

BREVES CONSIDERAÇÕES
sobre o tratamento cirurgico
DOS
DERRAMES PLEURAES

71/6 EMC

744

MANUEL DE MELLO FERRARI

N.º 6

Breves Considerações

SOBRE O TRATAMENTO CIRURGICO

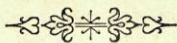
DOS

Derrames Pleuraes

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

Rua da Fabrica, 80

1893

7916 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Pedro Augusto Dias.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	
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—Clínica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clínica 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. Pharmacia	Illidio Ayres Pereira do Valle. Vaga.

Professores jubilados

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

Professores substitutos

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

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

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

Æ MEVS PÆS

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

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

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

Ὅκοσοι ἔμπυοι καίονται, ἦν μὲν τὸ
πῶον καθρὸν ῥυη καὶ λευκὸν, περιγίνονται
ἦν δὲ ὑφαιμον καὶ βορβορῶδες καὶ θυθῶδες,
ἀπόλλυται.

HYPOCRATES, IV, 591, § 41.

Um dos assumptos que ultimamente mais vezes tem apparecido no campo da discussão é sem duvida o tratamento cirurgico das pleurisias e em especial das purulentas. E, se dos estudos d'esta doença, não advieram ainda para a humanidade resultados tão satisfactorios como seria para desejar, podemos com-tudo afiançar que não foram tão improficuos como tem sido muitos outros. Fränkel, Net-ter e Weichselbaum chegando ao conheci-mento da existencia dos micro-organismos causadores da suppuração pleural explicam-nos d'um modo racional a chronicidade e a duração indeterminada d'este processo mor-bido a que quasi todos os auctores classicos se referem.

E se nas descripções feitas pelos diver-sos tratados classicos de pathologia encon-

tramos divergencias na evolução, marcha e terminação das pleurisias purulentas, presentemente, com os dados que possuímos nada d'isso nos deve impressionar sabendo que sendo differentes os agentes pathogenicos differentes devem ser os processos morbidos correspondentes.

E' por isso que hoje quando um empyema nos surgir, os estudos chimico-bacteriologicos e as inoculações em animaes devem esclarecer tanto quanto possam a qualidade do derrame pleural, de que se tracta, para assim julgarmos da marcha e resultado da doença e ao mesmo tempo ver quaes os meios cirurgicos a que podemos recorrer.

Os dados microscopicos explicam cabalmente as divergencias dos dados clinicos apresentados pelos differentes auctores. A pleurisia purulenta não é uma doença que tenha sempre a mesma forma clinica; tem como causa essencial a presença de microbios pathogenicos e o mais das vezes pyogenicos. D'um lado a virulencia do bacillo, do outro a resistencia do elemento anatomico, seriam os dados de que o medico poderia lançar mão para julgar da duração e terminação da pleurisia. Sabemos que de todas as pleurisias purulentas a mais benigna é sem duvida a pneumococica e a mais virulenta a estroptococica.

Algumas pleurisias relativamente beni-

gnas quando devidas a um unico agente microbiano, tornam-se extraordinariamente virulentas quando se produz uma associaçãõ bacteriana.

E' assim que o estreptococus unido ao bacillo typhico d'Eberth provocam effeitos violentos e mesmo mortaes. (M. Vincent).

As condições etiologicas geraes, por exemplo as cachexias, arrastando o organismo a um enfraquecimento reaccionario fornecem assim um terreno favoravel á acçãõ dos micro-organismo pyogenicos, que ahi encontram os elementos proprios ao seu desenvolvimento.

As doenças que se julgam ter uma predisposiçãõ bem nitida na formaçãõ das supurações pleuraes pôde dizer-se que são a pneumonia, a infecçãõ purulenta ou puerperal e a tuberculose. O caminho a seguir no estudo das pleurisias e em especial das purulentas está hoje tracejado e os progressos das sciencias medicas em breve virão coroar os trabalhos dos pathologistas actuaes. E' sem duvida devido ao arrojo operatorio, protegido pela antisepsia moderna, que os resultados se tornam cada vez mais lisongeiros.

E quando um dia tivermos ao nosso alcance recursos para anniquillar os diversos microbios que provocam e alimentam uma suppuraçãõ pleural, a pleurisia baixará da sua gravidade e o clinico auxiliando a natureza

a libertar-se e a reagir contra o agente morbigeno, obstará á evolução d'este processo, tendo conseguido o fim desejado, como acontece para outras doenças que ainda ha bem poucos annos se apresentavam com uma mortalidade extraordinaria. Escolhendo para assumpto da nossa prova final, o tratamento cirurgico dos derrames pleuraes, simplesmente tivemos em vista vir expôr conhecimentos adquiridos nos differentes livros que consultamos sobre o assumpto e dados colhidos em varios doentes, um dos quaes esteve ao nosso cuidado e em quem tentamos uma serie de processos therapeuticos de que a sciencia dispõe.

PRIMEIRA PARTE

A thoracentése

Não é a Trousseau que cabe a honra da invenção da thoracentése; assiste-lhe sim a gloria de a ter vulgarisado após bastantes annos d'esquecimento, formulando as suas indicações e o manual operatorio. E' á escola hypocratica que remontam os primeiros dados relativos á puncção do peito; desde então o processo operatorio era executado tal qual se conservou até Trousseau.

De dois modos se praticava esta operação: abrindo com instrumento cortante, cauterio actual, um dos espaços intercostaes, ou perforando uma costella. Em geral a ferida formada por este processo não tinha tendencia á cicatrisação e se excepcionalmente á cicatrisação se produzia, obstava se a isso introduzindo uma sonda.

O unico fim que Hyppocrates tinha em vista mirava exclusivamente á evacuação do liquido contido na cavidade thoracica ; fornecia-nos alguns signaes, ainda que insufficientes, para o reconhecimento durante a vida, da existencia do derrame, signaes communs a affecções muito diversas. A succussão, meio d'exploração seguido por Hyppocrates, consistia—em prender pelas espaldas o doente, collocado na cama, em decubito dorsal, imprimir um impulso ao tronco a fim de se poder apreciar a fluctuação do liquido contido no peito. Galeno continuou procedendo como Hyppocrates não modificando as suas indicações. Descripta por Celso e esquecida por elle, cahiu em descredito entre os gregos e os romanos.

Na idade-média discutia-se se devia dar-se preferencia ao bisturi se ao fogo para penetrar na cavidade thoracica. No seculo xvi voltou-se á terebração das costellas; aconselharam-se as injecções detersivas como elemento necessario na thoracentése. Em 1654 Jerôme Goulu pretendia e sustentava que o resultado d'esta operação era mais favoravel no hydrotorax que a paracentése abdominal na ascite; e, o nosso Zacutus Lusitanus levado por esta ordem d'ideias era d'opinião que ella estava tão bem indicada nos derrames de serosidade como no empyema, quando por outro processo não

nos fosse possível a evacuação d'esse liquido.

Ao apparecer o seculo XVIII a operação da thoracentése foi objecto de numerosos trabalhos da parte dos cirurgiões. Uma questão se debatia entre elles. Dominavam duas opiniões, a de Boutius e a de Bartholin.

Para o primeiro nenhum perigo havia na introducção do ar no peito e considerava as injecções como meio muito sufficiente para combater quaesquer consequencias que se produzissem no decorrer do empyema.

Bartholin era d'opinião que a ferida se fechasse o mais convenientemente possível para assim evitar o contacto do ar. Já n'este tempo apesar da bacteriologia nada dizer sobre o assumpto, este distincto observador concluiu do prejuizo da presença do ar. Prevalecendo esta opinião, modificou-se successivamente o manual operatorio, apparecendo a aspiração e a succção, tentada a principio com grande receio.

E como as estatisticas sahisses antes das feridas observadas no peito, que dos poucos casos de thoracentése, então estudados, o receio por esta operação começou a dissipar-se attendendo aos poucos accidentes a que estas feridas podiam dar lugar.

No meiado do século XVIII, já posto de parte o cauterio como meio de perforação, pensou-se em substituir o bisturi pelo troca-

ter, instrumento ja então usado nas punctões abdominaes. Este processo porém, foi usado a principio com grande receio de lesar o pulmão e dar entrada ao ar.

Fechava-se a canula com o dedo pollegar durante a inspiração, deixando-a aberta no acto da expiração, a fim que o ar não podesse entrar.

Em 1808 Andouard sustenta e prova que a evacuação subita do derrame não tinha os inconvenientes, que lhe queriam attribuir. Este modo de pensar ia d'encontro ás idéas do seu tempo que exigiam que a eliminação do liquido da cavidade pleural fosse feita pouco a pouco e sempre em pequena quantidade.

A explicação dada a este modo d'operar mirava á persuasão de que os liquidos escapando-se subitamente provocariam pela sua ausencia um *vasio mortal* no peito. Veremos no decorrer do nosso trabalho o que este modo de proceder tinha de verdadeiro.

De 1808 a 1843, epocha em que Trousseau publicou os seus primeiros trabalhos, o processo operatorio soffreu apenas algumas leves modificações.

A este respeito diz Trousseau: «... les changements apportés ne sont pas consacrés par l'expérience; seulement un certain nombre de faits sont et demeurent acquis: c'est, d'une part, la possibilité d'évacuer brusquement le liquide, sans accomplir

l'opération en plusieurs temps; c'est ensuite la nécessité d'empêcher, autant que possible, l'introduction de l'air, sans en redouter d'ailleurs outre mesure les inconvenients.» O trocarer era preferido ao bisturi, a perfuração das costellas poucas vezes se executava e o dedo empregado para fechar a canula era substituído por valvulas, mais ou menos engenhosas. Mursinna em 1811 na descripção que nos deixou relativa a quatro casos que operou, reproduz-nos exactamente as indicações infieis de Hyppocrates e refere-se á coincidência quasi sempre constante do edema das extremidades inferiores e do escroto.

Avenbrügger verifica á percussão um som baixo e todavia particular.

A thoracentése limitava-se bastante; esperava-se que as costellas fossem enormemente distendidas, que o pus tendesse a fazer irrupção n'um espaço intercostal e só se operava quando a suppuração tinha sido provocada por uma ferida do peito.

A descoberta de Laënnec marca na historia d'esta operação uma epocha importante; a auscultação fornecia-nos symptomas simples e positivos de diagnostico até então confusos e inexplicaveis. Era indicada por elle para o empyema agudo em que o derrame muito abundante desde o principio augmentava com tal rapidez que ao fim d'alguns dias determinava um estado geral ou local grave e

poderia fazer temer a suffocação. No empyema chronico ainda que por elle não contraindicada, em absoluto, os resultados a esperar não seriam tão lisongeiros como no empyema agudo, talvez, como elle dizia, devido ao achatamento pulmonar, ás falsas membranas que sobre a sua superficie se formavam e á perda d'elasticidade pulmonar. Com os meios fornecidos por Laennec o diagnostico simplificava-se extraordinariamente e a operação da thoracentese era uma d'aquellas que bastantes vezes se realisava. A' medida comtudo que esta vulgarisação se fazia, para o proprio Laennec uma desconfiança se produzia pelos resultados colhidos.

Isto dava-se em França e na Inglaterra. Stokes apenas a indicava quando a vida do doente perigava. A confiança estabelecia-se na Allemanha e na Austria, principalmente, para Becker e Schuh.

Em 1844 Trousseau lendo á Academia de medicina de Pariz a sua memoria, onde elle tratava da thoracentese, conseguiu despertar a attenção de todos os medicos para este assumpto e provocar da parte dos seus collegas inglezes o apparecimento de relatorios importantes.

Hughes e Coek, ambos medicos do hospital de Guy em Londres, deram á estampa umas observações de vinte casos de thoracentese, dos quaes sete ficaram curados e

cinco pelo menos, melhorados. No mesmo anno a «Gazeta medica» de Londres publicou outro trabalho do dr. Hamilton Rue, no qual se encontra em 24 operações, 18 casos de completa cura.

Desde Trousseau até aos nossos dias, a thoracentése tem-se modificado consideravelmente, não deixando a moderna antisepsia de ter a sua parte importante n'este methodo de curar.

A sahida do derrame pleural provocada pela simples acção da gravidade foi modificada por Dieulafoy e Poutain. A invenção dos classicos aspiradores devida a estes dois auctores, não só nos collocou em condições d'obstarmos á penetração do ar na cavidade pleural, mas em provocarmos uma sahida parcial ou por completo de todo o derrame formado e injectarmos as substancias que julgarmos convenientes na cavidade pleural.

Ainda assim tem-se querido condemnar a thoracentése, explicando a grande frequencia do empyema pelo emprego corrente d'este meio therapeutico.

Verneuil revolta-se indignado contra semelhante abuso, lembrando que a mortalidade, apesar de todas as antisepsias empregadas com o fim de não transformar as pleurisias não purulentas em purulentas, em vez de baixar, conseguiu n'estes ultimos annos elevar-se consideravelmente. A thoracentése

protegida pela rigorosa antisepsia moderna, parece, pelo menos aparentemente, não se avantajarem ao antigo tratamento pelos revulsivos, diureticos, purgantes, sangrias (umas vezes geraes outras locaes) e ao excessivo emprego da morphina como calmante dos phenomenos dolorosos que se manifestavam no decorrer de semelhante doença. Se para o arrojado Verneuil é atrevimento penetrar desafogadamente na cavidade thoracica, para Hardy não resta a menor duvida que as puncções feitas na parede thoracica são a causa da frequencia dos derrames purulentos. Para elle a puncção é simplesmente uma operação d'urgencia. A grande mortalidade após semelhante tratamento explica-se segundo Hardy pelo abandono dos antiphlogisticos no começo da doença e pelo abuso excessivo da thoracentése como tratamento banal.

Desde 1889 a 1891 no hospital Necker a mortalidade da pleurisia foi de 7 % com o methodo das puncções ao passo que Andral e Bouileard pelo antigo methodo conseguiram obter uma mortalidade apenas de 3 %.

Petter julga que a quantidade de derrame decidirá do processo a empregar como meio de tratamento; a medicação revulsiva está perfeitamente indicada nos derrames de quinhentas a mil grammas, em média, a thoracentése apenas terá o seu cabimento quan-

do a substancia liquida produzida attingir duas mil grammas e mais e as visceras coração ou figado forem deslocados e o pulmão estiver bastante comprido. Se para Verneuil, Hardy, Petter, Andral e Bouillard este methodo tem todos os inconvenientes d'um bom tratamento, reservando-o simplesmente para operação de urgencia, quando a vida do doente periguo, opinam contrariamente a este modo de vêr e com mais força Dieulafoy, Dujardin-Beaumetz Poutain e outros. Dieulafoy affirma peremptoriamente na Academia de medicina de Pariz, que a thoracentése methodicamente praticada, nunca transforma uma pleurisia simples em pleurisia purulenta. Na sua clinica, na dos seus discipulos e na de medicos a quem consultou sobre o assumpto não ha um unico caso de semelhante metamorphose e emquanto a elle o augmento de mortalidade não é senão apparente. Os meios de que hoje nos servimos para o diagnostico são mais numerosos e mais precisos, não deixando de descobrir por impossibilidade, bastantes casos, que outróra passavam desapercibidos. Por outro lado, após a punção e sahida d'uma enorme quantidade de liquido, algumas e mesmo bastantes vezes verificase no final da operação a existencia d'uma parte turva, em evolução, com certeza purulenta. Estes casos que hoje são considerados como verdadeiros empyemas não o

eram para os auctores de estatisticas benignas.

E se hoje o numero das pleurisias purulentas tem crescido, devemos ter em linha de conta que a constituição geral da nossa epocha não é a mesma dos nossos paes; somos mais anemicos, mais enfraquecidos, portanto o nosso meio mais adequado ao desenvolvimento d'estas doencas inflammatorias.

A lueta pela existencia, os excessos de trabalho, a agglomeração dos individuos no mesmo ponto fazem com que os organismos da moderna geração tenham enfraquecido e por isso se tornem sêres menos vigorosos.

Com estas modificações a estatistica de mortalidade, pelo methodo da thoracentése, deve baixar consideravelmente e exceder em resultado o antigo, lembrado e defendido, em nossos dias, com tanto enthusiasmo pelo eminente Verneuil. Dieulafoy praticando trezentas e oitenta (380) vezes a thoracentése sem nenhum incidente ou accidente, não só dá um verdadeiro golpe no antigo methodo, mas ao mesmo tempo mostra com toda a evidencia os beneficos resultados que do methodo puncional se podem colher.

Theoricamente podemos ser tão arrojadados como Dieulafoy; praticamente os resultados nem sempre podem corôar os nossos trabalhos como o quer este mestre. Por mais rigorosos que sejamos no methodo antisepti-

co, por maiores cuidados que tenhamos em diminuir senão tornar aseptico o meio em que operamos e obstruimos á entrada d'ar, algumas vezes, ainda que em numero diminutissimo, a transformação pode-se operar. Por mais cuidadoso e limpo (no sentido antiseptico) que o medico seja, ha-de algumas vezes ter logar a manifestação da infecção pleural.

A antiseptia absoluta é impossivel, a antiseptia relativa é realisavel; á primeira correspondem *O* de metamorphoses de pleurisyas não purulentas em purulentas, á segunda correspondem alguns casos de transformação ainda que em numero tão insignificante para não poder entrar em linha de conta nas vantagens d'este methodo cirurgico. Emquanto a nós, a thoracentése feita com o rigor antiseptico como idealmente a concebe Dieulafoy, rarissimas vezes prejudicará o tratamento d'um derrame pleuretico.

Alguem tem pois incriminado sem justa razão este processo therapeutico, como causa favoravel á metamorphose dos derrames asepticos em derrames septicos, augmentando assim o numero das pleurisyas purulentas.

Acceite a thoracentése como meio therapeutico, vejamos quando devemos esvaziar o conteudo pleural; que quantidade é preciso eliminar e como se deve fazer essa evacuação.

Occasião em que devemos esvasiar o conteúdo pleural

Em nossos dias tem-se levantado uma enorme questão com o fim de precisar o momento em que devemos esvasiar o conteúdo pleural. Discute-se urgencia da thoracentése.

E' sobretudo nos derrames pleuraes não purulentos que a divergencia d'opiniões se torna mais manifesta. Em presença, pois, d'um derrame pleural, podemos como Hardy, Dieulafoy, Poutain, Verneuil e outros, perguntar quaes são os signaes certos, indicativos da urgencia da thoracentése. Trousseau Dieulafoy e Poutain ligam toda a importancia á quantidade do derrame. Hardy e Verneuil optam pela existencia da dyspnea, da cyanose e da tendencia syncopal, em virtude da difficuldade que ha em constatar a quantidade de liquido existente. Por outro lado Dieulafoy e Poutain, fornecem-nos elementos bastante valiosos para o diagnostico da quantidade de derrame. A altura do liquido, indicada pelo som baixo, o abaixamento do diafragma, a amplidão do thorax e os signaes fornecidos pela auscultação, são dados com que podemos contar para chegarmos ao conhecimento da existencia d'um derrame abundante, médio ou medriocre. A dyspnea resultando quasi sempre da presença d'um derra-

me abundante na cavidade pleural, fornece-nos, é verdade, uma indicação á thoracentése.

Não é comtudo, como diz Poutain, por causa da dyspnea que geralmente somos obrigados a operar, mas sim pelo prejuizo que resulta da permanencia e abundancia do derrame que a produz. A dyspnea pôde existir concomitantemente a derrames mediocres, resultando não da compressão que o liquido produza no pulmão, mas sim de doenças que acompanham a pleurisia com derrame, como são a bronchite capillar, uma granulia aguda, um edema do pulmão, etc. N'este caso devemos tratar d'averiguar se a dyspnea provém do derrame ou simplesmente das condições differentes que o acompanham. A dyspnea pôde faltar em absoluto e comtudo ser grande a quantidade de liquido pleuretico.

É a Poutain, Buequoy, Trousseau e La-ségue que devemos estes esclarecimentos. Um doente d'empyema a quem Poutain e Buequoy fizeram a extracção de cinco litros de liquido, não tinha manifestado antes da operação o menor signal de dyspnea. A dyspnea é portanto um signal infiel e que deve ser convenientemente interpretado.

O que acabamos de dizer com relação á dyspnea applica-se *mutatis mutandi* á cyanose e á tendencia syncopal.

Um doente do dr. Dujardim-Beaumetz que não accusava nem dyspnea, nem cyanose,

nem tão pouca tendencia syncopal morreu repentinamente, devido como a autopsia o demonstrou, á enorme quantidade de derrame pleural. Frisante é ainda o que nos refere M. Kelsch. Um dos seus doentes recusando a operação pelo facto de não sentir dyspnea e não apresentar cyanose do rosto nem as unhas azuladas, morreu duas horas depois.

Numerosos casos colhidos diariamente nos jornaes de medicina, podiamos apresentar como prova evidente da pequena importancia que a dyspnea, a cyanose e a tendencia syncopal teem como signal de guia na prática da thoracentése. O mesmo não acontece com relação á abundancia do derrame. E' a este signal acobertados pelas opiniões de Dieulafoy e Poutain que ligamos grande importancia quando tentamos discutir a urgencia da thoracentése. As perturbações funcçionaes, preveem o perigo, mas muito tardiamente na maior parte dos casos; outras vezes não o preveem, ou pelo contrario mostram-se por vezes sem comtudo nos indicarem que a thoracentése é necessaria. Mas quando sobrevem n'um individuo em quem existam além d'isso indicações formaes d'intervir, podem ser razão para apressarmos a thoracentése. A febre contraindica-nos a operação, quando principalmente se tracta d'um empyema que reveste desde o principio um character muito agudo, mas não em absoluto.

Se a febre fôr intensa e houver uma adynamia consideravel será prudente esperar que ella desapareça ou seja attenuada, a não ser que a quantidade do derrame seja de tal ordem que ponha em perigo a vida do doente ou se manifestem as perturbações funcionaes a que já tivemos occasião de nos referir.

Quando porém a pleurisia purulenta apresentar uma marcha chronica, como geralmente acontece, a operação impõe-se, verificada que seja pela puncção exploradora, antisepticamente executada, o derrame purulento em grande quantidade. Assim damos ao pulmão espaço para que a expansão se dê e se não produzam symptomas bastante graves taes como o não se fazer como devia a hematose e reflectir-se no funccionalismo cardiaco alterações devidas á compressão e deslocamento que este orgão apresenta. Como acontece algumas vezes o pús tornar-se putrido e arrastar o organismo a uma infecção geral, é conveniente operar o mais cedo possivel. Ha quem queira calcular a quantidade de derrame pela pressão desenvolvida na cavidade pleural. Se podessemos estabelecer uma relação entre o grau de pressão positiva ou negativa e a existencia d'uma quantidade determinada de liquido na pleura, pelo conhecimento manometrico d'essa pressão avaliaríamos a quantidade de derrame e presumi-

riamos do grau de compressibilidade em que os órgãos visinhos da pleura se encontram. Mas tal relação é absolutamente impossivel formular-se, attendendo a que ella não depende só da existencia do derrame, mas sim da acção d'uma série de causas mutuamente combinadas. Ainda assim podemos dizer, como Homolle, que as tensões mais elevadas manifestam-se nos grandes derrames e sobretudo nas pessoas novas em que as paredes peitoraes são resistentes e elasticas; e, as pressões baixas nos derrames mediocres, em individuos cacheticos, idosos e debilitados.

De todos os manometros conhecidos o mais usado é o de Peyrot que Homolle na «Revue de médecine et chirurgie», sobre derrames pleuraes, minuciosamente descreve.

Adaptado ao tubo que dá sahida ao liquido pleural, por meio d'uma torneira de tres vias podemos facilmente pôr o manometro em relação com a cavidade pleural, e assim d'esta maneira medir a pressão no começo, no fim e no decorrer da operação. Quando a energia dos movimentos respiratorios não é momentaneamente exaggerada a pressão pleural pôde elevar-se a + 20, + 30; comtudo, algumas vezes em consequencia de circumstancias especiaes, mas excepcionalmente, pôde baixar a 0 ou —2. A pressão medida por este processo como diz Homolle, é o resultado de varias acções concordantes

ou contrárias e em particular d'aquellas que no estado normal, se associam para produzir a aspiração thoracica (retractibilidade pulmonar, tensão dos gazes contidos nas vias aerias, resistencia das paredes á acção da pressão atmospherica etc.). Tem por isso um grande valor na pressão pleural os espessamentos da serosa, depositos neo-membranosos ou producções neoplasticas, hyperemia pulmonar, atelectasia com ou sem esclerose cortical, a abundancia do derrame, a sua altura vertical, seu peso, etc.

Como elemento para apreciar a quantidade de derrame durante a operação, o manometro, ainda assim, é sempre vantajoso. E' mais um dado que podemos ter no conhecimento da quantidade do derrame, antes de começar e ao terminar a operação.

Quantidade de derrame que é necessario esvasiar

Querem alguns auctores, ainda que poucos e d'entre esses citaremos Proust, que o derrame pleural seja d'uma só vez eliminado ainda que com toda a prudencia. Em abono d'este modo de proceder apresenta Proust uma estatistica muito satisfactoria, pois, n'uma

série de casos que elle operou, uma unica vez sobreveio a morte, oito dias depois da operação da thoracentése. A punccão não teve nenhuma acção sobre a morte e como a autopsia o demonstrou ella foi devida á presença de coagulos fibrinosos no coração. Ao que parece Proust foi o mais feliz possível, pois, Dieulafoy em quasi todas as observações de expectoração albuminosa, a prática demonstrou-lhe que tinha sido seguida á evacuação de dois ou tres litros de liquido pleural. Um derrame abundante provoca uma compressão bem accentuada nos orgãos proximos da pleura.

Os orgãos habitua-se a essa compressão e a vida é algumas vezes compativel com um certo derrame pleural. O coração e os vasos pulmonares são desviados, o pulmão achata-se e a circulação cardio-pulmonar altera-se consideravelmente⁽¹⁾.

Eliminando como faz Proust todo o liquido thoracico ou como fazem outros medicos, uma grande quantidade (dois ou tres litros), os differentes orgãos encontrando-se assim tão brusca e rapidamente sem obstaculo ao seu functionalismo, experimentam

(1) Bard em virtude d'experiencias a que procedeu, verificou que contrariamente ás descripções classicas, nos casos de derrames pleuraes, é a base do coração que experimenta o maximo deslocamento, ao passo que a ponta fica debaixo do externo.

Mercredi medical, n.º 47, 563, anno 1892.

uma série de desordens que quando não sejam mortaes são com certeza manifestamente prejudiciaes. O sangue afflue aos vasos pulmonares e o ar penetra precipitadamente nos alveolos pulmonares pelo vasio que se fórma na cavidade pleural.

Não é prudente extrahir todo o liquido d'uma só vez, devemos eliminal-o, sim, pouco e pouco. Póde acontecer que a porção tirada de cada vez seja em quantidade tão insignificante que a reproducção se faça durante o tempo decorrido entre duas puncções de pequeno intermedio e por isso não resulte nenhuma vantagem n'este modo d'operar, principalmente quando o derrame fôr consideravel. Devemos sempre saber que quantidade é necessario extrahir para assim evitarmos um certo numero d'accidentes a que esta operação costuma expôr. Quer-nos parecer que a melhor maneira de proceder será deixar sahir do peito metade do derrame que elle contem.

Os signaes que apresentamos para o diagnostico da quantidade do derrame, devidos a Dieulafoy e Poutain e os fornecidos por Homolle, tambem já apresentados, devem elucidar-nos sobre o momento em que devemos suspender a operação. Para Poutain, quatro são os motivos que o levam a proceder assim:

1.º, poderem resultar accidentes por vezes

*

graves na extracção muito completa (sic); 2.º, uma evacuação completa é bem inutil pois que na maior parte dos casos é seguida de reproducção d'uma grande parte de derrame; 3.º, uma evacuação parcial basta a maior parte das vezes para provocar a reabsorpção do liquido restante; 4.º, quando este persiste uma segunda thoracentése é bem accete se a primeira tendo sido moderada não provocou nenhum mal estar notavel.

Modo d'esvasiar o derrame pleural

Nos derrames que dependem d'um processo morbido limitado a uma parte da pleura, nas pleurisias parciaes ou enkistadas, não podemos determinar o ponto que de preferencia devemos tomar para praticar a operação da paracentése do peito. Comprehende-se que, algumas vezes, quando n'um ponto qualquer da pleura se comece a produzir um derrame, seja elle de que natureza fôr, em volta d'essa superfície morbida os tecidos são comecem a reagir formando membranas e exsudatos *defensivos* a ponto de darem logar a uma verdadeira separação entre esse derrame e o resto da cavidade pleural. Sendo differen-

tes, pois, os pontos da pleura onde esses depositos pleuraes tenham a sua séde, não podemos estabelecer d'uma maneira decisiva o logar onde a puncção deve fazer-se. Ainda assim, collocando o doente n'uma posição commoda para elle e que facilite as explorações feitas pelo medico, quer para chegar a limitar os contornos do liquido pleural quer para a technica operatoria, em geral, podemos dizer, que a puncção deve ser feita no ponto mais hypostatico do derrame pleural. E' assim que n'estes casos nos devemos haver, tendo sempre em vista não lesar órgãos importantes que deem logar a accidentes perigosos ou mesmo mortaes. Mas como em geral o processo se estende a toda a superficie pleural, vejamos se é possivel determinar o logar d'eleição da parententése de peito n'um derrame de grande cavidade. Trousseau diz:

«Celui que je prends, c'est le sixieme ou le septieme espace intercostal, en comptant de haut en bas, à peu près à 4 ou 5 centimètres en dehors du niveau du bord externe du muscle grand pectoral.»

Não podemos dizer que o ponto d'eleição seja no sexto ou setimo espaço intercostal, quatro ou cinco centimetros fóra do nivel do bordo externo do musculo grande peitoral. Devemos, sim, fazer a thoracentése nos ultimos espaços intercostaes correspon-

dentes á cavidade pleural para assim facilitarmos a sahida do derrame produzido, mas não podemos dizer que seja a tres ou a quatro centímetros do bordo externo do musculo grande peitoral. Como é sempre conveniente não fazer uma punccão onde outra se tenha feito, segundo as ideias de Trousseau sómente poderíamos fazer tres ou quatro punccões (o maximo) que bastantes vezes são insufficientes para a cura definitiva dos derrames pleuraes.

Durante a nossa clinica hospitalar tivemos occasião de verificar como pôde ser differente o logar onde a punccão deve ser feita. Ainda assim, como tivemos occasião de vêr, é sempre conveniente a approximação da punccão do meio d'uma linha abaixada do cavado axillar, perpendicularmente á base do thorax e um pouco atraz d'esta linha, sobretudo quando o derrame fôr do lado esquerdo. Dujardin-Beaumetz e outros tratadistas aconselham a anesthesia local. Não nos quer parecer que esta operação exija uma anesthesia local. Na nossa clinica hospitalar todas as operações de thoracentése executadas, foram perfeitamente supportadas pelos doentes, sem prévia perda de sensibilidade. Ainda assim, sem inconveniente algum, podemos lançar mão d'um anesthesico e de preferencia do chlorydrato de cocaina n'uma solução de 1 para 50. Fazem-se no logar

onde a punção ha-de ser executada uma a duas injeções sub-cutaneas com a seringa de Pravaz de modo a que todo o tecido cellular sub-cutaneo onde devemos fazer a punção, seja banhado pela solução de cocaína; quatro a cinco minutos depois podemos dar começo á thoracentése porque a insensibilidade da pelle é completa.

Antes de dar começo á operação é conveniente animar o doente, convencendo-o do bom resultado da operação e administrar-lhe uma porção cordial como por exemplo bom vinho tinto com alcooleo de canella.

Esterilizado o trocater, desinfectada uma pequena superficie no local da punção e montado convenientemente o aparelho aspirador, seja o Dieulafoy seja o Poutain, dá-se começo á operação. O doente acha-se sentado na cama, junto do bordo, tendo o tronco sustentado e apoiado por travesseiros. O peito do lado opposto áquelle onde se faz a punção é sustentado por um ajudante, de maneira a resistir ao movimento de recuo involuntario que faz o paciente no momento em que o trocater penetra na pleura. Um outro levantará, se preciso fôr, o membro superior correspondente ao lado onde a operação tiver logar. Esta é a posição em que geralmente se pratica esta operação, comtudo ha quem prefira a posição horisontal.

De facto, as syncopes n'esta posição não

são tão frequentes e podemos ser menos es-
crupulosos no espaço intercostal a atravessa-
sar pois o ponto mais declive da pleura não
se encontra na base do thorax mas sim so-
bre toda a extensão da linha horisontal. Ao
medico pouco experimentado e pouco visto
no tratamento dos derrames pleuraes expan-
ta-o muitas vezes após a penetração do tro-
cater e a aspiração, ou a falta completa do es-
coamento do derrame ou vel-o correr em pe-
quena quantidade, mesmo gotta a gotta. E'
um accidente para o qual devemos estar pre-
venidos e que não nos deve embarçar. Al-
gumas vezes simplesmente nos pôde com-
prometter ou com o doente ou mesmo com
a familia.

Que triste posição a d'um medico que
tendo feito um diagnostico exacto d'um der-
rame na pleura e tendo dito á familia e ao
doente que era preciso extrahir o liquido alli
accumulado, ao fazer a aspiração o liquido
não corre, achatando-se o tubo de caoutchouc
á medida que se vae formando o vasio! Isto
pode-se dar quando na pleura costal interce-
ptada houver a sobreposição de falsas mem-
branas, nas pleurisas areolares e finalmente
quando o derrame sendo purulento apresen-
ta uma enorme densidade e uma consisten-
cia mesmo grumosa. N'este ultimo caso como
tivemos occasião de verificar, o calibre do
trocater e do tubo de caoutchouc são insuffi-

cientes para darem logar á passagem d'esse pús densificado e que accarréta consigo fungosidades e partes de falsas membranas.

A sobreposição das falsas membranas na pleura costal chega por vezes a adquirir uma espessura d'um centimetro. Nos primeiros oito, dez ou quinze dias da pleurisia esta camada pseudo-membranosa não adhere fortemente ás paredes costaes e apresenta uma consistencia tal que se torna difficil atravessal-a. Penetrando na cavidade pleural podemos descollar sem atravessar as falsas membranas que se tenham produzido. Assim a canula fica communicando com uma pequena cavidade formada por falsas membranas d'onde não sahe liquido. Quando o liquido corre gotta a gotta e se não trata de grumos, fungosidades ou falsas membranas a interceptarem o calibre do tracater trata-se d'uma pleurisia areolar, que é sempre conveniente não confundir com a pleurisia enkistada.

As areolas communicam umas com as outras, o liquido contido n'uma passa para as outras, mas passa lentamente e gotta a gotta.

Assim concebemos e explicamos estes phenomenos alguns dos quaes tivemos occasião de apreciar. N'um caso, que seguimos no nosso hospital, a consistencia do pús era de tal ordem que foi preciso recorrer á injectção d'uma certa quantidade d'agua quen-

te (antisepticamente preparada com acido borico), a fim de tornar menos denso o liquido pleural.

Puncções seguidas d'injecções modificadoras

Foi Galeno aquelle que primeiro teve a ideia de modificar as secreções pleuraes por meio d'uma injecção irritante.

Mas é no seculo XIX que Fernet, principalmente, conseguiu fazer d'esta applicação um processo regular e scientifico. Tem sido varios os antisepticos empregados com o fim de suspender as secreções pleuraes.

Modernamente a lista dos antisepticos, sendo numerosissima qual d'elles devemos preferir?

Tillaux aconselha o chloreto de zinco, Laveran a emulsão de creolina, Fernet a agua naphtolada, Aran a tintura d'iodo. Tem-se ensaiado o sulfato de zinco, o permanganato de potassa, o acido phenico, o sublimado, n'uma palavra, todos os antisepticos tem sido empregados. Se o caso de que se tracta fôr um simples derrame pleural podemos lançar mão, sem preferencia, de qualquer dos modificadores apontados; se porém o

exsudato formado fôr de natureza purulenta não é indifferente empregarmos este ou aquelle, attendendo a que os effeitos e a duração d'acção dos differentes antisepticos não é precisamente a mesma. Tendo sempre presente ao espirito os conselhos do professor Bouchard diremos como elle, que para obter um effeito prolongado é preciso um antiseptico cuja acção possa continuar por bastante tempo.

Para este eminente professor o fim que devemos ter em vista não é a morte do microbio, mas sim a esterilisação. Ora, a maior parte dos methodos teem o grave defeito ou de não provocarem esta attenuação do virus ou provocarem ao mesmo tempo graves desordens no doente. Além d'isso, estando de accordo todos os microbiologistas e histologistas de que os agentes pathogenicos se encontram na profundidade dos tecidos e não á sua superficie, a empregarmos as lavagens antisepticas devemos usar d'aquellas cuja acção se estenda até o logar onde esses microorganismos se encontram.

Fernet empregou, como dissemos, com grande resultado a agua naphtolada e o manual operatorio que aconselha é o seguinte: pratica primeiramente uma injecção d'agua naphtolada fraca que em seguida extrahe por aspirações, para de novo usar d'agua naphtolada forte, isto é, tendo naphtol em suspen-

são. Ao contacto das materias albuminoides, o naphthol precipita-se e fica em contacto com as lesões durante um tempo que se não póde precisar, mas que é certamente longo.

Todavia podemos fazer a este methodo uma grave objecção; o naphthol β é quasi insolúvel na agua, o naphthol α é ainda mais insolúvel. A sua solubilidade á temperatura de 18° é de 0,20 centigrammas n'um litro d'agua ⁽¹⁾.

Torna-se pois impossivel injectarmos uma quantidade de naphthol sufficiente para modificar a superficie pleural a não ser que empreguemos como vehiculo o alcool, que tem além d'outros inconvenientes o ser a sua applicação muito dolorosa. As mesmas objecções podemos fazer ao aristol. Theoricamente o iodoformio, que em cirurgia tão bons resultados tem dado, satisfaria ao fim em vista.

Mas não podemos injectar ether iodoformado na pleura; e a projecção do iodoformio em pó é irrealisavel. Frederic Prat injectando o iodoformio na dóse de tres grammas, em suspensão na glicerina, verificou accidentes d'intoxicação. O antiseptico que melhores resultados tem dado parece ser o naphthol camphorado ainda ha pouco tempo introduzido na prática. Depois das punc-

⁽¹⁾ *Formulario* do Dr. Dujardin-Beaumetz, pag. 240, 4.ª edição.

ções asepticamente realizadas, eliminando assim o conteúdo pleural, faz-se a injeção de cinquenta (50) grammas de naphthol camphorado.

A permanencia prolongada do antiseptico na cavidade pleural permite esperar uma acção sobre os tecidos profundos, acção que não podem possuir os liquidos que circulam rapidamente na pleura. Esta pequena quantidade de substancia injectada não pôde ter com certeza o inconveniente que apresentam as grandes lavagens, de poderem auxiliar a destruição das adherencias. A volatilisação de quantidades relativamente consideraveis de camphora n'um espaço fechado pode ter uma certa influencia, bastante benefica, sobre as paredes d'este espaço.

Affigura-se-nos, pois, que o liquido antiseptico, que maior valor therapeutico possui na cura dos derrames pleuraes é o naphthol camphorado; sendo as injeções d'este liquido na cavidade pleural bastante efficazes e não dando logar a um certo numero de accidentes consecutivos como acontece com a applicação d'outras substancias.

Bastantes antisepticos, injectados na cavidade pleural, quer pela sua composição, quer pela quantidade em relação á capacidade da cavidade, quer devido á força com que é necessario injectal-os, quer finalmente devido á degenerescencia do rim debaixo da influen-

cia da cachexia, dão logar ao apparecimento de accidentes, geralmente no apparelho respiratorio, mas que algumas vezes se reflectem n'outros apparelhos da economia. Estes accidentes foram pela primeira vez assignalados em 1875 por Raynaud e estudados mais tarde por Brouardel, Vallin, Royer, etc.; quando simplesmente se referem ao apparelho respiratorio vemol-os manifestarem-se pela dyspnea, pela congestão pulmonar, e pelas hemoptysis, etc.

Alguas vezes, porém, dão-se tambem phenomenos nervosos, taes como crises de epilepsia, hemiplegias, hemicoreas, etc.

Para Desplat os accessos epilepticos, podem proceder d'uma intoxicação pelo liquido injectado, d'uma anemia seguida a uma degenerescencia amiloyde do rim, d'uma epilepsia verdadeira despertada por uma lavagem energica, ou então não são senão um phenomeno reflexo resultando d'uma anemia bulbar, provocada pela distensão subita da cavidade pleural. A hemiplegia passageira, como a hemichorea e as perturbações ataxicas dos membros inferiores, é devida aos phenomenos reflexos provocados por irritação ou shock da pleura debaixo d'injecções muito vigorosas ou muito repetidas. W. Widal affirma ter Leudet visto estes accidentes paralyticos e consecutivos fazerem-se acompanhar da chamada *zona* frontal, devida á acção

reflexa dos nervos do thorax sobre o cerebro e d'este sobre o ramo ophtalmico de Willis.

Vallin viu a morte por embolia cerebral consecutiva ás lavagens antisepticas da pleura. Nos casos por nós observados, nenhum d'estes accidentes tivemos occasião de verificar e n'um doente em quem se empregou uma solução d'acido phenico nem sequer os symptomas de envenenamento se puderam apreciar. A côr da urina conservava-se normal.

Ar esterelizado introduzido na cavidade pleural

Poutain, em presença d'um grande derrame pleural que produzia um embaraço respiratorio, praticou a thoracentése. Extrahiu todo o liquido contido na cavidade pleural mas em seu lugar deixou uma certa porção d'ar convenientemente esterilizado afim de tornar aseptico o meio pleural e evitar a completa expansão do pulmão. A esterilisação fez-se pelo processo Pasteur.

Este aparelho compõe-se de dois frascos de duas tubuladuras; cada um d'estes frascos é munido d'um tubo de vidro, mergulhado até quasi ao fundo e os dois tubos são reunidos por um tubo de caoutchouc

permittindo fazer passar os liquidos d'um ao outro pelo mecanismo de siphão. A um dos dois frascos adapta-se um tubo de caoutchouc, terminando por uma agulha occa. O frasco destinado a conter ar esterilizado é cheio d'uma solução phenicada forte.

O liquido enche além d'isso o tubo destinado a fazer siphão e eleva-se no outro frasco o sufficiente para fazer mergulhar o tubo. Um outro tubo de vidro cheio d'algodão e fechado por uma rolha de cortiça mergulha n'uma estufa de duzentos graus durante duas horas; leva na sua extremidade a agulha do trocarer e communica d'outra parte com um apparelho de Liebig contendo uma solução phenicada. Basta, n'estas condições, baixar o frasco vasio para que o ar se precipite no frasco cheio, depois de ter atravessado as espheras do apparelho de Liebig e o algodão esterilizado.

Este processo possuindo algumas condições favoraveis á cura dos derrames pleuraes, torna-se comtudo na prática, e entre nós, quasi irrealisavel. Prevemos, comtudo, que a thoracentése seguida da introdução d'ar esterilizado no espaço pleural seja seguida de bons resultados.

Poutain em tres casos que operou introduzindo em seguida ar esterilizado colheu resultados muito satisfactorios; a cura foi completa n'estes tres casos.

Incidentes consecutivos á eliminação do derrame

Os incidentes consecutivos á eliminação do derrame são: a congestão pulmonar, o edema pulmonar, a expectoração albuminosa, a asphyxia brusca ou lenta e a syncope por vezes mortal. Estes symptomas manifestam-se do seguinte modo. Logo, ou pouco depois da operação da thoracentése, o doente é accommettido de tosse, d'opressão, d'expectoração espumosa, sanguinea ou albuminosa e á auscultação ouvem-se sarridos finos d'edema pulmonar; nos casos benignos estes symptomas melhoram-se rapidamente e o incidente termina, n'outros a complicação é mais para temer, a tosse é incessante, a anciedade e a oppressão são crescentes e o doente expelle trinta grammas (Woillez), duzentos e cincoenta (Vulpian), um litro (Desnos) e até dois litros (Moutard-Martin) d'uma expectoração que se separa pelo repouso em duas camadas.

A superior espumosa e amarellada, a inferior mais densa e albuminosa. Estes incidentes são por vezes mortaes, comtudo em circumstancias excepcionaes; a asphyxia provoca a morte n'um tempo variavel. A clinica deu a Girard o praso de dez minutos, a Gombauld de um quarto d'hora, a Legendre

de dez minutos, a Dumontpallier muito rapidamente, a Bouneret de duas horas, Behier e Louville de quatro horas.

Estes terríveis accidentes são devidos segundo Herard á congestão aguda e ao edema agudo que se desenvolve nos pulmões.

Pretendem alguns medicos, explicar o apparecimento da congestão aguda e do edema agudo do pulmão pelo processo geralmente empregado—o da aspiração.

A este modo de vêr retruca Dieulafoy com factos, pondo de parte, como elle diz, as theorias. Analysando uma estatistica de dezeseis casos em que a thoracentése tinha sido seguida d'espectoração albuminosa e de outros incidentes, a thoracentése tinha sido feita doze vezes com o simples trocarer sem aspiração e quatro vezes sómente pela aspiração. Nos seis casos que terminaram pela morte, a operação tinha sido feita tres vezes com o simples trocarer e sem aspiração e tres vezes com aspiração.

Estes accidentes não são pois devidos sómente á aspiração. A admittirmos n'estes tres casos, que se fizeram seguir de morte, como causa importante da morte a aspiração, como explicar a sua existencia nos casos em que não houve aspiração? Não se pôde dizer d'uma maneira peremptoria que a aspiração seja a causa d'estes terríveis accidentes, nem

mesmo se pôde affiançar que ella tenha uma acção adjuvante na sua producção.

Ninguem hoje, a não ser em casos extraordinarios, lança mão d'um simples trocater para a eliminação dos derrames e comtudo os terriveis accidentes a que me venho referindo não são na epocha presente mais usuaes que outr'ora. Parece-nos, pois, como bem o diz Dieulafoy que a aspiração não tem nenhuma acção sobre a producção dos incidentes consecutivos á eliminação do derrame pleural.

Siphão Pleural

Para terminarmos a primeira parte do nosso trabalho, fallaremos ainda que muito superficialmente do siphão pleural que na epocha em que os pensos antisepticos eram pouco correntes teve uma grande voga prestando sem duvida incontestaveis serviços. Na maior parte dos casos em que o siphão pleural se emprega, mesmo que a cicatrização pleural se dê, a abertura praticada no thorax torna-se fistulosa e segrega quasi indefinidamente uma pequena quantidade de pús. Dobra-se sobre si um tubo de caoutchouc de modo a formar uma especie de $\overset{b}{Y}^c$ introduzi-

_a

*

mos a extremidade *a* na cavidade thoracica depois de termos feito n'essa parte do tubo uns pequenos orificios por onde o pús possa sahir para o exterior. Fixamos o aparelho á parede thoracica e dispomol-o de maneira a que o ar não possa entrar na cavidade pleural.

Das duas extremidades que sahem da cavidade uma mergulha-se n'um frasco de vidro contendo uma solução antiseptica e collocado n'um plano superior ao doente, o outro vae mergulhar n'um vaso cheio igualmente d'uma solução antiseptica mas collocado n'um plano inferior ao thorax.

Estas duas extremidades comprimem-se com pinças durante os intervallos da lavagem. Faz-se correr, primeiramente, o pús contido na pleura para o que basta tirar a pinça que comprime o tubo inferior; o liquido, em virtude do pezo da columna d'agua, cahe no vaso collocado inferiormente ao doente. Para lavar em seguida a pleura, colloca-se de novo a pinça na extremidade inferior e levanta-se a da superior que dá passagem ao liquido antiseptico, a uma temperatura conveniente, em virtude da aspiração que o vasio pleural produz. Executam-se estas duas operações tantas vezes quantas forem necessarias para que o liquido antiseptico saia, como entrou, pela extremidade inferior. Estas manobras teem a vantagem de poderem ser feitas pelo proprio doente.

SEGUNDA PARTE

Na segunda parte do nosso trabalho occupar-nos-hemos do methodo cirurgico que exclusivamente tem sido empregado no tratamento dos derrames pleuraes de natureza purulenta. A' collecção de pús produzida e contida na cavidade pleural chamamos empyema (ἐμπύημα).

A palavra empyema segundo a linguagem scientifica tanto pôde exprimir o derrame purulento no peito como a operação que tem por fim eliminá-lo. E' por isso que nós guiados por Peyrot definimos o empyema pela collecção de pús derramado na cavidade pleural e pleurotomia o methodo cirurgico que, tendo em vista a cura d'essa producção purulenta, abre uma porção maior ou menor do peito, quer simplesmente n'um espaço intercostal, quer interessando as costellas, quer mesmo reseccando uma ou mais costellas

para assim fazer desaparecer a cavidade suppurante. Assim consideraremos para ultimar o nosso trabalho a pleurotomia propriamente dita ou a chamada operação do empyema e a operação d'Estlander.

Pleurotomia propriamente dita

Ao consultarmos uma das obras mais antigas de medicina tivemos occasião de vêr que já ha bastantes seculos a abertura das paredes thoracicas se praticava, podendo-se considerar esta operação tão velha como a medicina. Hyppocrates praticou-a. Mas, como se presume, o arrojo dos cirurgiões antigos não foi tão bem succedido como hoje realmente acontece; faltava-lhes a collaboração da antiseptia. Não tardou por isso que esta operação fosse completamente abandonada por muito perigosa e muito incerta, até á epocha em que Sedillot a preconisa e Moutard-Moutin a defende com todo o enthusiasmo. Hoje, podemos dizer que é correntemente praticada.

Mas é licito dizer que entre a operação da pleurotomia propriamente dita, que hoje se pratica antisepticamente, e a pleurotomia

que os antigos cirurgiões praticavam existe uma enorme differença. Devido ás precauções minuciosas e á rigorosa antiseptia (sem admittir graus na antiseptia, como diz Debove) podemos affirmar que uma ferida thoracica pôde e deve curar-se como qualquer outra, não deixando comtudo, chegar o doente a uma infecção bastante adeantada e a que se forme em volta do pulmão um envolvero extraordinariamente resistente que embarace a sua expansão. Debove ao praticar com successo a primeira pleurotomia antiseptica, que se fez em Pariz, affirma ter o medico o poder e por consequencia o dever d'intervir cirurgicamente quando o interesse do seu doente o reclamar.

Não acontecia o mesmo quando a antiseptia era desconhecida. Picqué dá uma perfeita ideia dos phenomenos que se passavam na maior parte dos casos em que se praticava a pleurotomia. «Chez um malade atteint de pleurisie purulente la large ouverture de la plèvre amenait un mieux immédiat. Un individu, la vieille moribonde semblait revivre le lendemain. Malheureusement ce n'était là qu'une amélioration passagère. Vers le quatrième jour environ, le malade etant pris de fièvre, perdait l'appetit et le sommeil. Des troubles digestifs, diarrhée, vomissements, se montraient.

En même temps le pus prenait une odeur

horriblemente fétide et devenait rare. Le délire s'emparait alors de l'opéré, qui ne tardait pas à succomber dans le marasme.»

Nas mãos do operador, nos instrumentos, na atmospheria e no proprio penso existiam micro-organismos que transformavam a cavidade pleural n'um terreno de fermentações septicas, que hoje para nós, quasi que são desconhecidas pelo emprego dos novos methodos de penso.

A septicemia pleural aterrorisou os cirurgiões a ponto de se multiplicar consideravelmente as contra-indicações e modificar-se o manual operatorio. Na Academia de Medicina de Pariz discutiu-se mais d'uma vez a pleurotomia como tratamento cirurgico na cura do empyema. Mas, a bem da verdade, podemos dizer que estas discussões foram todas, antes do apparecimento da anti-sepsia, mais ou menos estereis.

Muitos medicos e cirurgiões pensam como o dr. Chantemesse e entre nós o dr. Azevedo Maia, que um abcesso pleural deve ser tratado como um outro abcesso, devendo applicar-se-lhes os mesmos cuidados e em especial os antisepticos. E' justamente por isso que a pleurotomia propriamente dita é um avanço no tratamento cirurgico dos derrames pleuraes. Ninguem pôde pôr em duvida o alto valor therapeutico das puncções thora-

cicas antisepticamente executadas nos derrames purulentos.

A estatística de Branthomme dá-nos em quarenta e tres observações de pleurisia purulenta, curadas pelo methodo das puncções o seguinte resultado: a cura deu-se dezoito vezes depois d'uma unica puncção, onze vezes depois de duas puncções, tres vezes depois de tres puncções e finalmente onze vezes depois d'um numero de puncções variando entre seis e cento e vinte e duas. Por esta estatística se vê que em quarenta e tres successos, vinte e nove vezes a cura foi obtida depois d'uma ou duas puncções.

Podemos ainda concluir da leitura d'esta estatística que se uma, duas ou tres puncções não são sufficientes para produzirem a cura d'uma pleurisia é necessario repetirmos a operação durante um numero de vezes bastante consideravel que nos rouba um tempo variavel entre dois mezes e um anno. Ora, quer-nos parecer que ha sempre grandes inconvenientes em deixar durante um praso de tempo assaz longo, um doente com uma quantidade mais ou menos consideravel de pús accumulado na pleura, com os phenomenos da febre hectica, com a alteração profunda do estado geral e com as escleroses que, oppondo-se á expansão do pulmão, são um obstaculo sempre crescente á cura definitiva.

Os resultados da pleurotomia, antisepticamente realisada, são tão brilhantes que se em geral não começamos por ella, no tratamento cirurgico dos derrames pleuraes, é sem duvida devido aos bons resultados, algumas vezes colhidos, pelo emprego da thoracentése e com o fim d'evitarmos uma operação sangrenta.

Robert, em 1881, na sua these inaugural, defendida em Pariz, apresenta-nos as indicações e contra-indicações da pleurotomia. Deprehende-se da leitura da sua these que não ha contra-indicações. A propria tuberculose não é por assim dizer uma contra-indicação á realisação da pleurotomia; contudo, quando as lesões forem adeantadas e extensas, a prudencia aconselha que haja o maximo cuidado, para assim não irmos rapidamente acelerar o processo tuberculoso. Moutard-Moutin apresenta como contra-indicação a formação de septos de modo a formarem bastantes cavidades secundarias. Contudo Robert não acha que este facto origine uma contra-indicação, e, firmado n'uma observação excellente do seu mestre Bucquoy, opta mesmo n'este caso pela operação.

Quando os outros meios de tratamento forem insufficientes é necessario recorrer á pleurotomia: 1.º quando a collecção pleural queira romper ou rompa para o exterior; 2.º quando a inflammação invada o trajecto das

puncções anteriores; 3.º quando o pús encerre elementos solidos e corra insufficientemente; 4.º quando haja septicemia pleural; 5.º quando haja pyo-pneumothorax com ou sem fistula bronchica; 6.º quando exista uma fistula pleuro-bronchica sem pneumothorax.

Ha na prática d'esta operação um certo numero de preceitos indispensaveis a que sempre devemos attender: devemos abrir a pleura no ponto mais declive e feita a operação devemos ter a certeza da completa e constante evacuação do pús. Wagner escolhe de preferencia o quinto ou o sexto espaço intercostal por ser este o ponto mais declive da cavidade pleural, na posição do corpo que elle indica. Esta posição consiste em o corpo estar sobre um plano inclinado dos pés á cabeça, sendo conveniente conservar-se o doente n'esta posição alguns dias depois da operação. Limpando-se a parede thoracica ao mesmo tempo que se cortam os pellos da cavidade axillar do lado correspondente onde se ha-de realisar a operação, praticamos no espaço intercostal indicado, sobre o bordo superior da costella que inferiormente o limita, adeante do grande dorsal, uma incisão de seis a oito centimetros.

Penetramos camada por camada cortando successivamente a pelle, o tecido cellular e os differentes planos musculares até chegarmos á pleura que desbridamos afim do

pús poder sahir facilmente. Acontece algumas vezes ser o espaço intercostal um pouco estreito e insufficiente para a introdução de drenos afim do escoamento. N'estes casos, que raras vezes se encontram, Köning aconselha a resecção sob-periossea d'uma costella sobre um comprimento de dois centímetros pouco mais ou menos. Aberta a pleura, é absolutamente indispensavel para o bom resultado da operação que a evacuação do pús seja completa.

Para isso não só recommendamos ao doente movimentos d'expiração violentos, mas, pela introdução do dedo na cavidade pleural descollamos e determinamos a expulsão de massas pseudo-membranasas que se acham em suspensão no liquido e que teem grande difficuldade na sahida. Esta prática tem sempre a maxima importancia, principalmente nas pleuriasias antigas em que os dois folhetos da pleura se encontram recobertos por camadas espessas de falsas membranas. Relativamente á lavagem antiseptica feita immediatamente depois da operação ha quem a aconselhe e quem a julgue desnecessaria e mesmo até prejudicial.

Emquanto a nós, a lavagem é sempre vantajosa, pois, ella pôde ir tornar aseptico todos os recantos pleuraes onde por ventura possa haver pús accumulado.

Goschel e Köning aconselham a absten-

ção se o liquido fôr fluido e sem cheiro, reservando a lavagem para os casos em que o doente apresentando os signaes d'uma septisemia pleural o pús se tornar extremamente fetido. Caussidon publicou no «Alger médical» a observação d'uma pleurotomia antiseptica sem lavagem immediata, n'uma creança de quatro annos, seguida de cura completa ao fim de dois mezes.

E' conveniente, segundo a nossa opinião, lavar-se largamente a cavidade pleural depois da operação, pois os inconvenientes, geralmente, são de pequena importancia e as vantagens são numerosissimas, chegando o liquido a limpar a pleura dos retalhos pseudo-membranos que geralmente ahi se accumulam em grande quantidade. Deve haver uma certa escolha no liquido antiseptico a empregar, pois, Dujardin-Beaumetz pelas experiencias a que procedeu, determinou que o chloral nas creanças produzia um somno profundo, o alcool phenomenos de embriaguez e o acido phenico uma intoxicação revellada pela côr negra das urinas. Os allemães dão preferencia ao chloreto de zinco, mas infelizmente esta substancia é muito caustica.

Dujardin-Beaumetz pratica primeiramente uma injeção com uma solução boricada a 4 % até a agua sahir do peito tão clara como entrou e em seguida faz uma lavagem

com chloreto de zinco, muito diluido, a 1% por exemplo. Quando o liquido da pleurisia é fétido podemos-nos servir de soluções mais fortemente antisepticas, e é assim que Wagner, n'um caso analogo, injectou sem inconveniente uma solução de chloreto de zinco a 8%. Em todos os casos em que empreguemos os liquidos antisepticos é conveniente que a lavagem applicada seja feita de modo a que o liquido injectado saia da pleura absolutamente claro.

Todos são concordes na introducção de drenos na cavidade pleural, logo após a operação. Esses drenos fixar-se-hão á parede pleural. Por cima colloca-se um bom penso de Lister com uma grande quantidade de gaze iodoformada.

Dujardin-Beaumetz emprega na sua clinica o apparelho Pan, — fabricado segundo as suas indicações na casa constructora Galante. E' simples; a sua manipulação é extremamente facil e satisfaz não só ás condições de commodidade mas igualmente ás d'uma rigorosa antiseptia. Os pensos consecutivos á operação devem ser feitos todos os dias e com as mesmas precauções rigorosamente antisepticas. Köning e Hache julgam que passados oito dias após a operação os pensos se podem ir successivamente distanciando.

Dujardin-Beaumetz acha que quanto me-

nor fôr o numero dos pensos tanto melhor, para assim a cicatrisação na cavidade pleural se realizar por primeira intenção.

Somos d'essa opinião, caso o liquido purulento tenha tendencia a tornar-se menos denso e não apresente um cheiro fétido, signal evidente da não existencia intra-pleural dos phenomenos da putrefacção. A lavagem pleural, seja qual fôr o liquido antiseptico empregado, produz algumas vezes, ainda que poucas, symptomas d'uma certa gravidade podendo levar o doente á morte. A morte subita tem sido verificada por Hache e produzida por uma embolia cerebral, por hemoptysis e por edema agudo.

Dumontpallier apresentou á Academia de Medicina de Pariz um caso que se refere a uma operada de pleurotomia em que teve occasião de verificar uma série de symptomas consecutivos á lavagem pleural. Em resumo, diz elle: «n'uma doente a quem pratiquei a operação do empyema e que hoje se acha completamente curada tive occasião de verificar que, após a lavagem pleural feita com injeções phenicadas, alcoolisadas ou iodadas, se manifestava um mal-estar geral com vertigem e coloração vermelha da pelle, da face e da parede anterior do peito».

Uma vez, os accidentes foram mais pronunciados; e, immediatamente depois da lavagem da pleura, a doente teve uma syncope

com trysmos e espuma da bocca. As condições da cura variam segundo os individuos e segundo a natureza do derrame purulento.

A cura pôde realizar-se mais ou menos promptamente segundo o grau d'expandibilidade pulmonar e segundo a flexibilidade da parede thoracica que facilita immenso a soldadura dos dois folhetos—parietal e visceral.

Nas pleurisias purulentas de marcha aguda, em que a purulencia se manifesta logo de começo, ha bastante a esperar pela cura em breve tempo, quando o pulmão estando são, facilmente recupera a sua ampliação normal. Se porém a pleurisia tiver uma marcha menos aguda, se ella se desenvolver lentamente e se se manifestarem lesões do lado da pleura e dos pulmões a cura a dar-se será comtudo bastante retardada.

Influem na cura—os passeios que o doente hygienicamente pôde realizar e o exercicio bem dirigido que forçam o pulmão a dilatar-se e a funcionar.

Picqué é d'opinião que em todos os casos o tubo de drenagem seja retirado quando o murmurio respiratorio se ouvir na visinhança da abertura e quando a percussão nos demonstrar que já não existe cavidade pleural.

Operação d'Estlander

Esta operação, prevista e mesmo executada por bastantes cirurgiões antes d'Estlander, tem conservado o nome d'este mestre da cirurgia por ser elle o primeiro que nas suas duas memorias, baseadas em oito observações clinicas, apresentou as regras da intervenção. Modificada pelos cirurgiões que a tem praticado depois d'elle, esta operação tem por fim a formação d'uma parede molle, susceptivel de se deprimir e d'adherir á superficie pulmonar para assim fazer desaparecer por completo qualquer cavidade que no espaço pleural se haja formado, no decorrer d'um derrame purulento.

Em França, a concepção d'este processo operatorio, é sem duvida devida aos cirurgiões lyonezes—Gayet e Létiévant; mas as suas largas applicações, os seus aperfeiçoamentos iniciaes, emfim as primeiras observações completas são devidas ao cirurgião Estlander.

E de facto, Létiévant ao reseccar duas costellas n'um individuo affectado d'empyema não teve em vista a mobilisação da parede thoracica, mas sim explorar a pleura que era séde de hemorragias muito repetidas e que punham em grande risco a vida do doente.

Ao estudar porém o mecanismo da cura do empyema, que se seguira á reseccão das duas costellas, foi levado a concluir que a mobilisação formada por este processo tinha sem duvida uma grande importancia na cura definitiva da ferida pleural. Já em 1869, Simon de Heidelberg aconselhava reseccar um certo numero de costellas nos empyemas chronicos a fim de «estreitar a cavidade pela approximação das costellas», e em 1872 Heineck na sua obra — «Compendium de chirurgischen operationem und verbandlehre», aconselha a reseccão da costella, situada acima da fistula, para realisar a approximação dos dois folhetos da pleura — visceral e parietal.

O primeiro que em França praticou a operação d'Estlander foi Weiss de Nancy. Depois d'este cirurgião muitos outros a tem vulgarisado e entre elles citaremos os seguintes: Bouilly em 1882, Boekel, Berger, Lucas Championnière, Nicaise, Kirmisson, Monod, etc. Entre nós foi esta operação tambem praticada e com resultado.

Em Lisboa, no hospital de S. José, no dia 9 de junho de 1888, sendo operador o dr. Alfredo Costa, professor da Escola Medica da mesma cidade. No Porto, no hospital de S. Antonio pelo habil professor dr. Antonio d'Azevedo Maia, que durante a regencia de clinica medica de 92 a 93 teve a amabilida-

de de mostrar ao curso do quinto anno o operado completamente curado.

A operação d'Estlander está hoje indicada quando a retractilidade da pleura, dilatação do pulmão e retracção da parede thoracica não se fizeram n'um grau sufficiente para determinar a obliteração da cavidade suppurante.

Em geral, só procedemos á operação d'Estlander depois de tentarmos, sem resultado, os outros meios cirurgicos e entre elles a pleurotomia propriamente dita. Devemos seguir de perto o estado reaccionario após a pleurotomia; saber quaes as dimensões que cavidade suppurante apresenta dia a dia e finalmente estar a par da dilatação pulmonar. Com estes elementos poderemos formar um juizo mais ou menos exacto das modificações porque a cavidade pleural vae passando, e julgarmos da possibilidade da cicatrisação.

Se houver uma tendencia muitissimo lenta para a cicatrisação ou chegar mesmo a haver suspensão no trabalho de reparação e eminencia dos phenomenos de cachexia, ha sem duvida uma indicação formal-a nova intervenção. A operação d'Estlander impõe-se n'estas condições.

E' muito difficil saber quando esta operação está contraindicada. Ao compulsarmos os tratados e as revistas da medicina encontramos as mais completas divergencias entre

os diferentes cirurgiões que ao estudo d'estas operações se tem dedicado.

Para alguns—o estado geral, a tuberculose, a albuminuria, as perturbações circulatorias e respiratorias, a idade do doente, a falta de retracção da parede thoracica, a idade do empyema e a existencia d'uma fistula pleuro-bronchica são dados a que devemos attender e que contraindicam em absoluto a operação estlandereana.

A tuberculose, emquanto a nós, não pôde em todos os casos ser uma contraindicação á operação d'Estlander. N'um individuo tuberculoso que ha bastante tempo apresenta uma cavidade suppurante sem tendencia para a cicatrisação, devemos ou não devemos intervir cirurgicamente praticando a operação de Estlander?

E' uma pergunta á qual Reverdin e Boeckel respondem negativamente e Kirmisson, Poulet e outros—affirmativamente, desde o momento que um dos pulmões esteja são e que as lesões tuberculosas sejam muito limitadas e a resecção a executar não tenha de ser muito extensa. Estas restricções nas contraindicações são com certeza bem cabidas e o exito coroará bastantes vezes o trabalho operatorio.

E' sempre conveniente antes da operação apreciarmos não só o grau de resistencia vital do individuo mas tambem qual a mar-

cha do processo tuberculoso. Ha tuberculoses de marcha tão rapida que um leve traumatismo operatorio, baixando a resistencia vital do organismo, é sufficiente para poder produzir uma infecção bacillar agudissima e levar o operado á morte.

Ha casos em que, apesar da tuberculose, a operação estlandereana tem sido praticada, chegando-se mesmo a reseccar bocados de pulmão e colhendo resultados os mais satisfatorios possiveis (*Semana medica*, Paris). Se a tuberculose estiver em começo, limitada, não teremos receio d'intervir cirurgicamente; porém, se a tuberculose pulmonar estiver avançada, se houver degenerescencia amyloide das visceras, de modo algum operamos; a contra-indicação n'esta hypothese é para nós formal.

A gravidade do estado geral, a não ser que dependa d'um certo numero de lesões, irremediaveis entre as quaes figuram as que ainda agora apresentamos, isto é, a tuberculose avançada e a degenerescencia amyloide das visceras, não contraindicam esta operação. Somos mesmo d'opinião que a operação d'Estlander é um dos meios a que podemos recorrer para obviar a que a febre hetica, as perdas de forças, a anorexia, a albuminuria, os vomitos, a diarrhea, o edema dos membros inferiores etc., se produzam.

Fallam em apoio da nossa opinião Borrelly, Berger, e Estlander, que pela operação

conseguiram fazer desaparecer todos ou quasi todos estes terriveis symptommas e colher resultados os melhores possiveis. A albumina tendo uma grande importancia na oportunidade d'esta operação leva-nos a analysar miudamente os phenomenos d'ordem pathologica que se produzem no rim.

A quantidade d'albumina contida nas urinas não nos póde indicar d'um modo absoluto o grau das lesões apresentadas pelos rins, visto que a producção d'essa albumina não é sómente devida a um desarranjo anatomophysiologico d'este orgão, mas é bastantes vezes, como diz Jaccoud devida a uma alteração profunda do sangue que, mudando as condições de diffusão da albumina, permite mais facilmente a sua passagem atravez dos rins.

Se a sua producção fôr pequena e devida a uma alteração das materias albuminoides do sangue, resultando d'um simples estado febril ou d'uma intoxicacão cujos productos septicos provieram ou da propria cavidade suppurante ou de doenças infecciosas, como a propria nephrite infecciosa aguda ou sob-agudá, não nos devemos, em semelhantes circumstancias, prender com a polyalbuminuria; e, feito um diagnostico exacto sobre as pequenas e leves alterações de que o rim é séde, devemos operar sem inconveniente de maior.

A pratica falla bem alto: individuos n'estas circumstancias em quem se tem praticado a operação estlandereana os resultados tem sido brilhantes e a albuminuria tem desaparecido após a operação. Quando porém a albuminuria fôr devida a lesões dos rins, profundas e graves—degenerescencia amyloide muito adeantada, não devemos intervir cirurgicamente, pois podemos augmentar estas lesões que, por si só, podem produzir a morte.

Ha contraindicação formal d'esta operação quando a cavidade do empyema apresentar grandes dimensões, occupando toda ou quasi toda a cavidade pleural e o empyema fôr antigo.

Para Lucas-Championnière a contraindicação não é como para nós tão formal; e, por operações successivas, distanciadas umas das outras, provoca um trabalho de reparação que, quando não traga a cura completa, traz pelo menos algumas melhoras.

Max-Schede fez dez operações de resecção hemi-thoracica completa e seguidas de bom exito; mas devemos dizer que os pulmões dos seus operados não offerciam as mesmas condições que os d'um empyema antigo, nos quaes a esclerose invade a valer o pulmão e a retracção é devida sem duvida ás adherencias thoraco-pulmonares.

Nos dez casos que elle operou, a esclerose não estando muito adeantada e as adhe-

rencias thoraco-pulmonares, sendo insignificantes, eliminadas por meio de processos apropriados, o pulmão, que havia pouco tempo occupava um espaço menor, apresentava uma forma differente, não tendo perdido a sua elasticidade, pela sua expansão voltou a occupar o seu primitivo logar.

O exito explica-se assim: se o empyema fosse antigo, não se dando este conjunto de condições favoraveis, não poderia de modo algum produzir-se a cura.

Resolvido que seja praticarmos esta operação, convem ainda discutir tres pontos de summa importancia: qual o comprimento que deve ter a incisão, onde devemos praticar essa incisão e quantas costellas e que extensão convem reseccar. Depois de resolvermos estes tres pontos podemos dar começo á operação.

Relativamente á incisão a praticar, o seu comprimento está mais ou menos subordinado ao numero de costellas a reseccar. Deverá ser tão comprida e tão larga que facilmente nos permitta levantar as costellas sobre um comprimento sufficiente.

Deverá ser sempre ao nivel da cavidade suppurante e de preferencia nas partes lateraes do thorax—na linha axillar. A operação d'Estlander na parte posterior da caixa thoracica torna-se impossivel, não só pelas apophyses transversas das vertebrae, mas tambem,

pela grande extensão occupada pela omoplata. Na extensão a dar á reseccão devemos ter como principio nunca reseccar de mais.

E' sempre prudente (apesar d'alguns cirurgiões as terem reseccado) respeitarmos as duas primeiras costellas. Nas duas ultimas, pela sua mobilidade, torna-se inutil a reseccão. Sendo dada uma cavidade suppurante reseccaremos as duas costellas que limitam a fistula e em seguida todas aquellas que correspondem á cavidade em questão.

E' convenientissimo, antes de procedermos á operação, fazer uma rigorosa exploração á cavidade pleural. Assim nos orientamos ácerca da sua grandeza, da fôrma e da sua direcção, que bastante luz vem derramar no caminho a seguir na pratica operatoria.

Empregamos n'esta operação os instrumentos das operações ordinarias, taes como: bisturis, pinças hemostaticas, etc., e alguns outros especiaes, destinados uns a fazerem o descollamento do periosseo, outros com o fim de seccionar as costellas. Para o descollamento do periosseo utilisamo-nos das diversas ruginas de Ollier ou das ruginas de bico rombo e curvo, empregando as rectas para o descollamento na face anterior e bordos das costellas e as curvas para a face posterior.

Para a secção das costellas lançamos mão da pinça de Liston ou do reseccador de Ce-

renville. A construcção d'estes instrumentos deve ser forte, pois ha casos em que as costellas, apresentando uma dureza extraordinaria para se seccionarem, obrigam o operador a empregar uma força consideravel.

Para completar o arsenal cirurgico fallaremos na cureta, que, em geral, se torna necessaria n'esta operação, afim de procedermos á raspagem da cavidade suppurante, eliminando assim as falsas membranas e o tecido esclerosado que sobre o pulmão se tenha formado.

A operação de Estlander comprehende seis tempos: 1.º Incisão das partes molles; 2.º Descollamento, ablação ou conservação do periosseo; 3.º Secção das costellas; 4.º Raspagem, curatagem e obliteração da cavidade pelo tampão, incisão e excisão da pleura; 5.º Drenagem da cavidade suppurante; 6.º Costura e drenagem das partes molles.

Não sendo intuito nosso descrever minuciosamente cada um d'estes tempos, diremos, comtudo, que tem sido feitos por differentes processos:

a) O primeiro, segundo a ordem chronologica, é a incisão transversal d'Estlander. Cada incisão deve levantar duas costellas; b) Germain Sée pratica uma unica incisão vertical; é, pela maior parte dos cirurgiões, julgada insufficiente; c) Trelat prefere a incisão vertical na extremidade da qual pra-

tica duas incisões horisontaes parallelas, formando assim um *H* voltado — \sqcap ; *d*) Berger faz uma incisão, limitando um retalho triangular de base postero-superior; *e*) Bouilly, finalmente, faz uma incisão em *U*.

Diremos como Berger: «la forme des incisions est peu importante, elle est subordonnée à l'étendue de la résection, et les plus simples sont les meilleures.»

Suturando as incisões cutaneas, collocamos drenos nos pontos mais declives para favorecer assim o esvaziamento dos liquidos.

No processo em *U*, de Bouilly, colloca-se um dreno mediano, que penetra na fistula thoracica e dois drenos lateraes que correspondem aos pontos mais inferiores dos dois ramos do *U*. São destinados a drenar a ferida que está debaixo do retalho. Não devemos prescindir, durante todo o trabalho operatorio, d'uma rigorosa antiseptia, no meio, nas mãos do operador, nos instrumentos e no campo operatorio. O exito depende em grande parte do rigor antiseptico.

*

*

*

Concluindo:

O tratamento cirurgico dos derrames pleuraes póde fazer-se de dois modos nitidamen-

te distinctos; ou pela simples punção da parede thoracica, ou pela operação da pleurotomia. A cada um d'estes methodos de tratamento correspondem differentes modificações, conforme os auctores que a este estudo se tem consagrado.

Formando os diversos processos conhecidos uma verdadeira escala, em cujas extremidades se encontram a simples punção e a pleurotomia estlandereana, não é indifferente na cura dos derrames pleuraes seguirmos este ou aquelle tratamento cirurgico de preferencia. Devemos, sim, começar sempre pelo emprego das punções para em ultimo recurso lançarmos mão da resecção das costellas, quando por ventura a punção thoracica não produza uma cura completa.

Para que havemos de começo fazer uma resecção, quando por uma simples punção podemos conseguir uma cura definitiva d'um derrame pleural? Nas creanças e adultos, em quem a expansibilidade pulmonar se observa perfeitamente, após a sahida do liquido que comprimia o pulmão, este orgão voltando a occupar o seu primitivo logar, realisa assim uma das condições mais importantes para a cura dos derrames pleuraes.

Ha casos em que o pulmão, não voltando ao seu primitivo volume, deixa entre elle e a parede costal um espaço maior ou menor,

podendo ainda assim a cura realizar-se pelo abaixamento das paredes costaes, facto este, que se observa principalmente nas creanças.

Quando porém não conseguirmos a cura pelo methodo das puncções e o pulmão tendo adherido á face interna da parede costal por verdadeiras bridas dê logar a um espaço vasio, não devemos duvidar em praticar uma costhotomia a fim de fazer desaparecer por completo essa cavidade.

A primeira puncção será praticada com um tracater capillar, evitando a entrada do ar, pelo aparelho aspirador de Dieulafoy ou de preferencia o de Poutain. Como ha factos provados de cura depois d'uma unica puncção, convem após o escoamento completo do liquido seroso ou purulento, proceder á oclusão da ferida, com ou sem previas lavagens da pleura. Se a collecção se reproduz, se sobrevem novos accidentes, far-se-ha uma segunda puncção seguida de lavagens.

O caminho a seguir d'aqui por deante depende da marcha da doença depois da operação. Dois casos se podem apresntar: ou o derrame manifesta uma tendencia a diminuir, ou a quantidade do liquido pleuretico permanece estacionaria, podendo mesmo algumas vezes augmentar a sua producção.

No primeiro caso, em que ha uma ten-

dencia manifesta para a cura, podemos fechar a ferida formada e, se necessario fôr, fazer de novo uma terceira punção, empregando igualmente um liquido deterstivo; no segundo caso é necessario introduzir uma canula, permanente, segura á parede thoracica, por meio da qual, pelos processos conhecidos, possamos lavar antisepticamente a cavidade pleural e por onde o derrame formado possa sahir.

A drenagem e o estabelecimento do siphão serão processos therapeuticos para tentar, auxiliados sempre pelo rigoroso methodo antiseptico.

Quando os differentes processos que o methodo da thoracentése nos proporciona baquearem, lançaremos mão da operação do empyema, para, em ultimo recurso, chegarmos á operação de Estlander.

Este modo de tratar os derrames pleuraes póde seguir-se tal qual o indicamos nos individuos de quem haja a esperar uma certa expansão pulmonar e um abaixamento da parede thoracica.

Nos individuos de idade avançada, em quem o pulmão perdeu bastante expansibilidade, ao mesmo tempo que se deu uma immobildade quasi que completa do lado do thorax, quando as punções antisepticas nenhum resultado favoravel forneçam, só a resecção das costellas está indicada.

Todos esses processos intermedios serão postos de parte para empregarmos aquelle que, diminuindo a cavidade suppurante, realisa as condições favoraveis á cura.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A respeito da constituição anatomica do craneo aceitamos a theoria de Oken e Goethe.

Physiologia — A acção produzida pelo abaixamento de temperatura sobre os nervos sensiveis da pelle serve de regulador, de estimulo na lucta inconsciente contra o frio.

Pathologia geral — A tosse é por vezes um acto defensivo e util.

Pathologia interna — A urgencia da thora-centése deve ser sempre regulada pela quantidade de liquido derramado.

Pathologia externa — O agente etiologico da blennorrhagia explica a frequencia das manifestações de pelle n'esta doença.

Materia medica — Na applicação dos medicamentos o processo hypodermico leva vantagens aos outros.

Medicina operatoria — Na colporrhaphia anterior preferimos o processo circular.

Anatomia pathologica — A analyse microscopica e chimica da expectoração revela quasi sempre o estado anatomo-pathologico do pulmão.

Partos — Consideramos a eclampsia como indicação ao parto prematuro artificial.

Medicina legal — Condemnamos o pessimo costume de fechar as cavidades — buccal e nasal logo depois da morte.

VISTA

Azevedo Maia.

IMPRIMA-SE

O Director interino

Dr. Souto.