

N.º 662
Antonio Julio Salgado

N.º 4.

METHODO CIRURGICO

DO

TRATAMENTO DO EMPYEMA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRESA MODERNA
33, R. de Passos Manoel, 57

1890

55/4 E M C

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 MEU TIO

José Miguel de Carvalho

E MINHA TIA

D. Candida da Conceição Carvalho

Adoptastes-me por filho: serei
vosso escravo—suave escravidão a
que me prende a vossa grandeza
d'alma e inextinguível bondade.

A MEUS PAES

Virtude e amor; eis como
traduzo os vossos nomes.

A MEU PRIMO

Julio Teixeira Serra

Ao meu condiscípulo e amigo intimo

Severiano José da Silva

A MEU IRMÃO

Carlos Augusto Salgado

A MINHA IRMÃ

Adozinda da Conceição Salgado

E MEUS SOBRINHOS

A MEUS PADRINHOS

Antonio Teixeira Serra

E

Emilia Adelaide Souza

AOS MEUS PARENTES

Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos

ROS MEUS CONTEMPORANEOS

E EM PARTICULAR A

Dr. João Lopes do Rio
Dr. Thomaz Nosolini da Silva Leão

Á ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AOS MEUS DIGNISSIMOS PROFESSORES

Os Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Snrs.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia
Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Off.

o discipulo reconhecido.

AO MEU PRESIDENTE

V. Ill. mo e Exc. mo Snr.

Dr. Agostinho Antonio do Souto

Servem de titulo ao nosso trabalho as palavras—*methodo cirurgico do tratamento do empyema.*

Duas direcções differentes podiamos dar-lhe: a de seguir chronologicamente as variadas phases que elle tem percorrido até nossos dias, ou unicamente desenvolver o estado actual, expondo e criticando os diversos tratamentos, que a pratica tem mostrado vantajosos.

Mirando a exercer a clinica geral em qualquer ponto do paiz, e possuindo a convicção effectiva formada durante o tirocinio hospitalar de que—*morbi non eloquentia sed remediis curantur*—entendemos dever seguir o ultimo caminho, servindo-nos de guia os factos ou melhor os resultados, pondo de parte completamente a historia do tratamento, que se encontra referida em qualquer livro melhor do que nós a fariamos.

Mas não se supponha por isto, que temos a vaidade de dar o mais pequenô passo, mesmo em theoria, alem do que está feito. Se o nosso trabalho pôde ter algum valor, este lhe virá de compendiar o que por ahi anda, pelas revistas e mãos de praticos portuguezes, espalhado e não escripto, e por isso mesmo, enfadonho no primeiro caso, por vezes desaproveitado no segundo.

Cremos, por estas razões, ser este já assumpto digno de se archivar.

Methodísamos, quanto em nossas forças coube, os variados processos que a experimentação provou uteis e no plano que estabelecemos, foi-nos obobjectiva constante o maior numero ou frequencia dos casos.

Em tres partes se divide o nosso trabalho A' primeira serve-nos d'assumpo a punccão, a syphonagem e a incisão; á segunda as indica

ções da operação d'Estlander e á terceira a descrição d'esta mesma operação.

A ella demos mais amplo desenvolvimento, attenta a sua importancia e a pratica que d'ella vimos fazer, durante o nosso tirocinio hospitalar.

Não foram poucas as difficuldades com que luctamos, além da falta de tempo e deficiencia scientifica; mas a lei que obriga e a benevolencia de nossos julgadores que attenua, foram incentivo sufficiente para que elle viesse a lume, como ultima prova da nossa vida academica.

PRIMEIRA PARTE

O empyema é o derrame purulento da cavidade pleural.

Que elle se resolva alguém o tem dito; não é, comtudo, pratico que nos deixemos embalar por esta seductora idea d'expectativa, confiando o nosso papel ao trabalho natural.

A pratica mostra, d'uma maneira geral, que o empyema, abandonado a si, persiste, augmenta e traz a morte, a não ser que a destruição de qualquer parte das paredes venha fazer o que o clinico devia ter feito—abrir passagem ao pús para o exterior.

O caminho está portanto talhado, por ventura a propria evolução da doença o tem primeiramente ensinado. E' uma necessidade dar sahida ao pús, uma vez accumulado na cavidade pleural; é esta uma regra geral que sempre devemos ter presente.

Preenchendo este fim, quatro processos consecutivos estão em voga, permittam-nos

os auctores e modificadores dos diversos modos de tratamento, resumil-os assim: *a punccão, a syphonagem, a incisão e a operação d'Estlander.*

Em presença d'um derrame purulento, enkystado ou livre, o que primeiro se offerece fazer é a punccão; é isto o que temos visto fazer nas nossas salas d'hospital e nos casos diarios que nos vêm pelas revistas estrangeiras.

Damos á punccão uma accepção bastante lata, e, para que não haja confusão no que vamos expôr, diremos o que entendemos por este processo :

PUNCCÃO

A punccão é o processo de tratamento do empyema atravez d'um, o maximo dois orificios thoracicos feitos com trocate ou agulha.

Os processos de punccão são muito variados, comtudo, o mais geralmente seguido e de melhores resultados praticos é o que consiste em mergulhar na cavidade purulenta e no ponto mais hypostatico possivel d'ella, que para os derrames livres é o oitavo espaço intercostal na linha axillar, uma agulha d'um aspirador Potain; extrahir pela aspiração uma quantidade de pús proporcional á existente ahí, para não nos expormos aos accidentes que

podem, em taes casos, sobrevir e, em sessões seguintes, chegar á extracção tão completa quanto possível. Porem, se a cavidade é pequena e se isso nos é facil, podemos d'uma só vez tirar todo o pús.

Parallelamente a estas operações injectam-se na cavidade liquidos antisepticos, por vezes mais ou menos causticos, com o fim de sustar a suppuração e modificar convenientemente a cavidade pleural. D'estes liquidos os que mais se empregam nas nossas salas d'hospital, são: a solução alcoolica de naphtol e aquosa d'acido borico.

Tillaux preconisa bastante, em casos analogos, o chloreto de zinco e Laveran emprega de preferencia a estes antisepticos a emulsão de creolina, cujas propriedades anti-microbóticas foram bem demonstradas por Nocard. Este mesmo auctor apresenta ao naphtol o inconveniente de ser insolúvel na agua e no pús, e por isso de, quando injectada na cavidade do abcesso pleural a solução alcoolica de Bouchard, dever precipitar muito depressa e formar uma magma insolúvel na parte inferior. Seja como fôr, é certo, que a pratica, como vamos ver, é favoravel ao emprego do naphtol.

E' o caso d'um doente que, entrando para a sala de Clinica cirurgica com um derrame da grande cavidade pleural, foi tratado pela punção e injecções da solução alcoolica de naphtol com excellent resultado.

José Macedo de 32 annos d'edade, entrou para a enfermaria de Clinica Cirurgica a 25 de novembro de 1889.

Constatado que se tratava d'um empyema, fizeram-se-lhe tres aspirações (aspirador de Potain), seguidas de lavagens com uma solução d'acido borico; da primeira vez extrahiram-se-lhe proximamente tres litros de pús; da segunda, que foi passados oito dias, essa quantidade foi de quasi dous litros e da terceira menor foi ainda. O doente, sentindo-se relativamente melhor, pediu, a 11 de janeiro, alta que lhe foi dada.

No principio de maio entra de novo para o hospital e para a mesma enfermaria. O derrame vinha reproduzido, não na sua totalidade, mas em grande parte: o doente indicava anciedade extrema, o coração, enormemente repellido para a direita, batia na linha interesterno-mamillar d'este lado; o som basso era generalizado á esquerda, excepto na fossa supra-espinhosa e região infra-clavicular; abaixo da espinha da omoplata notava-se egophonia e mais abaixo ainda, na parte anterior e posterior, sopro bronchico; havia tosse secca, suores nocturnos e ligeira febre hectica.

Logo que o estado do doente foi conhecido, determinou-se immediatamente a aspiração do derrame que deu proximamente dous litros de pús, perfeitamente conforme os signaes constatados. D'esta vez foi feita ainda a

lavagem com a solução borica, mas seguida logo da lavagem pela solução alcoolica de naphthol.

Os signaes physicos e funcçionaes foram pouco a pouco desapparecendo; mas o derrame não tinha por emquanto sido jugulado e ao oitavo dia reconheceu-se reproduzido em parte, procedendo-se então a uma nova aspiração, seguida como a antecedente das respectivas lavagens antisepticas; retirou-se apenas um litro de pús.

O estado de melhora do doente accentua-se agora devéras: as forças voltam-lhe gradualmente, sente-se mais animado e apresenta melhor côr, etc.; a percussão denota que o som claro vai a pouco e pouco descendo e substituindo a bassidez hydrica; a auscultação revela, passado pouco tempo, um ligeiro murmurio vesicular que succede ao sopro bronchico constatado antes, o que indica que o pulmão vai retomando lenta, mas gradualmente, o seu primitivo logar; o coração por sua vez aproxima-se tambem da sua região physiologica; o abaulamento da caixa thoracica desapparece dia a dia e o thorax chega quasi a retomar a symetria normal.

Comtudo a parte inferior da cavidade pleural denota ainda uma leve quantidade de liquido que exige nova aspiração. Esta pratica-se passados vinte dias, seguida das mesmas

lavagens, borica e naphtolada; a quantidade de pús retirado foi de menos de meio litro.

D'ahi por deante o doente entra ainda mais francamente na restauração do seu estado hygido, até que, no principio de junho, pediu alta quasi completamente curado e até hoje não mais voltou ao hospital, d'onde sahiu, ha mez e meio, extremamente reconhecido pela maneira como foi tratado, o que nos leva a crêr que não tenha havido reproducção, pelo menos consideravel, do derrame.

Um outro exemplo é o relatado por Fernet em que tirou excellent resultado, praticando a puncção seguida d'injecção antiseptica de naphtol. Este doente sahiu completamente curado.

Muitos outros poderiamos apresentar; mas, para lavar a sentença que julga hoje a puncção, estes nos bastam, porque são typos das duas grandes series dos resultados obtidos por este tratamento.

O nosso doente, como vimos, não sahiu completamente curado, o de Fernet foi mais feliz. O geral dos casos em que se emprega a puncção dá estes resultados. Mas haverá meio de separarmos, antes de puncionar, os primeiros dos segundos? Talvez theoreticamente, mas na pratica cremos ser bem difficil.

Supponhamos mesmo que a theoria tinha uma solução clinica; n'este caso abandonaríamos a puncção quando nos encontrassemos

em presença d'um derrame, que quasi certamente não cederia a ella? Entendemos que não.

A punccção, quando não cura, pelo menos diminue, d'uma maneira geral, a cavidade; assegura-nos do proprio estado do pulmão, e a operação ulterior será tanto menos grave quanto mais reduzida fôr a cavidade purulenta, e tanto mais segura quantos mais dados o clinico tenha sobre o estado do doente; por estas razões empregaremos sempre em primeiro lugar a punccção.

Outros modos de tratamento, que cabem perfeitamente no lugar que assignamos á punccção, têm sido imaginados com o fim d'obter uma evacuação constante do pús e uma melhor lavagem. Entre elles, o que mais racional parece, é o da *per-irrigação da cavidade pleural*.

«Consiste elle em praticar dous orificios diametralmente oppostos na pleura, por meio d'uma punccção antero-superior e d'uma outra postero-inferior, e introduzir em cada um d'elles uma canula permanente, que podemos fechar á vontade.— *Michael.*»

«Este processo permite lavar a fundo a cavidade pleural todos os dias, e evacuar d'uma maneira satisfatoria o pús, á medida que elle se forma, sem que tenhamos a re-

cear os inconvenientes d'um pneumothorax. Duas creanças, atacadas d'empyemas consideráveis e antigos, curaram em muito pouco tempo, 14 dias, por meio d'este tratamento — *Immermann.*»

Como vimos, por duas maneiras pôde terminar este trabalho therapeutico: deixando o doente curado ou não. N'este ultimo caso, ou o pús se reforma com facilidade e as aspirações e lavagens pacientemente praticadas e multiplicadas não diminuem a sua quantidade, ou diminuindo-a, a cavidade um pouco reduzida persiste sem se obliterar. E' tempo portanto de recorrermos a outro meio therapeutico.

Foi o que succedeu com um doente, que tivemos occasião d'observar no decurso do quinto anno na sala de Clinica cirurgica.

Este doente, entre os 17 e 20 annos, apresentava no lado direito do thorax signaes d'um empyema; fez-se-lhe a aspiração, porém, sem resultado satisfatorio. O pús reformava-se na sua totalidade, e a cavidade nada tinha diminuido das suas dimensões primitivas, apezar de repetidas e proximas puncções. Em virtude d'isso tinha-se determinado outro meio therapeutico, quando conveniencias de familia lhe exigiram a sahida do hospital.

O que é que se oppõe á cura por este processo?

Muitas circumstancias podem influir, e, para melhor apreciarmos a razão dos factos, vejamos rapidamente o que se passa na séde do empyema.

Desde que se forma na cavidade pleural, as paredes d'esta espessam-se d'uma maneira consideravel, e tanto mais quanto mais antigo é o seu deposito. Mas, não é esta sómente a consequencia que deriva da irritação da pleura pelo pús; ao passo que este espessamento se dá, a pleura cobre-se de granulações dotadas de maior ou menor vitalidade, que, ou seguem a sua evolução physiologica e adherem a analogas do lado opposto, ou regressam em processo pathologico e contribuem á reproducção do pús.

Eis as duas consequencias quasi fataes do pús na pleura,—espessamento e neo-membranas. Ambas, tomando nascimento e constituindo-se n'uma posição viciosa do pulmão, impedem até certo ponto que este se approxime da parede thoracica, uma vez retirado o pús pela aspiração e, portanto, que a cura tenha logar.

Mas, não são estas as unicas causas da incurabilidade por este processo; ha outras ainda de não somenos importancia. O pús ou antes os microbios productores do empyema estão infiltrados na propria espessura da membrana pleural, e ahi entretêm o processo irritativo e suppurativo essenciaes. De maneira

que, se não ha uma sufficiente resistencia dos elementos do organismo, para se opporem á destruição microbiana, na impossibilidade de por este processo fazermos chegar aos interstícios cellulares os antisepticos, certamente que, procedendo assim, não chegamos a dominar a doença.

D'um outro lado pôde acontecer, que a virulencia do microbio em acção possa ser tal, que toda a resistencia do organismo se torne impotente a vencel-o.

Aqui vem a pello a grande questão da natureza especifica das pleurias purulentas. Estas têm causas variadas; mas, para não sahirmos do campo clinico, puramente pratico, que é nossa feição e indole d'este trabalho, diremos apenas, que as duas variantes clinicas mais communs são: o *empyema pneumonico e tuberculoso*.

O primeiro, tambem chamado metapneumonico, cede, em regra, com facilidade ao processo de tratamento que ora nos occupa, em razão da sua evolução ter logar já quando o pneumococcus gosa de pouca vitalidade.

O segundo mais tenaz e persistente foge á sua acção. E' com este, portanto, que na pratica temos mais vezes de nos haver no emprego methodico dos differentes processos.

Mallograda a tentativa de cura no que temos feito, que caminho se nos offerece? Ou a membrana pleural está espessa e adherente

com o pulmão á parte superior da cavidade thoracica, ou a pleura se acha coberta d'uma membrana pyogenica que é preciso destruir, ou ainda finalmente estas duas circumstancias se reñnem, o que é o caso mais commum.

No primeiro e ultimo caso, forçoso é, que chamemos a parede pulmonar ao contacto da parede thoracica.

Diversos meios têm sido propostos e applicados ultimamente, com o fim de preencher esta indicação. D'entre elles, o que mais se avantaça pelos seus resultados, é sem duvida a syphonagem.

SYPHONAGEM

Introduzida por Bulau na pratica therapeutica do empyema, constitue um verdadeiro progresso e attinge, quando corôada d'exitto, o fim ideal da therapeutica—a volta do orgão ao estado morphologico e physiologico.

De facto, a syphonagem tem por fim, não só extrahir constantemente o pús, mas manter na cavidade pleural uma pressão negativa constante, que chama o folheto visceral ao contacto do parietal.

O syphão, que tamanhos serviços presta na industria e commercio, impõe-se pela facilidade do seu manejo. Mas, se é certo, que

uma creança pôde trabalhar com elle n'aquelles ramos d'actividade humana, não succede o mesmo quando se applica á therapeutica. De facto as circumstancias variam d'uma maneira consideravel com a sua applicação ao organismo.

Para que o syphão trabalhe nosapparelhos de physica, é preciso, que a pressão atmospherica se exerça sobre a superficie livre do liquido a extrahir, que o ar penetre portanto na cavidade, o qual, esgotado o liquido, entra no syphão, annullando a sua funcção.

Ora, se o ar não penetra na cavidade pleural, o seu effeito será nullo, quando a consideramos como um vaso de laboratorio; pois que a pressão externa exercida pela atmospherica sobre o vaso, onde mergulha o ramo externo do syphão, é igual a dez metros d'agua e. suppondo que a densidade do pús seja igual á d'este, era preciso, que a cama do paciente estivesse a uma altura maior do que dez metros, para se manter na cavidade uma pressão negativa.

Mas, não é felizmente o que aqui succede. Dentro do pulmão, e contra a parede interna do folheto visceral da pleura, exerce-se tambem a pressão atmospherica, e basta, que o ramo externo do syphão tenha algum comprimento, para que se faça sentir uma certa pressão negativa do lado da cavidade pleural, proporcional a esse comprimento.

Para que isto se dê, é evidentemente preciso, que o ar não penetre na cavidade. Além d'isso, o orificio do ramo interno do syphão oblitera-se por coagulos, grumos de pús, destroços de membranas, etc.; desloca-se facilmente pelos esforços de tosse: inconvenientes estes que reclamam um pratico intelligente para assegurar o seu bom funcionamento.

De mais exige uma immobildade absoluta indispensavel á manutenção do aparelho, que difficil é obter em certos doentes, taes como: *febricitantes, creanças e alienados.*

Duas vezes vimos nas nossas salas d'hospital applicar o syphão á bexiga, e notamos quanta persistencia, paciencia e tacto pratico é preciso desenvolver para conseguir resultado satisfatorio.

O processo da syphonagem, que aqui nos occupa, consiste em introduzir na cavidade pleural, de maneira a mergulhar no fundo do liquido purulento, um longo dreno elastico, servindo-se para isso d'uma canula conductora. Esta, que foi primariamente introduzida no thorax com a ajuda d'um trocate, é em seguida tirada, conservando-se o dreno no seu lugar. Por meio d'um longo tubo de caoutchouc é este dreno posto em communicação com um vaso cheio d'um liquido antiseptico.

O syphão assim constituido aspira, não só a quantidade de pús preexistente na cavidade, mas tambem o formado ulteriormente, ao

mesmo tempo que faz a aspiração pela pressão negativa, que ahi conserva, da parede pulmonar. Os coagulos, que pôdem obstruir o tubo, são, ora tirados pela aspiração forçada, ora repellidos docemente para a cavidade.

Se a melhora se accentua, como se pode ver pela auscultação e quantidade de pús dada pelo syphão, vamos encortando o tubo pouco a pouco até o supprimirmos de todo, o que pôde succeder no fim d'algumas semanas.

Posto isto, façamos algumas considerações sobre os casos em que a syphonagem pôde ser applicada com probabilidade d'exitos.

Acabamos de ver pelo que precede, que o pulmão só muito lentamente se distende, quando o unico meio de tratamento posto em jogo é o processo d'aspiração, que temos descripto.

Deveremos nós por isso praticar esta, como têm feito alguns auctores, um numero de vezes relativamente consideravel, na esperança de que o pulmão só pela gymnastica respiratoria venha occupar o seu respectivo logar?

Bouchut cita o caso d'un rapaz atacado d'empyema, e que curou no fim de 16 semanas, depois de 58 puncções.

Contudo, não nos parece, que devamos assim proceder, pois que, para chegar-mos a praticar um tal numero de vezes a aspiração, gastamos tempo sufficiente para que neo-membranas se formem e consolidem, a ponto de se tornarem inextensíveis e o estado do doen-

te requerer então uma mais seria intervenção operatoria.

Ora antes que ahi se chegue, é nossa obrigação tentar a syphonagem, cuja benignidade emparelha com a da aspiração e cujo resultado é, como dissemos, de maneira a satisfazer todas as aspirações da therapeutica. E, para que ella seja corôada d'exitto, necessario se torna, que não delonguemos a intervenção; que o pulmão não tenha perdido a sua elasticidade.

Portanto, quando depois de praticadas algumas puncções o pulmão demora em vir occupar o seu respectivo logar, e, n'uma palavra, não notamos uma tendencia franca para a cura, empregaremos o syphão.

Como inconvenientes no emprego d'este methodo, além dos já mencionados — exigencia d'uma immobildade quasi absoluta, obliteração pelos coagulos etc.—temos mais: *espessura e lentidão* na evacuação do pús, o que póde, pela absorpção das materias putridas, trazer uma intoxicação rapida ao organismo. E ainda, todas as vezes que o derrame fór grande, precisamos immediatamente tirar uma certa porção, e só depois applicaremos o apparelho. Eis porque nos parece que devemos desde o principio praticar a puncção.

São perfeitamente conformes com o que acabamos de dizer as conclusões a que chega

Desplats, deduzidas d'uma extensa serie de casos por elle tratados :

«1.º Constatado o pús, evacua-se por punctão.

2.º Quando esta não basta, depois de praticada um certo numero de vezes, emprega-se a syphonagem.

3.º Se esta tambem se mallogra recorre-se a incisão.»

Esta marcha, além de ser perfeitamente racional, parece satisfazer á maior parte dos casos clinicos.

Como se vê, este meio é antes um progresso da punctão, que um verdadeiro processo, e se lhe dêmos fóros d'isso, foi mais pela sua importancia que pela sua individualidade considerada á parte.

Curta é ainda a sua vida, e comtudo conta já numerosos casos d'exitto.

«Uma estatistica, apresentada no Congresso de medicina interna de Vienna, proveniente de Hamburgo, Berlim, Gratz e Bâle, concernente a casos simples ou pouco complicados, de data recente ou antiga, permite enunciar os resultados seguintes : 57 doentes tratados pela syphonagem, 3 morreram (5 %), 5 soffriram operações consecutivas (9 %), 49 curaram directamente (86 %). Estes resultados são

pois, pelo menos, tão favoráveis como os fornecidos pelo methodo radical — *Immermann.*»

«Simonds obteve, pelo methodo do syphão de Bulau, 8 curas no fim de 4 semanas em media, de 9 doentes tratados por este processo. Eu mesmo tratei assim com successo uma pleurisia purulenta complicada de gangrena pulmonar — *Schede.*»

«O methodo de Bulau deu-me bons resultados, mesmo em certos casos os mais graves, e creio que devemos tental-o a principio em todos os empyemas, á excepção, todavia, dos casos de gangrena em que a incisão é indispensavel. Ha dez annos que eu sigo esta regra e tenho obtido: sobre 73 casos, 89 % de curas, e 6 % de mortes sómente; notando-se que, entre estes ultimos, se acha comprehendido o d'um doente que succumbiu logo depois da operação, a accidentes completamente independentes do methodo em questão.»

Quanto aos casos d'empyema complicados de gangrena não parecem, como se vê do caso de Schede, uma contra-indicação formal.

«Pelo que diz respeito ao methodo de Bulau, devo declarar que, sobre tres casos, obtive tres curas — *Höfmökl.*»

Infelizmente nem todos os empyemas cedem a este meio de tratamento, e depois de largo tempo de persistencia e tenacidade, vemos infructuosos os nossos trabalhos.

O pulmão não se desloca, o empyema é antigo, e as neo-membranas são inextensíveis; outras vezes o pulmão volta incompletamente sobre o seu antigo lugar, o pús continua a ser abundante, parecendo ser elle, por vezes, a unica causa da irreductibilidade da cavidade.

E' n'este ponto que a membrana pyogenica toma a sua verdadeira importancia, exigindo só por si uma intervenção mais séria: é preciso destruil-a, ou attenuar-lhe a sua virulencia, para que a reacção organica faça o resto.

Os liquidos antisepticos injectados não são sufficientes, umas vezes pela irregularidade da cavidade, outras pelo enkystamento do pús, outras ainda, como acima dizemos, pela propria virulencia da membrana, portanto, forçoso é, que ahi penetremos á nossa vontade, que a lavemos largamente, e que até em alguns casos a raspemos ou cauterisemos. Para o conseguirmos o unico meio agora ao nosso alcance é a *incisão*.

INCISÃO

Este methodo é velho como a medicina,

e contudo, sobre as paginas que o contem, ainda não cahiu o pó do esquecimento nem o abandono dos praticos.

Seguindo as grandes evoluções da medicina e cirurgia, não fica atraz como velho e impotente em arcar com as suas descobertas, mas, ao contrario, tem crescido e melhorado á sombra d'ellas.

A indicação, que o reclama, está acima exposta.

A maneira de o praticar consiste em abrir com o bisturi ou thermo-cauterio o espaço intercostal, que fica n'um dos pontos mais hypostaticos da cavidade. Se este espaço é muito estreito, para impedir as manobras ulteriores, resecca-se conjunctamente um segmento de costella ou costellas.

A questão d'instrumento para praticar a incisão tem por vezes a sua importancia. Vimos Dr. Azevedo Maia abrir pelo thermo-cauterio o empyema do doente de Clinica medica, a que nos vamos referindo.

A hemorragia foi na verdade pequena; mas não era este o unico escolho a evitar. Havia uma suspeita, que o futuro provou fundada, de que o empyema fosse de natureza e origem tuberculosas. Em tal caso, a mais rudimentar discrição aconselhava de preferencia o thermo-cauterio, como instrumento de diérese.

A extensão da incisão é em geral de 6 a

8 centímetros; foi também o comprimento médio, que tinha a feita por Dr. Azevedo Maia.

Uma vez praticada a incisão tenta-se a cavidade, para bem nos assegurarmos da sua séde, forma e dimensões.

Certos das condições d'ella, praticamos uma larga lavagem com acido borico ou mesmo acido phenico, seguidamente com uma curetta bem desinfectada limpa-se a cavidade dos coagulos lá contidos e, se preciso fôr, nas sessões seguintes de penso, raspam-se as granulações pyogenicas da superficie pleural dos dous lados. Uma segunda e larga irrigação se applica depois da curettagem; em seguida, drena-se a cavidade essencialmente nos pontos mais hypostaticos, onde ás vezes temos d'abrir para fazer sahir algum dreno; e por ultimo faz-se a applicação d'um vasto penso de Lister.

Esta operação, excepto a curettagem, e mais raras vezes com ella, renova-se, servindo de guia para o numero de vezes a quantidade de pús, que se reforma.

Os empyemas tratados por este processo seguem em geral uma evolução favoravel, mas lenta, e muitos d'elles terminam por ser jugulados completamente.

Exemplos de successo por este tratamento não tivemos occasião d'observar, durante o nosso tirocinio escolar pratico, pelas salas de Clinica.

Comtudo não são poucos os casos de cura, que temos visto nos livros e revistas. D'entre elles destacam-se os seguintes:

«Desde 18 annos, que emprego correntemente o methodo radical, vi curar doentes que certamente estavam em poder da tuberculose. Prefiro a incisão, mas desde que perdi um doente, que succumbiu á infecção putrida, tenho o cuidado de, em todos os casos d'empyema purulento, cauterisar os dous topos das costellas reseccadas, e desde então, nunca mais tive accidente algum semelhante ao que acabo d'assignalar — *Weber.*»

«Um doente é atacado de pleurisia purulenta secundaria, em seguida a uma febre typhoida. Pratica-se-lhe o empyema; um anno mais tarde, a suppuração persistindo sempre, o cirurgião intervem de novo e faz a reseccão de 7 centimetros da 5.^a e 6.^a costellas; escóase então uma notavel quantidade de pús, e o cirurgião é obrigado a parar n'esta reseccão, em razão do estado grave do doente. Dous grossos drenos foram collocados na cavidade pleural ainda muito vasta, e com retracção notavel do pulmão.

As consequencias foram muito satisfactorias; a cavidade foi cuidadosamente limpa por meio de lavagens frequentes d'agua filtrada e fervida. Dous mezes depois, o estado geral

era tão satisfatorio quanto possivel; os tubos foram expulsos espontaneamente no fim de 5 mezes, e o doente curou-se em seguida muito rapidamente—*Gellè.*»

«Eu obtive resultados muito satisfatorios por meio da incisão não seguida de resecção costal—*Mosler*

«Tratei na enfermaria de Leeds 50 casos de suppuração intra-thoracica, e a minha impressão é, que a incisão basta quasi sempre.—*Griffiths.*»

«Vi uma menina de 15 annos e meio, atacada desde muitos mezes de pleurisia purulenta anteriormente aberta; a cavidade do abcesso pleural continha ainda 250 grammas de liquido. O exame da doente, mostrando-me que a evacuação devia effectuar-se em más condições, não lhe fiz a operação d'Estlander, mas contentei-me em fazer uma grande incisão inter-costal, e uma boa drenagem. Esta larga abertura foi o bastante para produzir a cura em dous mezes.—*Bouilly.*»

«Em quatro casos de pleurisias purulentas particularmente graves, tratadas pela operação do empyema, a cura foi rapida e completa: apenas dous mezes no primeiro doente, me-

nos d'um mez no segundo, seis semanas no terceiro e um mez no quarto.

Estes resultados notaveis foram obtidos graças aos cuidados rigorosos, que houve na applicação das precauções antisepticas.—*Bucquoy*.»

«Servindo-me da incisão com reseccão de costellas, eu operei 109 casos; entre elles havia um grande numero d'empyemas tuberculosos, e alguns doentes foram levados moribundos sobre a meza operatoria.

Apezar d'estas duas circumstancias, os meus resultados são extremamente favoraveis: 60 doentes curaram, ou seja 55 %; não conto como curados senão os doentes, que não conservaram fistulas, ou aquellas em que acabaram por desaparecer; perdi de vista 17 e 32 operados succumbiram ou seja 29,36 %.—*Kuster*».

«Este mesmo auctor com o fim, diz elle, de tornar superfluas as lavagens ulteriores (que são não só a causa de tormentos, mas tambem um obstaculo á cura e uma origem de perigos, em razão dos agentes pyogenicos que poderiam ser assim repellidos para os tecidos), empregou recentemente, nos casos d'empyemas pouco consideraveis e encapsulados, repetidos tampões de gaze iodoformada, obturando toda a cavidade. Para os empyemas mais extensos

faz uma dupla incisão, (uma adiante, outra atrás e tão baixas quanto possível, junto ao diaphragma), pratica uma larga resecção atrás, e effectua em seguida a drenagem obliqua de toda a cavidade pleural.

Os resultados estatísticos fornecidos por este ultimo methodo são excepcionalmente favoráveis: 76, 8 % de curas e sómente 14 % mortes, nos casos d'empyemas sem complicações, de data recente ou antiga—*Immermann*».

Como se vê estes resultados são equiparáveis aos da syphonagem, e, quando esta tenha terminado o seu papel sem resultado, será este um bom processo, que se lhe pôde seguir.

Dizemos acima, que não chegamos a ver nenhuma cura por este processo; comtudo, tivemos occasião de o ver praticar duas vezes, sem resultado é verdade, mas também sem inconvenientes.

A primeira por Dr. Azevedo Maia praticada com o thermo-cauterio, como mais acima dizemos. Era o caso d'um empyema circumscripto, ou melhor d'um abcesso pleural com saliencia para o exterior, situado entre a 9.^a e 10.^a costellas á direita, e na região da linha mamillar. A abertura por este meio deu sufficiente accesso á cavidade, para se poder praticar a lavagem e raspagem consecutivas.

Esta tentativa de cura não foi seguida

d'exitto: o pulmão era bridado por fortes adherencias, que o impediam de vir ao contacto da parede externa. A suppuração diminniu e acabou quasi completamente, a cavidade e a ferida apresentavam o melhor aspecto possibile; comtudo, aquella conservava invariavelmente as mesmas dimensões, passado um mez e tanto.

A segunda foi na sala de Clinica cirurgica, cujo doente apresentava uma fistula de longa data, um pouco atraz da linha mamillar esquerda, entre a 9.^a e 8.^a costellas.

A percussão denotava uma cavidade, que se estendia para os lados e para cima da fistula até á 6.^a

A punção estava portanto praticada e o pús sahia facilmente; o que se offerencia primeiro fazer, e o que se fez, foi praticar lavagens antisepticas, que não deram resultado algum.

Poder-se-hia ainda applicar a per-irrigação, mas a suppuração era abundante e o empyema, como dizemos, muito antigo; entendeu-se então que o melhor seria seguir sem mais delongas para a incisão.

No dia 15 de maio procedeu-se á resecção das 7.^a e 8.^a costellas, na extensão de 8 centimetros cada uma, seguindo-se á risca o preceito antisepticos. Era preciso assim fazer para dar amplo accesso á cavidade; as costellas es-

tavam demasiado approximadas, a 8.^a carida e extremamente reduzida.

A hemorragia foi um pouco abundante, custando mesmo a ceder ao thermo-cauterio. A drenagem e penso foram convenientemente applicados, mas a suppuração pouco diminuiu, e ao fim quasi d'um mez a cavidade conservava as mesmas dimensões.

A incisão tinha gorado, o que aliaz era de prever, vista a antiguidade do empyema que remontava, havia proximamente, a dous annos.

O pulmão, como no primeiro caso, não tinha expansão para vir occupar o seu logar anatomico. Um só meio agora pode salvar a vida d'estes dous doentes, e restituil-os á saude—*a operação d'Estlander.*

Na parte que se segue trataremos, tanto quanto em nossas forças caiba, das suas indicações, reservando para a ultima, como dissemos, a propria operação.

SEGUNDA PARTE

Deixamos na parte precedente esboçada a indicação, que reclama a operação d'Estlander. N'esta é nosso fim desenvolvê-la, e pô-la desembaraçada das contra-indicações, que lhe estorvam o passo.

Os empyemas successivamente tratados pela punção, syphonagem e incisão. persistem. A cavidade não cede, o pulmão acha-se retrahido, immovel e fixo; revelam-no a auscultação, a percussão e inspecção.

A parede costal e pleura visceral estão, em toda a extensão da cavidade formada, condemnadas a não mais se approximarem.

A doença persistirá indefinidamente, se a acção therapeutica não fôr além dos meios já empregados, e acima mencionados.

Que intervenção será capaz de restabelecer o contacto, unico meio de cura ou de vida do doente?

Uma tal intervenção terá por fim mobilisar, ou a parede pulmonar, ou a parede costal.

Mobilisar a primeira, chamal-a ao contacto da externa, seria obter o restabelecimento, a cura completa; poisque, reduzida a cavidade, e fechada a solução de continuidade, reintegrar-se-ia o pulmão na sua morphologia e physiologia quasi completas.

E' o que foi tentado pela syphonagem, porém, sem que dêsse resultado. O pulmão, unicamente solicitado pela força aspiradora, já não vem occupar a sua posição anatomica.

Mas, na possibilidade do emprego de qualquer outro meio, haverá ainda esperança d'essa mobilisação, terá o pulmão, ha tanto tempo retrahido e immovel, elasticidade sufficiente para occupar o seu antigo logar, e permeabilidade bastante para recuperar a sua funcção?

A observação clinica tem mostrado, que em muitos casos assim succede. O parenchyma pulmonar, embora por largo tempo comprimido, conserva grande parte da sua extensibilidade.

A syphonagem applicada a empyemas antigos deu muitas vezes bons resultados, ven-

do-se approximar a parede costal ; succedia isto quando as neo-membranas não eram muitas, nem muito extensas.

São da mesma ordem dez operações de resecção costal hemi-thoracica por pyopneumothorax, feitas por Schede, em que o pulmão se achava immovel pelas adherencias, que contrahiui com a parede thoracica e em que, retiradas estas com as costellas, elle augmentou de volume e area respiratoria.

As adherencias intra-pulmonares são em geral tardias ; o que com precocidade relativa apparece, é uma tal ou qual esclerose do tecido pulmonar periferico, que lhe tira alguma da sua extensibilidade, mas deixando-lhe ainda, na maioria dos casos, recuperar a sua forma e dimensões primitivas.

Portanto, o que comprime, retrahê e fixa essencialmente o pulmão, desde o principio e durante bastante tempo, são as adherencias thoraco-pulmonares. São ellas, que o impedem de vir occupar o seu lugar, uma vez retirado o pús.

A indicação, que d'aqui deriva, é sem duvida uma intervenção, que tenha por fim destruir as membranas, e libertar o pulmão preso nos angulos superiores da caixa thoracica.

Que operação satisfará a tal fim?

Que meio será capaz de as destruir sem lesar ao mesmo tempo a pleura?

Evidentemente só uma intervenção cirur-

gica: mas essa, as mais das vezes, á custa d'uma grande parte da parede thoracica.

E suppondo mesmo a possibilidade d'essa intervenção, quem impediria que de novo se estabelecessem adherencias, e ainda maiores?

As paredes, ficando em contacto e avivadas pelo córte, quem as impede de se unirem novamente?

Demais, se é certo, como acima dizemos, que as adherencias intra-pulmonares são tardias, ha contudo casos em que ellas se formam mais ou menos precocemente, sobretudo quando o processo irritativo se propagou com uma certa intensidade da pleura ao pulmão; e, nos casos de longa data, essas adherencias devem existir.

Em taes circumstancias é materialmente impossivel trazer a parede interna ao contacto da externa.

Perdida assim a esperança de mobilisar a parede interna, fica-nos a externa no campo d'acção therapeutica.

A depressão thoracica, que se observa, quando a cavidade do empyema se reduz e limita, é o signal dado pela natureza, para que a auxiliemos na obra que, por si só, é incapaz de a levar a cabo.

A parede costal é rigida e immovel, mercê das costellas que a sustentam e da atrophia dos musculos que a moviam.

O primeiro obstaculo é sem duvida o

único estorvo á cura; assim tambem a resecção das costellas é o único meio, o única caminho aberto ao pratico.

Desde Simonds que o inaugurou até Estlander que o vulgarizou, eternizando a operação, e a si, elle tem satisfeito cabalmente aos seus fins, quando contratempos d'outra ordem não vêm falsamente empannar os seus brilhantes resultados.

E' por isso tambem, que antes de procedermos a uma tal operação, devemos conhecer bem as contra-indicações, que por não observadas e seguidas, criam por vezes um septicismo importuno, e lançam um anathema sobre obra tão collossalmente proveitosa.

Poucas são na verdade as contra-indicações da operação, mas estas de grande valor, assim: Não se deve operar um individuo que apresente lesões pulmonares tuberculosas no seu ultimo periodo, e generalizadas; um individuo emfim, que se nos apresenta francamente phthysico. Evidentemente seria abrir uma solução de continuidade, que o estado do paciente não póde cicatrizar.

Mas, quando mesmo o paciente não offereça este estado ultimo, que figuramos, ainda então nos parece haver casos, que offerecem largamente o flanco á discussão.

Temos visto, em algumas revistas e mesmo livros especiaes, esta questão da tuberculose julgada perante o empyema; ahi encon-

tramos, que ella é posta de lado pela maior parte como contra-indicação.

Estas affirmações são tiradas da observação clinica, em que se coteja os exitos com os insuccessos, resultando grande vantagem em favor dos primeiros; contudo, é certo, que ha tambem casos fataes, e é aqui o ponto de nós distinguirmos os operaveis, dos que o não são ou offerecem poucas probabilidades.

Uma primeira distincção é aquella em que o empyema tuberculoso é primitivo ou secundario; isto é, em que obdece a lesões tuberculosas primariamente pulmonares, ou, ao contrario, estas obdecem ao empyema.

N'este ultimo caso devemos evidentemente operar; é o que tem sido modernamente indicado e praticado com os melhores resultados.

Mas, quando a tuberculose apresenta maiores estragos no pulmão que na pleura, quando tenha iniciado a sua destruição pelo parenchyma pulmonar, é então bastante discutivel a intervenção cirurgica. Aqui uma segunda distincção deve ser feita: ou as lesões pulmonares são circumscriptas, limitadas e accessiveis pelo empyema, ou estas lesões se acham tambem em pontos diversos do pulmão, inacessiveis por este lado. No primeiro caso a intervenção é a regra, pois que a lesão pulmonar faz, para assim dizer, parte do empyema. No

segundo parece-nos que a abstenção será preferível.

Operando n'este caso, temos probabilidades de destruir um fóco secundario da lesão principal; mas não iremos agravar esta? quasi podemos dar a certeza de que assim succederá. De facto, a intervenção com a operação d'Estlander, em taes casos, vem arrastar dois novos prejuizos á vida do individuo: um immediato outro mediato.

O primeiro resultante do proprio acto operatorio, «A hemorragia é ordinariamente abundante e o shock, que segue a operação, é em geral muito accentuado—M. Pearce Gould».

O segundo devido á prisão no leito a que sujeitamos o doente e á demora na cura, que d'ordinario, mesmo em casos favoraveis, sóbe a alguns mezes.

E, quando nós vemos um individuo tuberculoso, entregue á cama, sujeito ao limitado meio da casa ou quarto, onde as proprias paredes e o ar são por sua vez tuberculosos, que não pode fazer aqualla hygiene morbida (permitta-se-nos a expressão) ao liberrimo e puro ar das alturas ou dos mares, nós ficamos clinicamente certos, que tal individuo está condemnado a uma morte inevitavel.

Em taes casos, portanto, parece-nos, que a abstenção da operação será o melhor caminho.

Mas, não se supponha por isto que aban-

donariamos o doente; longe d'isso. O estado geral dominará evidentemente a nossa acção, mas o derrame não será perdido de vista, por que só por si será capaz de trazer um perigo immediato. Por isso, empregando os meios geraes de combater a sua tuberculose, deveremos allivial-o constantemente do contrapeso morbido que lhe vem do lado do derrame, e se obtivermos uma estado de melhora nas lesões tuberculosas, esse será o momento de intervirnos com a operação d'Estlander.

Uma outra contra-indicação nos estorva o passo cirurgico da operação d'Estlander; tal é o caso, em que o empyema é acompanhado de nephrite chronica bastante avançada e, portanto, existindo no rim lesões irremediaveis. De facto, as lesões profundas do rim obstam á reparação da ferida, que vamos abrir; além d'isso o doente está condemnado, e, o que nós fariamos, operando em taes casos, seria abreviar-lhe, quasi certamente, os dias de vida.

Mas devemos notar, que nem sempre a quantidade d'albumina existente na urina traduz um estado grave do rim.

Dizemos isto, porque em geral é este o symptoma clinico, por onde aquilatamos a gravidade das nephrites. Entre estas ha a distinguir as nephrites secundarias e primitivas: nas primeiras a polyalbuminuria é as mais das vezes um signal enganador da gravidade. As

lesões renaes pódem ser de pouca monta e a albuminuria abundante.

Cito, como exemplo do que acabo de dizer, e referente directamente ao caso de que nos occupamos, o facto relatado por Pearce Gould na sessão da *Sociedade de Medicina* de 6 de fevereiro de 1888 (Londres).

«Um rapaz, de nove annos, era atacado d'empyema com fistula; o baço e figado eram tumefactos e a urina continha um terço d'albumina. A dilatação das fistulas e a drenagem não dando mais que uma melhora temporaria, cortou se uma porção das 2.^a, 3.^a, 4.^a, 5.^a e 6.^a costellas, por meio d'uma incisão vertical; a ferida curou por primeira intenção e a albumina não tardou a desapparecer, actualmente o operado tem saude; a retracção do thorax é consideravel e existe uma scoliose muito evidente.»

Como este exemplo mais poderiamos citar da mesma maneira corados d'exitto. Mas, não é só a pratica que confirma o que vimos dizendo, a theoria vem tambem em seu auxilio.

Já na sua these—*Condições pathogenicas da albuminuria*—Jaccoud pergunta: se uma alteração profunda do sangue não seria capaz de mudar as condições de diffusão da albumina, permittindo-lhe passar atravez do rim.

Esta alteração na crase sanguinea pode provir de varias substancias; comtudo, o maior numero d'auctores inclina-se, a que sejam subs-

tancias septicæ soluveis ou agentes figurados, que transportados pela corrente sanguinea se tornam origem d'uma irritação renal.

Bouchard chega mesmo a formar um grupo de nephrites secundarias infecciosas, devidas á eliminação pelo rim de microbios proprios a cada uma das doenças infecciosas.

De maneira que, embora o rim pela quantidade d'albuminia que excreta, indicasse o perigo, a imminecia da infecção geral, elle ou melhor o seu estado não o constituia. Não; o rim, emunctorio da maior da parte das substancias nocivas, não se tinha desviado da sua funcção, tinha antes seguido o organismo na sua perturbação com o fim de o auxiliar; tinha-se tornado um emunctorio pathologico.

Mas evidentemente este estado, por largo espaço conservado, arrasta para o rim um desvio anatomo-physiologico, que mais tarde se traduzirá por lesões somaticas irremediaveis e symptomas geraes, compromettendo d'uma vez para sempre a vida do individuo.

Ora é n'este caso, que a nephrite se tornará em contra-indicação; certamente poucos são os casos em que ella assim se nos offerece, poisque não só estas nephrites evoluem muito lentamente, mas tornam-se ainda uma causa d'emmagrecimento rapido do individuo, que faz com que elle procure a tempo os recursos da medicina.

Mas, perguntar-se nos-ha : visto a quanti-

dade d'albumina não poder ser guia n'este caso, o que indica a extemporaneidade da operação?

E' este um momento clinico difficil, mas do qual podemos até certo ponto sair victoriosos. Quando chegemos por um exame medico attento a separar as duas lesões e encontrarmos, pelo que respeita á renal, symptomas graves alem da polyalbuminuria, e, quando a sua duração fôr já de longa data, podemos dizer então, que é chegado o momento de inopportunidade da intervenção Estlanderiana.

Como se vê, esta contra indicação reduz-se a proporções microscopicas e não fallariamos d'ella, se a não tivéssemos encontrado por bem bastas vezes nos livros que consultamos. Um outro proposito nos levou a fallar d'ella e foi (o que claramente se deixa ver no que fica dito), darmos-lhe mais um golpe, que desimpeça o caminho á acção ultra-sympathica do operador.

Estas duas contra-indicações não dizem respeito directamente ás condições da séde do empyema, e comtudo elle, sob este ponto de vista, pode-se-nos apresentar tal, que por si só não ceda á operação.

São dois tambem os casos, em que a resecção costal é por estas circumstancias impotente para obter a cura:

Todas as vezes que um empyema antigo esteja generalizado a toda a cavidade pleural, e, por-

tanto, o pulmão reduzido a diminutas proporções, esclerosado e fortemente preso ao vertice correspondente da hemi-cavidade thoracica, não é praticavel a operação; pois que, não fallando ja das difficuldades operatorias, a resecção da totalidade das costellas não daria flaccidez sufficiente á parede, para obliterar tamanha cavidade.

Max-Schede fez dez operações de resecção hemi-thoracica completa e seguidas d'exitto, como acima dizemos; mas devemos recordar aqui, que o pulmão não offerecia ainda as condições do caso que figuramos; o processo d'esclerose não tinha invadido devéras o pulmão, e a retracção era devida sem duvida ás adherencias thoraco-pulmonares, as quaes assim destruidas tornaram possivel a distensão do pulmão.

Elle tinha operado sufficientemente cedo para obter este resultado.

E' de resto, em muitos casos, facil, assegurarmo-nos d'esta probabilidade, indagando a idade do empyema, tanto quanto possivel a natureza e as lesões concomitantes e, acima de tudo, a distensibilidade pulmonar.

Nos registos medicos nacionaes (Medicina Contemporanea de 1888) está archivado um caso d'operação d'Estlander, feito pelo Dr. Alfredo Costa no Hospital de S. José. Tratava-se d'um derrame fibrino-seroso pouco abundante, mas muito pertinaz em reproduzir-se, após

successivas evacuações capillares, durante seis mezes.

Não se tratava portanto d'um caso d'empyema. Sem discutir o gráo de propriedade com que se recorreu á reseccão parcial de 5 costellas, limito-me a constatar a impropriedade do appellido=*operação d'Estlander*=dado á intervenção em tal caso.

Foi tão pouco um caso d'operação d'Estlander, como o teria sido, se o motivo de reseccão fosse uma osteite de varias costellas.

De resto, o caso foi um insuccesso completo, sendo de notar que, após a operação, a temperatura se elevou a 40°, e o derrame — de fibrino-seroso que era — passou a ser purulento.

A indicação soberana da operação d'Estlander é o derrame purulento, enkystado, na região axillar ou antero-lateral do thorax; em todo o caso só, após a syphonagem ou a franca abertura, se deve recorrer á operação d'Estlander.

Um segundo caso é aquelle em que o empyema se acantôa na parte posterior da cavidade thoracica. De facto, n'este ponto é impossivel obter uma retracção da parede, embora tenha logar a operação: se reseccamos as costellas, a parte d'estas articulada com as apophyses transversas fica fixa e immobilisavel. Se é preciso tirar a parte das costellas, que se articula com as apophyses transversas, lá

ficam estas, obstando á mobilisação da parede thoracica.

São estas as condições em que não é praticavel a operação d'Estlander. De resto este meio therapeutico, hoje universalmente empregado, dá excellentes resultados em todos os outros casos, a não ser que se dê qualquer das contra-indicações geraes a todas as operações.

E' uma das mais brillhantes conquistas da cirurgia moderna; só por si levanta o anathema de morte que pesava, outr'ora, sobre grande parte da humanidade.

TERCEIRA PARTE

A resecção das costellas não caracteriza por si só a operação d'Estlander.

Esta foi, e ainda hoje o é, praticada com o fim de preencher uma determinada indicação. A resecção é o meio, a mobilisação da parede thoracica o objecto e a obliteração da cavidade do empyema o fim.

Portanto, a resecção das costellas tomará o nome d'operação d'Estlander, quando seja posta a seguinte indicação: mobilisar a parede thoracica com o fim d'obliterar a cavidade d'um empyema.

Isto que aqui dizemos, depreheende-se claramente do que na parte anterior deixamos dito, e se o fizemos agora, limitando nitida-

mente o campo d'esta operação, é porque temos varias vezes encontrado a sua significação pouco exacta ou mal comprehendida.

Na parte precedente posemos as condições dos casos jugulaveis por esta operação, com a indicação que a reclamava; n'esta trataremos unicamente do manual operatorio e sequencias proximas e remotas á intervenção.

Serve-nos de typo ou centro, do que vamos dizer, o doente de Clinica medica de que já varias vezes nos temos occupado — José Alves Teixeira, de 18 annos d'idade, solteiro, tanoeiro, natural d'Avintes, residente em Gaya, que entrou para a enfermaria de Clinica medica no dia 7 d'abril de 1890.

Este caso, que tivemos a felicidade de ver operar e seguir dia a dia, é um d'estes magnificos exemplos que incitam e animam ao trabalho, porque ao operador pagam o rigor scientifico com a precisão dos resultados.

A affirmação do que avançamos, resalta das paginas que seguem, e estamos convencidos que, se a maior parte dos operadores portuguezes se esmerassem em precisão e limpeza como a que n'este caso vimos, em breve, a nossa cirurgia podia desafrontadamente fazer face á dos primeiros fócios cirurgicos do mundo.

Mas voltemos ao que precisamente nos occupa.

Descrever a operação e dizer os resulta-

dos é o que n'esta ultima parte nos propozemos ; para isso entendemos que, servindo-nos d'um exemplo vivo, que ainda ha algumas semanas abandonou a sala do hospital, nos tornariamos mais comprehensíveis e completos.

Vimos na primeira parte do nosso trabalho que José Alves Teixeira soffreu a incisão. Vimos tambem as condições em que ficou depois d'este tratamento, condições que reclamaram a operação d'Estlander.

Resolvida esta para o dia 11 de maio, administrou-se-lhe na vespera um purgante e no mesmo dia da operação, ficando o doente em jejum, um clyster de leite e cognac.

Assim preparado o doente, transportou-se para o quarto das operações da mesma enfermaria de Clina medica.

Estando tudo a postos, arsenal e ajudantes, começaram-se os preliminares da operação, eram 10 horas da manhã. Esta correu da maneira seguinte :

O doente estava deitado sobre o dorso n'uma banca de pinho, coberta d'oleados desinfectados.

Depois de choloroformisado, o operador — D.^r Azevedo Maia — com as mãos e braços cirurgicamente limpos, procede á *toilette* pre-operatoria como se segue :

Com uma escova, sabão e agua aseptica, lava os labios da ferida do empyema, e n'uma extensão circumferencial de 25 centímetros,

até que a pelle appareça rubra; faz correr uma ultima vez agua aseptica sobre toda a parte lavada e em seguida alcool antiseptico.

Feito isto, toma uma sonda desinfectada e explora uma ultima vez a extensão e direcção da cavidade, servindo de porta á sonda a ferida do empyema.

N'esta exploração nota, que a partir da extremidade externa da ferida já aberta e na mesma direcção, isto é, para fóra e um pouco para cima, a cavidade se continua n'uma extensão de 9 centimetros, d'ahi a necessidade d'alongar n'esse sentido a mesma ferida; a partir do bordo superior da mesma ferida, e na direcção de baixo para cima e um pouco para fóra, estende-se ella proximamente de 8 centimetros, d'onde a exigencia d'um segundo golpe n'esta direcção.

Estas dimensões são marcadas com traços de tintura d'iodo.

Posta de parte a sonda, Dr. Azevedo Maia empunha um bistori; ao lado d'elle e do mesmo do doente, que é o lado a operar, está um ajudante tambem cirurgicamente preparado e com uma esponja competentemente desinfectada.

O primeiro golpe é dado segundo a direcção da ferida do empyema, seguidamente a ella e para o lado externo na extensão de 9 centimetros, que junto ao primeiro attinge o total de 16 centimetros. Este golpe comprehende a pelle e o tecido cellullar. Dr. Azevedo

Maia, depois de verificar com o dedo que não se tinha desviado do bordo superior da 10.^a costella, corta com um segundo golpe, egual ao primeiro, os musculos intercostaes e os restos da pleura, ficando assim a descoberto toda a base da cavidade.

O ajudante esponja convenientemente a ferida recém-aberta, com o duplo fim de a limpar do sangue e estancar a hemorragia.

Do meio d'este golpe parte um segundo, que attinge o limite superior da cavidade, medindo 8 centimetros de comprimento. Esta nova ferida é como a precedente esponjada.

Estas duas incisões formam dous retalhos triangulares de base supero-externa o esquerdo e supero-interna o direito; o primeiro bem mais longo que o segundo.

Estes retalhos são dissecados até deixarem completamente livres as costellas, que têm de ser ressecadas — nona e oitava.

A nona é a primeira dissecada e ruginada; em seguida, Dr. Azevedo Maia passa, entre ella e a pleura do lado esquerdo da cavidade, a sonda de *Blandin*, que vai abrir caminho ao costotomo; este, abraçando com o seu ramo delgado e concavo a costella, corta-a d'um só golpe.

Do lado direito da cavidade é ella cortada seguindo os mesmos preceitos. O comprimento cortado foi de 8 centimetros.

Serve de ponto d'apoio ao costotomo a pleu-

ra espessada. Já mais atraz fallamos d'este espessamento e lembraremos aqui tão sómente, o beneficio que elle presta ao exito d'esta operação. De facto, as lesões pulmonares e, do lado esquerdo, ainda as pericardicas eram de temer n'uma operação d'estas, se não fora, condição essencial, esperarmos que a pleura esteja sufficientemente espessa, para que a intervenção seja mais segura e facilitada.

As arterias que apparecem, são rapidamente e com pericia, apanhadas pelo operador com pinças de pressão continua; a esponja applicada com certa pressão bebe e estanca o sangue da hemorragia capillar.

A oitava costella apenas cobre o vertice superior da cavidade; tambem Dr. Azevedo Maia hesita um momento em a reseccar; mas não trepida, ponderando que não é possivel contar com a mais leve dilatação pulmonar, pois, ha muito já, que a cavidade conserva fixas estas dimensões; corta-a então com os mesmos preceitos que a precedente na extensão de 5 centímetros.

As pinças hemostaticas e a esponja, applicadas rapidamente, evitam a grande hemorragia tão apregoada por alguns auctores.

Dr. Azevedo Maia raspa em seguida a pleura com uma curetta e lava com agua phenica; mas, seguro como é nos seus preceitos anti-septicos, não confia só n'estes meios empregados e passeia o thermo-cauterio por onde ti-

nha raspado, tocando ainda os topos das costellas reseccados que, como vimos a proposito da incisão, é um excellente meio de evitar infecções ultteriores.

Feita em seguida uma lavagem antiseptica a toda a cavidade, drena-se esta e procede-se á sutura com 14 pontos de crina de Florença, deixando-se aberta a antiga ferida da incisão, por onde saem os drenos.

Por ultimo pulviuha-se toda a area operatoria com iodoformio, e applica-se um largo penso de Lister, dando-se assim por concluida a operação, que durara 45 minutos, gastando-se na anesthesia 25 grammas de chloroformio.

No dia 11 em que, como dissemos, se fez a operação, nada de notavel se passa no nosso doente. A temperatura, que antes era de 36°,9, eleva-se em seguida á operação a 37°,1 e ahi se conserva durante todo esse dia. Pulsações antes 69, depois 100.

Dia 12 e 13 — Nada ainda digno de menção: o penso não foi levantado; a temperatura attinge o maximo 38° e o minimo 37°,1. Pulso 87 e 80.

Dia 14 — Uma pequena hemorrhagia manchava a ligadura exterior do penso; reforma-se este, notando-se que, juntamente com o sangue, uma certa quantidade de pús vinha misturada. O doente é conservado ainda no regi-

men dietetico de caldos e leite. Temperatura maxima 38°,3 e minima 37°,2. Pulso 78 e 89.

Dias 15 e 16—Nada a mencionar, sómente a temperatura se eleva no primeiro a 39°,9 e no segundo a 39°, as remissões correspondentes são de 38°,3 e 38°,1. Pulso oscilla entre 100 e 82.

Dia 17—Temperatura 39°,6 e 38°,1. Pulso 99 e 88. Renova-se o penso e estabelece-se uma contra abertura na parte postero-superior do fôco.

Dia 18—A lingua apresenta-se saburrosa. Temperatura 39° e 38°,2. Pulso 89 e 85. Administra-se-lhe um purgante salino.

Dia 19 e 20—Nada se offerece de notavel. A temperatura desce, attingindo o maximo e o minimo 38°,5 e 37°,8.

Dia 21—Tiram-se os pontos e faz-se novo penso. A cicatrisação fizera-se por primeira intenção. A lingua acha-se limpa, e o doente diz ter vontade de comer, mas conserva-se ainda no mesmo regimen. Temperatura 38° e 37°,5. Pulso 68 e 65.

Dia 22—O doente, sentindo-se muito bom, pede de comer, o que se lhe concede. A temperatura volta a 37° e 37°,5 e o pulso dá 60 e 65.

D'ahi por deante a temperatura conserva-se sempre normal, a suppuração diminue sensivelmente, ao passo que a cavidade vai desaparecendo. Emfim, as melhoras grandes e progressivas accentuam-se cada vez mais, e o es-

tado geral do doente é excellente. Os pensos são renovados de 3 em 3 dias nos dias seguintes, espaçando-se depois mais e mais ao passo que vinha o restabelecimento, até que no dia 22 de junho, o nosso doente sahe completamente curado.

Um outro caso por nós também observado, e a que já tivemos occasião de nos referir a proposito da incisão, foi o de Francisco Machado da Cruz, de 36 annos d'idade, casado, barqueiro, natural e residente em Gaya, que entrou para a enfermaria de Clinica cirurgica no dia 18 de maio de 1890.

Como dissemos, fez-se-lhe a resecção da 7.^a e 8.^a costellas, passeou-se-lhe o thermo-cauterio, applicaram-se-lhe as lavagens anti-septicas, e ao cabo de 3 semanas de rigorosa antisepsia, a cavidade nada diminui, nenhum progresso se tinha notado, nenhuma esperança luzia de cura.

Era preciso, portanto, fazer cahir a parede externa sobre a parede pleural interna, e foi em vista d'isto que se determinou fazer no dia 5 de junho a operação d'Estlander.

Reconhecida e limitada a extensão da cavidade, Dr. Eduardo Pimenta cortou os topos das costellas já resecadas, e fez a ablação d'um segmento da 6.^a na extensão de 7 centímetros.

A operação correu em quasi tudo como a precedentemente descripta, por isso nos abs-

temos da sua narração minuciosa, apenas falaremos do processo de reseccão da 6.^a costella por ser differente do geralmente seguido, e curioso pela novidade, que para nós representava.

Consistiu elle no seguinte: ao longo e por cima da costella, o operador cortou com um golpe de bistouri a pelle e partes subjacentes até chegar ao osso; em seguida dissecou, ruginou e reseccou-a no comprimento já apontado. A pleura e periosseo infra-costaes ficaram intactos; a cavidade do empyema não foi n'esse ponto aberta.

A primeira impressão que tivemos d'esse processo foi devéras entusiastica. Na verdade, para corresponder unicamente á mobilisação da parede thorácica, nenhuma outra intervenção podia ser mais benigna. A ferida operatoria é representada por um golpe, no fundo do qual ha um sacco puramente traumatico, que se oblitera pela pressão do penso; nada póde vir estorvar a cura por primeira intenção, e de facto foi o que se deu.

Mas poderá este processo corresponder á boa desinfecção do fóco, quando a suppuração ainda seja abundante, e este apresente uma tal ou qual irregularidade na parte coberta? Parece-nos que não.

E' preciso, evidentemente, n'estes casos descobrir, a céu aberto, a cavidade para fazermos bem á vontade uma antisepsia rigorosa, e

não esgotarmos o doente por uma suppuração complicada com o traumatismo da operação.

Achamos perfeitamente indicado este processo, para quando a incisão já feita baste para uma boa desinfecção, ou quando a suppuração seja quasi nulla. O primeiro caso era o que se dava aqui, as duas costellas reseccadas e a abertura da cavidade na extensão da sua resecção eram sufficientes para operar essa desinfecção do fóco.

Este doente não foi, com grande pezar nosso, seguido dia a dia, em virtude das determinações emanadas da Meza, que hoje rege os paços hospitalares d'esta cidade (conforme o regulamento).

Para obtermos os dados, que seguem, recorremos a um dos clinicos internos, que da melhor vontade se prestou a fornecer-nos-los.

A suppuração continuou por algum tempo, cedendo por fim á ronovação do penso e lavagens antisepticas. A ferida está hoje quasi completamente cicatrizada, devendo o doente sabir por estes dias do hospital, levando, como traço indelevel da operação, uma depressão thoracica, correspondente ás partes reseccadas.

Os defeitos da operação d'Estlander são dous: depressão da parede thoracica e symphise pleural. O primeiro póde ainda desaparecer nos jovens, o segundo persiste; mas o pulmão habitua-se de tal modo, que o indivi-

duo, se a resecção não é muito grande, passando pouco tempo já nem sente, na maioria dos casos, o mais pequeno embaraço respiratorio.

Comtudo são dous defeitos, pequenos ou grandes, ephemeros ou duradouros, que hão de sempre pezar sobre esta operação; mas não devemos esquecer que elles representam o preço da vida.

Este methodo, por nós exposto, e que nos parece dever ser seguido na maioria dos casos, póde ser acoimado de muito systematico. Não fugimos tambem á censura. Mas devemos dizer, em nossa defeza, que os trabalhos, que visam a dar regras á pratica, têm todos este defeito.

A pratica é voluvel; offerece para cada caso uma feição nova, e tanto mais perfectos são os trabalhos d'esta ordem, quanto maior é o numero de factos que abrangem.

E' esta a defeza do methodo, que adoptamos.

Mas, para completarmos tanto quanto possivel este trabalho, apontaremos em breves palavras alguns casos, que escaparam ao nosso methodo; casos, que não podendo se-

guir processo por processo, saltam ou começam por algum d'estes indifferentemente.

Pelo que respeita á punctão, não se começará por ella todas as vezes que o empyema, por um trabalho natural, offereça manifestos signaes de abrir, ou esteja prestes a romper passagem para o exterior, ou quando já o tenha feito por este mesmo trabalho. Evidentemente aqui caminharemos logo para a incisão, segundo os preceitos do processo já exposto.

No decorrer do nosso trabalho apresentamos dous exemplos frisantes do que acabamos de dizer: o de José Alves Teixeira e de Francisco Machado da Cruz.

Quanto á syphonagem dá os resultados que vimos; comtudo, é claro, não póde ser applicada no caso precedente; nos velhos é tambem pouco efficaz o seu emprego, a não ser que se trate d'um empyema muito recente com regular distensibilidade pulmonar. A razão é facil de perceber: a pouca elasticidade de que gozam todos os orgãos n'esta idade, a esclerose que os invade, tiram-lhe toda ou quasi toda a sua extensibilidade.

Por isso, quando se nos apresente um velho com um empyema de data um pouco remota, depois da punctão, se esta é requerida, melhor será seguir para a incisão, ou logo para a operação d'Estlander.

A incisão póde, por vezes, tambem deixar de ser applicada. Quando seja dado um doente

com uma fistula thoracica de longa data, que communica com um fóco purulento bem limitado, e sem resultados satisfactorios, depois d'algumas lavagens desinfectantes; pôde-se mesmo sem praticar a incisão recorrer desde então á operação d'Estlander.

Vimos o doente F. M. da Cruz soffrer, n'estas condições, a incisão com resecção. A breve trecho, 3 semanas, foi reconhecida a necessidade da intervenção estlanderiana. Duas operações em tão curto tempo não poderiam impunemente ser praticadas n'um individuo menos forte.

Quanto á operação d'Estlander, ha casos, que desde logo a requerem, taes como o que agora apresentamos, e casos em que ella não pôde ser applicada, como na segunda parte fizemos vêr.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A fosseta duodeno-jejunal encontra-se frequentemente presa ao rim esquerdo.

Physiologia. — No estado normal não existem hematoblastas no sangue.

Materia medica. — Não é banal o emprego do iodeto de potássio em altas doses nos casos de syphilis terciária.

Pathologia geral. — A hystéria é muitas vezes o antecedente morbido das doenças, filiadas no retardamento de nutrição.

Anatomia pathologica. — A estrutura d'um tumor é o melhor meio de chegarmos a conhecer a sua marcha e o seu prognostico.

Pathologia interna. — A subida do coração, no caso de derrame pericardico, é explicada pelo principio hydrostatico d'Archimedes e pela elasticidade das arterias.

Operações. — A talha hypogastrica é hoje a operação d'eleição para a extracção dos calculos oxalicas e uricos da bexiga.

Partos. — Nos partos longos, devidos á insufficiencia das contracções uterinas, devemos empregar, antes de qualquer outro meio, as excitações das mamas e sobretudo dos mamillos.

Medicina legal. — A creança póde respirar na cavidade uterina.

Pathologia externa. — As ulceras, em individuos que soffreram doenças paludosas, tomam muitas vezes o caracter intermittente, quer em gravidade, quer no apparecimento.

Approvada.

O PRESIDENTE,

Dr. Souto.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.