pneumococcus.

Renvers, estudando a questão sobre o ponto de vista do tratamento, diz que se deve fazer a thoracotomia o mais cedo possível, reservando a punção com aspiração para os casos em que as forças do doente sejam tão poucas, que não permitam operação mais energica.

Em 1890, a questão do tratamento entra em discussão, destacando-se os nomes de Fernet, Netter, Bucquoy, Laveran e outros. Taes são as phases, porque tem passado o estudo d'este grupo.

Vejamos agora, se o termo porque Gerhardt designou esta pleurisia é proprio, e portanto digno de ser conservado.

Quando se admittiu este nome, julgava-se necessaria a existencia d'uma pneumonia anterior, que n'esse tempo se considerava como a causa essencial, que dirigia toda a evolução da pleurisia, dando-lhe uma feição especial. Ora isto já não tem razão de ser, depois que se descobriu que a purulencia, n'estes casos, estava ligada aos pneumococcus, e que era este micro-organismo, que pelos seus caracteres especiaes lhe imprimia a feição particular. Verificou-se egualmente, que podia haver pleurisias purulentas com a mesma feição, e portanto com pneumococcus, sem que tivesse havido pneumonia anterior; assim como se observaram pleurisias consecutivas a pneumonias, com outros microbios, e d'evolução inteiramente differentes. Devemos, por isso, pôr de parte este termo, para o substituir por

3

outro que melhor satisfaça ás exigencias das modificações, que se fizerem n'este assumpto.

Como é o pneumococco que produz e regula toda a evolução da doença, é este, que lhe deve dar o nome: d'ahi o de *pleurisiás de pneumococcus ou pneumococcicas*. O microbio que as produz é o descrito por Talamon e Fraenkel. Apresenta-se sob a forma d'um grão de trigo, tendo por vezes uma capsula d'envolucro. São coccus, que ora apparecem isolados, ora reunidos dous a dous, e mais raras vezes em cadeias de quatro. Por meio de culturas, verificou-se que a sua temperatura favorita é entre 30° e 35° centigrados; a 42° perde rapidamente a sua virulencia. Igual resultado se obtem, se deixarmos envelhecer a cultura durante alguns dias exposta ao ar. Se nos servirmos d'uma cultura pura para semear novas placas em serie, vemos, que vão perdendo progressivamente a faculdade de se reproduzir, até que ao fim da 5.^a ou 6.^a geração não podemos obter novas coloneas, sem as rejuvenescer pela passagem por um organismo vivo. As inoculações têm sido feitas no rato e no coelho por serem as especies menos refractarias; os resultados são differentes conforme as circumstancias. Em geral obtem-se melhor resultado quando se faz a inoculação nas veias, do que no tecido cellular subcutaneo. Se a cultura é joven e vigorosa, os animaes morrem ao fim de 36 horas pouco mais ou menos com os symptomas de septicemia, ao passo que,

se a cultura fôr attenuada, o animal adoece e vive 6 a 7 dias, encontrando-se-lhe depois na autopsia lesões de pneumonia lobar, pleurisia, pericardites, peritonites etc.. Parece, que com a evolução menos rapida da doença o microbio póde localisar-se, pullulando de preferencia no pulmão ou nas serosas.

Quando exerce a sua acção pathogenica nas serosas é por vezes pyogenico, ao passo que no pulmão produz sempre exsudatos fibrinosos. Se algumas pneumonias terminam por suppuração, não é a elle que devemos accusar, mas a outros microbios pyogenicos. A razão d'esta diversidade de resultados é ainda obscura. Hoegler, com o fim d'elucidar a questão no que respeita ás propriedades pyogenicas, faz inoculações de pneumococcus no tecido cellular subcutaneo. Se a inoculação é d'uma pequena quantidade de pus, obtem simplesmente pus com pneumococcus; ao passo que se é d'uma cultura pura, o resultado é uma septicemia sem o menor vestigio de suppuração. Se os resultados não são sufficientemente claros, podemos ao menos supôr, com probabilidade, que é uma questão de virulencia e meio em que se encontram.

Sabidas as condições de multiplicação, duração e propriedades pathogenicas do pneumococco, vejamos como póde ser causa de pleurisia purulentas. Antes d'entrarmos n'este ponto, temos primeiro de resolver outro, qual é o de saber se a pleuri-

sia purulenta pneumococcica pôde ser primitiva. Netter affirma tel-a encontrado varias vezes, especialmente nas creanças, e apresenta a seguinte estatística:

Em 23 casos	{	primitiva.	20 vezes
		secundaria {	a pneumonia 10 »
			a broncho-pneumonia . . . 1 »
			a otite 1 »

E' verdade confessar que talvez tivesse havido no comêço, uma pneumonia que passasse despercebida, o que succede muitas vezes, especialmente quando se trata de creanças, em que não ha expectoração.

Mas como explicar a sua appareição? E' extremamente difficil: parece mais racional admittir, que, em virtude do seu comêço brusco e da intensidade dos symptomas, tenha sido mascarada uma pneumonia cortical ligeira, que lhe desse origem.

Tal é a opinião de Rendu e outros. Comtudo, Netter, admittindo esta explicação para a maioria dos casos, continúa a affirmar que pôde ser primitiva; pois que, existindo o pneumococco nas amygdalas como o mostrou Fraenkel, pôde por via lymphatica penetrar directamente na pleura.

Passemos agora aos casos em que é secundaria. O pneumococco é um hospede normal de quasi toda a arvore respiratoria. Neuman encontrou-o

na saliva de varios individuos que nunca tiveram pneumonia na porporção de 10 %, e nos que já tiveram na de 58 %. Polguere diz tel-o encontrado por varias vezes nos grossos e medios bronchios, e uma só no parenchyma pulmonar. Mesmo que não existisse, nada mais facil do que vir-lhe com o ar respirado em sitios, onde os escarros dos pneumonicos tenham sido pulverisados. Uma vez na saliva póde irradiar para o pulmão, nariz e ouvido medio, etc., d'onde pneumonias, otites, etc. Os focos da pneumonia podem dar origem, por propagação continua, a pericardites, peritonites e pleurisias. A via sanguinea e lymphatica tambem podem permittir o transporte dos pneumococcus a differentes sitios; tal é o caso de localisações pneumococcicas, consecutivas a lesões affastadas.

Se o microbio existe no organismo sem exercer a sua acção pathogenica, vejamos quaes as condições que a favorecem. Está bem averiguado, que é nas creanças que se dá com mais frequencia; depois nos adultos entre os 20 e 30 annos, para diminuir até á velhice, em que rarissimas vezes se tem podido observar. Segundo Wagner, estas pleurisias coincidem em geral com as fórmas graves e longas de pneumonias, quando se trata dos adultos, ao passo que Wilks diz serem muitas vezes consecutivas a pneumonias latentes, e especialmente quando se trata de pleurisias parciaes. Netter admite, que as pleurisias pneumococcicas appare-

cem por series, indicando uma maior intensidade da infecção pneumonica que tomou a feição epidemica. Para isso cita varias observações, entre as quaes as de Millard e Bucquoy em Janeiro de 1880, periodo em que as pneumonias eram frequentes e graves.

Em conformidade com o programma que tracei, resta-me agora dizer algumas palavras sobre o tratamento, para terminar este primeiro grupo. E' sem duvida para a therapeutica, que convergem todas as attentões, por isso que é a ella que nós vamos pedir os mais valiosos auxilios, para recuperar o melhor de todos os bens — a saude.

Se os sabios gastam tempo precioso em discussões interminaveis d'etiologia, pathogenia, etc., é simplesmente com o fim d'esclarecer pontos obscuros, que podem auxiliar muito a questão do tratamento.

Este, para ser racional, tem de se basear no conhecimento exacto da etiologia. Combater a causa para depois attender aos estragos feitos por ella, seria o procedimento mais correcto. Se isto é difficil e mesmo impossivel em certos casos, vejamos se poderemos proceder d'este modo no caso presente.

A causa é um microbio; combatel-a é eliminál-o. Mas como? Pondo-o em contacto com substancias antisepticas, que lhe impossibilitem a vida? E' impossivel, em razão de grande numero de mi-

crobios que se acham mais ou menos espalhados; para o conseguirmos teríamos d'empregar grandes quantidades de substancia antiseptica, que destruiria as cellulas organicas, se fosse caustica, ou intoxicaria o organismo pela absorpção. Temos por isso uma só via a seguir — a eliminação do pus por qualquer processo cirurgico, embora depois lancemos mão dos antisepticos como adjuvantes.

Mas, antes de mais nada, vejamos, se será preferivel ficarmos na expectativa, esperando a cura espontanea. Se é verdade, que o microbio é benigno, e por vezes se obtem a cura pelos simples meios de que dispõe o organismo, ainda assim é censuravel tal procedimento, attendendo a que a cura por reabsorpção do exsudato é rara. Ha algumas observações n'este sentido, quasi que exclusivas das creanças, mas tão raras, que nunca devemos esperar por tal terminação. Outro processo de cura espontanea é a vomica: bastante frequente n'estas pleurisias, devemos contar com ella em 26 % dos casos. Mas, ainda agora, não devemos esperar visto que temos meios d'obter resultados identicos, sem receio de certas complicações que d'ella podem vir. O pus em vez d'abrir caminho para os bronchios, póde romper o pericardio, o diaphragma ou outro órgão visinho de funcções importantes, e produzir a morte. A vomica em geral só apparece ao fim d'um mez ou mais. Durante este tempo o pulmão não póde funcçãoar regularmente,

especialmente se o derrame é abundante, e o organismo definha-se com a suppuração. Em geral uma só vomica não basta, e quantas mais houver, mais vezes se acha aberta a porta para uma infecção secundaria.

A terminação por ruptura da parede costal é rara, para que nos demoremos com ella.

Por todas estas razões, está indicada uma intervenção cirurgica o mais breve possivel.

Se todos os auctores estão d'accordo n'este ponto, já não acontece o mesmo, quando se trata d'averiguar qual deve ser preferida: a punccão ou a thoracotomia?

Aran, em 1853, e Baelz, em 1880, preconisaram a punccão seguida d'injecção antiseptica; porém é só em 1890 e 1891, que a questão entra de veras em discussão, dividindo-se muito as opiniões. Netter mostra-se partidario da punccão por a julgar menos perigosa, e permittir que o pulmão volte mais completa e rapidamente ás suas funcções normaes. Além d'isso expõe menos á infecção secundaria, do que a thoracotomia.

Fernet prefere-a nos casos de pleurisias circumscriptas, enkistadas e inaccessiveis á thoracotomia, como é por exemplo nas interlobulares, mediastinas e diaphragmaticas.

Laveran, aconselha-a quando é parcial e restricta a um pequeno foco.

Moutard-Martin quer que se experimente sem-

pre a cura pela punccão, como meio mais simples, além de que fica sempre logar para a thoracotomia quando venha a ser precisa.

Por outro lado Comby e Chantemesse dizem que, apesar da benignidade do pneumococco, não deveremos empregar sempre a punccão, porque a cura por este meio é muito incerta.

Bucquoy e Dujardin-Beaumetz pensam que só por excepção se póde obter cura completa pela punccão, e aconselham a abertura larga do thorax, com o fim de se obter uma boa drenagem e escoamento contínuo do pus.

Laveran entende que nos casos de derrames abundantes, sendo a pleurisia total, o unico meio de obter a cura consiste na thoracotomia, por isso que sem ella o escoamento do pus não é completo; a reabsorpção do que resta, bem como do que ainda se fórma nos primeiros dias, não se obtem, especialmente nos adultos.

Netter e Sevestre julgam, que a thoracotomia é necessaria, quando ha lojas differentes. Seriam precisas varias punccões, e nunca teríamos a certeza da evacuação completa do pus, ao passo que com a incisão larga podemos conseguir este resultado, desfazendo os septos com os dedos, ou com um cathether rigido como diz Bouveret.

De todas estas opiniões podemos concluir que a punccão deve ser preferida na maior parte dos casos, por isso que o organismo é em geral suffi-

ciente para combater os poucos pneumococcus que ficaram, attenta a sua pouca vida e virulencia.

Se, porém, o derrame se reproduzir, se é muito abundante desde o principio, ou se é dividido em varias lojas, devemos então recorrer á thoracotomia, como unico meio curativo.

A questão das lavagens tão debatidas nas pleurias de streptococcus, não tem lugar n'este capitulo, por serem desnecessarias. O que é preciso, aqui como sempre, é uma asepsia completa.

Esvaziada a pleura, podemos drenar o foco purulento durante alguns dias, pensando a ferida convenientemente, enquanto houver empastamento dos appositos. A cura é em regra completa ao fim de quinze a vinte dias.

II

Pleurisias de streptococcus

E' d'hontem o conhecimento d'esta variedade de pleurisias purulentas, debaixo do ponto de vista em que hoje as consideramos. De resto, foi ella que serviu de typo ás descripções classicas dos auctores antigos.

Foi Netter o primeiro, que deixou entrever o papel dos streptococcus, quando pela primeira vez fez a descripção das pleurisias pneumococcicas.

Fraenkel, em 1888, apresenta trez observações d'esta variedade, a que chama empyemas d'origens variadas. A primeira observação livre de toda a critica, pertence a Widal. Vem descripta na sua memoria sobre a infecção puerperal.

Em 1890, Vignalou e Netter apresentam observações importantes, d'onde se podem tirar conclusões relativas á frequencia e tratamento. Courtois-Suffit e Remond publicam uma observação, que permite vêr a possibilidade da infecção pyohemica.

Os streptococcus são coccus reunidos em cadeias, dotados de longa vitalidade, e resistindo energeticamente aos agentes de destruição.

As suas culturas conservam por muito tempo a faculdade de reproducção, podendo, segundo Fehleisen, ser utilizados mesmo ao fim d'um anno.

No fim de 17 gerações successivas cultivadas por este bacteriologista, os resultados da inoculação foram sempre positivos, excepto n'um caso. A sua virulencia, differente segundo as circumstancias em que se encontram, exalta-se ao abrigo do oxigenio.

Sendo elles os agentes directos de certos phlegmões, infecções puerperaes, erysipelas, etc., facilmente se comprehende os graus de virulencia, porque são susceptiveis de passar. Ha microbiologistas, como Dubief, que querem vêr na erysipela um microbio differente, mas a sua morphologia é a mesma, e Chantemesse e Widal, exaltando ou diminuindo a virulencia dos streptococcus colhidos nas diversas suppurações e erysipelas, conseguiram obter de qualquer d'elles acções pathogenicas differentes. Como prova clinica, ha a observação de Courtois-Suffit relativa a uma pleurisia purulenta, que tinha dous loculos bem distinctos, um grande e um muito pequeno. O exame bacteriologico mostrou simplesmente streptococcus, ao passo que a inoculação do pus dava pus ou erysipela, conforme se empregava o do grande ou pequeno loculo.

Por aqui se vê claramente, que na erysipela ha uma forma de streptococcus com virulencia exaltada e ao mesmo tempo uma vida mais curta, ao contrario dos das differentes suppurações.

Se a virulencia tem influencia consideravel na gravidade da doença, devemos ainda considerar o numero de microbios e os seus productos toxicos.

Segundo Vignalou, os derrames purulentos devidos aos streptococcus são mais toxicos, do que os devidos a outros microbios pyogenicos.

D'aqui as differentes complicações que costumam apparecer n'estas pleurisias, e a irregularidade, que por vezes se nota.

Além d'este micro-organismo se achar abundantemente espalhado na atmosphera de certas habitações e sobre os objectos, que nos rodeiam, póde existir normalmente em diversas partes do corpo.

E' assim, que Netter o encontrou em $5\frac{1}{2}\%$ dos exames que fez da saliva humana, que Jenner mostrou no duodeno a presença d'um streptococco cuja inoculação no coelho produzia uma suppuração ou erysipela, segundo as variações de virulencia porque o fazia passar, e que Doderlein diz existir $\frac{1}{11}$ das vezes que se examina a mucosa vaginal das mulheres pouco tempo antes do parto.

As portas d'entrada são numerosas; basta uma excoriação da pelle ou das mucosas, para que ache condições do seu desenvolvimento. E' por isso que vemos erysipelas e suppurações nos differentes traumatismos, em que não houve uma antiseptia completa; anginas graves, dando origem ora a erysipelas que apparecem sahindo pela bocca ou nariz, ora a abcessos retro-pharyngicos, pleurisias purulentas etc.

E' a elle, que devemos attribuir a suppuração de certas pneumonias, posto que Weichselbaum

queira vêr uma especie differente, a que dá o nome de *streptococcus pneumoniae*.

E' a elle ainda que devemos attribuir certas metrites, peritonites e infecções puerperaes.

Ha outros casos, porém, em que a porta d'entrada não é visivel, e no emtanto, quando examinamos differentes córtes de tecidos d'estas vias naturaes, encontramos os lymphaticos engorgitados por estes micro-organismos, que, sem produzir pus ao entrar ou durante um certo percurso, vão exercer a sua acção pathogenica a um lugar distante. Tal é o caso de Widal que, procurando a porta d'entrada dos streptococcus existentes no pus d'abcessos distantes do utero, e em que o modo de propagação era obscuro, notou que os lymphaticos uterinos estavam cheios d'estes microbios desde a mucosa até aos abcessos.

Emfim, talvez o streptococco encontrado por Genner no duodeno seja a causa de certas peritonites primitivas.

Em qualquer d'estes casos a pleurisia purulenta é possivel, quer se trate d'uma doença cujo streptococco virulento tenha uma acção especial como na erysipela, e infecção puerperal, quer seja simplesmente pyogenico como em certas anginas, otites, phlegmões, etc.

São geralmente os lymphaticos as vias encarregadas da transmissão para a pleura d'estes agentes pyogenicos. Supposto se não possa negar a

transmissão pelos vasos sanguineos, porque algumas vezes ali foram encontrados, o que é certo, e mais vulgar é a propagação directa, ou transmissão pelos lymphaticos. Directa, quando a pleurisia succede a inflamações suppurativas situadas na sua vizinhança, como pneumonias suppuradas, peritonites, anginas com abcessos retro-pharyngicos, etc.; indirecta, quando consecutiva a lesões distantes. Tal é por exemplo o caso d'Achalme, que se refere a uma mulher que, durante o curso d'uma erysipela da face, teve uma pleurisia de que se curou. Morrendo d'ahi a mez e meio d'uma intoxicação uremica, a autopsia mostrou que as neo-membranas da pleura, e lymphaticos da região cervical e thoracica, estavam engorgitados de streptococcus.

Esta variedade de pleurisias é muito frequente na gripe e escarlatina; uns têm procurado vêr a explicação d'estes derrames em nucleos de broncho-pneumonias mais ou menos extensos, que, por extensão da lesão, permittiriam o apparecimento dos streptococcus na pleura; outros querem, que, por via lymphatica ou sanguinea, a pleura seja attingida pelo microbio d'estas doenças.

E, para poderem dar esta explicação, admittem, que o streptococco seja o microbio da gripe e da escarlatina. Isto não está demonstrado; parece mais rasoavel admittir os nucleos de broncho-pneumonias, que são frequentes n'estas doenças,

Vejam os agora qual o tratamento, que devemos seguir n'esta variedade de pleurisyas.

Todas as considerações, feitas a proposito da intervenção cirurgica nas pleurisyas purulentas pneumococcicas, podem ser aqui applicadas e com mais forte razão, vistas as propriedades virulentas d'este microbio.

Com a sua vida longa, a cura por reabsorção do derrame é quasi impossivel; a vomica, menos frequente, é ao mesmo tempo perigosa, podendo produzir a asphyxia pela erupção subita d'uma grande quantidade de pus n'um grosso bronchio.

A permanencia do derrame prejudica muito as funcções do pulmão, além de que podem sobrevir complicações sérias, como a septicemia, pyohemia, ou propagação da supp^{ra}ção a órgãos importantes visinhos. A intervenção deve portanto ser o mais breve possivel.

Aqui a punção não tem a importancia, que se lhe reconheceu na pneumococcica, por isso que o streptococco, luctando constantemente contra as forças do organismo para o eliminar, leva-lhe sempre vantagem, se ~~o~~ não ajudarmos convenientemente. E' preciso uma abertura por onde se vá escoando constantemente o pus, ao mesmo tempo que com antisepticos vamos destruindo a vida do microbio. Isto não se póde fazer com a punção, nem mesmo seguida d'injecções antisepticas, e é

por isso que as tentativas n'este sentido tem ficado infructuosas. Fica-nos portanto a thoracotomia, que satisfaz perfeitamente ás condições exigidas. Uma incisão larga no 8.º ou 9.º espaço intercostal permite o escoamento completo do pus na occasião, e dá logar a uma drenagem consecutiva, para que o derrame se não torne a accumular. Isto só porém não basta na maior parte dos casos, correndo-se o perigo da permanencia d'uma fistula pleuro-costal. E' preciso fazer a antisepsia. E' n'este ponto, que as discussões têm sido muito acaloradas.

Fernet considera a lavagem como parte integrante da pleurotomia antiseptica. Se algumas vezes não é necessaria como nas pleurisias pneumococcicas, aqui tem o maximo valor, pois que, se não cura radicalmente o derrame, apressa a cura substituindo-o por outro sero-fibrinoso.

Dujardin-Beaumetz é partidario da lavagem com liquidos não toxicos, como por exemplo: o acido borico, naphtol, etc. Entende que não é perigosa, e desembaraça a pleura de camadas espessas de pus, que a forram ordinariamente, favorecendo d'este modo a adhesão dos folhetos parietal e visceral.

Hache, Fernet, Laveran, Dentu e outros querem que se faça a lavagem simplesmente na occasião da operação, deixando depois ao organismo o encargo da expulsão dos microbios restantes.

Constantin Paul diz, que sem a lavagem o pus vae-se accumulando no fundo da pleura onde fórma depositos espessos. Receia a decompressão brusca do pulmão, e, com o fim de a evitar, usa o seguinte processo mixto: tira por meio da punctão uma certa quantidade de pus, diluindo o resto por meio d'uma injecção. Só depois d'estas operações preliminares é que pratica a incisão do thorax.

Lister tendo feito uso de lavagens sem obter resultado satisfactorio, rejeita-as, e associa-se a Bucquoy, que não vê utilidade alguma nas lavagens, por isso que nunca por este processo se póde desembaraçar a pleura de todos os microbios que contém, pois que muitos se encontram na espessura da serosa. Attribute-lhes o papel d'ajudante no retrahimento do pulmão, alem de retardar a adherencia dos folhetos pleuraes pela ruptura d'alguns septos, que já se tenham formado. Alem d'isso julga-as perigosas, como sendo as causas de certos accidentes nervosos.

Outra questão a tratar é a dos antisepticos que devemos empregar.

Hache prefere o biiodeto de mercúrio em solução aquosa a 1 por 1000, pelo seu poder antiseptico. Fernet dá a preferencia ao sublimado corrosivo como mais energico, ou ao naphtol que, sendo bom antiseptico, não é toxico. Laveran rejeita o sublimado por causa de ser toxico, e o naphtol por ser insolúvel na agua e no pus formando

um deposito no fundo da pleura. Emprega o cresyl cujas vantagens são: misturando quatro grammas de cresyl com dez d'agua obtem-se uma emulsão que é de grande poder antiseptico, de difficil absorpção, e facil de se misturar com o pus. E' um antiseptico completo e permanente, em virtude da sua facil mistura com o pus e difficil absorpção.

Do exposto, julgo licito concluir-se que a thoracotomia é o unico meio a empregar n'estas pleurisas; que deverá ser feita o mais breve possivel; que a lavagem post-operatoria é conveniente; que as lavagens ultteriores devem ser regeitadas excepto nos casos em que houver signaes d'infeccção ou supp^uuração interminavel; que o antiseptico empregado deve ser o cresyl.

Alguns auctores são de parecer, que n'um grande numero de casos é preciso fazer a resecção d'alguma costella, para obter a perfeita justaposição do thorax ao pulmão, que se acha retrahido e incapaz de voltar ao seu volume primitivo.

Nos casos em que isto aconteça, será o unico meio d'obter a cura; porém isto não é vulgar a não ser quando ^oexistem ha muito tempo. A observação tem mostrado que mesmo ao fim de dous mezes o pulmão readquire o seu volume primitivo, logo que se lhe retira o obstaculo.

Outros não se preoccupam com o pulmão, mas julgam esta operação necessaria para fazer melhor a drenagem e lavagem da pleura.

Se póde ter vantagens, a morosidade da cura não é recompensada por ellas, tanto mais que a drenagem é sempre possível em condições mais ou menos satisfactorias.

III

Pleurisias purulentas tuberculosas

Antes de Bayle confundia-se a pleurisia purulenta com a phtisica pulmonar, por se julgar que era um abcesso do pulmão, cujo parenchyma tinha desaparecido n'uma certa extensão. Foi elle, que veio mostrar, que o pus está espalhado na pleura, e que o pulmão, em vez de destruido pela suppuração, é antes retrahido e escondido pelas neo-membranas, que se formam na pleura.

Apparece em seguida Laënnec que, estudando a causa do *empyema de pus dos cirurgiões*, conclue: que a pleurisia purulenta não ataca senão individuos cacheticos por qualquer causa, e especialmente em seguida a affecções tuberculosas do pulmão. Estas ideias permanecem, e o empyema fica considerado por muito tempo de natureza tuberculosa.

Vem depois Trousseau que pensa d'um modo inteiramente contrario: não é a lesão pulmonar, que dá origem ao empyema; é a pleurisia chronica que, n'um individuo predisposto, favorece o desenvolvimento do tuberculo. Aran segue-o, e Siredey reage contra a ideia que suppõe a tuberculose causa das pleurisias purulentas, por isso que nas outras serosas o tuberculo não desenvolve pus em volta de si.

Em 1872, Damaschino nota diferentes fórmulas clínicas d'empyema, e diz que em geral a tuberculose dá origem a pleurisias seccas com obliteração da pleura; quando ha derrame é um liquido claro, que só poderá tornar-se purulento, quando fôr favorecido pelo estado cachetico.

Pouco se apura d'estes estudos, e espera-se que a nova phase em que entra o estudo das pleurisias purulentas venha lançar mais luz no assumpto.

Toma-se para base a anatomia pathologica, e procura-se a causa da purulencia.

Kelsch e Vaillard apresentam a sua memoria sobre *as lesões e natureza da pleurisia*, e dizem: «Toute pleurésie qui n'est ni septique, ni rhumatismale, qui ne relève pas d'une dyscrasie des tumeurs ou d'une dégénérescence cancéreuse de la plèvre est, dans l'immense majorité des cas, tuberculeuse. La localisation de l'affection à la plèvre, la benignité de ses allures, la rapidité de la guérison, quels que soient les moyens curatifs employés, ne sont pas des témoignages contraires à l'idée de la spécificité de sa nature».

Ha exagero n'esta afirmação, mas o que é certo, é que o estudo que fizeram das lesões d'estas pleurisias é bastante exacto.

Vejamos agora como explicam a formação do pus n'estes casos.

Se ha poucas granulações á superficie da pleu-

ra, forma-se um pequeno exsudato transparente, que é reabsorvido rapidamente se a evolução tuberculosa pára, dando-se por fim a cura pela soldadura dos dous folhetos da pleura.

Se o processo tuberculoso é mais activo, com tendencias vasculares, ha então um derrame hemorrhagico.

Se, porém, não ha a transformação fibrosa dos tuberculos, a necrose invade-os, a granulose recrudescce, soffre nova necrose, e assim successivamente, até que, em vez d'um liquido seroso e transparente, temos um purulento proveniente do amolecimento successivo dos tuberculos.

Isto porém não bastava; para se lhe determinar a natureza, era preciso saber se este liquido continha o bacillo de Koch, e se inoculado produzia a tuberculose.

Gambault e Chauffard ensaiaram as inoculações em vinte e tres animaes, servindo-se de liquidos serosos ou purulentos de pleurisias, que suppunham tuberculosas. Só dez vezes obtiveram resultados positivos, o que é explicavel pelo facto de existirem poucos microbios nos liquidos serosos.

E' possivel, que o liquido injectado não contiuesse bacillo algum, e o resultado forçosamente seria negativo.

Outro tanto não succede com o pus, que tem muitos bacillos ou sporos, e que segundo Netter provocaria sempre ou quasi sempre a tuberculose.

Se porém as tentativas d'inoculações com pus nos dão resultados positivos, vemol-os falhar muitas vezes quando por meio de microscopio pretendemos descobrir os bacillos nos derrames.

Netter diz tel-os encontrado em $\frac{1}{4}$ das vezes; Gilbert e Lion $\frac{1}{8}$ e outros ainda menos.

Nada, porém, nos devemos admirar d'esta diversidade de resultados, pois que é o mesmo que succede ás outras lesões tuberculosas, como os abcessos frios, a que Kelsch e Vaillard comparam os derrames purulentos das pleurisias tuberculosas.

Fraenkel diz que, todas as vezes que no exame bacteriologico d'um derrame purulento não encontrarmos especie alguma de microbios, temos o direito d'affirmar a sua natureza tuberculosa; e, para explicar o não apparecimento dos bacillos ao mesmo tempo que as inoculações dão resultados, diz o mesmo que Ogston e Garré disseram dos abcessos frios. No pus tuberculoso ha bacillos ou sporos. Se não apparecem os bacillos é porque já não existem, emquanto que os seus sporos, dotados de vida longa e resistente, são os agentes da propagação da tuberculose.

D'aqui concluimos que o exame bacteriologico não basta para o diagnostico, ao passo que é legitimo e seguro, quando lhe juntarmos a observação clinica e experimentação em animaes.

O microbio da tuberculose é um bacillo bastante delgado em relação ao seu comprimento, por

vezes ligeiramente curvo, corando de vermelho pelo processo d'Ehrlich, ao passo que as cellulas ou substancias diferentes tomam a côr azul. A temperatura mais favoravel ao seu desenvolvimento é 38° centigrados. Resistindo muito aos meios de destruição, possui uma grande vitalidade, supposto a possamos considerar nulla, se a compararmos com a dos sporos a que dá origem.

Tendo por habitação o organismo humano ou animal, que tenha uma temperatura entre 30 e 40° centigrados, podemos ainda encontral-o no ar, alimentos e objectos, que nos rodeiam, attenta a sua resistencia vital. E' ordinariamente pelas vias respiratorias, que attinge o organismo, mas está demonstrado, que tambem o póde conseguir pelas vias digestivas, urinarias, pelle excoriada, ou ser transmittido por hereditariedade. A sua acção póde exercer-se em diferentes pontos do organismo, e localisar-se, ou generalisar-se por extensão continua, ou por via lymphatica ou sanguinea.

Não é meu proposito tratar de todas as questões relativas ás propriedades biologicas do bacillo, porque isso seria longo; contento-me com isto, e passo agora á questão de saber se a pleurisia póde ser primitiva ou não.

Se nós admittimos uma localisação do bacillo n'um ponto differente da porta d'entrada sem que haja outra lesão anterior (Schuller) pelo facto d'este ponto se achar em melhores condições de desen-

volvimento do bacillo, nenhuma duvida devemos ter com relação á pleura, contanto que se realizem essas condições. A observação clinica mostra-nos por vezes a sua existencia, sem que possamos obter o menor indicio de lesão pulmonar, que é geralmente a primitiva. E' verdade, que os symptomas pleuraes podiam offuscar os do pulmão; mas então deviamos surprehender alguns dos signaes subjectivos, como as hemoptizes, que nos dessem indicações.

No entanto o mais geral é a pleurisia ser consecutiva á tuberculose pulmonar, e especialmente quando esta ainda não está avançada e tem uma marcha chronica. E' geralmente pelas hemoptises, que conhecemos a tuberculose pulmonar inicial, quando julgavamos tratar d'uma pleurisia primitiva.

Outras vezes já ha signaes objectivos pulmonares quando descobrimos os pleuraes, mas então trata-se de lesões muito pequenas e limitadas aos vertices. Sem negar a possibilidade da pleurisia purulenta tuberculosa, coincidindo com tuberculose aguda generalisada ou lesões avançadas, direi que são muito raras, ou começaram com as lesões no caso de tuberculose chronica.

Em qualquer dos casos o clinico tem de intervir com mais ou menos confiança na cura, conforme a lesão é simplesmente pleural, ou se estende ao pulmão. Neste ultimo caso a cura é quasi impossivel, e todos os meios empregados apenas servirão de lenitivo ao doente.

Nos casos de granulose simplesmente pleural a cura tem-se obtido varias vezes, mas já não é tão frequente, quando o derrame se tornou purulento por fusão dos tuberculos.

Quando chega a este periodo já o pulmão se acha prejudicado, ao menos funccionalmente, pela pressão que n'elle exerce o derrame. E como este já é em regra muito antigo as modificações pulmonares tem-se tornado persistentes; o pulmão não se expande, quando lhe retiramos o obstaculo. D'ahi uma cavidade pleural, que é preciso encher, visto que o thorax se não deprime sufficientemente. A punção e a thoracotomia simples n'estas circunstancias são insufficientes. E' preciso, que o thorax se deprima, e isso só o podemos obter por meio da ressecção das costellas, praticando a operação d'Estlander.

D'este modo obviamos a um inconveniente, e a cura dá-se algumas vezes; mas em regra o microbio resiste a todos os antisepticos empregados, continúa o seu processo de destruição, vem implantar-se na ferida, e o resultado é uma fistula permanente.

Mas ha ainda mais; o doente por vezes está já phtisico e portanto em condições de não poder supportar a operação. Póde a pleurisia estar generalizada, com grande derrame, e o pulmão reduzido ao minimo; n'este caso tambem está contraindicada,

por se tornar necessaria a resecção de todas ou quasi todas as costellas d'esse lado.

Fica por isso indicada quando o individuo é forte, ou em condições de supportar um traumatismo d'esta ordem, e quando o derrame purulento está mais ou menos circumscripto. Em qualquer dos outros casos empregaremos a punção seguida d'injecções antisepticas, como meio de alliviar o doente.

Tal é a opinião da maior parte dos medicos e cirurgiões, que modernamente tem tomado parte n'esta questão do tratamento das pleurisias purulentas.

IV

**Pleurisias purulentas de bacillos encapsulados
de Friedlander**

Depois de me ter occupado dos grupos mais importantes pela sua frequencia, e por conseguinte regularmente estudados, entro agora n'aquelles cujo estudo está para se fazer. As observações são poucas para que possamos affirmar qualquer resultado, e tudo o que dissermos é quasi que exclusivamente baseado na analogia com outro grupo. E' precisamente n'estas circumstancias, que se acha o grupo de pleurisias purulentas, que dá nome a este capitulo. Ha apenas duas observações; uma devida a Letulle, publicada na *Société medicale des hopitaux* em Maio de 1890, e outra devida a Achalmé, verificada por Netter e referida por Courtois Suffit no seu livro intitulado *Les pleurisies purulentes*. O exame bacteriologico e culturas successivas mostraram, que o bacillo de Friedlander era o unico que existia. Netter apreciando esta questão julga que estas pleurisias são raras, mas possiveis, visto que já se acha confirmada a potencia pyogenica d'este bacillo. Mostra, que são em geral consecutivas a uma broncho-pneumonia, e, apreciando as localisações do bacillo diz tel-o encontrado como agente pyoge-

nico em varias otites medias, duas endocardites ulcerosas, uma meningite, pericardite, angiocholite e pyelonephrite.

E' um bacillo curto, arredondado, que vive ordinariamente associado a outro, rodeados por uma capsula bem visivel quando se examina o pus ou escarros onde existem, mas que a vão perdendo com a cultura.

De propriedades biologicas sensivelmente identicas ao pneumococcus, não gastarei tempo em as recapitular. E' um microbio vulgar, que se póde encontrar facilmente no ar, no solo (Jakowski) ou no proprio organismo. Thost encontrou-o no ~~succo~~ ^{ro} ~~mucos~~ nasal, e Netter na saliva, na proporção de 4,5 % dos individuos são que examinou. Nada admira pois a frequencia d'otites medias e broncho-pneumonias produzidas por estes micro-organismos. D'aqui facilmente irão, por extensão directa ou aproveitando-se de circulação, ás differentes partes do organismo onde exercerão a sua acção pyogenica. As pleurisas purulentas d'estes bacillos são provavelmente secundarias a lesões pulmonares, do do mesmo modo que as pneumococcicas.

Se a vida do microbio é curta, e a sua virulencia não é grande, o tratamento deve ser simples, em relação com estes dados. E' o que facilmente se deprehe de das relações d'identidade com o pneumococco, e dos resultados colhidos nas duas observações de que ha pouco fallei. Ambos termi-

naram por vomica, seguindo-se-lhe a cura dentro em pouco tempo. A punção ou thoracotomia simples estão indicadas segundo as circumstancias, emquanto o futuro não vier mostrar o contrario.

V

Pleurisias purulentas de bacillos d'Eberth

Ainda não vae longe a epoca, em que o bacillo typhico era considerado como incapaz de produzir por si só a suppuração, capitulando-se d'infeccção secundaria todas as complicações que se acompanhavam de purulencia. Eram os microbios pyogenicos ordinarios os unicos incriminados; o bacillo d'Eberth não faria mais do que abrir-lhes a porta. São as ideias de Chantemesse e Widal, quando escreveram a memoria sobre a morphologia e biologia do bacillo d'Eberth.

Affirmam, que nunca é pyogenico, pois que nunca produziu pus por inóculações.

Se existe a suppuração na febre typhoide, é porque ha nas placas de Peyer ulceradas uma porta d'entrada para os microbios pyogenicos, que vão depois, por via lymphatica ou sanguinea, a differentes partes do organismo exercer a sua acção. Esta é sem duvida a regra; mas nada tem d'absoluto, pois que dia a dia se vão accumulando provas em contrario.

O primeiro caso d'observação publicado n'este sentido é de Rendu e de Gennes. E' um empyema post-typhico, em cujo pus declaram ter encontrado o bacillo d'Eberth reunido a outras especies

pyogenicas. Embora não prove nada por haver microbios ordinarios da suppuração, veio mostrar, que este bacillo podia viver no pus, e que se deviam fazer investigações n'este sentido.

Em 1887, Fraenkel apresenta uma observação cheia d'interesse, por mostrar que o bacillo typhico não só podia viver muito tempo no organismo, mas tambem que era pyogenico. E' um individuo que depois d'uma febre typhoide grave, com ameaças de perfuração intestinal e peritonite, apresenta, passados quatro mezes e meio, um grande abcesso na cavidade peritoneal. Feita a incisão sae um litro de pus, que continha unicamente bacillos d'Eberth.

Ebermaier, em 1889, examina o pus d'uma periostite suppurada, que apparece ao fim de vinte dias de febre typhoide, não encontrando senão bacillos typhicos. Orloff e Achalmé citam observações identicas.

Chantemesse retoma a questão, e apresenta duas observações. Não se contenta com ellas, e procura uma prova cabal por meio da experimentação. Obtem resultados satisfactorios, concluindo, que o bacillo typhico só é pyogenico n'um animal refractario a dothienenteria. Procura explicar a razão d'estas duas propriedades do bacillo na especie humana, e diz, que, para ser pyogenico, é necessario ter exercido a sua acção especifica no organismo durante o tempo preciso para o tornar immune.

Gilbert e Girode apresentam um caso de cholecystite suppurada em seguida a uma febre typhoide, em que só havia bacillos d'Eberth. Fazem experiências em animaes, e obtem resultados, que não discordam dos antecedentes. Ha um, que merece especial menção, por mostrar que o pus tambem se pôde formar longe do logar d'inoculação, sem que haja alteração dos tecidos.

Feita a inoculação debaixo da pelle do dorso com bacillos d'uma cultura pura, o animal morre 24 horas depois. A autopsia mostra vermelhidão e tumefacção das placas de Peyer, e uma peritonite suppurada, especialmente na parte correspondente ao figado, estomago e baço. O exame histologico revela globulos de pus, impregnados d'hemoglobina resultante d'hematias alteradas, que ahi abundavam, e bacillos d'Eberth exclusivamente.

Pelo exposto, nenhuma duvida podemos nutrir a respeito das propriedades pyogenicas d'este microbio; e, sendo assim, vejamos se já alguma vez foi encontrado nos derrames purulentos da pleura. Já vimos um caso, em que foi encontrado associado a outros; mas o que desejamos saber é se existe só.

Mya e Belfanti pretendem ter encontrado um caso de pleurisia purulenta, acompanhada d'arthritis suppurada da articulação sterno-clavicular direita, devidas unicamente ao bacillo d'Eberth. O exame bacteriologico, porém, não foi completo, e nós ficamos na duvida.

Até agora apenas existe uma observação rigorosa; pertence a Valentini, e foi publicada em 1889. Refere-se a um doente, que na quarta semana de uma febre typhoide severa apresentou subitamente os signaes d'um derrame pleural purulento.

Faz-lhe a thoracotomia, e a cura segue-se-lhe rapidamente. O pus é examinado, e encontram-se exclusivamente bacillos d'Eberth.

São poucas as observações, mas não admira, visto que só excepcionalmente é pyogenico. Demais é só em 1880, que Eberth o descreveu de modo que o seu nome lhe ficasse ligado. Em 1884, Gaffky estudando mais profundamente a sua biologia diz, que «este bacillo é dotado d'um movimento proprio, cora-se mal pela anilina, não liquefaz a gelatina e fórma sporos terminaes».

E' um bacillo trez vezes mais comprido que largo, resistindo facilmente á seccagem, indifferente ao oxigenio, preferindo as temperaturas que medeiam entre 30 e 35 centigrados.

A agua é um meio natural, em que se conserva facilmente, sendo por meio d'ella que chega até ao intestino.

Ahi exerce a sua acção especial, tendo por séde d'eleição as placas de Peyer, baço, ganglios mesentericos e figado. Nada pois admira, que, directamente ou por via lymphatica e sanguinea, atinja a pleura, produzindo a suppuração se se derem as condições exigidas.

Dizendo isto conhecemos que é pouco; mas o assumpto é novo e pouco fertil, e, como tal, falho de materia prima para estudo. Outro tanto poderei dizer a respeito da therapeutica, que, seguindo os preceitos geraes, apenas se guia pela analogia com os outros casos.

Ha aqui mais do que em qualquer outro grupo a attender ao estado geral do doente, que em geral não é bom, quando chega a este periodo. Se por um lado hesitamos na practica da thoracotomia, receando que não seja bem supportada pelo doente, devemos-nos lembrar, que, emquanto não dermos sahida ao pus, maior se torna a consumpção organica. Teriamos a puncção como mais simples, mas que em geral não basta, porque, por isso mesmo que o organismo tem poucas forças, não luta sufficientemente contra os bacillos que ficam, d'onde a continuação do derrame, que põe o doente em condições cada vez peores.

Julgo por isso, que devemos fazer a thoracotomia, ainda mesmo que o doente esteja em condições pouco satisfactorias.

VI

Pleurisias purulentas de staphylococcus

Se algum grupo de pleurisias se acha por estudar, é sem duvida este o que mais atrazado está. Ainda se pergunta se existem!

As observações são poucas e incompletas pela falta d'êxame rigoroso, e as opiniões divergem. Por um lado Netter, baseando-se na experimentação, diz que o staphylococco só excepcionalmente é pyogenico nas serosas. Por outro Rosenbach diz ter encontrado pleurisias purulentas, tendo por causa exclusivamente este microbio.

Fraenkel só as admite como secundarias — a focos suppurativos em que exista só este microbio, ou a uma infecção accidental. Assim é que se podem observar em seguida a um anthraz, furunculo-se, osteomyelite aguda, etc., outras vezes é uma pleurisia simples, que se torna purulenta com uma punção não aseptica. Admitte ainda a sua possibilidade nas traumaticas, mas julga-as raras, dando o principal papel n'estes dous ultimos casos aos streptococcus. Pelo que se vê a sua possibilidade é admittida, mesmo por Netter; e o que se depreheende é que são raras e secundarias. As propriedades pyogenicas d'este microbio estão bem demonstradas clinica e experimentalmente fallando; e por isso mesmo

que é vulgar encontral-o associado ao streptococcus nos varios focos purulentos, incluindo os pleuraes, é racional admitir, que de per si só seja capaz de produzir derrames purulentos na pleura. Se não exerce esse papel tantas vezes como o streptococco, é de certo uma questão de terreno, que, como *a* mostrou Hermann, influe muito na acção dos microbios pyogenicos. As suas experiencias são relativas ao *staphylococcus albus*, que é menos virulento do que o *aureus*.

As experiencias em 120 animaes mostraram que para cada animal, e n'este para cada tecido, ha uma dose minima de cultura do microbio capaz de produzir um abcesso: é o que elle chama *coeficiente de suppuração*. Entre os tecidos do coelho o menos resistente é a camara anterior do olho, vindo depois o apparelho circulatorio, a pleura, as meninges, tecido cellular subcutaneo e peritoneo. Ha certas substancias chimicas, como o sublimado, que favorecem a acção pyogenica pela irritação dos tecidos. A acção nervosa pôde influir, e assim verificou que a secção do sciatico favorecia a suppuração por este microbio nas regiões da sua distribuição.

Isto explica, porque em certos casos elle apparece exercendo a sua acção, e n'outros não. E' crível que a pleura, na especie humana, seja muito resistente para esta especie, e d'ahi a raridade dos casos; mas podem certas circumstancias modifi-

cal-a de modo a elle exercer o seu papel. Assim é que os traumatismos, abalando os tecidos, criam-lhe uma condição favoravel; uma pleurisia anterior, pela irritação que produz; certos estados morbidos, como o brightismo, alcoolismo, etc., pelas modificações que imprimem aos tecidos. Ha ainda outra especie morbida, em que o staphylococco se manifesta muito,—é a diabete: julgamos que a explicação está em que este microbio pullula vigorosamente n'uma cultura, quando a substancia que a fórmula é assucarada.

Ha varias especies de staphylococcos, sendo a mais vulgar o *aureus*. Vive em colonias em fórmula de cachos, córa d'amarello as substancias em contacto, e é dotado de muita vida e virulencia, resistindo muito aos agentes de destruição. Agente de muitas suppurações, existe ordinariamente nos mesmos sitios que o streptococco, com quem geralmente anda associado.

A therapeutica ainda não tem bases seguras sobre que assentar, mas, guiando-se pelas propriedades biologicas, segue o plano geral de campanha.

A thoracotomia precoce seguida de lavagens antisepticas, emquanto houver signaes d'infeccção, é o que devemos fazer.

SEGUNDA PARTE

Fórmas combinadas

Baseando-nos nos dados bacteriológicos e propriedades biológicas dos microbios, esforçamo-nos na primeira parte do nosso trabalho por schematizar certos typos de pleurisas purulentas, cuja evolução e valor semeiológico são perfeitamente claros.

Mas ao lado d'estas, que são bastante frequentes, encontramos infelizmente outras que o não são menos, em cujo derrame se encontram micro-organismos de vida e natureza muito differentes. A pleurisia já não está submettida ás leis evolutivas, que atraz apontamos, mas ás que resultam da associação microbiana, o que faz variar a marcha, prognostico e intervenção cirurgica.

E' d'estas que agora nos propomos occupar. São muitas e variadissimas; e o seu estudo em par-

ricular não tem razão de ser, visto que já vimos as bases sobre que hão de assentar as nossas conclusões. A marcha, prognostico e tratamento variam com a maior ou menor virulencia dos microbios, que existem no derrame, sendo em geral dominados pela especie que tem acção mais energica. E' por isso que resolvemos fazer o seu estudo no conjuncto, referindo-nos apenas ás associações mais frequentes, e apresentando indicações d'accordo com a norma que temos seguido.

E, como ha certas doenças, que mais se acompanham d'esta ou d'aquella fórma combinada de pleurisia purulenta, é a ellas que me dirijo para obter um guia na exposição do assumpto.

A pneumonia é uma d'essas. Já vimos que muitas vezes coincidia com fórmas puras de pleurisias purulentas, taes como as de streptococcus ou pneumococcus, e qual a sua evolução e tratamento.

Resta-nos agora dizer que se associam varias vezes, e que a sua evolução, sem ter a gravidade da streptococcica, tambem não possui a benignidade da pneumococcica.

E' um mixto, que se acha dominado pela virulencia dos streptococcus, e muito pouco attenuado pelos pneumococcus.

E' por isso que a intervenção cirurgica deve ser identica á que apontamos, quando tratamos do 2.º grupo de fórmas puras.

Outras vezes vêm juntar-se-lhe os staphylococ-

cos, que, pela sua virulencia, mais aggravam a doença, reclamando uma intervenção o mais prompta possível.

Aqui, como em qualquer outro caso, a associação provém algumas vezes da entrada no derrame de microbios pyogenicos vulgares durante a intervenção cirurgica. D'ahi o grande cuidado que deve haver em tornar completamente aseptico tudo o que servir na operação.

Outra doença em que as pleurisias purulentas são frequentes é a gripe, especialmente quando grassa com intensidade e sob a fôrma pulmonar.

Tendo-nos já, n'outra parte, referido á pleurisia exclusivamente de streptococcus, que por vezes acompanha esta doença, cumpre-nos agora completar essa noção etiologica, dizendo, que geralmente o derrame é devido a duas especies microbianas — streptococcus e staphylococcus.

A intervenção n'estes casos tem de ser prompta e energica, se não quizermos expôr o doente aos perigos, que lhe podem advir da permanencia na pleura de duas especies tão virulentas.

Outro tanto podemos dizer a respeito das pleurisias, que apparecem no curso da escarlatina.

A febre typhoide, quando grave e demorada, é uma doença que apresenta muitas vezes como complicação do periodo de declinação diversos focos purulentos, entre os quaes figuram os derrames purulentos da pleura. Por vezes devidos ao bacillo

d'Eberth só ou associado a outro microbio pyogenico vulgar, são na maior parte o resultado d'acção dos streptococcus e staphylococcus, que apparecem geralmente reunidos.

Passarei em silencio a therapeutica d'estes casos, por isso que é perfeitamente identica á do caso antecedente.

Entre as doenças que mais geralmente se acompanham de pleurisas purulentas devidas a varios microbios, é, sem duvida, a tuberculose a que tem os direitos de primazia. São estas fórmas, as que os auctores descreveram sob o nome de *pleurésies purulentes aiguës et subaiguës survenant dans la tuberculose pulmonaire*.

A sua evolução é a media entre a marcha aguda de certas variedades e a torpida da tuberculosa.

A sua frequencia explica-se facilmente pela grande duração da tuberculose e circumstancias especiaes em que se acha o pulmão e a pleura n'estes casos.

Ora é uma pleurisia serosa que se torna purulenta por causa d'uma punccão não aseptica, ora é uma caverna que se abre na pleura levando-lhe, com os seus productos de caseificação, os microbios pyogenicos ordinarios; umas vezes é uma pneumonia, broncho-pneumonia, etc., que por propagação directa permite a associação do seu microbio com o bacillo de Koch, que já lá existia, outras é uma lesão affastada, que contribue do mesmo

modo por meio das vias lymphaticas ou sanguineas.

As associações sem o bacillo de Koch dão-se algumas vezes, mas não fallamos n'ellas, por isso que nada differem das que se dão em outras circumstancias. O que nos merece mais attenção são as associações do bacillo de Koch por causa de suas propriedades especiaes.

Quando se encontra junto a pneumococcus, temos de vêr se a pleurisia seria curavel, se fosse só tuberculosa. N'este caso a operação d'Estlander está indicada, pois que satisfaz ás indicações especiaes da pleurisia tuberculosa e geraes da pneumococcica. No caso contrario praticaremos a simples punctão como meio palliativo. Não obstante, podemos conseguir por este meio a eliminação dos pneumococcus, ficando depois reduzidos á fórma tuberculosa pura.

O mesmo se póde dizer a respeito da associação do bacillo de Koch com os microbios ordinarios da suppuração, tendo sempre em vista a sua maior virulencia: ou a operação d'Estlander, ou a punctão seguida d'injecções antisepticas, segundo as indicações.

Alem d'estas, ha outras doenças que se podem acompanhar de variadissimas fórmas combinadas de pleurisias purulentas, de que não nos occupamos por serem mais raras e seguirem a mesma evolução, que em algum dos casos acima indicados.

Há porém uma forma, que, pela sua gravidade especial, nos merece atenção particular — é a *pleurisia gangrenosa ou putrida*. Ambas reconhecem por causa directa os mesmos agentes, e, se as distinguimos, é simplesmente para indicar que uma é sempre consecutiva a lesões de vizinhança, especialmente do pulmão, enquanto que a outra não. A primeira é sempre secundaria, enquanto que a segunda pôde ser primitiva.

Todas as causas de gangrena pulmonar são causas indirectas da pleurisia gangrenosa; assim temos a considerar os focos cavernosos em certas tuberculoses, os focos amollecidos dos bronchiões ou pulmão em seguida ao laringo-typhus, certos infarctus pulmonares d'origem infecciosa, (sarampo, febre typhoide, etc.), certas pneumonias suppuradas, etc., etc., que podem ser o ponto de partida d'uma gangrera, que por extensão directa vá produzir a pleurisia gangrenosa. Na pleurisia putrida os agentes da putrefacção podem vir com um instrumento, que serviu para uma primeira punção, ou por transporte por via lymphatica ou sanguinea.

Em qualquer dos casos os microbios que se encontram nos derrames são os staphylococcus, streptococcus e os differentes agentes saprogenicos.

Estes micro-organismos decompõem rapidamente as substancias organicas com que estão em contacto, produzindo um cheiro repugnante e nauseabundo, e productos d'excreção, (ptomainas) ve-

nenos energicos, que, sendo absorvidos, produzem accidentes graves d'intoxicação organica.

A sua marcha rapida, e as gravissimas consequencias que apontamos, obrigam-nos a intervir o mais prompta e energicamente possivel. Se a pleurisia é gangrenosa, difficilmente podemos obter resultado satisfactorio, pois que a pleurisia não cura sem primeiro se eliminar a causa, ao passo que podemos evitar a propagação a outros orgãos, e obter a cura se a origem é pleural.

Não devemos perder tempo com punções, que nada aproveitam; mas procurar evitar a intoxicação ou propagação da putrefacção, por meio da incisão larga do thorax com boa drenagem e lavagens antisepticas, emquanto houver o mais pequeno indício de putrefacção.

Terminando o estudo das pleurisias purulentas, cumpre agora fallar d'algumas contra-indicações geraes da thoracotomia, por isso que é o processo de que podemos tirar mais resultados, mas que é menos inoffensivo do que a punção.

Não podendo relatar todas as circumstancias, que nos possam fazer prever uma terminação fatal, pois que em geral é questão do momento, ainda assim diremos que não se deve praticar a thoracotomia, quando o doente a não puder supportar, em virtude da cachexia produzida pela demora ou producção contínua da suppuração.

A albuminuria e os diversos estados dyscrasi-

cos estão nos mesmos casos por diminuir a vitalidade organica, que depois não reage contra os microbios que ficam na pleura.

O mesmo a respeito das doenças do coração, que podem ser a causa d'uma syncope, em virtude do affluxo de sangue ao pulmão na occasião da operação e mau funcionamento do coração; a tuberculose pelos motivos que já apontamos, quando fallamos da therapeutica do terceiro grupo.

Finalmente, quando nada se aproveita, por haver outros estados ainda peores que fatalmente conduzem á morte dentro de pouco tempo.

Nas pleurisias gangrenosas e putridas as contra-indicações são menores, por isso que ellas trazem a morte se não actuarmos depressa. Devemos portanto intervir, sempre que não receemos a morte do individuo durante a operação.

TERCEIRA PARTE

I Observação

José Augusto Vieira, de 17 annos d'idade, ta-
noeiro, natural d'Avintes, entrou para a enfermaria
de Clinica-medica no hospital de Santo Antonio no
dia 19 de Novembro de 1890.

Como antecedentes pathologicos hereditarios
apenas colhemos que o pae morreu d'hemoptyzes
bem como os tios, que muito novos começaram a
sentir os effeitos da tuberculose.

E' um individuo dotado de constituição fraca e
temperamento lymphatico, que tem soffrido desde
creança dôres leves na região thoracica originadas
ao nivel da 3.^a e 4.^a costella, irradiando para a parte
superior e exasperando-se com o trabalho.

Ha 5 annos teve uma febre typhoide acompa-
nhada de lesões pulmonares.

Em Janeiro de 1890 entrou para o hospital para se tractar d'uma tumefacção, que tinha ao nível do 9.º espaço intercostal direito no prolongamento da linha mamillar.

Foi diagnosticada pelo professor da cadeira respectiva, o exc.^{mo} snr. dr. Antonio d'Azevedo Maia, uma pleurisia purulenta em comunicação com um abcesso da parede costal d'origem suspeita. Para dar sahida ao pus fez a incisão com o thermo-cauterio, o que permittiu a sahida d'uma grande quantidade de pus, e o reconhecimento da carie tuberculosa da 9.ª costella, que em seguida raspou com a cureta.

Fez a lavagem do foco costal com solução aquosa forte d'acido phenico e em seguida o penso competente. Apesar de todos os cuidados subseqüentes o doente não melhorou; o pulmão estava retrahido e a suppuração continuava sempre.

Como o foco não era muito extenso a operação d'Estlander estava indicada. Foi o que fez o mesmo professor, sendo-lhe preciso apenas fazer a resecção da 9.ª costella e parte da 8.ª, para que a parede costal se podesse deprimir até ficar unida ao pulmão. O doente melhorou continuamente até que sahiu curado, aparentemente, pois que voltou no anno seguinte com uma fistula pleuro-costal, cuja abertura estava na extremidade anterior da cicatriz.

A operação anterior tinha dado lugar á depressão thoracica no ponto em que faltavam as costel-

las, e a uma leve scoliose acompanhada d'abaixamento da espadua do lado opposto. Pela percussão ao nível do 4.º espaço intercostal o som pulmonar começava a desaparecer para se tornar completamente baço a partir do 5.º. O resultado da auscultação era identico. Do lado opposto havia compensação. A fistula deixava sahir um liquido purulento, e media 0^m,11 de comprimento com direcção obliqua para cima e para fóra.

O processo tuberculoso ganhava cada vez mais terreno e uma nova operaçãourgia. Foi feita pelo mesmo operador, que extrahiu o resto da 8.ª costella e parte da 7.ª. Drenou o foco por tres pontos e fez lavagens com a solução aquosa d'acido phenico, que depois substituiu pela de sublimado em virtude da suppuração continuar. O doente melhorou um pouco, mas em breve lhe appareceram fungusidades n'um dos pontos em que estavam os drenos. A raspagem e cauterisação espaçadas vencem esta complicação, mas a cura é demorada. Só por meio d'um excessivo cuidado de antisepsia e compressão bem dirigida, é que se consegue obter um resultado satisfactorio. Haverá cura definitiva ou será apparente?

Parece, que esta observação não tem razão de ser apresentada n'esta minha dissertação, visto não ter havido exame bacteriologico e todo o meu trabalho baseiar-se n'elle; mas o fim especial d'ella é mostrar o resultado que se póde obter da operação

d'Estlander. Além d'isso, supposto não possamos dizer que a pleurisia era puramente tuberculosa o que podemos affiançar é que pelo menos era em parte d'esta natureza, desde o momento que attendamos aos signaes clinicos, anatomia pathologica e hereditariedade.

II Observação

Manoel Leandro Emilio, com 24 annos d'idade, solteiro, maritime, natural d'Espozende, entrou para a enfermaria de clinica-medica no hospital de Santo Antonio no dia 11 d'Abril de 1891.

Os seus antecedentes hereditarios não revelam a menor tara morbida.

Diz ter sido sempre saudavel até á idade de 21 annos. D'ahi por diante começou a sentir leves dôres no peito e tosse acompanhada d'escarros raia-dos de sangue. Tratou-se, e, julgando-se completamente curado, embarca e vae ao Brazil, onde lhe reapparecem os mesmos incommodos, mas mais augmentados. Assim vae andando, até que ao fim de 8 mezes tem uma pneumonia do lado direito de que em breve se restabeleceu. Já em plena convalescença, o medico assistente examina-o e, encontrando um derrame na pleura do mesmo lado, faz-lhe a punccção, tirando proximamente um litro de liquido amarello citrino. O derrame reproduz-se, e uma nova punccção permite extrahir mais litro e meio.

Então o medico aconselhou-o a vir para Portugal, o que fez logo. Quando chegou já o derrame se tinha reproduzido, e, quando o examinamos, vimos, que a parte inferior do thorax estava um pouco abaulada e com falta d'excursões respiratorias.

Pela percussão obtinhamos um som baço na mesma região, em qualquer posição que o doente estivesse. Ao nível do mamillo, n'uma zona limitada pelo 2.º e 4.º espaço intercostal, tiravamos o som skodico quando o doente estava em decubito dorsal, ao passo que a sonoridade diminuía quando estava em posição vertical. Egualmente distinguimos o ruido de panella rachada.

Pela auscultação vimos, que o murmurio visicular era imperceptível na base do thorax, emquanto que na parte superior havia um sopro bronchico quasi amphorico. Do lado opposto a respiração era um tanto rude, devido por certo á compensação.

De resto, havia tosse com expectoração, por vezes sanguinolenta, dôres thoracicas, cansaço, dispnea, etc.

No dia 28 o professor Dr. Azevedo Maia resolve fazer-lhe uma punção aspiradora, e tira proximamente — litro e meio d'um liquido, que não tinha as propriedades dos outros. Era espesso, amarello um pouco escuro. O microscopio revelou globulos de pus e streptococcus.

A auscultação do doente depois de extrahido o derrame permittiu-nos ouvir o ruido de gargolejo, no ponto que acima indicamos (2.º espaço intercostal até ao 4.º), ao mesmo tempo que notamos que o pulmão permanecia retrahido.

Pelo exposto, vê-se claramente que se trata

d'um tuberculoso já com cavernas. A pleurisia, serosa a principio, era talvez d'origem tuberculosa, por isso que nada ha que indique a sua natureza pneumonica. Provavelmente já existia ha bastante tempo, por isso que já tinha retrahido o pulmão. Com as punccões, que talvez não fossem feitas com toda a antisepsia, o liquido tornou-se purulento por acção dos streptococcus.

O bacillo de Koch não foi encontrado, mas isso é vulgar; seriam precisas inoculações experimentaes para resolver a questão. De resto, a evolução do derrame tem a feição tuberculosa.

Mas, em qualquer dos casos, uma intervenção cirurgica daria bons resultados? Julgamos que não; porque, tanto pela punccão como pela incisão do thorax ainda mesmo com lavagens antisepticas, o processo morbido continuaria em virtude da parede thoracica não se unir ao pulmão.

A operação d'Estlander é que podia remediar este inconveniente, mas não está indicada, porque, sendo a pleurisia quasi geral, seria preciso reseccar quasi todas as costellas.

E' por isso que o Dr. Azevedo Maia resolveu não fazer operação alguma, consentindo apenas nas punccões, como palliativo, quando a dispnea fôr intensa.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A constituição e disposição anatomica do rochedo explicam a raridade das fracturas transversaes d'este osso.

Physiologia — A oxidação não basta para explicar o consumo d'assucar no organismo.

Materia Medica — A cocaina excita ou paralisa o protoplasma segundo a dose.

Pathologia externa — No tratamento cirurgico das metrites prefiro a raspagem á cauterisação com o lapis de chloreto de zinco.

Operações — Na resecção do maxillar superior prefiro o processo de Liston.

Partos — Em geral a sangria está indicada no tratamento da eclampsia da prenhez.

Pathologia interna — A melhor classificação de pleurisias purulentas é a que tem por base as especies microbianas.

Anatomia pathologica — Ha mais do que uma especie de microbios pyogenicos.

Hygiene — Condemnamos o emprego do acido salycilico como antifermentescivel na industria de certos liquidos e conservas.

Pathologia geral — O meio exerce um papel importante na cura das doenças.

Vista.

O Presidente,

A. Maia.

Póde imprimir-se.

O Director,

Visconde de Oliveira.