

Ano XVI

N.º 1

Janeiro 1939



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

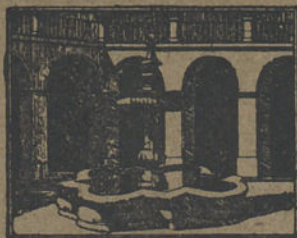
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta — Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60\$000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO: 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala

Est.

Tab.

N.º

ESPASMOS

da musculatura lisa desaparecem rapidamente após a administração do

EUPACO MERCK

em estados espasmódicos do
tracto gastro-intestinal
vias biliares
sistema uro-genital

EUPACO em comprimidos
tubos de 10 comprimidos.

EUPACO em supositórios
caixas com 5 supositórios.

EUPACO - ampôlas (Eupaverina com
atropina) caixas de 3 ampôlas.

E. MERCK
Fábrica de productos químicos
DARMSTADT



Representantes para Portugal:

QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA
Lisboa

Rua Gomes Freire, 96

Porto

Rua do Almada, 59

INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO

(MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sôbre-maneira à secreção natural de ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

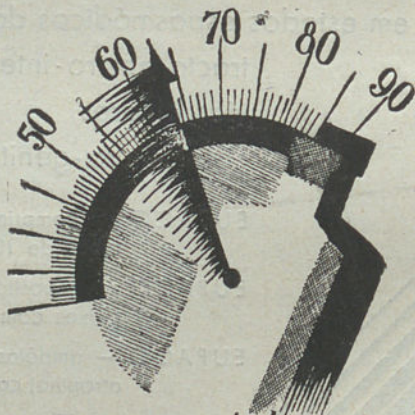
40 un. por cc. } 5 cc. (200 un.) 80 un. por cc. } 5 cc. (400 un.)
 } 10 cc. (400 un.)

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente standardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

Envia-se folheto com minúcias aos Ex.^{mos} Clínicos

Fabricantes: THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.

Representantes: COLL TAYLOR, LTD. — R. dos Douradores, 1.º — LISBOA



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5

Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244

Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

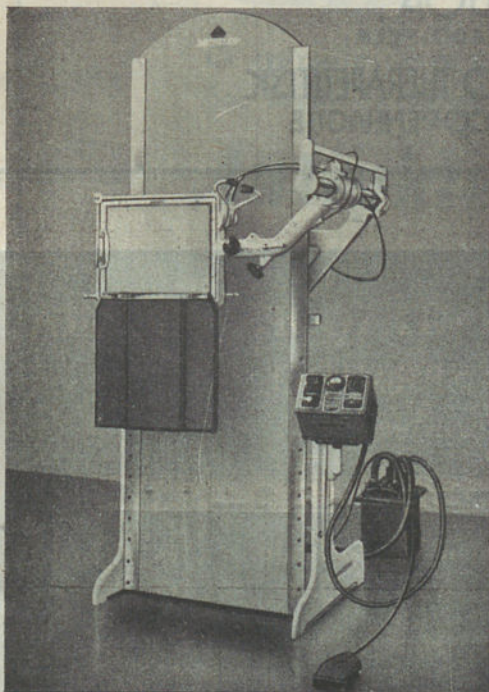
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia**, **Metrite**, **Salpingite**, etc.

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L. da 45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Rua de Santa Marta 153, 1.^o

Telefone 4 4329

LISBOA

Instalações de aparelhos de electro-medicina

APARELHOS DE RAIOS X
TIPO DISPENSÁRIO
para radiografias e radioscopias. Protecção absoluta contra os Raios X não desejados e perigos de alta tensão. Preço reduzido. ✪ Sempre em exposição na nossa sala de vendas. ✪ Este modelo pode ser fornecido com a modificação da mesa basculante.

SANOCRY SIN

DO PROF. MØLGAARD

CONTRA A
TUBERCULOSE

DEPOSITARIOS:

AZULAY & CIA. LTDA.

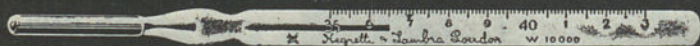
RUA AUREA, 100.

LISBOA.

PREPARADO PELA

DANSK CHEMO THERAPEUTISK
SELSKAB - COPENHAGUENÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ
MAL SERVIDO.

Com um



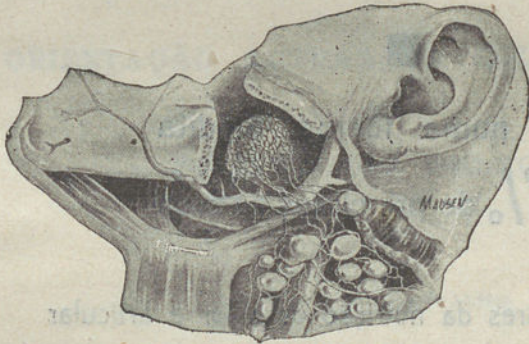
Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.

A AMIGDALITE

envolve todo o sistema linfático da garganta, pois que as amígdalas representam em si unidades importantes dêsse sistema.



O estímulo dessa cadeia de capilares por meio de generosas aplicações de

Antiphlogistine

sobre todo o pescôço, é quasi sempre o tratamento que se requer para remover as toxinas, aliviar o desconforto e reduzir prontamente a inflamação

SOLICITEM AMOSTRAS E LITERATURA MÉDICA A



The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

33% de princípios activos

Iodo
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 — Lisboa





SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Orientação actual da colapsoterapia na tuberculose pulmonar</i> , por Lopo de Carvalho.....	Pág.	1
<i>Pneumotórax terapêutico; sua técnica</i> , por Vasco de Lacerda.....	"	22
<i>Pneumotórax bilateral</i> , por França de Sousa.....	"	40
<i>A operação de Jacobaeus</i> , por Lopo de Carvalho.....	"	51
<i>Derrames pleurais consecutivos ao pneumotórax</i> , por Alberto de Carvalho.....	"	69
<i>Noticias & Informações</i>	"	I

ORIENTAÇÃO ACTUAL DA COLAPSOTERAPIA NA TUBERCULOSE PULMONAR

POR

LOPO DE CARVALHO

Meus senhores,

Quando, em 1928, se realizaram entre nós os primeiros cortes de aderências, as primeiras extirpações do frénico e as primeiras ressecções costais, dominava então como princípio fundamental da terapêutica anti-tuberculosa a idea da imobilização pulmonar. A acção manifesta e brilhante de certos pneumotórax sôbre a regressão lesional de determinados processos tuberculosos era, na verdade, de tal forma evidente, que todos os meios tendentes a obter o repouso do pulmão constituíam, sem sombra de dúvida, a lógica orientação da terapêutica anti-tuberculosa.

Explicava-se nessa época o efeito curativo do colapso pela simples imobilidade do órgão, cujos contínuos movimentos de inspiração e expiração não permitiam naturalmente a tranqüillidade necessária à cicatrização das lesões. Sendo assim, isto é, se o problema se resumia a uma simples questão de imobilidade pulmonar, era pois lógico considerar se a frenicectomia e a toracoplastia como simples e naturais sucedâneos das insuflações

intrapleurais. Por isso a primeira daquelas intervenções, de técnica extremamente simples, criou foros de cidade e colheu tal voga entre os clínicos da especialidade, que poucos tuberculosos unilaterais com sínfises da pleura escaparam à epidemia da extirpação do frénico.

Ora nenhuma destas intervenções pode ser considerada como tratamento sucedâneo do pneumotórax artificial. A frenicectomia tem as suas indicações bem determinadas e as suas contra-indicações formais. O mesmo sucede com a toracoplastia. A seqüência «Pneumo Freni-Toraco» nunca podia, portanto, traduzir, na sua simplicidade esquemática, os graus sucessivos da terapêutica cirúrgica a que os tuberculosos pulmonares deviam sujeitar-se. O problema é mais complexo e não se amolda, nem nunca se amoldou, a fórmulas simples criadas por grosseiros raciocínios baseados na fisiopatologia do colapso.

Exige naturalmente a solução do problema conhecimentos pormenorizados sôbre as modalidades clínicas da doença, sôbre o potencial evolutivo do processo, sôbre a constituição anatómica das lesões. Não dispensa o estudo individual de cada caso, com a apreciação dos elementos clínicos e radiográficos que em cada doente permitam estabelecer a feição do mal, o seu carácter progressivo ou regressivo, o grau de retractibilidade lesional, a extensão do processo, etc. Exige, por sua vez, o conhecimento da fisiologia mecânica do pulmão são e do pulmão doente, por forma a poder apreender-se em cada caso, e portanto individualmente, a fisiopatologia do pulmão a tratar e assim poderem estabelecer-se fisiològicamente as directrizes da intervenção a fazer.

Procedendo desta forma, nunca, por exemplo, se deverá extirpar um frénico quando o vértice homólogo estiver destruído por volumosa cavidade do 3.º grau, nem será de aconselhar uma toracoplastia segundo a técnica de BRAUER, quando a cavidade se acantona nas proximidades do ângulo costo-raquídio. Na verdade, o resultado de qualquer destas duas intervenções, nos casos citados, seria absolutamente nulo e, direi mesmo, prejudicial pelas conseqüências que acarretaria. E, no entanto, qualquer daquelas intervenções, segundo a velha seqüência «Pneumo-Freni-Toraco» estava naturalmente indicada. Mas procedamos com método e recordemos primeiramente as modernas concepções do colapso pulmonar, para só então delimitarmos o

campo de acção a cada uma das intervenções cirúrgicas colapsantes.

*

*

*

Como sabem, o pulmão encontra-se, na cavidade torácica, em estado de acentuada distensão. Essa distensão é constante, pois até no final da expiração forçada se aprecia; efectivamente, a comunicação da cavidade pleural com o ar exterior dá lugar à rápida retracção do órgão, seja qual fôr o tempo respiratório em que se estabeleça.

Como a cavidade torácica é sempre superior ao volume do pulmão, compreende-se que o órgão esteja permanentemente em situação de forçada distensão; essa distensão sofre ainda, no decurso da inspiração, apreciável aumento. Há, pois, no estado normal, uma distensão estática, cujo valor mínimo coincide com o final da expiração, e uma distensão dinâmica, maior ou menor, consoante a amplitude dos movimentos respiratórios.

Supunha FORLANINI que a acção do pneumotórax artificial residia simplesmente na anulação destas fôrças distensivas, anulação fácil de obter pela introdução de ar ou de azoto na cavidade pleural. A permanência da distensão dinâmica, facilmente apreciável pelas oscilações manométricas, mesmo quando a pressão endo-pleural ultrapassava já o *O* manométrico, mostrava, porém, que a imobilidade do órgão só poderia conseguir-se pela compressão pulmonar, ou seja, à custa de grandes insuflações, com pressões terminais fortemente positivas.

De aí resultou a técnica do pneumotórax artificial compressivo, técnica seguida nos primeiros tempos da descoberta de FORLANINI, mas já hoje caída por completo em desuso. E caíu em desuso justamente porque a experiência não confirmou a hipótese estabelecida.

Na verdade, não só a imobilidade do órgão era praticamente irrealizável, mesmo sob a acção de pressões muito elevadas, como também se verificou não serem necessárias tais pressões para a cura das lesões tuberculosas. Os resultados favoráveis do pneumotórax obtidos logo após as primeiras insuflações (muito antes portanto de se ter conseguido acentuado grau de colapso

pulmonar) constituíam, com efeito, cabal demonstração da inutilidade das pressões endo-pleurais elevadas.

Por outro lado, o exame radiográfico de numerosos casos permitiu reconhecer que nem sempre existia correlação entre a eficácia do pneumotórax e o grau de compressão pulmonar. Conheciam-se pneumotórax parciais cujos resultados eram não só comparáveis, como até, por vezes, excediam os obtidos com colapsos totais do órgão. Parecia, portanto, poder deduzir-se que uma insuflação gasosa, embora pequena, mas que permitisse libertar o parênquima pulmonar das suas conexões periféricas e dar livre acção às fôrças elásticas de retracção, constituía por si só condição bastante e necessária para o estabelecimento da esclerose cicatricial e, portanto, da cura do processo.

De aí a norma desde então seguida de se instituírem os pneumotórax sempre com pressões negativas, isto é, com pressões que não ultrapassem o *O* manométrico.

Encarado sob êste aspecto o princípio fundamental da acção curativa do pneumotórax artificial, justificava-se naturalmente que a frenicectomia e a toracoplastia alinhassem ao lado da terapêutica colapsante, pois uma e outra visavam, muito embora por meios diversos, atingir o mesmo fim, ou seja o de permitir, dentro de certos limites, a retracção parcial do parênquima pulmonar. Era apenas uma questão de amplitude no grau de colapso realizado. Podiam até as duas intervenções substituir-se uma à outra ou conjugar-se no mesmo indivíduo. E, se a frenicectomia teve mais larga expansão do que a costectomia, só a maior gravidade da segunda e a sua técnica, de mais delicada execução, fizeram com que fôsse habitualmente preferida, quando a tentativa prévia do pneumotórax resultasse infrutífera.

Os resultados colhidos com a realização sistemática da frenicectomia em tais casos foram, porém, desoladores. Por seu turno, as toracoplastias, feitas consecutivamente, nem sempre conduziram êsses doentes para a cicatrização ou estabilização do processo; a sua acção era caprichosa e inconstante.

As teorias da colapsoterapia, baseadas na imobilização e na redução do volume pulmonar, não encontravam, por consequência, na sua aplicação prática, factos que pudessem sustentá-las, ou resultados que permitissem a sua confirmação. É certo que o tratamento colapsante provocava habitualmente certo grau de

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE
PELA

Ultra-linfa

(VACINA PARA O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE)

aplicável nas formas médicas e cirúrgicas da tuberculose

(A' venda em caixas de 6 ampólas (doses de I a IV))

Este novo tratamento, resultado dos trabalhos clínicos e laboratoriais iniciados em 1930 pelo Dr. Forte de Lemos com uma vacina estudada pelo Dr. Seixas-Palma, constituíram o assunto de três comunicações apresentadas pelo primeiro à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, respectivamente em Janeiro de 1933 — *Ensaio de um novo tratamento da tuberculose pulmonar*; em Março de 1934 — *O tratamento da tuberculose pela Ultra-Linfa*; e em Junho de 1936 — *A acção da Ultra-Linfa em várias formas de tuberculose*. Nestes trabalhos apresenta o autor diferentes casos de tuberculose médica e cirúrgica em várias fases da sua evolução, tanto no adulto como na infância (e alguns deles de bastante gravidade, como o empiema de Kock), nos quais foi obtida a cura clínica e radiológica por meio de Ultra-Linfa. A sua inocuidade quasi absoluta, o seu fácil manejo e a facilidade de aplicação mesmo nos casos altamente febris, conferem-lhe qualidades que a põem ao alcance de todos os clínicos e a tornam aplicável em todos os periodos da tuberculose.

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Médicos

Laboratório de Biologia e Quimioterapia
RUA DE S. TIAGO, 9 — LISBOA

Depositários:

Vicente Ribeiro & Carvalho da Fonseca
RUA DA PRATA, 137 — LISBOA — TELEFONE 2 4928

redução volumétrica do parênquima e de imobilidade lesional, mas nenhum destes factores só por si era suficiente para que a cicatrização do processo se verificasse. A acção do colapso pulmonar não podia, pois, limitar-se à imobilização do órgão ou à redução do seu volume, hipóteses que as primeiras impressões permitiam estabelecer. Deviam ser outras as modificações de ordem mecânica que a colapsoterapia determinava.

Conhecem, certamente, os chamados pneumotórax electivos, isto é, os casos de colapso pulmonar limitado à zona doente, situação architectural criada pelo próprio organismo, sem que para tal se tenha modificado a técnica habitual das insuflações. É o que se observa, por exemplo, nas radiografias n.^{os} 1 e 2, reproduzidas na estampa I.

Supunha-se até aqui que a electividade do pneumo constituía raridade. Mas não. Se tiverem o cuidado de insuflar pequenas quantidades de ar na pleura de qualquer doente com lesões recentes e limitadas e se, na seqüência das insuflações, se preocuparam mais com o exame radioscópico do que com os valores manométricos, terão ensejo de verificar muitas vezes que, emquanto se mantém o regime de pressões endo-pleurais negativas, as zonas doentes do órgão retraem-se e imobilizam-se espontaneamente, ao passo que o parênquima pulmonar não conserva em grande parte o seu volume e a sua mobilidade. É o que, regra geral, se observa nos casos de pneumotórax bilateral simultâneo, cuja prática exige, como sabem, regime de baixas pressões na cavidade pleural.

Grande número de pneumotórax realizados em pleuras livres e precocemente estabelecidos passam, pois, por uma fase de electividade, no início do tratamento. É o que se observa, por exemplo, nas radiografias reproduzidas na estampa II, referentes ao mesmo doente. Mais tarde essa electividade, em geral, perde-se; apenas num ou noutro caso se mantém, circunstância essa que lhe trouxe os qualificativos de «rara» e de «ocasional».

Várias têm sido as explicações do seu mecanismo.

BERNOU, por exemplo, attribuía a electividade à retracção reflexa do lobo doente. Esta explicação encerra, como não deixará de reconhecer, certo grau de fantasia. É certo que o reflexo de imobilização hemitorácica e hemi-diafragmática existe por ve-

zes em processos tuberculosos iniciais com imagens radiográficas mínimas. É um facto êste reflexo de defesa; constitue, porém, raridade, contrariamente à electividade do pneumo, que, como vimos, é freqüente.

Atribuir a causa da electividade a uma atelectasia da zona pulmonar infiltrada, é também explicação que não resiste a crítica judiciosa. É certo que a atelectasia pode produzir retracção electiva da zona em que surgiu, mas êsse facto não permite tirar a conclusão de que todo o colapso electivo tenha por substracto fisiopatológico o aparecimento de uma atelectasia local.

PARODI, que nos últimos anos tem consagrado os seus trabalhos de investigação ao estudo da mecânica pulmonar e para quem os factos clínicos não são mais do que a expressão exclusiva de fenómenos físicos e mecânicos, desprezando assim as leis biológicas inerentes a todos os seres vivos, quis encontrar a explicação da electividade na simples acção da gravidade. Como é nos lobos pulmonares superiores que o fenómeno, em regra, se verifica, a posição vertical própria do género humano condicionaría situação propícia para que a simples acção do pêso do pulmão pudesse actuar como factor de electividade.

Esta explicação, porém, não tem bases seguras em que se apoie. Basta, na verdade, existirem pneumotórax electivos do lobo inferior, como tantas vezes se verifica nas lesões da base, para que as teorias de PARODI sossobrem por sua vez. É o que poderão verificar nas radiografias reproduzidas na estampa I, figs. 3 e 4. A segunda destas radiografias mostra com nitidez a retracção completa do lobo inferior e o seu envolvimento pelos lobos médio e superior, que se encontram em acentuada distensão, a-pesar da pressão interpleural ter sido levada até ao *O* manométrico.

Há também quem responsabilize a pleura supra-lesional de provocar a electividade. GILBERT, por exemplo, apoia essa explicação no facto conhecido da retracção espontânea do tecido pulmonar são, durante o período inflamatório da pleura que precede o aparecimento de um derrame. Ao nível das lesões parenquimatosas é, na verdade, possível que a pleura se encontre alterada, endurecida e impermeável, por vezes, e que essa alteração possa provocar a retracção do lobo doente. O que, porém, se nos não afigura possível é que uma tal pleura se mantenha livre

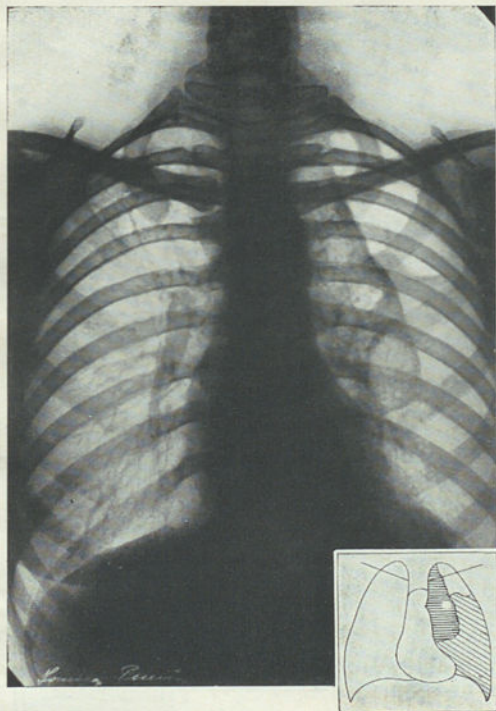


Fig. 1 — Pneumotórax electivo do lobo superior esquerdo

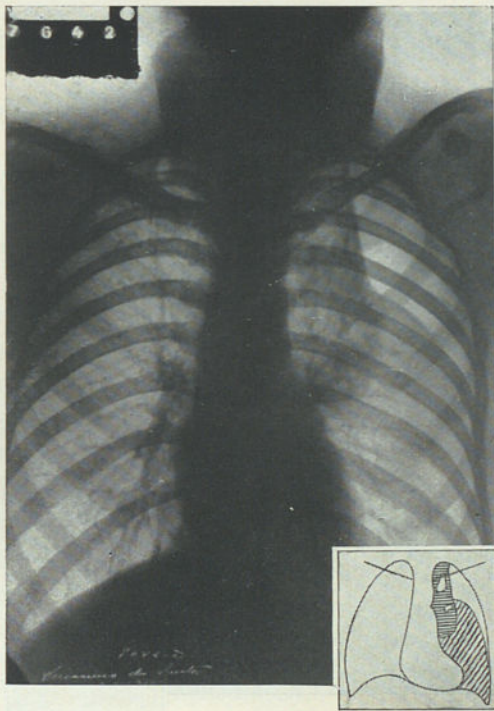


Fig. 2 — Pneumotórax electivo do lobo superior esquerdo

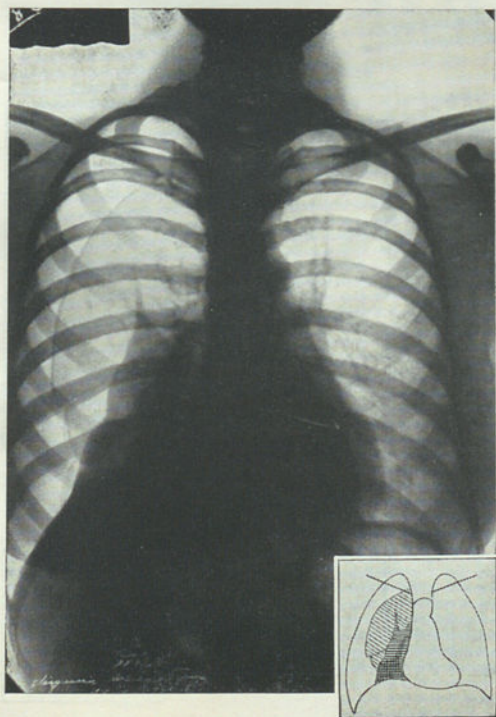


Fig. 3 — Pneumotórax electivo do lobo inferior direito

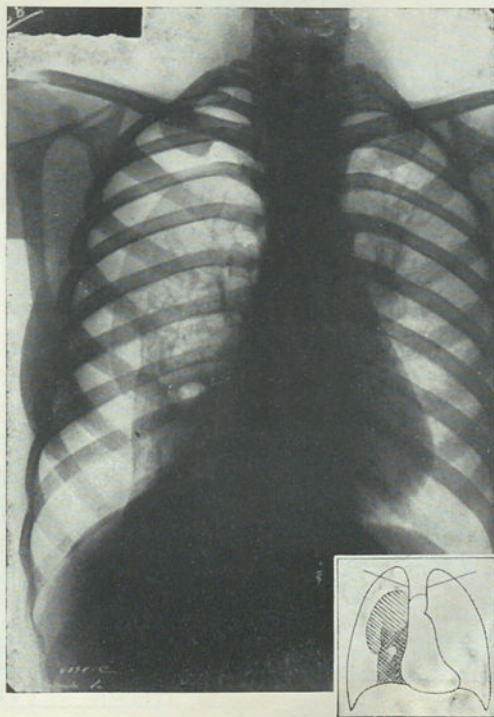


Fig. 4 — Pneumotórax electivo dos lobos médio e inferior direitos

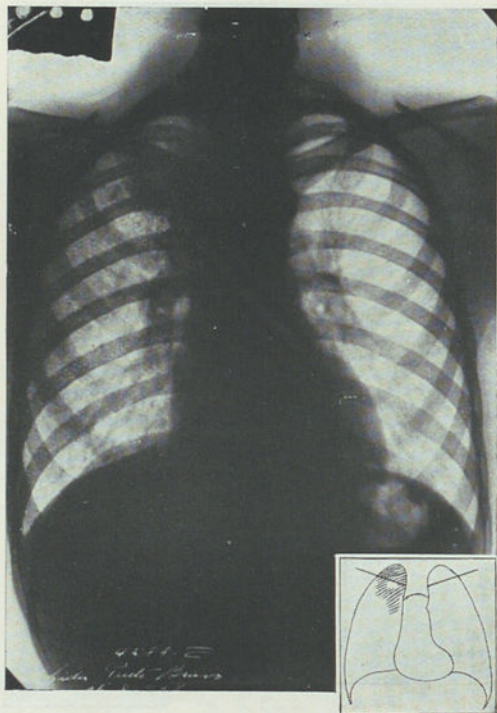


Fig. 5 — Lesão cavitária do lobo superior direito

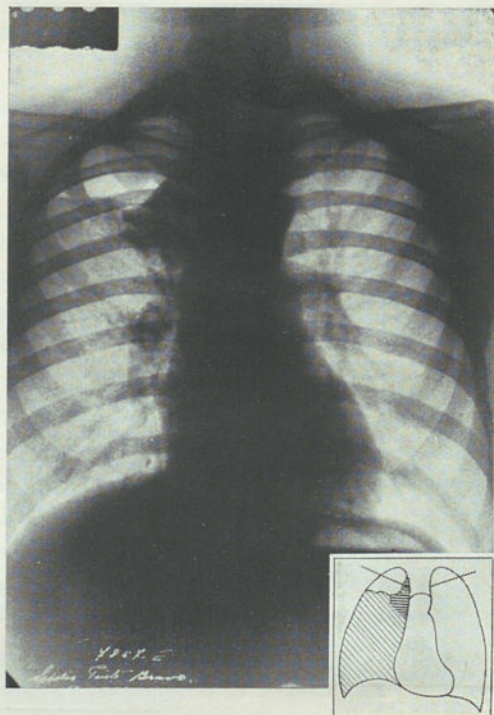


Fig. 6 — Colapso electivo dêsse lobo, após insuflação com pressão final a - 6

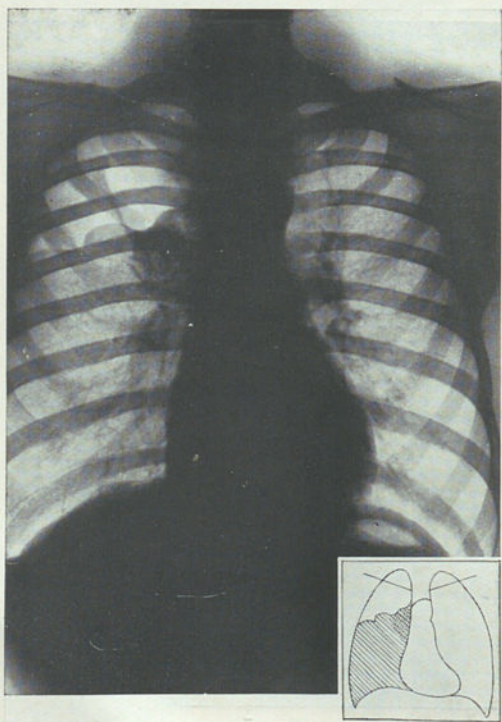


Fig. 7 — Colapso electivo do mesmo lobo e pequeno colapso do lobo médio, após insuflação com pressão final a-2

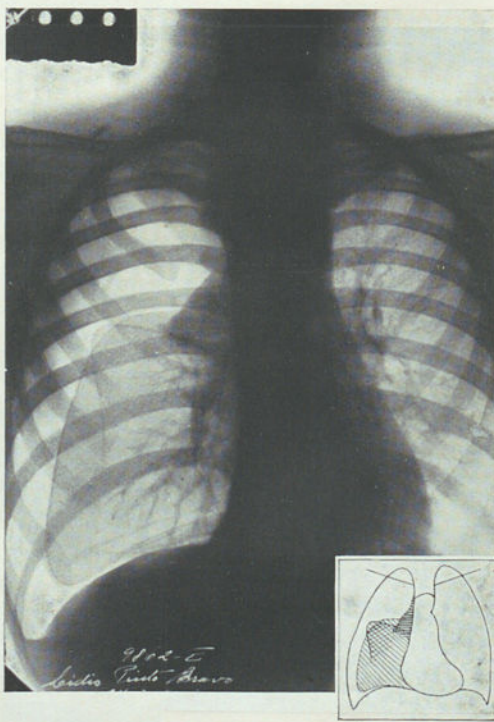


Fig. 8 — Colapso electivo do lobo superior e colapso parcial dos lobos médio e inferior, após insuflação com pressão final a-0

e não tenha ocasionado previamente uma sínfise localizada, impeditiva de qualquer colapso.

Como vêem, meus senhores, nenhum dos factores apresentados até hoje para explicar o colapso electivo satisfaz o nosso espirito. É natural que não exista uma causa única determinante e que o seu aparecimento seja, portanto, condicionado por um conjunto de diversos elementos que, combinando-se entre si, possam, consoante as condições anátomo-patológicas existentes, provocar ou não a electividade do pneumotórax.

Tenho a impressão de que para a sua constituição muito deve contribuir a acção retráctil que a esclerose do tecido pulmonar condiciona. Ninguém ignora, com efeito, que as formas fibro-caseosas, por exemplo, curam por processo de esclerose cicatricial lento, que exige, para se constituir, retracção considerável do parênquima invadido, em geral proporcional à neo-formação conjuntiva. É o que tantas radiografias testemunham com o deslocamento por vezes acentuado do mediastino, com incurvação da traqueia, repuxamento da cúpula diafragmática, encurtamento dos espaços intercostais, etc. Essas forças retractivas da esclerose cicatricial são, por vezes, intensas. Ora, se elas conseguem desviar acentuadamente a traqueia, que arrasta consigo o próprio mediastino, é lógico admitir que tenha o mesmo substracto anatómico a retracção localizada de uma pequena porção do parênquima, tanto mais que essa retracção se encontra acentuadamente facilitada pela insuflação interpleural de certo volume de ar. Poderia objectar-se que, sendo assim, o colapso electivo só deveria obter-se em situações anátomo-patológicas com tecido fibroso já organizado. Mas é isso o que habitualmente se observa. Desde que não haja formação de tecido de esclerose, como por exemplo nos processos exsudativos de evolução aguda (v. g. a pneumonia caseosa), a electividade não se regista. Eu bem sei que há aspectos radiográficos de certas lesões que não permitem reconhecer a existência de formações conjuntivas e que, apesar disso, conseguimos nesses casos realizar pneumos electivos. É certo; mas o que também ninguém pode afirmar é que pelo simples exame radiográfico se possa demonstrar nesses casos a sua ausência, pois todos sabem que as imagens fornecidas pelo film são apenas sombras de alterações macroscópicas, não podendo a sua análise, como tal, dar-nos a mesma segurança de exactidão

diagnóstica que obtemos pelo exame directo ou microscópico da própria lesão.

Quando se faz uma pequena insuflação pleural, a retractibilidade do processo fibroso provoca naturalmente maior redução do parênquima doente, em comparação com a redução das zonas sãs, a qual é apenas condicionada pela elasticidade do tecido.

Como a primeira (fôrça retráctil) é maior do que a segunda (fôrça elástica), compreende-se que a electividade se estabeleça e que seja tanto mais pronunciada quanto maior fôr a diferença entre aquelas duas fôrças. Compreende-se também que a electividade dependa da pressão interpleural do gás. Se esta se aproxima da pressão atmosférica, o parênquima sã retrai-se progressivamente até atingir o colapso total. Desaparece, pois, a electividade. Se a pressão interpleural é superior à pressão atmosférica, isto é, se é positiva, pode, nesse caso, estabelecer-se até o chamado pneumotórax contra-electivo, ou seja a maior retracção do parênquima sã relativamente à do parênquima lesado. Efectivamente o tecido infiltrado por processo fibro-caseoso tem maior densidade e é menos arejado do que o tecido sã; oferece, pois, maior resistência à compressão; de aí resulta que, sob a acção de pressões interpleurais positivas, um pneumotórax inicialmente *electivo* possa transformar-se num pneumotórax *contra-electivo*.

São estes pneumotórax contra-electivos desfavoráveis à cicatrização das lesões, pois criam situações prejudiciais à cura do processo. O traumatismo mecânico que se exerce na união das zonas sãs e doentes do pulmão tuberculoso é, como sabem, o principal factor impeditivo da cicatrização das lesões. Resulta êsse traumatismo da elasticidade diferente dos campos parenquimatosos contíguos. A natureza fornece-nos, como diz DUMAREST, um exemplo claro dêste mecanismo na forma como se realiza na dequitação o deslocamento da placenta: a contracção do músculo uterino, não podendo ser seguida pela massa placentária, muito mais rígida, produz, conseqüentemente, a laceração ao nível da superfície que separa as zonas de elasticidade diferente.

Isto, que habitualmente se passa no pulmão tuberculoso não colapsado, pode igualmente surgir quando a pressão interpleural é accentuada, pois nesta situação o traumatismo reaparece, visto na zona de união do tecido sã e lesado se encontrarem, de um e outro lado, fôrças desiguais em acção.

É certo que a estas fôrças estáticas se adicionam, no pulmão não colapsado, fôrças dinâmicas que os movimentos respiratórios produzem. Se conseguirmos que estas se extingam ou reduzam, o traumatismo é, conseqüentemente, menor, e é por êsse motivo que os pneumos contra electivos podem ter, e algumas vezes têm de-facto, certa acção favorável sôbre as lesões. O resultado ulterior do tratamento é que não confirma, porém, o que as melho- ras iniciais permitiam prever.

De tôdas estas considerações parece, pois, deduzir-se que a situação óptima para a colapsoterapia pulmonar poder exercer a sua acção consiste em suprimir ou, pelo menos, diminuir as ten- sões estáticas e dinâmicas que actuam ao nível das lesões pul- monares, procurando simultâneamente respeitar-se a função do restante parênquima respiratório ainda são. Estas condições en- contram-se, como sabem, no pneumotórax electivo, onde só as zonas doentes permanecem imobilizadas, continuando as zonas sãs em franca actividade funcional.

O colapso não deve, portanto, ser compressivo, nem tam- pouco a terapêutica colapsante deve procurar a imobilidade total do órgão. O fim em vista deve consistir apenas em conseguir a quietação dos focos lesionais, aliviando os das suas conexões periféricas e permitindo-lhes, conseqüentemente, o repouso funci- onal necessário à cicatrização.

É o pneumotórax electivo que constitue o melhor meio tera- pêutico para realizar tais condições. Se ao nível das lesões exis- tem algumas aderências impeditivas da retracção, a operação de JACOBÆUS resolve ainda facilmente o problema. Se, porém, as aderências existentes não são seccionáveis por via endopleural, em virtude da sua extensão ou implantação, ou se as pleuras se encontram fortemente aderentes por sínfise extensa, é então à ci- rurgia que terá de recorrer-se para se obter o repouso mecânico da zona pulmonar lesada.

Foi a operação de JACOBÆUS que se fêz, por exemplo, nos doentes cujos filmes radiográficos se encontram reproduzidos na estampa III, figs. 9, 10, 11 e 12. Como poderão verificar, a secção das aderências permitiu estabelecer a electividade do pneumo.

*

* *

Durante muitos anos manteve-se a cirurgia na ignorância do verdadeiro mecanismo de acção da colapsoterapia pelo pneumotórax artificial. O cirurgião procurava apenas obter a imobilização parcial ou total do órgão. Para isso, ou extirpava frénicos, o que conduzia à redução do volume pulmonar e à sua imobilidade parcial por elevação do diafragma, ou ressecava largamente as costelas para obter o máximo de imobilização do pulmão.

Esta orientação constituía, porém, um êrro, como devem compreender, desde que tenham presentes as considerações que acabei de fazer.

É que, repito mais uma vez, a acção da colapsoterapia não consiste na compressão das lesões ou na simples imobilidade total ou parcial do órgão. O que procuramos com o colapso é apenas a quietação dinâmica das zonas doentes e o repouso necessário à acção das fôrças de retractibilidade que se geram nos focos lesionais. O fim a atingir é, pois, libertar as zonas doentes das fôrças de distensão que nela se exercem, subtraindo-as às fôrças exteriores da tracção e modelando, conseqüentemente, a parede toraco-diafragmática à nova arquitectura pulmonar que o potencial retráctil das lesões tende a estabelecer.

A orientação cirúrgica sofreu, por isso, profunda modificação. As toracoplastias totais de há poucos anos passaram a constituir raridade. De totais tornaram-se parciais, topográficas, electivas. E as frenicectomias perderam, por seu lado, a situação que, pela sua técnica fácil, tinham conquistado, para entrarem em campo de limitada aplicação, dada a infidelidade da sua acção terapêutica.

O papel de cirurgião deixou, conseqüentemente, de ser autónomo para depender das indicações que o tisiologista lhe fornecer. Cessou a indicação vaga de frenicectomia ou toracoplastia, que dantes acompanhava os tuberculosos dirigidos às clínicas cirúrgicas pelos serviços médicos. Hoje a cirurgia torácica colapsante constitue uma especialização que exige da parte do operador profundos conhecimentos de tisiologia ou então a estreita colaboração de médicos especializados na matéria. Pode o cirurgião ter vasta erudição e experiência, qualidades técnicas exce-

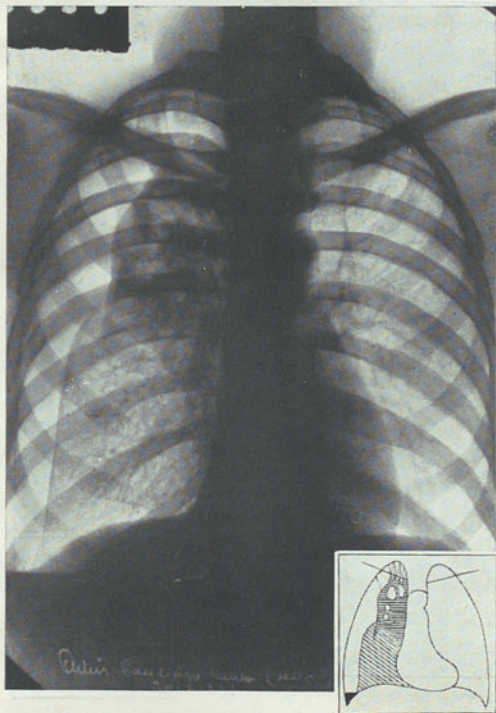


Fig. 9 — Aderências pleurais do lobo superior direito

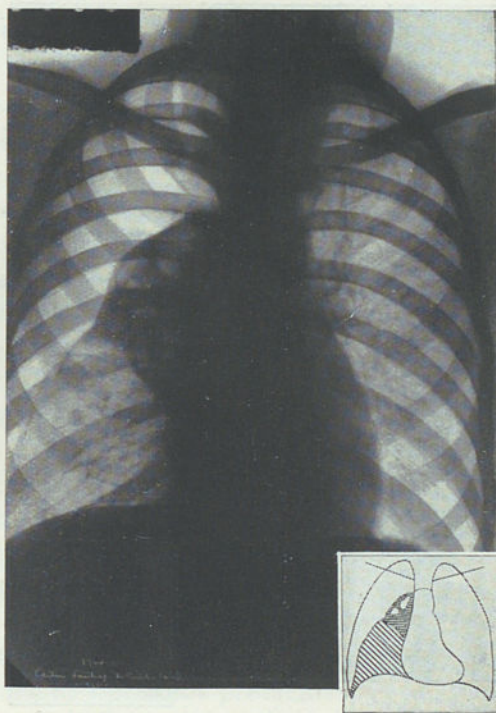


Fig. 10 — Mesmo caso, após secção de aderências. Colapso electivo

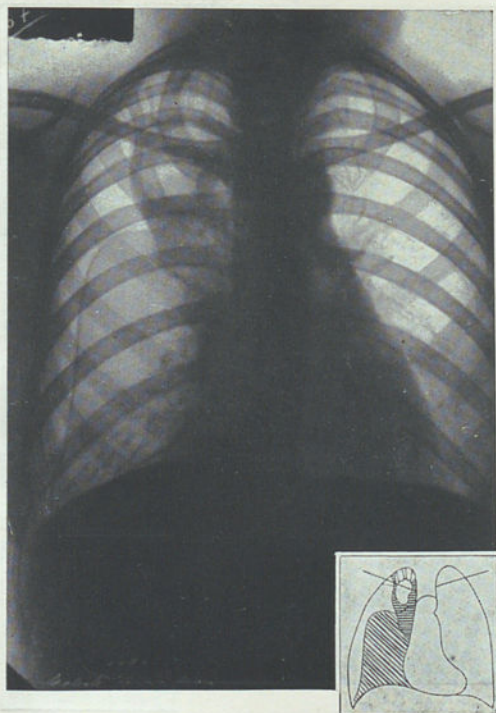


Fig. 11 — Aderências pleurais do lobo superior direito. Grande cavidade nesse lobo

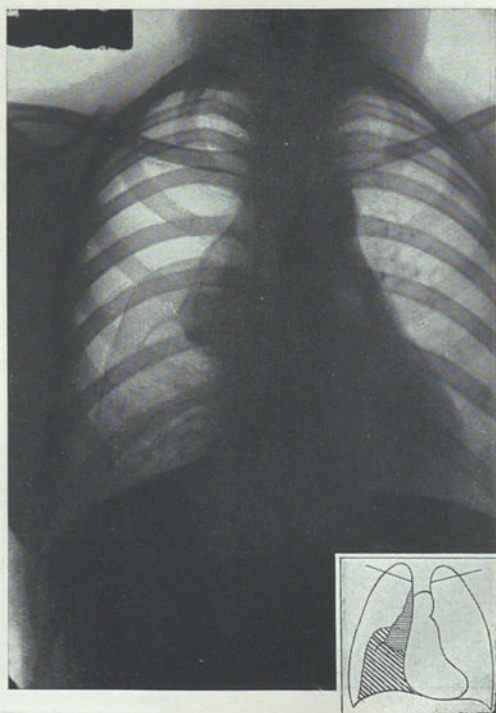


Fig. 12 — Mesmo caso, Colapso electivo e desaparecimento da cavidade, após secção de aderências

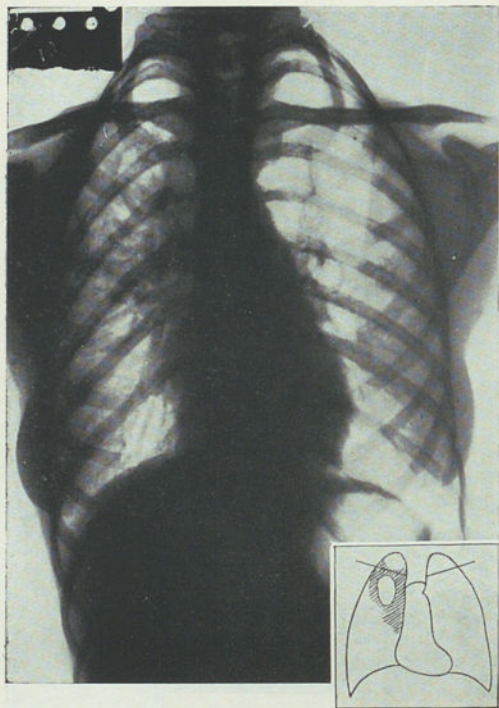


Fig. 13 — Cavidade da região infraclavicular direita

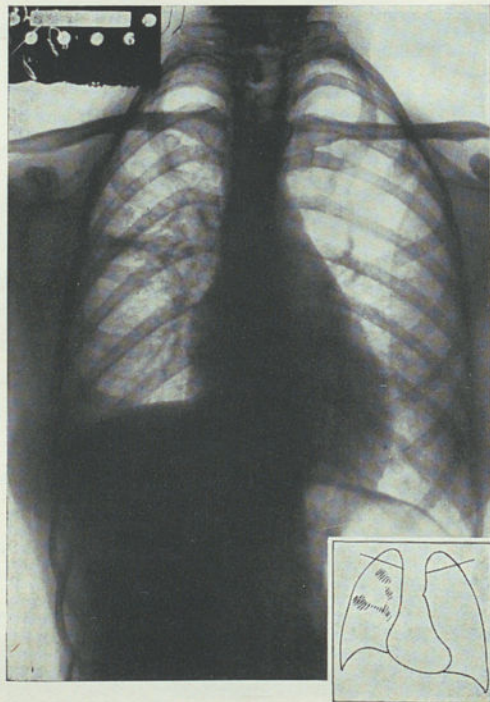


Fig. 14 — Mesmo caso. Desaparecimento da cavidade, após frenectomia

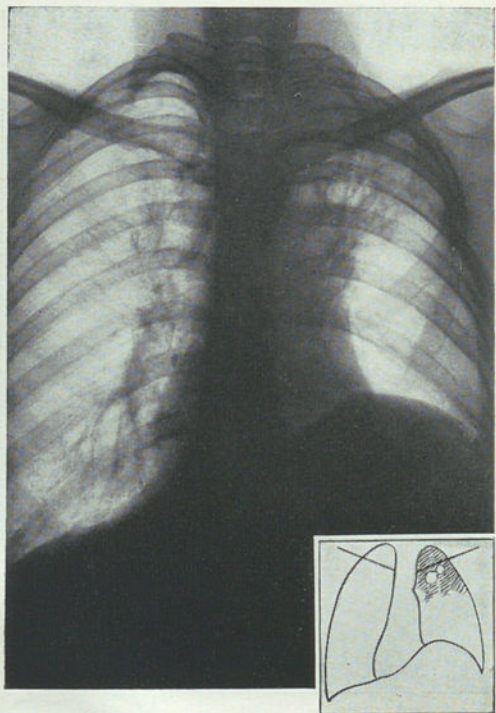


Fig. 15 — Lesões cavitárias do lobo superior esquerdo, sem modificação apreciável após frenectomia

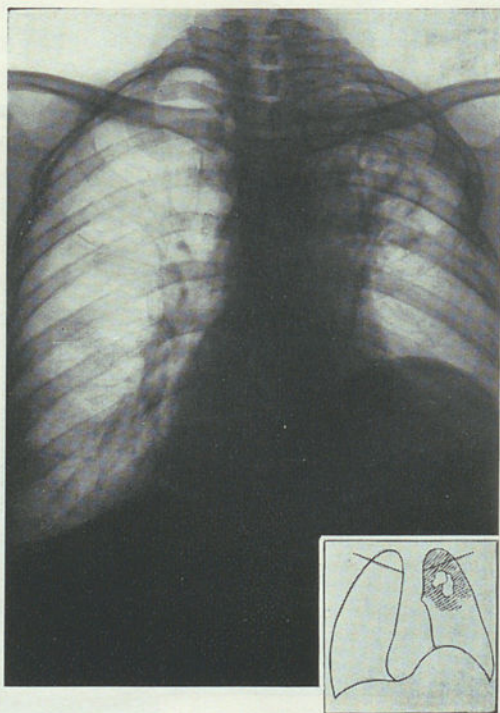


Fig. 16 — Mesmo caso. Agravamento ulterior das lesões cavitárias

lentes; mas, não sendo tisiologista, é-lhe mais difícil, como dizia Roux, indicar conscientemente uma toracoplastia, do que ao próprio tisiologista, executá-la. É que, como há pouco lhes disse, a colapsoterapia cirúrgica é hoje em dia uma verdadeira intervenção plástica, pela qual se procura realizar uma moldagem do tórax consoante as lesões da tuberculose pulmonar subjacente. As técnicas terão, pois, de ser variadas segundo os casos. Nuns as ressecções costais serão limitadas às três ou quatro primeiras costelas; noutros exigirão a ressecção das próprias apófises transversas; nalguns serão os fragmentos costais axilares que o cirurgião extirpará; em raros casos será ainda a clássica técnica de SAUERBRUCH que estará indicada; em determinados doentes será a apicolise extrapleural que se imporá; noutros será a frenicectomia que terá de recorrer-se. Emfim, a colapsoterapia cirúrgica deixou de ser uma policostotomia para se transformar numa plastia topográfica e electiva.

É hoje em dia indispensável a estreita colaboração do médico e do cirurgião para se poderem resolver os múltiplos problemas da colapsoterapia operatória, por forma a individualizarem-se ao máximo as intervenções, que terão de depender da situação, do tipo evolutivo e da constituição anatómica das lesões.

Vejamos, para melhor compreensão do assunto, certas directrizes de ordem geral sobre as indicações da colapsoterapia cirúrgica e algumas das modalidades que deverão revestir em harmonia com o tipo das lesões a tratar.

*

*

*

Uma noção fundamental de há muito estabelecida é a da unilateralidade das lesões exigida para a colapsoterapia cirúrgica. Não se trata, é bem de ver, de unilateralidade anatómica, ou de unilateralidade radiográfica, pois se assim fôsse raros seriam os doentes em condições de serem submetidos ao tratamento cirúrgico. A unilateralidade exigida é a unilateralidade evolutiva. Podem existir no pulmão oposto lesões verificadas radiològicamente; estando, porém, estabilizadas, inactivas ou compensadas, pode e deve até fazer-se a intervenção, se o processo a colapsar a exige.

É claro que, quanto menos infiltrado estiver o pulmão oposto,

melhores condições se encontram para o êxito operatório. As tuberculoses extra-pulmonares evolutivas constituem também, naturalmente, uma contra indicação; só certas formas de tuberculose laríngea fazem excepção, pois, como sabem, muitas vezes, beneficiam com a colapsoterapia pulmonar.

É pelo interrogatório do doente, pelo exame clínico, pela curva térmica, pelo estudo de filmes radiográficos sucessivos, etc., que se consegue estabelecer, como não ignoram, as indicações precisas para a colapsoterapia cirúrgica. Não vou ocupar-me pormenorizadamente desses elementos, pois são conhecidos dos senhores. Lembrar-lhes-ei apenas a importância que alguns desses factores têm para se poder decidir a oportunidade do acto operatório. Assim, a curva térmica, por exemplo, deve manter-se estável, sem oscilações apreciáveis, pois a sua irregularidade indica, habitualmente, actividade do processo, e as intervenções cirúrgicas devem efectuar-se, como sabem, em período de acalmia. A perda progressiva de peso é, por sua vez, elemento de mau prognóstico e que encobre, em muitos doentes, localizações intestinais. A abstenção operatória impõe-se, portanto, nesses casos, pelo menos temporariamente; só quando a curva do peso se tornar estacionária, ou retomar progressão ascensional, o cirurgião deverá ser chamado a intervir. A abundância da expectoração pode também ensombrar o prognóstico operatório e impõe, por isso, precauções especiais quanto à anestesia e à modalidade da intervenção. Se conseguir reduzir-se — o que em muitos casos é possível pelo uso do cálcio e dos sais de ouro — a intervenção deixará de ter a gravidade que assumiria não a reduzindo; evitam-se, na verdade, com a sua redução muitas das complicações a que poderia dar lugar, entre as quais a da propagação do processo às zonas pulmonares vizinhas pelas secreções infectantes que foram aspiradas em movimentos inspiratórios profundos realizados durante a narcose. Nos doentes com eliminação abundante de expectoração terá pois de recorrer-se a anestesia local e de fraccionar-se, sempre que seja possível, o acto operatório em sucessivas sessões, por forma a estabelecer-se muito gradualmente o colapso da região doente. Emfim, a observação clínica completa do doente é absolutamente indispensável.

Os processos que melhor obedecem ao tratamento cirúrgico

LISBOA MÉDICA



Nos espasmos no tubo gastro-intestinal, estados espasmódicos do sistema urogenital, etc.



Octinum «Knoll» espaasmolítico isento de alcaloides.

Age mais forte e mais duradouramente do que a papaverina. Não provoca sensação de secura na garganta, como a atropina. Quando não haja espasmos, o Octinum não produz qualquer acção, facto este que pode muitas vezes ser utilizado no diagnostico.

Embalagens originaes:

Vidros de 10 c.c. de liquido (solução a 10%).

Caixas de 5 empôlas de 1,1 c.c. (1 c.c. = 0,1 g de cloridrato de Octinum).



KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Quimicos, Ludwigshafen 5/0 Rheno (Alemanha).

LISBOA MÉDICA

Prevenção e
tratamento das
infecções
estreptocócicas

por via bucal

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzêno-sulfamida)

PRODUTO INCOLOR, INSÍPIDO
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA
BEM TOLERADA PELO TUBO DIGESTIVO

Comprimidos a 0 gr. 50 (Tubos de 20)

POSOLOGIA : 4 a 10 comprimidos por dia.

SOLUSEPTAZINE

por via parentérica

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR, NEUTRA
PERFEITAMENTE TOLERADA PELO ORGANISMO
Solução a 0% de Sal

Empôlas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5)

POSOLOGIA : 10 a 20 cc. por dia

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES
INTRAVENOSAS E SUBCUTÂNEAS**

TRATAMENTOS ASSOCIADOS

por via bucal e parentérica

ODETTE
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

são, como sabem, os que acusam franca tendência para a retractibilidade. Esta manifesta-se sobretudo por sinais extrínsecos, ou seja pelo comportamento das paredes torácicas, do diafragma e do mediastino. A maior obliquidade das costelas, a diminuição dos espaços intercostais, o deslocamento da sombra mediastinal para o lado doente são elementos comprovativos da esclerose retráctil. Doentes com esta assimetria radiológica são, pois, casos de seguro êxito operatório.

Não se julgue, no entanto, que todos os doentes com tal assimetria justificam a intervenção; muitas vezes, como sabem, estas alterações radiológicas têm apenas como substracto anatómico-clínico um antigo pneumotórax com derrame abandonado em consequência de sínfise progressiva, e cuja acção colapsante actuou durante tempo suficiente para que a cicatrização das lesões subjacentes se efectuasse. A intervenção cirúrgica implica naturalmente a existência de lesões abertas e, dentre estas, sobretudo as destrutivas, ou sejam as que apresentam cavidades. É necessário, porém, atender-se ainda ao potencial evolutivo das lesões, pois nem todos os processos cavitários estão ao alcance da colapsoterapia cirúrgica. Assim, doentes cavitários, com grande quadro tóxico, com temperaturas irregulares, taquicardia, suores, etc., não podem submeter-se a graves intervenções torácicas, sob risco de não suportarem o choque operatório ou de não beneficiarem com a intervenção. Em tais situações a organização anatómica do processo não apresenta, na verdade, tendência natural para a consolidação fibrosa. Não são, pois, as lesões de grande potencial evolutivo que impõem a colapsoterapia cirúrgica, mas sim as que estão estabilizadas, com fraca tendência evolutiva, e que constituem perigo de futuro por possível reactivação ou por manterem os doentes em permanente incapacidade de trabalho. É êste tipo de lesões que está ao alcance da cirurgia torácica. Certo grau de retractibilidade lesional é, por isso, indispensável para que os organismos suportem com proveito o traumatismo operatório, que lhe estabelecerá o colapso definitivo do processo. Além disso, o bom estado geral do organismo e regular resistência orgânica são também indispensáveis para o êxito operatório, pois não é a intervenção que cura, mas sim o doente «qui fait les frais de sa guérison».

Há autores que têm defendido o tratamento cirúrgico da tu-

berculose pulmonar mesmo em situações de franca evolução; na prática, porém, os casos de êxito, nessas circunstâncias, são excepcionais e freqüentes os fracassos operatórios. É que nos processos caseosos em que não exista a menor tendência retráctil das lesões, é lógicamente impossível conseguir que a colapsoterapia seja eficaz. É de resto o que se tem verificado com o próprio pneumotórax, cuja acção curativa é nula nas modalidades essencialmente caseosas da doença, como, por exemplo, na pneumonia caseosa.

O conhecimento da forma clínica do processo constitue, pois, factor de capital importância para avaliar do provável efeito da intervenção, devendo, por consequência, a indicação operatória basear-se sempre na constituição anátomo-patológica das lesões.

*

*

*

Estabelecidas estas indicações gerais para a realização da cura pela colapsoterapia, vejamos, meus senhores, quais as modalidades das intervenções cirúrgicas que devem preconizar-se.

É evidente que o pneumotórax artificial, quando realizável, constitue o processo fundamental da colapsoterapia. Os outros processos cirúrgicos nasceram, naturalmente, da impossibilidade técnica de o realizar ou da impossibilidade fisiológica da sua eficácia.

Podem, com efeito, não existir aderências pleurais impeditivas de colapso por pneumotórax, e, conseqüentemente, praticarem-se com facilidade as insuflações pleurais, tudo fazendo prever bom resultado terapêutico da intervenção, mas ser infrutífero o tratamento. É quando, por exemplo, existem velhas cavidades esclerosadas, rodeadas de espesso tecido fibroso, indeformável, cavidades que não se retraem com facilidade, mesmo sob a acção de pressões pleurais elevadas. Nesses casos o pneumotórax colapsa apenas o tecido pulmonar sã, dando lugar à colapsoterapia contra-electiva que, como vimos, é inútil e até nociva.

As grandes cavidades terciárias, velhas, contra-indicam, pois, o pneumotórax. Contra-indicam igualmente o tratamento tôdas as lesões destrutivas muito superficiais, pois dão lugar, freqüentemente, a perfuração pulmonar e, conseqüentemente, a pio-pneu-

motórax, cujo prognóstico grave, infelizmente, todos conhecem. Também deve ser abandonado o tratamento de FORLANINI, quando existam aderências na zona doente, impeditivas do colapso e inacessíveis por pneumolise interpleural, quer pela sua implantação em zonas perigosas, quer pela sua espessura e dificuldade de ressecção.

Há, pois, como vêem, várias contra-indicações formais à cura colapsoterápica pelo pneumotórax, umas de natureza pulmonar (cavidades fortemente esclerosadas, processos superficiais), outras de origem pleural (aderências inacessíveis).

Insistir em manter tais pneumotórax, evidentemente ineficazes, constitue, pois, êrro grave e de funestas conseqüências para o doente. É no campo da cirurgia que se deve procurar solução para tais situações. Em determinados casos basta, muitas vezes, uma intervenção complementar para conseguir o resultado desejado, não sendo, portanto, necessário abandonar o pneumo; outros, — e são a maioria, devemos confessá-lo, — tem que se instituir nova modalidade de colapsoterapia e de se abandonarem, conseqüentemente, as insuflações pleurais que se vinham realizando.

É para a toracoplastia que hoje se encaminham as preferências dos clínicos e cirurgiões que se ocupam da colapsoterapia cirúrgica. Não para a toracoplastia total doutros tempos, que quási desapareceu, como já lhes disse, mas para a toracoplastia parcial, limitada e selectiva.

A frenicectomia tem, na verdade, perdido terreno de dia para dia, e as pneumolises extrapleurais, quer enchumaçadas com parafina os outros sucedâneos, quer mantidas por insuflação de ar em pressão elevada (os chamados pneumotórax extrapleurais) possuem um reduzidíssimo campo de aplicação, como dentro em pouco lhes mostrarei.

Ocupemo-nos primeiramente da frenicectomia. Os resultados imediatos e brilhantes obtidos nalguns casos com esta intervenção de técnica tão simples contribuíram para que a sua generalização se estabelecesse sem grandes entraves, chegando mesmo a atingir tal situação que alguns fisiologistas declararam preferi-la ao próprio pneumotórax artificial total. Não tardou, porém, que os inconvenientes e riscos da frenicectomia comesçassem a manifestar-se. Em primeiro lugar, as melhoras consideráveis produzidas

de início não se mantinham. Por outro lado, verificou-se que a intervenção era susceptível de determinar o agravamento ulterior das lesões do vértice pela maior actividade da respiração costal superior, conseqüência natural da manifesta redução dos movimentos respiratórios da base, condicionada pela paralisia do frénico.

Além disso, o facto das freniectomias realizadas para tratamento de lesões do vértice diminuírem consideravelmente o valor funcional das bases, supostas sãs, era factor que merecia ter-se em consideração para uma eventual bilateralização do processo.

Se não esquecermos que a colapsoterapia cirúrgica pretende apenas substituir o pneumotórax artificial, quando este é impraticável ou insuficiente, e que a eficácia do pneumotórax é tanto mais brilhante quanto mais electiva é a sua acção, as indicações da exeresse do frénico terão naturalmente de ser limitadas às lesões da base. São, portanto, muito restritas as suas indicações.

É certo que alguns fisiologistas têm registado casos de êxito em freniectomias feitas para tratamento de lesões apiciais. A paralisia do diafragma não pode, porém, como facilmente comprehendem, ter acção electiva sôbre focos tão altamente situados; a sua acção nesses casos consiste apenas em reduzir o volume do pulmão e suprimir parcialmente o traumatismo dinâmico que se exerce junto das lesões durante os movimentos respiratórios. Nada mais. Mesmo assim, circunstâncias há em que se recorre a essa acção indirecta da freniectomia: quando, por exemplo, se pretende actuar sôbre cavidades isoladas, não esclerosadas, situadas em pleno parênquima pulmonar. Em tais situações, a existência de sínfise pleural intensa que impeça o pneumotórax conduz naturalmente o clínico a recorrer à freniectomia. A toracoplastia para tais casos, além de desnecessária, pois a freni é, regra geral, suficiente, teria de comprometer, para ser eficaz, largas zonas do parênquima são, lançando-as em colapso definitivo e inútil. Ora a cirurgia colapsante deve, como comprehendem, ser económica, isto é, poupar o mais possível o tecido são dos lobos pulmonares normais.

As radiografias reproduzidas na estampa IV, figs. 13 e 14, referem-se, como poderão verificar, a uma freniectomia realizada num caso de cavidade isolada, sem esclerose periférica, que se encontrava na região subclavicular. O êxito da intervenção foi

rápido, encontrando-se a doente definitivamente curada. Não sucedeu assim com o doente cujas radiografias se encontram na mesma estampa, figs. 15 e 16. Neste caso, após ligeiras melhoras consecutivas à intervenção, voltou a estender-se o processo, o que exigiu, para se dominar, uma toracoplastia ulterior. E isto porque a cavidade se encontrava não isolada, mas envolvida por processo tuberculoso que se estendia ao lobo superior, circunstância que contra-indica, como vimos, a exeresse do frénico.

Ocupemo-nos agora da apicolise extrapleurale. Consiste esta intervenção, como sabem, em separar o pulmão, com as suas duas pleuras, do plano costal, libertando assim a região doente das amarras periféricas que impedem a retracção das lesões.

Preconizada inicialmente por TUFFIER e em seguida por BAER, sofreu depois diversas modificações. A manutenção do chumaço de parafina, por exemplo, deixou de ter duração ilimitada, para se tornar temporária, como qualquer colapso por pneumotórax artificial. Dois ou três anos após a intervenção é extraído o chumaço, evitando-se assim a sua migração tardia, tantas vezes registada em tais intervenções, ou a sua eliminação espontânea provocada pela relutância que o organismo tem em manter indefinidamente corpos estranhos nos seus tecidos.

Deixou também de ser fortemente compressivo o chumaço feito, pois era essa compressão que habitualmente dava lugar a perfurações secundárias do pulmão e à vómica consecutiva da massa parafínica.

Hoje o chumaço é por alguns cirurgiões substituído por ar, como um vulgar pneumotórax, e mantido, como neste, por insuflações ulteriores repetidas. Por isso tal variedade de apicolise passou a designar-se «pneumotórax extrapleurale». O valor terapêutico desta nova modalidade de apicolise está ainda por firmar, por datarem de pouco tempo os primeiros casos tratados. É até de crer que não seja duradouro o seu reinado, visto serem necessárias, para a sua manutenção, pressões fortemente positivas do ar insuflado, circunstância contrária às normas actualmente seguidas na colapsoterapia, e cujos inconvenientes tive já ocasião de referir.

A apicolise extrapleurale com chumaço de parafina ou almofada de ar constituiria, na verdade, progresso apreciável na colapsoterapia cirúrgica, se as toracoplastias parciais não tivessem

conquistado, como conquistaram, pelos seus brilhantes resultados, lugar de eleição dentro da cirurgia torácica. Além disso, a apicolise tem indicações muito restritas e formais contra-indicações. Grandes cavidades e lesões situadas na proximidade da pleura não devem, por exemplo, ser tratadas por tal intervenção, não só porque o descolamento ao longo do plano de clivagem pode dar origem a lacerações dos focos lesionais, com as suas funestas conseqüências, como também pela facilidade de infecção da cavidade formada, em virtude das numerosas comunicações linfáticas da pleura e subpleura com os planos parietais contíguos. A indicação da apicolise está restritamente limitada, como dizem MAURER e ROLLAND, a pequenas cavidades apicais, de paredes pouco espessas, situadas na fossa supraclavicular ou, quando muito, com limite inferior que não ultrapasse, no filme, a projecção da clavícula. É certo que o traumatismo operatório é mínimo e a intervenção pouco chocante e, por isso, há tisiologistas que a preferem à toracoplastia parcial nos tuberculosos cujo estado geral é precário. Lembremo-nos, porém, de que o colapso realizado pela apicolise é imediato e brutal e que as disseminações post-operatórias das bases são muitas vezes provocadas em tais condições. Além disso, em muitos dos doentes tratados por tal intervenção, com resultado favorável, quando já há fortes razões para supor-se estabelecida a cura anatómica, há quem termine a apicolise ressecando alguns fragmentos de costela em ordem a reduzir a cavidade que resulta da extracção da parafina inicialmente introduzida. É o caso do doente cujas radiografias se encontram reproduzidas na estampa V, figs. 17, 18, 19 e 20 (1). Melhor fôra, como vêem, que em lugar da apicolise se tivesse desde logo praticado a toracoplastia parcial.

A toracoplastia constitue, na verdade, o tratamento cirúrgico mais racional da tuberculose pulmonar, pois permite obter o colapso voluntariamente electivo e localizado à parte doente do órgão. Permite, além disso, que a retracção da zona doente se

(1) Êste caso é ainda elucidativo no que respeita à acção da frenicectomia sôbre as lesões do ápice. O doente foi, como vêem, primeiramente frenicectomizado, mas sem resultado apreciável, pois a cavidade não se modificou, tendo continuado a expectoração a manter-se sempre bacilífera, até que a apicolise a tornou estéril.

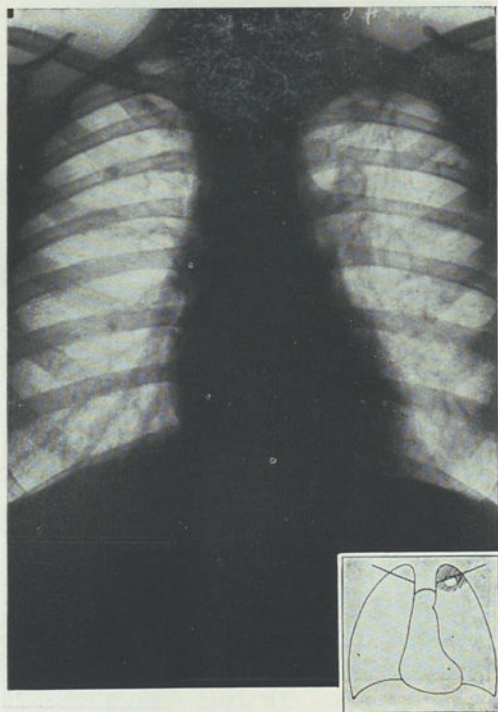


Fig. 17—Pequena cavidade do vértice esquerdo

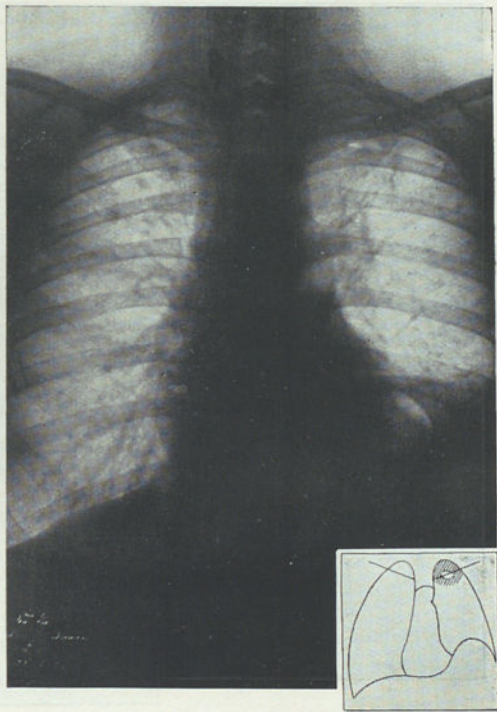


Fig. 18—Mesmo caso. Persistência da cavidade após frenicectomia

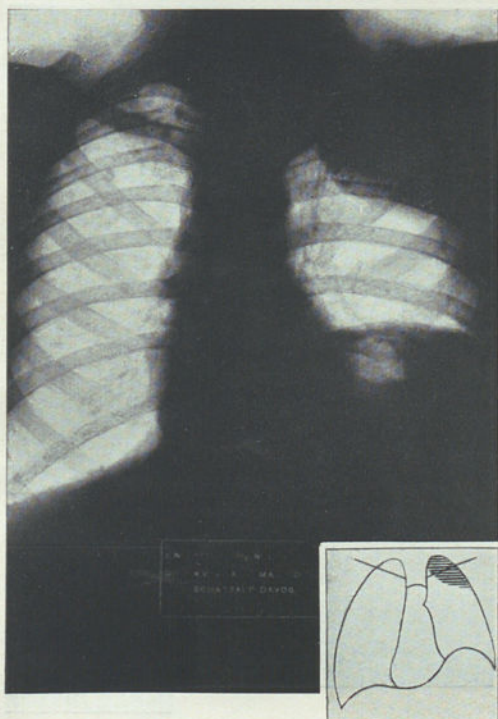


Fig. 19—Mesmo caso, após apicolise com chumaço de parafina

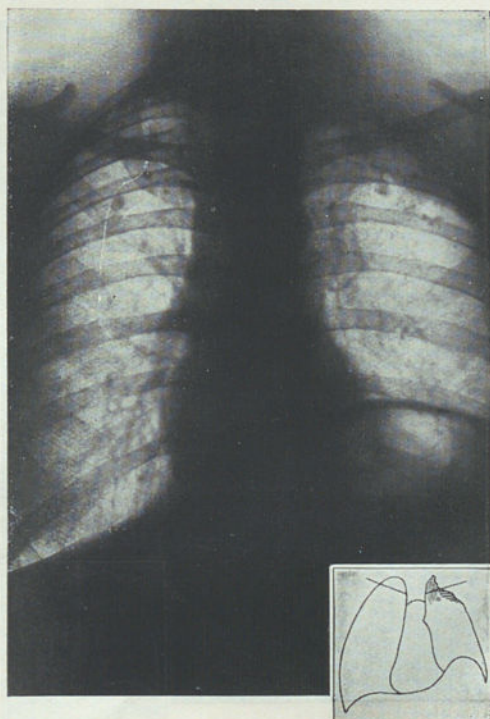


Fig. 20—Mesmo caso. Extracção da parafina seguida de toracoplastia parcial. Cura

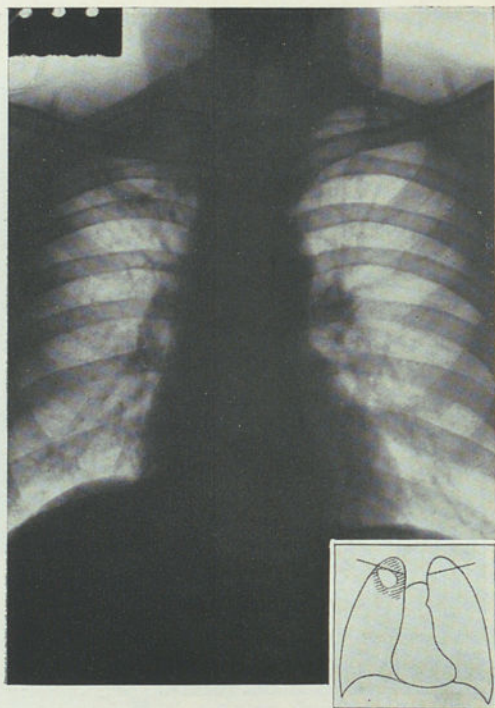


Fig. 21 — Cavidade do lobo superior direito

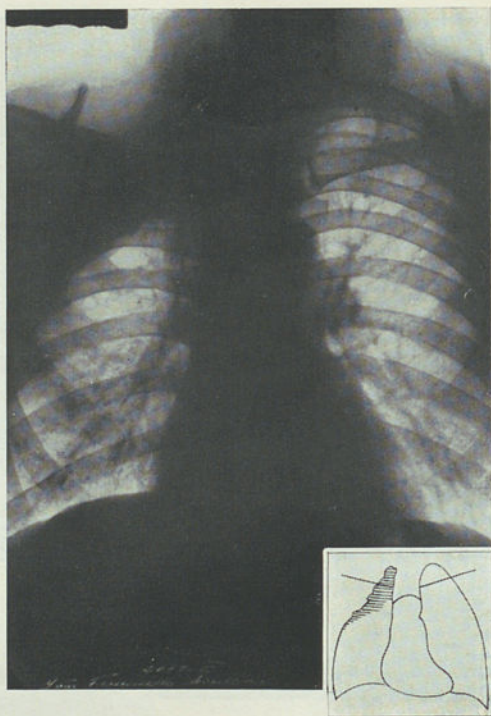


Fig. 22 — Mesmo caso. Cura por toracoplastia limitada às cinco primeiras costelas

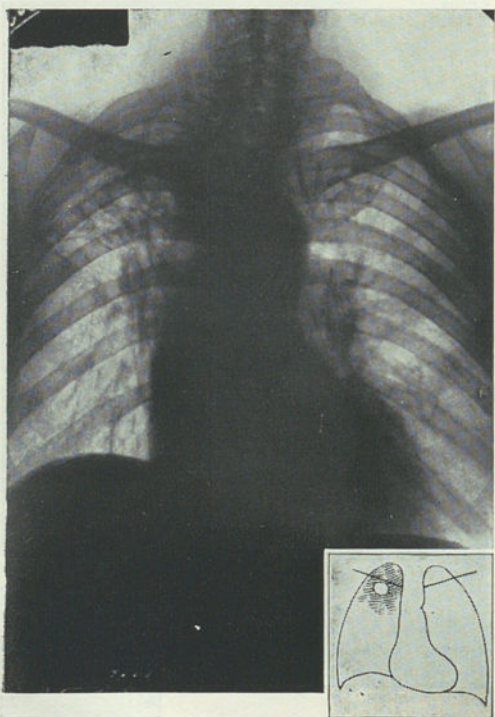


Fig. 25 — Lesões cavitárias do lobo superior direito

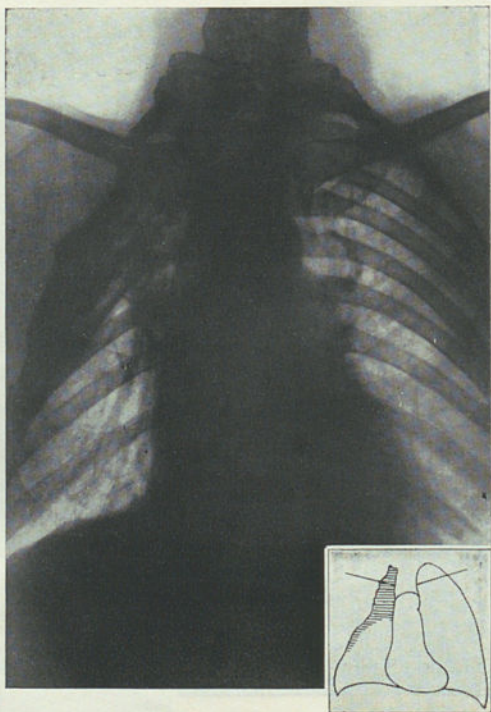


Fig. 24 — Mesmo caso. Cura por toracoplastia limitada às sete costelas superiores

estabeleça suavemente no decurso das semanas e mesmo dos meses consecutivos à intervenção, em virtude da flacidez relativa da parede desossada suprajacente às lesões, contrariamente ao que sucede na apicolise, cujo chumaço parafínico ou almofada de ar com pressões fortemente positivas, produzem um colapso imediato e muitas vezes intenso.

Estes simples factos bastam para justificar a preferência pela toracoplastia. Não se trata, é bem de ver, de toracoplastia total, mas sim de toracoplastia limitada à zona doente, como se observa nas radiografias reproduzidas na estampa VI, figs. 21, 22, 23 e 24. É certo que se o processo se estender a todos os lobos do hemitórax, a ressecção, nesse caso, abrangerá, certamente, as dez respectivas costelas; mas se não atingir tão larga zona, não há hoje cirurgião, como naturalmente se depreende do que tenho dito, que faça a toracoplastia total, quando possa limitar-se à toracoplastia parcial. Nem pecar por excesso, colapsando de mais, nem por carência, executando uma intervenção insuficiente para a cura das lesões.

Não se podem estabelecer regras fixas, nem mesmo directrizes invariáveis sobre a extensão e modalidade da toracoplastia a executar.

Tudo depende do doente, pois a modelagem da parede torácica terá de variar, como compreendem, de caso para caso. A localização exacta da lesão, a sua extensão, o seu grau de retractibilidade é que permitem estabelecer o número de costelas que deverá seccionar-se e a largura dos fragmentos a ressecar.

Suponham, por exemplo, que se trata de uma cavidade situada na região para-vertebral do pulmão e projectada entre a terceira e quarta costela. Neste caso a toracoplastia deverá ser essencialmente posterior, abrangendo as cinco costelas superiores e não poderá deixar de se fazer desarticulação costal com ressecção das apófises transversas ou de se proceder à introdução intra-torácica da omoplata, segundo a recente técnica de MAURER (1). Mas se a

(1) Com a introdução intratorácica da omoplata, procura MAURER evitar a insuficiência do colapso, que se tem registado nalguns casos de toracoplastia apical, tempos depois da intervenção. É que, explica MAURER, quando se faz a ressecção das cinco primeiras costelas, a omoplata fica naturalmente apoiada sobre as costelas inferiores não ressecadas. Daí resulta a formação de uma

mesma cavidade estiver alojada mais anteriormente, aproximando-se, por exemplo, da parede axilar anterior, não haverá então necessidade de se realizar a desarticulação das costelas, nem tampouco a secção das apófises transversas; em compensação a ressecção costal deverá estender-se pela face anterior até junto das cartilagens.

Suponham agora que a cavidade a colapsar se encontra na base e que o lobo inferior está infiltrado em grande extensão. Terá, neste caso, de se executar uma toracoplastia total, com grandes ressecções em largura para as costelas inferiores e extirpação de fragmentos costais progressivamente menores à medida que a intervenção se vai aproximando do vértice.

Admitam, por último, que se está em presença de grave lesão do lobo superior onde se aloje uma cavidade gigante, por exemplo. A ressecção costal, nesta hipótese, terá de ser tão vasta em largura que, como diz ROLLAND, a parede torácica deverá aproximar-se da coluna vertebral «comme l'échelle qu'on raproche du pied du mur».

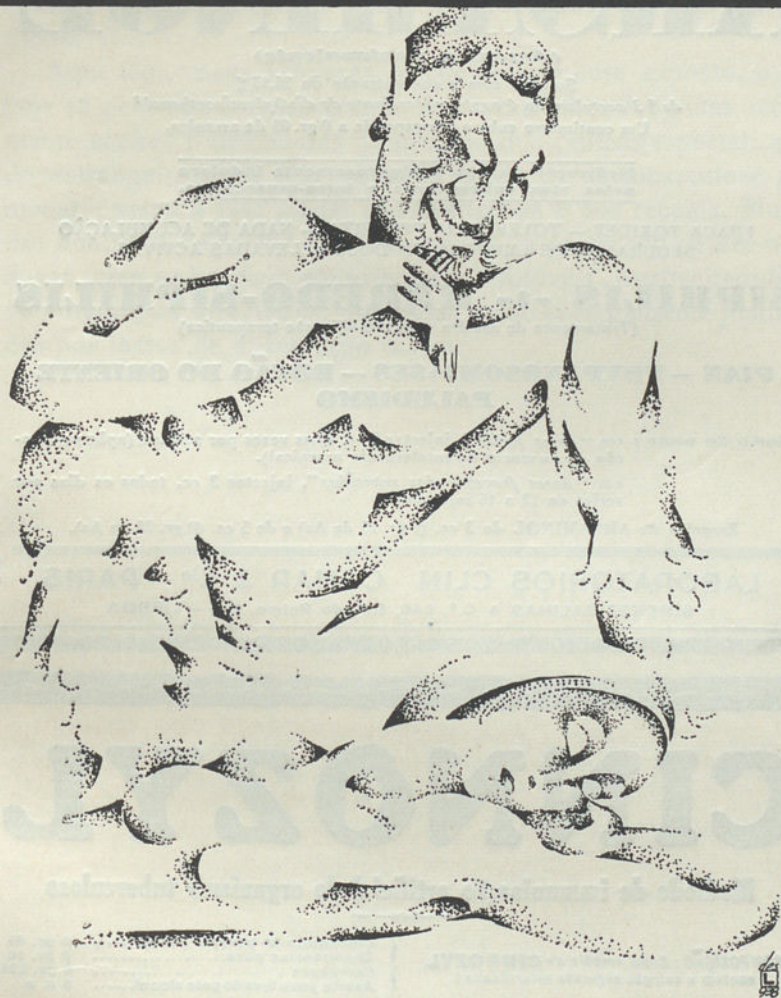
Emfim, creio bem que estes quatro exemplos bastam para lhes demonstrar não só a complexidade do problema, mas também a necessidade que há em individualizar a sua solução.

O que é necessário não esquecer é que o fim da cirurgia torácica é o de procurar realizar, para cada caso, um tipo de colapso que se aproxime, quanto possível, do pneumotórax ideal, isto é, um colapso progressivo, electivo e económico. Progressivo pela realização do acto operatório em tempos sucessivos; electivo pela localização da intervenção cirúrgica à região doente; eco-

cavidade artificial entre o vértice pulmonar colapsado e a face inferior da omoplata. Esta cavidade, de começo preenchida por sangue e pela exsudação habitual da intervenção, permite, por esse facto, nas primeiras semanas, o colapso perfeito das lesões pulmonares. À medida, porém, que o sangue e o exsudato se reabsorvem, o pulmão é repuxado para a omoplata e o colapso pulmonar perde-se. Por isso é que, após o êxito imediato registado nas toracoplastias apicais, com desaparecimento de bacilos, etc., se assiste, por vezes, à reaparição das primitivas lesões. A introdução intratorácica da omoplata evita que tal suceda.

Esta técnica de MAURER, já praticada há alguns meses, com resultados brilhantes, no Sanatório de Schatzalp, foi descrita em artigo recente, publicado pelo autor na *Acta Davosiana*.

LISBOA Médica



CALMO-LAB

Um novo sedativo do sistema nervoso Peptonas (carne peixe e ovos)
Feniletilmalonilureia, Cloreto de cálcio, Tintura de beladona, Tintura de pirriteiro, Ext. fluido de anémoma, Ext. fluido de martirio e Ext. fluido de bôlido

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13 %
de "3 acetylâmimo 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASAS — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).
em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS
GIMENEZ-SALINAS & C.^a, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO : Cada empôla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada :

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a dose quotidiana sufficiente e activa de CINNOZYL é de 5 c. c. (uma empôla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculoses bacteriologicamente confirmadas) dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empôlas.

FORMAS : O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empôlas de 5 c. c.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie}, Pharmas. de 1^{re} cl. Fornecedor dos Hospitais,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

1687

nómico pela limitação da zona sacrificada do parênquima pulmonar são.

Aqui têm, meus senhores, esquematicamente exposto, o que hoje se pensa da colapsoterapia. Apresentei-lhes doutrinas actualmente aceites e defendidas na maioria dos centros especializados do estrangeiro onde a terapêutica cirúrgica da tuberculose pulmonar passou a fase inicial das hesitações e dos receios. Muitas das doutrinas referidas não têm, porém, a pretensão de ser ortodoxas, nem se baseiam em princípios imutáveis. Aproveitem-lhes, no entanto, as directrizes, que essas estão já largamente justificadas por factos de observação diária.

PNEUMOTORAX TERAPÊUTICO; SUA TÉCNICA

POR

VASCO DE LACERDA

Meus senhores,

O pneumotórax terapêutico, como sabem, consiste na introdução de um gás na cavidade pleural, através da pleura costal, em ordem a estabelecer o colapso do pulmão. Actualmente porém, existe uma nova modalidade d'êste tratamento, denominada «pneumotórax extra-pleural», que tem aplicação num certo número de casos, quando, por sínfise, a insuflação dentro do espaço pleural não pode realizar-se eficazmente. O descolamento é então pleuro-parietal. O gás é introduzido na fâscia endotorácica, que é uma zona de tecido celular laxo existente entre a pleura parietal e a parede torácica (costelas com o seu periosto e músculos intercostais). O pneumotórax extra-pleural representa já um acto operativo para o qual é necessária técnica cirúrgica adequada, e, por consequência, só realizável em serviços convenientemente especializados, e ainda por clínicos devidamente adextrados. A técnica, como as suas indicações, serão comunicadas numa das próximas lições.

O pneumotórax artificial com fim terapêutico foi pela primeira vez realizado por CARLO FORLANINI, há mais de meio século, em 1882, com o intuito de pôr em repouso o pulmão doente, porque, dizia FORLANINI, suspendendo a função do órgão, o processo tuberculoso curar-se-ia.

Actualmente, como lhes disse o Prof. LÓPO DE CARVALHO, há uma concepção muito diversa acêrca da acção colapsante do pneumotórax, concepção que parece estar absolutamente elucidada.

Esta terapêutica, hoje universalmente seguida, quando bem orientada, é, diga-se com afoiteza, já pela simplicidade da sua

técnica, já pelo número reduzido de acidentes graves que podem aparecer, e quando a sua indicação se patenteia perfeitamente ajustada, o maior benefício que se pode levar a um tuberculoso.

Pois a-pesar desta afirmação, que me parece segura, a vulgarização do método não tem tido entre nós o desenvolvimento a que ganhou direito, visto que mesmo alguns clínicos que se afirmam especializados vacilam na sua aplicação, privando assim bom número de doentes dum recurso precioso para o seu mal.

O valor terapêutico de tal método é incontestável, e, por vezes, imediatamente brilhante, mesmo em doentes em que tratamentos anteriores se tinham revelado da mais desalentadora ineficácia, e é também de grande valor social, por tornar rápida e praticamente fechados certos casos de tuberculose pulmonar aberta, contagiosa. Pelo desaparecimento das expectorações anteriormente bacilíferas, ou porque elas se tornem negativas, evita-se a difusão da doença, constituindo assim ampla parcela da sua profilaxia. Permite ainda a certos doentes, cujo estado geral é compatível com determinada actividade de trabalho, e a quem faltam outros recursos para manutenção sua e dos seus, que dispendam tal actividade com menos gravame para si e mais limitado perigo para os que vivem à sua beira.

*

* *

A realização do pneumotórax nem sempre é uma operação absolutamente inofensiva ; tem, por vezes, seus perigos, surgindo nalguns casos accidentes graves, digamos mesmo mortais. Estes inconvenientes, porém, na grande maioria, resultam da falta de segurança ou da insuficiência de técnica de quem executa o tratamento.

A-pesar da técnica ser, de certo modo, fácil, como verão amanhã, para se conseguir realizar confiadamente uma insuflação é necessário que uma longa experiência nos torne hábeis e expeditos para resolver momentâneamente dificuldades que sobrevenham, ou para evitar as presumíveis.

Os clínicos que pretendam usar na sua prática corrente esta terapêutica devem possuir conhecimentos extensos e profundos da doença, conhecer as suas formas, a localização e extensão dos

processos e, devem, além disso, possuir noções bem claras sobre a interpretação dos filmes radiológicos. Segurança e prudência na execução, senso prático na realização, vigilância cuidadosa nas oscilações manométricas, são normas que em nenhum momento é lícito preterir ou descurar.

Para a realização do pneumotórax existe, como sabem, um grande número de aparelhos de maior ou menor simplicidade; mas quasi todos se fundam no mesmo princípio — o dos dois frascos comunicantes. Enquanto um contém o gás a introduzir na pleura, no outro existe um líquido anti-séptico, que, pela sua passagem para aquêlê, vai impelir o gás para a cavidade pleural, quer pela diferença de pressão, quer pela diferença de nível resultante do deslocamento do frasco que contém o líquido.

Pelo último processo, pois que pode êste frasco deslocar-se com facilidade, há a vantagem de se tornar realizável, quando se imponha, uma aspiração do ar em excesso na cavidade pleural, para o que basta colocar o frasco do liquido em nível inferior ao outro.

De todos os aparelhos faz parte um simples manómetro, habitualmente de água, em forma de U, graduado em centímetros, colocado no trajecto do sistema de ligação, que vai do frasco do gás à agulha ou trocarte de punção pleural. É êste o elemento mais importante do aparelho. Só êle nós dá, como veremos, indicações seguras para a efectivação do pneumotórax.

Para a perfuração da parede do tórax, e entrada na cavidade pleural, existem duas espécies de instrumentos: os trocartes e as agulhas. Aquêles teriam a vantagem de se poder atravessar o folheto parietal da pleura com mandril rombo, depois de se ter ultrapassado a parte restante do tórax com outro, aguçado, que neste momento se substituiria, com o fito de evitar a ferida do parênquima pulmonar, intimamente ligado à pleura. Não se me afigura uma vantagem a aproveitar, dado que estejamos seguros da técnica e procedamos com plena consciência. São instrumentos com maior calibre, que occasionam traumatismos dos tecidos mais importantes, que necessitam de anestésias mais perfeitas, que dão menor sensibilidade ao operador, e, portanto, praticamente, menos aproveitáveis.

Preferimos, e aconselhamos, agulhas cujo modelo vão ver, de pequeno calibre e de grande simplicidade, com uma particulari-

dade que facilita a realização da insuflação: a existência de uma pequena abertura lateral, de 8 a 10 mm. de comprimento, colocada imediatamente em seguida à ponta, que é obturada. A sua maior utilidade reside em que, mesmo que a extremidade da agulha penetre no pulmão, desde que a técnica seja executada com domínio e proficiência, uma pequena porção da ranhura lateral fica sempre em continuidade com a cavidade virtual da pleura; a passagem do gás, por isso que encontra nesse espaço maior faci-

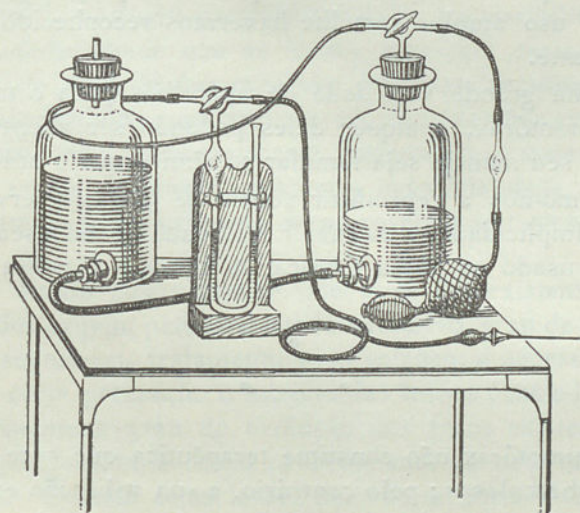


Fig. 1

lidade de progressão, afasta os dois folhetos da pleura, permitindo que a insuflação se realize.

Três gases têm sido preferentemente utilizados para serem injectados na cavidade pleural, em ordem a realizar o pneumotórax terapêutico: o azote, o oxigénio e o ar atmosférico. As qualidades exigidas a estes gases são a sua reduzida toxicidade, o pequeno poder de ser absorvido e a nula acção irritante sobre a pleura. De todos, aquêl que reúne quasi completamente estas condições é, sem dúvida, o azote. O oxigénio é de reabsorpção mais rápida; sem embargo, é ainda hoje usado, nas primeiras insuflações, por um grande número de clínicos, que têm em apreço o seu grande poder de solubilidade no meio sanguíneo. Determina-os o intento de evitar a embolia gasosa, acidente mais grave

e mais a recear no decurso do tratamento. É também largamente aplicado quando se pretende efectuar uma maior compressão, mas temporária, como nos casos de hemoptise grave.

Todavia, o gás que actualmente tem maior divulgação na técnica da insuflação é, sem dúvida, o ar atmosférico, filtrado através de algodão esterilizado. O seu poder de difusão, se é superior ao do azote, é ainda bastante reduzido e tem a grande vantagem de estar à nossa disposição a todo o momento, tornando-se dispensáveis processos especiais de preparação. Temos feito d'ele uso amplo, sem lhe havermos reconhecido qualquer inconveniente.

Há uma grande variedade de aparelhos para o tratamento pelo pneumotórax, qualquer d'elles podendo ser adoptado, uma vez que o seu manejo seja familiar ao clínico que o utiliza.

Limitamo-nos a reproduzir aquêl de que nos servimos, de extrema simplicidade, e da maior facilidade de manuseamento. É o modêlo usado na nossa Clínica. A figura 1 dispensa qualquer descrição.



O pneumotórax não constitue terapêutica que cure todos os doentes tuberculosos; pelo contrário, a sua aplicação exige escolha muito minuciosa dos casos a tratar. A-pesar-de haver indicações indiscutíveis e contra-indicações absolutas, cada caso individual deve ser ponderadamente apreciado antes de se sujeitar ao tratamento.

Antigamente a aplicação desta terapêutica era um pouco subordinada à gravidade do processo; actualmente é sobretudo à precocidade que se atende.

O período evolutivo e a actividade das lesões são elementos mais valiosos nas indicações do pneumotórax do que o estado anatómico do pulmão.

FORLANINI dizia: «o pneumotórax está indicado sempre que a vida do doente é ameaçada pela extensão de uma lesão local»; quer dizer, todo o processo tuberculoso pulmonar evolutivo requeria uma terapêutica colapsante, e, pelo contrário, em tôda a forma de tuberculose pulmonar de tipo fibroso, tórpido, inactivo,

sem tendência evolutiva, não precisaria ser utilizado tal tratamento.

Uma das principais indicações que se afirmava absolutamente indispensável para o bom êxito da terapêutica pelo pneumotórax era a unilateralidade das lesões. Actualmente, porém, o âmbito da colapsoterapia estendeu-se consideravelmente, e o rigor daquela exigência foi, com vantagem, abandonado.

Em primeiro lugar, a incidência em um só pulmão do processo tuberculoso é, teoricamente, difícil de conceber. Parece estar averiguada, anátomo-patologicamente, a impossibilidade desta unilateralidade, desde que as lesões adquiram certa extensão. Mas não são essas lesões mínimas, discretas, anatómicas, quasi não se manifestando por sinais locais, quer estetoscópicos, quer radiológicos, que particularmente interessam a nossa decisão, mas sim as que adquirem uma certa individualidade, as que se reconhecem radiologicamente ou se revelam por sinais de auscultação.

Neste último caso, sempre que as lesões existentes em um dos pulmões exijam, pelo seu estado evolutivo, grau de actividade e forma anatómica, tratamento pelo colapso, é necessário apreciar com certa precaução o aspecto das lesões contra-laterais. É particularmente o grau de evolução dos focos existentes neste pulmão que orienta o nosso procedimento na determinação do tratamento. Quando estas lesões não são recentes e se mostram inactivas, tórpidas, não evolutivas, não constituem um obstáculo à instituição da cura pelo colapso.

Muitas vezes, porém, o estado de não actividade das lesões tuberculosas no pulmão hetero-lateral é difícil de precisar: a ausência de sinais gerais, elemento que melhor nos importaria, não nos poderá servir, por elles existirem em relação com a lesão activa do lado que pretendemos colapsar; só os sinais radiológicos e os de auscultação nos poderão guiar. Todavia, há focos de lesões parenquimatosas com localizações muito centrais ou juxta-hilares, que não se revelam por sinais auscultatórios; só exames radiológicos em série conseguem então determinar o seu estado evolutivo.

Actualmente mesmo, com a possibilidade de, na seqüência do tratamento, se poder estabelecer um colapso bilateral, a nossa conduta poderá não ser tão severa; qualquer êrro de interpreta-

ção nos sinais que conseguimos obter poderá, desta maneira, ser atenuada em certos casos.

A forma anatómica da lesão tuberculosa ou o período da sua evolução podem também servir de elemento determinante na indicação do pneumotórax.

Assim, as formas agudas, como as pneumonias e bronco-pneumonias tuberculosas, na sua fase inicial, quando praticamente limitadas a um pulmão, devem exigir a tentativa da terapêutica pelo colapso, muito embora êste habitualmente não resulte eficaz, por serem focos dificilmente retrácteis e com uma evolução rápida, de marcha progressiva, que nenhum tratamento consegue, em regra, deter. Se bem que seja muito reduzido o número de casos desta natureza em que conseguimos êxito, é absolutamente justa esta tentativa, que se deve realizar o mais precocemente possível, pois o seu prognóstico é, quasi sempre, fatal. O mecanismo segundo o qual o pneumotórax actua em algumas destas formas agudas parece ser devido ao facto do organismo se libertar, pela redução da corrente sanguínea no bloco pneumónico, de grande quantidade de produtos tóxicos que nêle se produzem. Libertado dêles, mais fácilmente as defesas naturais podem conseguir vencer a infecção.

Requerem também um procedimento urgente as formas em que aparecem graves hemoptises, contínuas, inestancáveis pelos processos habituais; nestes casos o pneumotórax constitue, como diz BERNARD, *a melhor pinça hemostática*.

As lesões fibro-caseosas banais em que, após um pequeno período de expectativa de cura higieno-dietética, de preferência sanatorial, não é possível conseguir estabilizar a sua evolução, ou reconhecer manifesta tendência para a cura, são absolutamente justificáveis do pneumotórax.

Mas são sobretudo certas formas ulcerosas que constituem a indicação mais absoluta e mais constante da terapêutica colapsante, só ella permitindo, em regra, a cura clínica e anatómica. É claro que, desde que estas perdas de substância sejam antigas e estejam envolvidas por fortes anéis fibrosos, muito espessos, não reduzíveis pelo pneumotórax, o tratamento pode não resultar eficiente, sendo necessário então o emprego de outros meios de colapso cirúrgico.

Também em certas cavidades situadas muito periféricamente

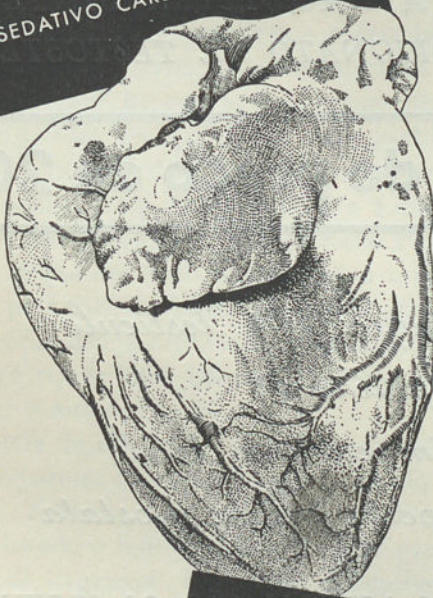
LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^e)

MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALIZADOS

GIMENEZ-SALINAS & C^o
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

Serandren

"Ciba"

HORMONA ORQUÍTICA SINTÉTICA
PROPIONATO DE TESTOSTERON

Baixa de preço de 20%

insuficiência testicular

impotência

climacterium virile

hipertrofia da prostata

OS PREÇOS ACTUAIS SÃO OS SEGUINTEs:

4 emp. de 5 mg. 48\$00

4 emp. de 10 mg. 80\$00

2 emp. de 25 mg. 96\$00

PRODUTOS CIBA LIMITADA

Rua da Madalena, 128, 1.º

LISBOA

no parênquima pulmonar, junto à pleura visceral, e ainda mais quando fixadas à parede costal por aderências, a aplicação do pneumotórax pode ser perigosa, pela possibilidade de dar lugar a uma perfuração pleuro-pulmonar, a não ser que, executado o colapso, se possa ulteriormente reconhecer a possibilidade de proceder à exeresse dessas aderências.

As formas fibrosas, extensas, antigas, com grandes zonas de cicatrização, de parênquima endurecido, que difficilmente se deixa retrair, não beneficiam geralmente da cura pelo colapso.

Quanto aos infiltrados precoces e certas lesões primárias que podem aparecer no adulto, a nossa decisão só deve ser fixada passado um período de um ou dois meses de cura-de-reposo, e tratamento habitual, em que se irá acompanhando conscienciosamente a evolução do processo, visto que a grande maioria destas lesões evolucionam com frequência para a cura. Só quando verificarmos que tal se não dá e que a feição evolutiva das lesões é progressiva, é que devemos decidir a sua compressão.

Quando, pela forma anatómica, localização e estado evolutivo, um pneumotórax esteja criteriosamente indicado em determinado caso, ¿haverá porventura quaisquer outros factores que possam contra indicar a sua aplicação?

A existência de outras localizações tuberculosas extra-pulmonares não constitue, habitualmente, obstáculo à aplicação de um pneumotórax, a não ser que pela sua extensão, idade ou localização tenham levado o indivíduo a um estado geral muito decadente ou próximo de caquexia. Assim, as laringites específicas, as lesões ganglionares ou ósteo-articulares, a tuberculose renal, mesmo as lesões intestinais, etc., não contra-indicam, em princípio, o tratamento pelo colapso pulmonar; antes pelo contrário, em certos casos, como nas laringites e nas infecções renais, parece que a própria lesão extra pulmonar ganha benefício com a efectivação daquela terapêutica.

Quanto às lesões intestinais, quando existam sob a forma de colite ulcerosa ou de enterite tuberculosa, se bem que a sua existência não se oponha à prática do pneumotórax, a sua repercussão sobre o organismo não dá tempo a que o colapso possa atingir um resultado eficaz; são casos, em regra, insolúveis.

Relativamente às afecções cardíacas, de uma maneira geral, desde que estejam compensadas, podem suportar sem grande pe-

rigo o tratamento referido; mas quando existam sinais de insuficiência circulatória, de miocardite, devemos privar-nos de o efectuar, porque ficando reduzido o campo da hematose pulmonar devido ao colapso, obrigariámos o músculo cardíaco a um trabalho demasiado, incomportável para o seu estado anátomo-fisiológico, e por isso arriscado para o doente.

A idade do tuberculoso, só por si, pouco interessa nas contra-indicações do tratamento. Tanto as crianças, como os adolescentes e adultos, podem sujeitar-se ao colapso pulmonar; todavia, acima de uma certa idade, 45, 50 anos, raramente instituímos o pneumotórax. Para além desta idade os resultados são habitualmente incompletos e instáveis; com muita frequência existem aderências que impedem ou dificultam a boa realização do colapso.

*

*

*

Antes de se iniciar um tratamento pelo pneumotórax, é de boa prática obter previamente um exame radiológico do doente, pois só assim podemos conseguir elementos decisivos quanto à forma e extensão das lesões, fixar certos detalhes que nos darão maior segurança na técnica e ficar com noções mais justas e verdadeiras do estado do pulmão controlateral.

Desde que o aparelho esteja convenientemente preparado para procedermos à insuflação, e depois de verificado o seu perfeito funcionamento, colocamos o doente na devida posição, tendo de antemão procurado ganhar a sua confiança e inspirar-lhe calma, assegurando-lhe a inocuidade do tratamento e a ausência quasi absoluta de dor.

Se bem que esta terapêutica possa ser feita ambulatòriamente, em consulta externa, é sempre recomendável, pelo menos nas primeiras insuflações, a sua realização no domicílio do doente, que permanecerá no leito, com o fim de se procurar evitar ou de se poder cuidar, em melhores condições, de qualquer acidente grave que porventura surja.

A posição escolhida é a de decúbito lateral, com o lado a punccionar em situação mais elevada, a cabeça apoiada em uma almofada baixa, colocando-se-lhe sob o tórax uma outra almofada, destinada a arqueá-lo um pouco, de modo a permitir o amplia-

mento dos espaços intercostais e, conseqüentemente, maior facilidade de execução; o braço do doente será levantado para a cabeça, assegurando nos sempre de que a posição adoptada é a mais cómoda possível para o doente, a-fim-de que possa, sem grande custo, conservá-la durante todo o tempo da operação.

Qualquer espaço intercostal pode ser utilizado para a penetração da agulha; e, desde que não haja indicação especial, escolhe-mos, por via de regra, entre o 3.^o e o 5.^o, na linha axila anterior, aquêlê que nos parecer mais viável.

Era preceito a aconselhar que nos afastássemos o mais possível das regiões onde existissem aderências; mas não há sinais clínicos, e raramente encontramos sinais radiológicos que nos permitam garantir a localização dessas aderências. O que pois devemos é procurar sempre puncionar em pontos distantes dos focos principais das lesões e dos trajectos das cisuras, porque são estas regiões, designadamente, as sedes das aderências, impeditivas da desembaraçada realização do tratamento.

Anti-sépsia da região com tintura de iodo. Usamos simplesmente a anestesia da pele com o cloreto de etilo; não praticamos a anestesia com injeção de novocaina, para evitar uma picada a mais, com um medicamento tóxico, e por não lhe reconhecermos vantagem marcante.

Introduzimos então a agulha perpendicularmente à superfície do tórax, e, em determinado momento, ao atravessar a aponevrose profunda em continuidade com a pleura costal, sentimos uma resistência especial, como de uma membrana dura e tensa que perfurámos; isto indica a entrada da extremidade da agulha na cavidade pleural, que nos será imediatamente confirmada pelo manómetro, com o qual a deixámos previamente em comunicação. Atingimos então a parte nobre da operação, aquêlê que requiere tôda a nossa contenção de espírito.

É a leitura do manómetro, neste momento, que nos fornece indicações seguras e precisas de que estamos dentro da cavidade pleural. Duas condições são absolutamente impreteríveis para se poder prosseguir a insuflação: *a oscilação manométrica franca, com os movimentos respiratórios, e a pressão negativa*; querê dizer, a existência de movimentos pendulares dos níveis líquidos nos dois ramos do manómetro, conexos com a inspiração e a expiração, e a subida do nível existente no ramo em comunicação

com a pleura, que nos indica a pressão intra-pleural relacionada com a do lado oposto, onde incide a pressão atmosférica. Só quando estas duas condições se realizem francamente, se deve prosseguir a insuflação.

Desde que, pelo contrário, não haja oscilação, desde que se não consiga desnivelamento ou aspiração nítida, abstenhamo-nos de insuflar a mais pequena porção de gás; é sempre preferível retirar a agulha, e recommençar novamente a operação em outro espaço intercostal.

A prática, que temos visto seguir várias vezes, de procurar, pela passagem de alguns centímetros cúbicos de gás, forçar a realização do pneumotórax, é absolutamente condenável, por ser, bastas vezes, a causa de acidentes, alguns de deploráveis consequências.

Logo que estejamos seguros de poder prosseguir a insuflação, orienta-se a torneira do manómetro de modo a dar livre passagem ao ar e a permitir a sua entrada no espaço pleural.

Verifica-se, de quando em quando, pela leitura do manómetro, a pressão intra pleural, que só em condições excepcionais, e muito raras, se deverá deixar positiva.

Quando não se verificar nenhuma oscilação, ou quando ela não fôr ampla e nítida nos ramos do manómetro, são várias as causas que a isso podem dar lugar: ou a extremidade da agulha não atravessou ainda o folheto parietal da pleura, ficando retida na coesão dos tecidos moles (não há oscilação); ou a agulha se encontra justamente em contacto com a serosa (fraca oscilação); ou a agulha atravessou a cavidade pleural onde existe um processo de sínfise acentuado, e a sua extremidade penetrou em pleno parênquima pulmonar (não há oscilação); ou ainda a agulha se foi localizar na luz de um brônquio de certo calibre. Nesta última hipótese, aparece uma oscilação de tipo especial, em que o nível líquido sobe rapidamente em pressão negativa no princípio da inspiração, para imediatamente e lentamente descer até se fixar no zero manométrico indicativo da pressão intrabrônquica, que é, aproximadamente, idêntica à pressão atmosférica. Pode, por outro lado, a agulha ter penetrado na cavidade pleural, e a oscilação não se perceber, quer por se ter obstruído o seu lume por qualquer pedaço de tecido, fibrina, ou sangue, durante a travessia da parede do tórax, quer por ter penetrado em qualquer aderên-

cia; pode também a oscilação ser pequena, por existirem aderências no espaço pleural que dificultem a sua livre distensão.

O volume do gás a insuflar no primeiro tratamento não carece de ser muito abundante, raramente indo além de trezentos centímetros cúbicos; é ainda a pressão intra-pleural que nos dá a melhor indicação da quantidade a injectar. Devemos deixar, sempre que fôr possível, a pressão bastante negativa nas primeiras insuflações, procurando progressivamente criar a habituação da serosa pleural à existência de gás na sua cavidade, às suas novas condições estáticas.

O doente deve ficar deitado após a insuflação; em regra, neste primeiro tratamento, sente uma certa impressão dolorosa, por vezes acentuada, no hemitórax correspondente, que poderá ser aliviada, quando se tornar mais incômoda, com qualquer aplicação quente e um analgésico *per os*.

É também aconselhável, quando em seguida à entrada do ar a tosse fôr mais violenta, administrar um medicamento sedativo, para a poder atenuar.

Nunca devemos, na mesma sessão, ir além de duas a três tentativas de insuflação; é preferível, desde que não a consigamos realizar, adiar para outro dia uma nova tentativa.

Para se estabelecer o colapso pulmonar que desejamos, como a serosa pleural tem a propriedade de reabsorver mais ou menos rapidamente o gás que nela introduzimos, são necessárias insuflações ulteriores. Não se pode, todavia, fixar um ritmo para se efectivarem êsses tratamentos: uma pleura sã, por exemplo, tem poder de reabsorpção mais rápido do que quando espessada ou inflamada; um indivíduo que trabalha, que dispense maior esforço físico, necessita igualmente de insuflações mais freqüentes do que outro que esteja em repouso absoluto; do mesmo modo um doente que tenha grandes acessos de tosse, temperaturas bastante elevadas, que converse muito e animadamente, perde com mais facilidade o gás que lhe injectamos na pleura; aquêle em que, no decurso do tratamento, surgiu um derrame pleural, fica com a sua faculdade de reabsorpção consideravelmente diminuída, etc.

¿ A que critério nos atermos então na seqüência das insuflações? Há uma norma a que a prática nos habituou, e que seguimos nos primeiros tratamentos: o segundo pneumotórax realizamo-lo dois a três dias após o primeiro; o terceiro, passados cinco

a sete dias; e o quarto, distanciado sete a dez dias. Os seguintes são condicionados por certos elementos que nos podem orientar sobre a maior ou menor permeabilidade da serosa e sobre a eficácia do colapso: o exame clínico, a baciloscopia, e, sobretudo, o contróllo radioscópico. Êste último exame é absolutamente imprescindível para quem queira seguir criteriosamente um tratamento pelo pneumotórax. Deve verificar-se em radioscopia, antes e depois de cada insuflação, a imagem do colapso pulmonar. As insuflações serão intervaladas, ulteriormente, de duas, três, quatro semanas, conforme as indicações fornecidas por aquêles exames.

A quantidade de gás a injectar é determinada pela observação muito atenta das pressões manométricas. Já vai longe a época das pressões muito elevadas, em que se julgava que a acção colapsante do pneumotórax residia na exagerada compressão a que se devia sujeitar o parênquima lesado; actualmente pretende-se antes atingir uma *pressão mínima eficiente*, instituir um *pneumotórax hipotensivo eficaz*.

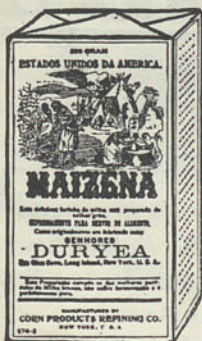
Parece poder afirmar-se que exactamente uma das grandes vantagens em utilizar as pressões fracas, negativas, é a menor frequência das reacções líquidas pleurais, uma das mais constantes complicações da colapsoterapia.

Ainda a hérnia do mediastino para o lado oposto, o arrancamento e a dilaceração de aderências, com todos os seus inconvenientes, são habitualmente também o resultado de fortes pressões intra-pleurais.

Todavia há casos muito particulares em que as insuflações devem ser realizadas com pressões positivas, por só desta maneira se conseguir um colapso eficaz. Assim succede em doentes a quem, no decurso do tratamento, em período adiantado da sua seqüência, surgiu um derrame pleural; então a serosa visceral, de poder de reabsorpção já reduzido pelo progressivo endurecimento e esclerose, que se vão dando, torna-se ainda mais resistente. Só pressões maiores, agora bem toleradas, conseguem manter o grau de colapso necessário. Também certos pneumotórax, que se realizam com o fim hemostático, só conseguem o desiderato visado com pressões mais elevadas.

A duração do tratamento pelo pneumotórax é um dos problemas cuja resolução se torna difficil, e que exige do clínico grande senso prático e discernimento claro. Não há regras sistematiza-

MAIZENA DURYEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorías por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo.

”

eregumil” Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

Indicado como alimento nos casos de intolerâncias
gástricas e afeções intestinais. — Especial
para crianças, velhos, convalescentes
e doentes do estômago.

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C^a

240, Rua da Palma, 246

LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy. PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 1748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ - SALINAS & C.ª - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta — Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Colónias e estrangeiro :

Ano, 60700

Ano, 80700

NÚMERO AVULSO : 8700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

das; os casos são individuais e cada qual requiere sua decisão, sendo absolutamente impossível precisar o tempo indispensável para a cicatrização das lesões sujeitas ao colapso. Há, todavia, um princípio, que serve a todos, e que consiste em nunca abandonar um colapso eficaz antes de dois anos de realização. É este o tempo mínimo a aconselhar. Dizia SAUGMANN, e com razão, que *é preferível comprimir um ano a mais do que um ano a menos.*

Para decidir da oportunidade de findar um tratamento pelo pneumotórax, aproveitamos um certo número de elementos que nos habilitam a tomar tal resolução, como sejam: a forma anátomo-patológica da doença antes da intervenção, em especial a existência de cavidades; a precocidade na aplicação do tratamento; a sua regularidade ou o aparecimento, no decurso das insuflações, de certas complicações, em particular de derrames pleurais; a maneira como decorreu a cura higieno dietética, se o indivíduo permaneceu em repouso ou se se entregou a um trabalho mais ou menos esforçado; o período em que desapareceram ou se reduziram os sinais funcionais, como a tosse, quantidade de expectoração, febre, etc., e aquêle em que a baciloscopia se tornou negativa. Ainda são elementos de valor os que os exames radioscópicos seriados nos fornecem quanto ao aspecto da linha do colapso pulmonar, à presença ou ausência de aderências, etc.

A descompressão, quando decidida, deve ser realizada gradualmente, espaçando as insuflações e reduzindo o seu volume, obrigando-se o doente, durante este tempo, a repetidos exames clínicos, radiológicos e bacterioscópicos. Nem sempre a reexpansão do pulmão se faz completamente; em alguns casos, processos de esclerose acentuada e de cicatrização dificultam a distensão do parênquima; então a redução da cavidade torácica, para conter o pulmão dêste modo retraído, é efectuada à custa de grandes retracções da parede do tórax, desvios do mediastino e elevação da cúpula diafragmática.

*

*

*

A colapsoterapia não é absolutamente isenta de perigos. Durante a execução da sua técnica podem surgir acidentes, algumas vezes ligeiros, de somenos importância, mas noutros casos

de maior gravidade, podendo mesmo ocasionar a morte do doente. Actualmente, porém, com uma técnica cada dia mais corrigida e com clínicos cada dia mais experimentados, só de longe em longe estes últimos accidentes aparecem.

Há accidentes benignos, que não resultaram, verificadamente, da técnica, mas sim do psiquismo de certos doentes, como ligeiras lipotimias, algumas manifestações nervosas, exageros de determinadas impressões dolorosas, etc.

Há accidentes pròpriamente da técnica: *a ferida de um feixe vásculo nervoso intercostal* (nunca o observámos), que nos parece de escassas probabilidades, visto os nervos e os vasos caminharem em uma goteira situada na parte inferior da face interna da costela, e não no seu bordo; *a ferida de uma costela*, que só poderá ser de relativa importância em casos de derrames pleurais que venham banhar e infectar o períosto lesado; *a ferida do parênquima pulmonar*, que, na maioria dos casos, existe só nas primeiras insuflações, e que raramente assume gravidade, apenas dando lugar ao aparecimento de alguns escarros sanguíneos. Em outros doentes, porém, particularmente quando a agulha penetrou em tecido pulmonar lesado, infiltrado, ou em uma cavidade, podem surgir accidentes de maior importância, por se estabelecer *uma perfuração pleuro-pulmonar*, com a sua conseqüente reacção pleural; produzir-se um *enfisema subcutâneo ou um enfisema mais profundo*, êste então de maior gravidade, podendo levar à asfixia pela passagem do ar respiratório através do tecido intersticial do pulmão, e sua localização no mediastino; ou ainda aparecerem certos *accidentes nervosos*, desde a síncope à embolia gássa, de que adiante nos ocuparemos.

Outros accidentes de menor responsabilidade podem aparecer no decurso, ou em seguida à intervenção, como *certas sensações dolorosas*, que se manifestam no hemitórax puncionado, localizando-se de preferência na base e na região da espádua, ocasionadas pela distensão de aderências, ou mesmo por destruição de pequenos filetes aderenciais, ou ainda pela própria distensão duma serosa inflamada; *estados de oppressão*, referidos por alguns doentes, devido ao deslocamento sofrido pelo mediastino e pelo diafragma, que não se adaptaram convenientemente à nova dinâmica intra-torácica; algumas *náuseas e vômitos*, particularmente nas insuflações à esquerda, causadas pela compressão que incide

sôbre o estômago pelo abaixamento mais pronunciado do diafragma dêste lado; e também certas *taquicardias* sentidas por alguns doentes com pneumotórax, igualmente à esquerda, por acentuado desvio do coração para o lado oposto.

Os acidentes nervosos que aparecem súbitamente, quer na primeira insuflação, quer em reinsuflações, podem surgir imediatamente à introdução da agulha, antes mesmo da passagem da mais pequena porção de gás; são, na realidade, os acidentes de maior gravidade, que obrigam o clínico a tomar as precauções mais minuciosas na execução da técnica do pneumotórax. Podem manifestar-se sob a forma de *síncope*s, de *movimentos convulsivos* ou de *paralisias*, e qualquer das formas pode levar à morte súbita e rápida do doente.

O quadro dos acidentes convulsivos desenvolve-se dentro do seguinte aspecto: sensação de mal-estar súbito; aparecimento de contracções tónicas convulsivas, depois clónicas, generalizadas ou limitadas a um ou mais membros; desvio conjugado da cabeça e dos olhos; palidez acentuada; bradicardia; aparecimento de manchas vermelhas de vaso-dilatação, disseminadas irregularmente pela superfície cutânea; amaurose parcial ou total; exagêro dos reflexos tendinosos; e, a seguir, paralisia flácida. Esta sintomatologia pode desaparecer em espaço mais ou menos curto, ficando o doente em estado de semi-inconsciência durante um certo tempo, ou pode só acalmar, para de novo regressar em uma ou mais crises, até que a morte lhes põe côbro.

Os acidentes paralíticos desencadeiam-se nos seguintes moldes: perda súbita de conhecimento, ou uma grande obnubilação mental; face vultuosa, olhar parado, espuma pela bôca, afasia motora, respiração ruidosa e profunda, pulso débil e em taquicardia; paralisia de um ou mais membros, abolição dos reflexos tendinosos, BABINSKY e cômâ. Em algumas horas todo êste quadro pode desvanecer-se, ou, pelo contrário, fixar-se durante alguns dias, e mesmo persistir, para terminar também pela morte.

São duas as causas a que se pode atribuir o desenvolvimento dos acidentes nervosos acima descritos: a *embolia gasosa*, mais constante, mais universalmente admitida, mais facilmente explicável, e a *reflexa pleural*, negada por alguns clínicos e demonstrada por outros experimentadores.

Efectivamente, parece averiguado que a irritação da serosa

pleural, particularmente quando inflamada, pode, por intermédio do nervo-vago, conduzir até ao bulbo o reflexo capaz de determinar alguma da sintomatologia nervosa que enumerámos. Levam-nos a aceitar esta patogenia, entre outras, as seguintes constatações: o desaparecimento rápido, por vezes em segundos, de certos acidentes, que difficilmente se explicariam pela localização cerebral dum êmbolo gasoso que se formasse; o desenvolvimento de idênticas perturbações em outras intervenções na cavidade pleural: punções exploradoras, toracenteses, lavagens da pleura, etc.; a experiência clássica, atribuída a CORDIER, feita em animais, consistindo em injectar tintura de iodo forte no espaço pleural de um hemitórax, em cujo lado se tenha previamente seccionado o pneumogástrico, sem que se produza qualquer perturbação nervosa, e em seguida fazer do lado oposto uma injeccão idêntica, conservando o nervo correspondente, e logo se verificar o aparecimento de movimentos convulsivos localizados ao lado experimentado, a breve trecho generalizados, arrastando consigo a morte rápida do animal.

Quanto à embolia gasosa, parece estar sufficientemente documentada, tanto pelo quadro clínico com que se apresentam muitas vezes estas perturbações nervosas, como pelo aspecto anátomo-patológico verificado por alguns patologistas. O êmbolo que vai localizar-se e obliterar uma artéria cerebral, penetra na circulação por ter sido atingido pela picada da agulha o parênquima pulmonar, ou, mais particularmente, qualquer aderência que, em regra, é atravessada por uma rêde vascular muito desenvolvida. Por intermédio das veias pulmonares, o êmbolo dirige-se ao coração esquerdo e, pela aorta, à circulação geral.

Para se constituir a embolia gasosa não é condição necessária a passagem de qualquer pequena porção do gás insuflado; ela pode ser originada pelo próprio ar atmosférico existente nos alvéolos pulmonares, aspirado para a circulação vascular pelo orifício produzido pela agulha de punção.

Para nos prevenirmos um pouco contra estes accidentes, devemos atender minuciosamente a certas particularidades de técnica, como sejam: sossegar previamente o moral do doente, nunca exagerar o número de tentativas em cada sessão, não usar agulhas de grande calibre, não provocar grandes traumatismos da pleura com movimentos imprimidos à agulha, por não se ter

conseguido imediatamente a realização do pneumotórax, e, sempre que seja possível, não puncionar em regiões onde a pleura possa estar inflamada ou ter aderências.

Desde que, porém, os acidentes surjam, no decurso da intervenção, deve se imediatamente suspender a insuflação, retirar a agulha, desistir mesmo do prosseguimento ulterior do tratamento; colocar o doente com cabeça baixa; proceder à respiração artificial prolongada; usar largamente a medicação tónica do coração, mesmo por via intra-cardíaca, se fôr necessário; fazer a inalação e injeção subcutânea de oxigénio, e, nas formas comatosas, a sangria.

A terapêutica vaso-dilatadora pela acetilcolina, que últimamente tem sido aplicada em doses elevadas, quer por via intramuscular, quer intra-venosa, tem merecido a melhor atenção, pelos resultados obtidos, devendo ser utilizada.

Várias complicações podem surgir na cura pelo pneumotórax artificial; as mais importantes são as perfurações pleuro-pulmonares e os derrames pleurais. Delas se ocuparão, num dos próximos dias, os meus colegas CARLOS VIDAL e ALBERTO DE CARVALHO.

Aqui têm, meus senhores, em poucas palavras, o que actualmente se pensa do tratamento da tuberculose pulmonar pelo pneumotórax artificial. Terminarei repetindo mais uma vez o que lhes disse no início desta lição: Esta terapêutica, pela simplicidade da sua técnica e pelo reduzido número de complicações a que pode dar lugar, constitue, sem dúvida alguma, no estado actual da tisiologia, a melhor arma de que os clínicos podem dispor para tratar a maioria dos casos de tuberculose pulmonar.

PNEUMOTÓRAX BILATERAL

POR

FRANÇA DE SOUSA

Meus senhores,

É a ASCOLI que se deve a introdução do pneumotórax bilateral na terapêutica da tuberculose pulmonar. Foi êle, com efeito, quem apresentou pela primeira vez, no Congresso que se reuniu em Roma, em 1912, os trabalhos iniciais sôbre o duplo colapso, lançando a sua nova teoria acêrca da hipotensividade do pneumotórax.

Neste mesmo ano, na África do Sul, PARRY MORGAN, ignorando os trabalhos e ideas de ASCOLI, chegara a idênticas conclusões e apresentava também os seus primeiros doentes tratados por êste processo.

Até então vinha sendo aplicado o método de FORLANINI, tal como fôra divulgado, isto é, com grandes pressões, mesmo muito superiores à pressão atmosférica, pois julgava o autor que só pelo repouso total do órgão se conseguia a cura da doença.

Só dez a doze anos depois de ASCOLI ter exposto as suas novas ideas sôbre o pneumotórax começaram a aparecer trabalhos doutros autores em que se focava a noção da electividade do colapso pulmonar ao nível do foco lesional.

O modo de acção do pneumotórax depende, na verdade, de dois factores importantes: a elasticidade do tecido pulmonar são e a tendência retráctil das lesões.

Insuflando pequenas quantidades de gás na cavidade pleural, obtem se, como já lhes disse o Prof. LOPO DE CARVALHO, o colapso electivo e eficiente da parte lesada do pulmão, permitindo que a parte sã execute os movimentos respiratórios normais em ordem a não prejudicar a hematose.

OS FARINÁCEOS E O LACTANTE



O pediatra moderno, conhecedor das importantes aquisições que a físió-patologia infantil vem exigindo, não pode recomendar qualquer farinha ou mistura farinácea, que não seja um produto que, sob o aspecto nutritivo, represente um alimento equilibrado, reúna vantagens positivas em comparação com outros alimentos, e a que se reconheça uma verdadeira utilidade através extensas investigações clínicas.

Antes de lançar em público a actual fórmula da Farinha Lactea Nestlé fizeram-se profundos estudos clínicos e laboratoriais a fim de verificar até que ponto a administração deste produto, em doses convenientes, contribuía para o equilíbrio nutritivo, realizava o enunciado de E. Lesné (Relatório ao XXII Congresso de Higiene, Paris, 21-23 de Outubro de 1935) sobre a necessidade de diminuir a quantidade de leite até ao 6.º mês e introduzir, na ração alimentar diária, cereais e legumes para estabelecer o equilíbrio necessário entre as proteínas animais e vegetais, lípidos e hidratos de carbono. Pois bem! Tôdas as investigações demonstraram a acção favorável que esta fórmula desempenha na retenção de substâncias minerais, isto é, a adição da Farinha Láctea Nestlé no regime diário evita as perdas de substância azotada que se observam numa dieta mal equilibrada.

As vantagens obtidas com o emprêgo da Farinha Láctea Nestlé devem classificar-se de positivas, porque outras experiências de tipo exclusivamente biológico realizadas como contrôle e tendo por base várias farinhas existentes no mercado (submetendo séries de animais a regimes quantitativamente iguais, mas sob o aspecto qualitativo integradas por diversas fórmulas farináceas) demonstraram que os resultados obtidos quanto à retenção de substâncias minerais, digestibilidade e assimilação, eram muito inferiores aos que se conseguiam com a fórmula Nestlé.

Temos, pois, neste produto, um excelente meio de realizar o equilíbrio alimentício representado pelo aumento da quantidade de hidratos de carbono até à dose superior contida no leite puro, prática que a experiên-

cia clínica considera muito conveniente, porque representa a obtenção do valor alimentício, energético e plástico da farinha malteada-dextrinada, assim como uma melhor coagulação do leite de vaca que, com a Farinha Láctea Nestlé, se efectua em pequenos grumos semelhantes aos que nos apresenta o leite materno.

Tôdas estas características da Farinha Láctea Nestlé consagraram-na como uma fórmula que reúne vantagens positivas e uma utilidade clínica manifesta, facto importantíssimo e certificado por eminentes Mestres da Pediatria. Como exemplo de vasto e consciencioso estudo clínico, queremos transcrever a opinião dos conhecidos pediatras da Beneficência Provincial de Madrid, Drs. J. Bourkaid Beso, F. Parache Asparo, J. Bravo Frías, J. A. Alonso Muñozerro, os quais classificam a Farinha Láctea Nestlé como um auxiliar do aleitamento materno depois do quarto mês:

«... Certificam que estudaram detidamente o referido preparado nas clínicas de Inclusa de Madrid, por espaço de seis meses, sendo várias as centenas de crianças que foram objecto de observações, das quais resultou que é um bom alimento para as crianças no período inicial do desmame.

«Em geral, pode recomendar-se o seu emprêgo na alimentação infantil ajudando a amamentação materna depois do quarto mês e quando houver necessidade da alimentação mixta, por ser insuficiente o leite da mãe, que, como é sabido, nada pode substituir, e nos de mais de seis meses, privados do peito materno, porque a sua composição básica é o leite em pó e farinha previamente transformada ou malteada, cuja digestão se faz completamente.»

Estas ideas vêm sendo sucessivamente confirmadas pelos diferentes trabalhos que têm surgido. Quanto à explicação da electividade, é que tem havido grande discordância. Já aqui lhes foi dito que ela se deve filiar no potencial retráctil das lesões e não, como pretende PARODI, na acção da gravidade. Efectivamente a simples observação de dois factos faz cair por terra as ideas de PARODI: um, o da electividade das lesões da base em casos em que se vêem normalmente funcionar os lobos pulmonares superiores; outro o de ser possível realizar um pneumotórax electivo do lobo superior com o doente voltado de cabeça para baixo.

Seja, porém, qual fôr a causa da electividade, o que nos interessa saber é que ela existe, pois se não existisse não seria possível o estabelecimento do pneumotórax bilateral, visto que o colapso total dos dois pulmões seria incompatível com a função da hematose.

Em face do exposto é fácil prever-se que as condições principais a que deve obedecer a instituição do pneumotórax bilateral devem ser as seguintes:

- 1.^a — Os dois pneumotórax devem ser hipotensivos;
- 2.^a — Devem ser electivos, pelo menos o do primeiro lado tratado.

Note-se, porém, que estas duas condições, concorrendo, sem dúvida, para a eficácia do pneumotórax bilateral e mesmo para que êle seja bem suportado pelos doentes, não são, todavia, suficientes para explicar a sua physio-mecânica.

É necessário termos ainda em conta a redução da amplitude respiratória do tórax, que se estabelece com a instalação do pneumotórax bilateral.

Como sabem, o gás insuflado, contido dentro da cavidade pleural, quasi nada se dilata com os movimentos da respiração; por sua vez, a parede do tórax tende para uma posição de repouso, que podemos considerar intermédia entre a inspiração e a expiração.

A redução das excursões respiratórias que se encontram nos casos tratados pelo pneumotórax bilateral é pois motivada pela diminuição de amplitude da parede torácica na inspiração, o que traz como consequência uma redução da expansão respiratória dos pulmões, visto que a dilatação destes se faz sempre proporcionalmente à da caixa torácica.

Nesta ordem de ideas, o pneumotórax bilateral, provocando, pela sua electividade, a retracção das zonas pulmonares doentes e actuando no tecido são pela diminuição dada à excursão inspiratória da parede torácica, é só viável quando nos dois pulmões existe parênquima são em quantidade que permita conter o volume de ar indispensável e suficiente para a hematose.

Não é pois necessário que se realize a condição óptima para a instalação do pneumotórax simultâneo: a electividade dos dois colapsos; basta que haja nos dois pulmões ou num só a quantidade suficiente do tecido são que nas condições criadas pelo colapso duplo garanta a normalidade da função respiratória.

A instalação do pneumotórax bilateral hipotensivo não vem produzir dispneia nem perturbar a respiração, como poderia supor-se; bem pelo contrário, dá até lugar, muitas vezes, ao desaparecimento da dispneia motivada pela doença.

É que, como diz DUMAREST, as regiões da cavidade torácica que se juxtapõem às zonas doentes do pulmão têm certa dificuldade em se dilatarem pela resistência do pulmão subjacente.

Por outro lado, a retracção parenquimatosa das lesões existentes provoca nas zonas sãs acentuada distensão; e o parênquima são, já assim distendido, oferece, naturalmente, maior resistência à nova distensão provocada pela expansão torácica.

A criação do pneumotórax, diminuindo a distensão forçada das partes sãs, facilita, conseqüentemente, a sua expansão respiratória e facilita portanto a função dos lobos sãos; daí a diminuição da dispneia que existia antes do tratamento.

É necessário, pois, que haja uma amplitude suficiente da expansão respiratória da cavidade torácica e tecido pulmonar são em quantidade suficiente que garanta a hematose, para que seja realizável com proveito o colapso bilateral.

*

*

*

Poderemos considerar dois tipos de pneumotórax bilateral:

- 1.º — O pneumotórax bilateral simultâneo propriamente dito, isto é, aquêlê que se faz logo de início para combater lesões dos dois pulmões ao mesmo tempo;

- 2.º — O pneumotórax bilateral tardio, isto é, aquêlê que se

realiza para combater a bilateralização de lesões em casos já anteriormente tratados pelo pneumotórax unilateral.

Com efeito, muitas vezes vemos aparecer, no decorrer do tratamento pelo pneumotórax, lesões do lado oposto, que em alguns casos podem ter pouca importância e regressarem sob a acção de repouso mais rigoroso, com ou sem a associação da auroterapia, mas que noutros podem apresentar aspectos mais graves, fazendo-se acompanhar de febre, suores, hemoptises, etc., e prometendo evoluir com rapidez. É então que este tipo de pneumotórax bilateral tem a sua aplicação e deve ser tentado imediatamente.

Quanto ao primeiro tipo de pneumotórax bilateral a que aludimos, as suas indicações são principalmente nos casos em que aparecem lesões simultâneas nos dois pulmões; é o caso das lesões apicais evoluindo paralelamente nos dois pulmões; é o caso das lobites, é o caso das cavidades juxta-claviculares, etc. Todos estes casos podem ser influenciados favoravelmente pelo pneumotórax bilateral simultâneo.

Como contra-indicações devemos citar, em primeiro lugar, a extensão das lesões nos dois pulmões. Em geral, nos casos em que a difusão das lesões atinge os dois têtços dos campos pulmonares, o pneumotórax bilateral não deve ser tentado, pois nessas condições o resultado é nulo. Outra contra-indicação é a da associação da tuberculose pulmonar à tuberculose intestinal.

Nestes casos, principalmente quando existem diarreias copiosas e persistentes, o pneumotórax bilateral não deve ser realizado, pois ainda que êle possa melhorar um pouco as lesões pulmonares, o estado geral do doente piora consideravelmente por se agravar a doença ao nível do intestino.

Não constituem contra-indicações nem a idade dos doentes nem as formas que, muito embora pouco extensas, apresentem grande intensidade de sintomas, como febre alta, hemoptises, grande quantidade de expectoração, etc., a não ser nos casos em que os doentes se apresentem muito abatidos com cianose, mesmo que ligeira.

Nestas condições está contra-indicado o pneumotórax bilateral.

Sendo certo que as condições de êxito do pneumotórax dependem muito do intervalo do tempo que medeia entre o apare-

cimento das lesões e a realização das primeiras insuflações, não deve, no entanto, deixar de tentar-se, mesmo em casos cujas lesões, embora já antigas, não foram precocemente tratadas. A tuberculose laríngea, sendo muitas vezes melhorada com a colapso-terapia pulmonar, não constitue contra-indicação.

*

*

*

A técnica do pneumotórax bilateral difere, consoante se trata dum ou outro tipo atrás referidos.

No caso do pneumotórax estabelecido para tratar a bilateralização das lesões, a orientação do médico deve ser a de ir insuflando, de dois em dois dias ou de três em três, conforme os casos, pequenas quantidades de gás, vigiando, pela radioscopia, não só o local onde pareçam mais fáceis as insuflações, mas também o modo como o colapso se vai estabelecendo, vigiando igualmente, escusado será dizer, a manutenção do primitivo colapso do lado oposto. Os intervalos das insuflações variam muito de doente para doente, como já dissemos, e variáveis são também as quantidades de gás a insuflar, que não devem ultrapassar 300 a 500 cc., em média.

Quanto ao segundo tipo, o do pneumotórax bilateral simultâneo, o problema é mais complexo. Em presença dum doente com lesões bilaterais, que desejamos colapsar, a primeira dificuldade que se nos depara é a de saber de qual dos lados deve ser iniciado o tratamento. Alguns autores preferem começar pelo pulmão com lesões mais extensas; outros aconselham a que se inicie o tratamento pelo lado em que existam lesões mais evolutivas. Parece ser esta última orientação a que melhores resultados tem dado.

De começo as insuflações devem ser diárias e feitas alternadamente, ou, quando muito, dia sim, dia não, tendo sempre o cuidado de introduzir pequenas quantidades de gás, nunca deixando de vigiar, pela radioscopia, o modo como os colapsos se vão estabelecendo.

Antes de se iniciar o tratamento pode apreciar-se a facilidade com que o pneumotórax bilateral será realizado; basta para isso

observar, por meio de agulha ligada ao manómetro, a amplitude das oscilações dêste nas duas cavidades pleurais.

Quando se consegue obter a electividade bilateral, regra geral, o resultado é bom e a técnica consistirá em ir espaçando o intervalo das insuflações à medida que os colapsos vão sendo mais perfeitos. Quando aparecem aderências que dificultem o colapso e que sejam seccionáveis, deverá o doente ser operado. Deve, no entanto, haver o cuidado prévio de espaçar as insuflações do lado em que se não intervém, por forma a reduzir o colapso, pois, como sabem, com o acto operativo estabelece-se sempre um acentuado colapso no hemitórax em que se intervém; é necessário, portanto, que o pulmão oposto possa fazer face à função da hematose.

As pressões, ao terminarem as insuflações, devem ficar sempre negativas.

Não valerá a pena citar valores das pressões pleurais, visto que elas variam muito duns para outros doentes.

Deve-se sempre procurar deixar o colapso à pressão mínima eficiente, isto é, àquela que seja capaz de garantir o colapso nas condições atrás descritas.

O pneumotórax bilateral deverá, regra geral, ser abandonado nos casos em que se não realizem as condições de electividade. Em certos casos, porém, é bom saber se, o pneumotórax bilateral, a-pesar-de não electivo, traz melhoras ao estado geral do doente e pode manter-se por essa razão.

*

*

*

A diversidade de opiniões, em relação ao tempo de duração no tratamento pelo pneumotórax simples, persiste quanto ao pneumotórax bilateral.

Se se trata dum pneumotórax destinado a combater a bilateralização de lesões, poderá ser interrompido ao fim de dois ou três anos do desaparecimento da sintomatologia que o fêz instalar, mesmo que haja que manter por mais algum tempo o outro.

No caso do pneumotórax bilateral simultâneo, deverá o tempo do tratamento ser maior, tendo em conta a intensidade do ataque que o doente sofreu pelo agente patogénico.

O abandono do tratamento é sempre difícil, por não sabermos se as lesões estão nessa altura em estado de não poderem voltar à actividade. O tratamento deverá, portanto, pelo menos como medida de precaução, ser mantido por largo tempo.

Devemos sujeitar o doente, durante o tempo em que está submetido a este tratamento, a uma vida de repouso cuidada e boa alimentação, principalmente super-hidrocarbonada, e, em muitos casos, associar a terapêutica pelos sais de ouro, principalmente quando os doentes continuem a eliminar bacilos na expectoração.

Tendo o doente realizado o pneumotórax bilateral em boas condições e havendo desaparecido por completo a sintomatologia da doença, pode permitir-se-lhe o trabalho leve ao fim de dois anos de tratamento.

O pneumotórax bilateral, nos casos em que os dois colapsos se estabeleceram facilmente, atingindo logo de comêço a sua electividade e se tornaram seguramente eficientes, é muito bem suportado pelos doentes. Por este motivo e porque nunca podemos confiar nas resistências naturais ao bacilo de KOCH em doentes que apareceram já anteriormente com lesões bilaterais, é preferível não pensar em suspender cedo as insuflações, ainda que consideremos o doente clinicamente curado.

*

* * *

As complicações do pneumotórax bilateral são as mesmas que as do unilateral. Simplesmente porque os doentes tratados por aquêle método estão geralmente num equilibrio respiratório menos estável e mais fácil de ser modificado por qualquer circunstância, ainda que pequena, qualquer das complicações que já conhecem do colapso unilateral pode aqui revestir-se de excepcional importância, podendo até apresentar-se sob quadro clínico de grande gravidade.

O problema das complicações da colapsoterapia será tratado noutra lição dêste curso. Não entraremos, pois, na sua análise pormenorizada.

Não falaremos das embolias gasosas provocadas ao nível do pulmão pela picada duma veia na ocasião da insuflação, nem das

IODAMELIS LOGEAIS

Iodotânico estável derivado da hamamelidina

GOTAS E COMPRIMIDOS

de 20 a 50 gotas ou 2 a 6 comprimidos por dia, as refeições

Doenças do aparelho circulatório

Perturbações utero-ovarianas

Doenças do aparelho respiratório e da nutrição

OPO - IODAMELIS LOGEAIS

Associação do iodotânico do IODAMELIS
com a organoterapia masculina ou feminina

COMPRIMIDOS

dose média : de 2 a 6 comprimidos por dia

FORMULA MASCULINA

**Deficiências endócrinas
da idade madura**

● **FORMULA FEMININA**

**Disendócrinas da donzela
e da mulher**

NAIODINE LOGEAIS

Solução estabilizada de iodeto de sódio quimicamente puro

SOLUÇÃO A : Injeções intramusculares de 20 a 40 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injeções endovenosas de 20 a 40 cc por dia.

Todo o síndrome doloroso agudo ou crónico

Nevraxites - Algas rebeldes

THIO - NAIODINE LOGEAIS

INJECTAVEL

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM
em solução injectável

SOLUÇÃO A : Injeções intramusculares de 5 a 20 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injeções endovenosas de 10 a 40 cc por dia.

**A doença reumática crónica,
quer que sejam a etiologia, a forma ou a sede**

THIO-NAIODINE COMPRIMIDOS

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM

associado aos sais de LITHINA e à VITAMINA B₁

Todas as doenças por carencia de enxofre

Reumático crónico - Afecções das vias respiratórias

Doenças do fígado e da nutrição

LABORATORIOS JACQUES LOGEAIS, ISSY LES MOULINEAUX - PARIS

AGENTES GERAIS E EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E COLONIAS :

A. GENIMEX FARMACEUTICA, L^{da}, 27, Rua Joao de Deus, VILA FRANCA DE XIRA

LISBOA MÉDICA



GLEFINA
PODEROSO RECONSTITUINTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA
PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS



CLAVITAM
TONICO RICO EM VITAMINAS A' B' D'

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 80

LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroides* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246— LISBOA

complicações que podem surgir pela extensão da doença a outros órgãos, principalmente aos intestinos.

Referiremos apenas aqui, pela sua excepcional importância e pela freqüência com que aparecem, as perfurações pulmonares e os derrames pleurais.

As perfurações pulmonares podem ser traumáticas ou espontâneas. As primeiras são mais freqüentes do que as segundas e surgem muito mais do que no pneumotórax unilateral, não só porque no pneumotórax bilateral as insuflações são muito mais numerosas e com intervalos mais pequenos, mas também pela maior proximidade do pulmão da parede torácica. São, geralmente, puntiformes, de modo que só nos dão sinais algum tempo depois da insuflação.

As perturbações pulmonares espontâneas são a conseqüência da evolução de lesões até à superfície do pulmão que, encontrando os folhetos pleurais afastados, não podem ser defendidos pela formação de aderências. Anunciam-se, na maioria dos casos, por pontada forte, dispneia, angústia, aparecendo muitas vezes imediatamente os sinais clínicos do derrame pleural que se lhes segue. Estas perfurações são, geralmente, devidas a *poussées* evolutivas na parte do pulmão colapsada e podem aparecer logo no início do tratamento pelo pneumotórax bilateral ou então tardiamente. Quasi sempre traduzem a insuficiência do colapso e surgem, regra geral, nos maus casos de pneumotórax bilateral; anunciam-se pelo aparecimento de sintomas que já tinham desaparecido logo após as primeiras insuflações, como febre, tosse, expectoração, cansaço, hemoptises, etc., o que obriga o médico a aumentar a quantidade de ar insuflado, tanto quanto o doente o permita, antes que essas *poussées* evolutivas possam provocar uma perfuração ou um derrame.

Os derrames pleurais, no decorrer do pneumotórax bilateral, podem aparecer imediatamente depois duma perfuração pulmonar, com uma sintomatologia brusca e aflitiva para o doente, como acabámos de dizer, ou só tardiamente, às vezes ao cabo de muitos meses de tratamento. São estes muito menos graves, requerendo, contudo, do médico, uma vigilância aturada; puncionando o líquido pleurítico, sempre que êle tenha tendência a aumentar, e insuflando ar, evita-se assim a sínfise pleural, impeditiva da cura do doente.

Se o derrame é purulento, o que muitas vezes sucede, o prognóstico é muito pior, pois a-pesar das lavagens repetidas da pleura, raramente o médico consegue obter bons resultados.

Falaremos ainda duma complicação que sendo mais própria-mente ligada à existência do pneumotórax bilateral, é, por assim dizer, uma consequência dêste tratamento, estando, portanto, mais dentro do âmbito desta exposição. Quero referir-me ao chamado síndrome da desnutrição precoce.

Muitas vezes, passado pouco tempo de termos instituído a um doente o tratamento pelo pneumotórax bilateral, vemos melhorar tôda a sua sintomatologia: a tosse, a febre, a quantidade de expectoração, os suores, etc. Mas, a-pesar disso, o doente emmagrece e a balança vai acusando perdas sucessivas de pêso. O estado geral do doente, que ao princípio tinha melhorado com o tratamento, começa a agravar-se consideravelmente, e é justamente depois das insuflações que o doente acusa piores. Esta complicação, intimamente em relação com a existência do pneumotórax bilateral, é acompanhada duma diminuição notável do metabolismo do doente e constitue um escólho importante, que a maior parte das vezes o médico não consegue vencer.

Para o tratar é necessário diminuir a quantidade de gás insuflado e espaçar as insuflações; por vezes fazer até a extracção de ar de dentro da cavidade pleural. Consegue-se assim, por vezes, arranjar um equilíbrio entre o síndrome ocasionado pela terapêutica e as melhoras por ela produzidas; mas devemos dizer que êste fim raramente se atinge e que nos casos em que tal complicação aparece, o pneumotórax bilateral é absolutamente improfícuo para o doente.

*

* * *

O prognóstico dos doentes tratados pelo pneumotórax bilateral difere conforme os dois tipos que descrevemos.

No pneumotórax bilateral tardio o prognóstico está na dependência do tempo que mediou entre a instalação do primeiro pneumotórax e o aparecimento das lesões do lado oposto e também da eficácia do colapso primitivo. Em geral, quando a bilateralização das lesões se faz muito cedo, o prognóstico é mau. No segundo tipo de pneumotórax o prognóstico é função de muitos

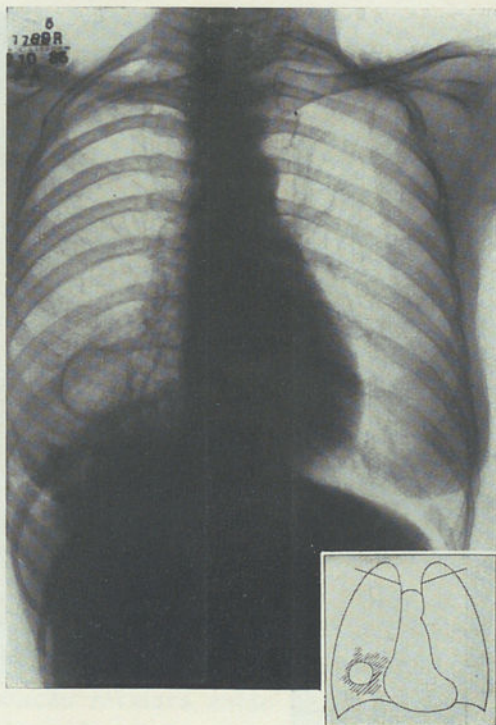


Fig. 1 — Lesão cavitária do lobo inferior direito

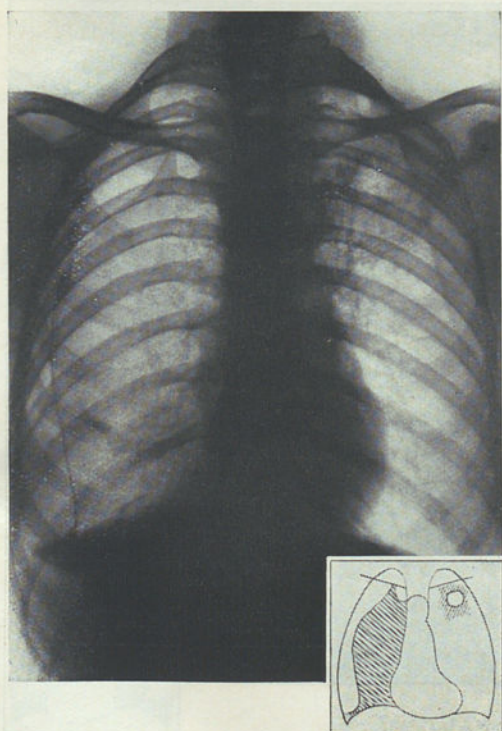


Fig. 2 — Mesmo caso. Pneumotórax à direita. Processo cavitário à esquerda

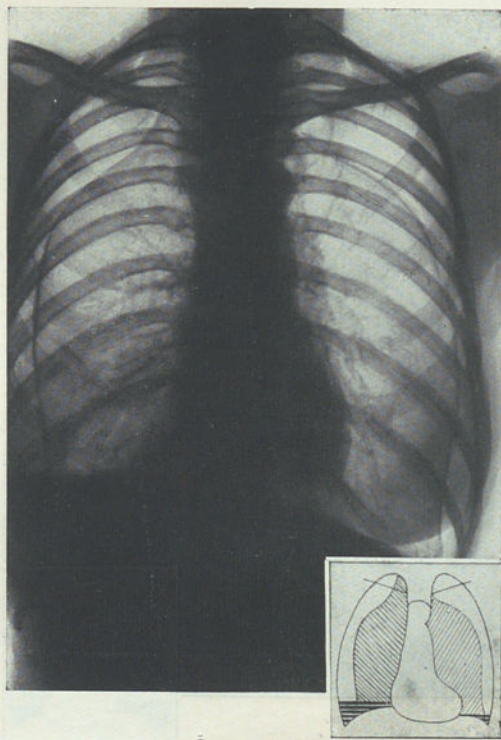


Fig. 3 — Mesmo caso. Pneumotórax bilateral. Desaparecimento das cavidades

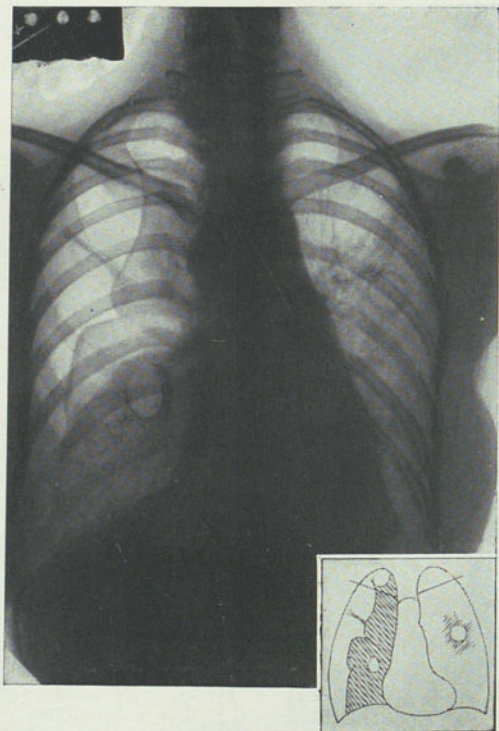


Fig. 4 — Pneumotórax à direita. Aparecimento de cavidade à esquerda

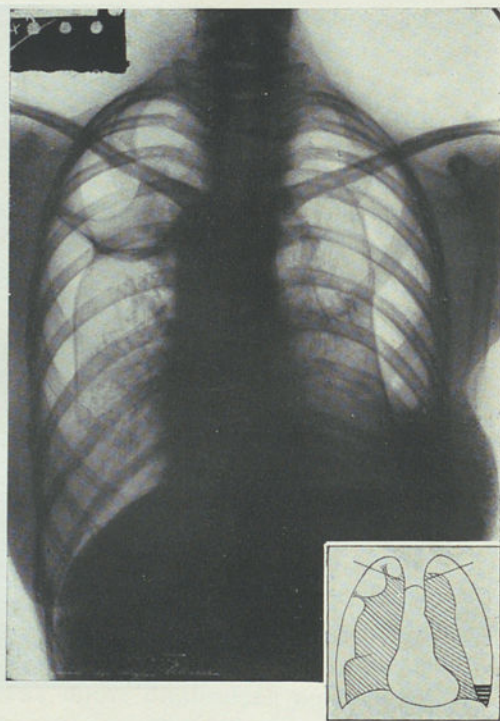


Fig. 5 — Mesmo caso. Pneumotórax bilateral

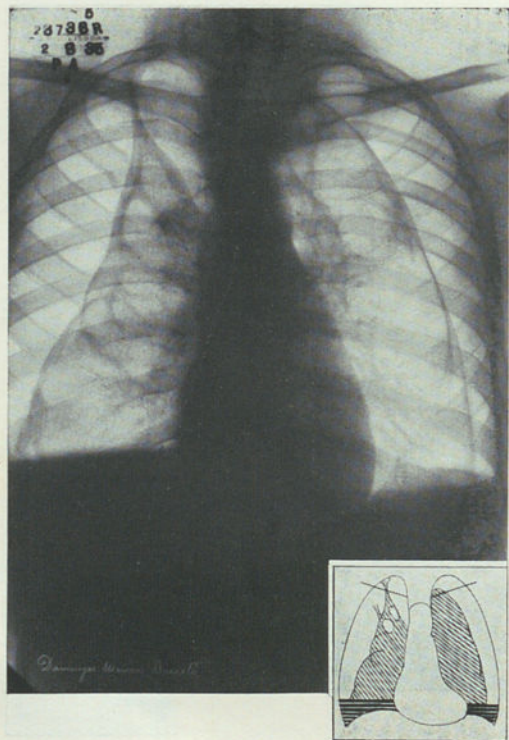


Fig. 6 — Pneumotórax bilateral. Cavidades do lobo superior não colapsadas por aderência do lobo à 1.^a costela

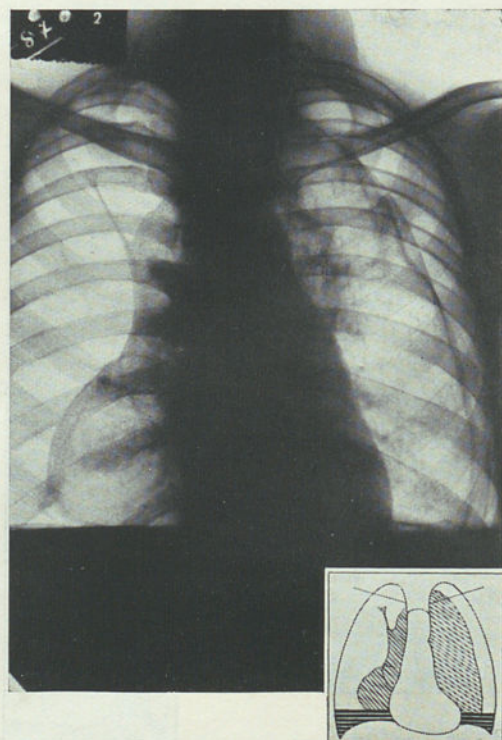


Fig. 7 — Mesmo caso, após secção da aderência à 1.^a costela. Colapso das cavidades

factores: da idade dos indivíduos, da precocidade do tratamento, do estado geral dos doentes, do tipo anatómico das lesões, da maneira como se estabelecem os colapsos e bem assim da duração da baciloscopia positiva.

Se os colapsos se fazem com facilidade e são eficientes, se a expectoração se torna negativa rapidamente e o estado geral do doente melhora, o prognóstico é, seguramente, bom. Nos outros casos o prognóstico é sempre duvidoso.

Eis, resumido em linhas gerais e rápidas palavras, dirigidas àqueles que se pretendem iniciar na prática médica, e neste caso na prática fisiológica, o problema do pneumotórax bilateral.

Vou agora apresentar-lhes alguns casos clínicos:

As radiografias reproduzidas na estampa I referem-se a uma doente que há três anos, aproximadamente, começou a emmagrecer, após uma gripe. Quando a observámos tinha tosse freqüente e expectoração abundante e fazia tôdas as tardes temperaturas a 37°,5. A auscultação revelava então lesões da base pulmonar direita, que a radiografia confirmava. Formara-se, como podem observar na figura 1, uma cavidade do lobo inferior. Tratada pelo pneumotórax, melhorou progressivamente. Mas um ano depois do tratamento piorou de novo; as temperaturas voltaram a subir, a expectoração, sempre bacilífera, aumentou, a-pesar do colapso estabelecido, e à auscultação começaram a aparecer alguns ferveres na fossa subclavicular esquerda, relacionados com novo foco tuberculoso, que surgia nessa região. Instituído o pneumotórax bilateral, as melhoras não se fizeram esperar. A doente mantém-se bem, presentemente, sem febre, sem tosse, sem expectoração e com sucessivas baciloscopias negativas.

Idêntico a êste caso é o do doente cujas radiografias se encontram reproduzidas nas figuras 4 e 5 da estampa II. Tratado inicialmente por pneumotórax à direita, sofreu, meses depois, bilateralização do processo, que conduziu à instituição do duplo pneumotórax. Continua ainda em tratamento, mas já sem febre e com óptimo estado geral.

Finalmente, as radiografias reproduzidas nas figuras 6 e 7 da mesma estampa referem-se a um outro caso de pneumotórax bilateral, em que teve de se proceder à desinserção parcial das aderências existentes à direita. Neste doente surgiu, no decorrer do tratamento, um duplo derrame citrino, facilmente apreciável

nas radiografias. Foi, porém, sempre bem suportado, muito embora tivesse exigido uma constante vigilância clínica. O doente, que era da província, saiu do serviço após um ano de internamento em estado de compensação clínica, sem febre e com regular estado geral.

Estes três exemplos bastam, creio bem, para lhes demonstrar o alcance terapêutico do pneumotórax bilateral. Sem o duplo colapso, seriam doentes condenados a uma morte próxima. Com êle, se não curarem, conseguem, pelo menos, ir vivendo alguns largos meses e sem os sofrimentos que ocasionam todos os processos pulmonares extensivos.

A OPERAÇÃO DE JACOBÆUS

POR

LOPO DE CARVALHO.

Meus Senhores,

Como já tive ocasião de lhes dizer, as condições óptimas para a colapsoterapia pulmonar exercer a sua acção encontram-se no pneumotórax electivo, onde só as zonas doentes permanecem imobilizadas, continuando as zonas sãs em franca actividade funcional. Para atingir tal situação basta libertar-se o pulmão das suas conexões peri-éricas, pois a zona correspondente aos focos lesionais tende a retrair-se por si, estabelecendo-se, conseqüentemente, o repouso funcional do parênquima lesado. Essa tendência natural do pulmão colapsado para criar a desejada electividade é, porém, muitas vezes, contrariada pela existência de aderências locais, que não só impedem a retractibilidade, como exercem ainda tracções prejudiciais sobre os tecidos doentes. As zonas pulmonares lesadas deixam assim de ter o repouso necessário à cicatrização do processo, para estarem continuamente submetidas a forças distensivas que os movimentos respiratórios exacerbam. Cria-se desta forma uma situação prejudicial à cura das lesões, agravada pelo traumatismo mecânico exercido junto da zona doente, que pode dar lugar às mais graves complicações, entre as quais a da laceração da base da aderência e o aparecimento consecutivo do empiema por perfuração.

Uma simples aderência filiforme que fixe o pulmão à parede torácica e que impeça o colapso de qualquer cavidade subjacente é, pois, suficiente para fazer fracassar totalmente o pneumotórax instituído.

A acção nefasta das aderências pleurais sobre a eficácia da colapsoterapia é de há muito conhecida. Basta, na verdade, apre-

ciar o que nos dizem as estatísticas sôbre os resultados tardios do tratamento de FORLANINI, em doentes cujos pneumotórax foram completos e em casos de colapsos parciais por sínfise ou aderências, para se reconhecer a sua gravidade.

Assim, por exemplo, MATSON, em 850 doentes, reconheceu:

	Curados	Estacionários	Falecidos
Colapso regular	48 0/0	20 0/0	21 0/0
Colapso parcial	13 0/0	13 0/0	50 0/0
Sínfise pleural	7 0/0	23 0/0	55 0/0

UNVERRICHT, por sua vez, confirmou o efeito curativo do pneumotórax completo em comparação com os colapsos parciais :

	Curados	Estacionários	Falecidos
Pneumotórax total	66,6 0/0	13,3 0/0	6,7 0/0
Pneumotórax com aderências filiformes ou membranosas	26,3 0/0	63,2 0/0	10,5 0/0
Pneumotórax parcial	8,7 0/0	39,1 0/0	43 0/0

GRAVESEN, já por nós citado, é também claro a tal respeito:

Pneumotórax sem aderências :

Aptos para trabalhar	70,2 0/0
Incapazes de trabalhar por tuberculose	2,1 0/0
Falecidos por tuberculose pulmonar	23,4 0/0
Falecidos por outras causas	2,1 0/0
Falecidos por causas desconhecidas	2,1 0/0

Pneumotórax completos, mas com aderências circunscritas :

Aptos para trabalhar	33,5 0/0
Falecidos por tuberculose pulmonar	66,7 0/0

Pneumotórax incompletos, com aderências extensas e difusas :

Aptos para trabalhar.....	11,1 0/0
Falecidos por tuberculose pulmonar	86,7 0/0
Falecidos por outras causas.....	2,2 0/0

Da simples leitura destes números infere-se, na verdade, que os bons resultados obtidos com o pneumotórax artificial estão na interdependência da existência de aderências pleurais.

É natural, por consequência, que o estudo da sua supressão preocupasse, de há muito, o espírito dos tisiologistas que habitualmente praticavam o método de FORLANINI. Para as destruir, ensaiaram-se de comêço as fortes pressões pleurais, a pouco e pouco abandonadas, pelos efeitos funestos que criavam, pois favoreciam o aparecimento de graves empiemas pelas dilacerações que causavam e, inclusivamente, como mais de uma vez se verificou, a abertura para a pleura de cavidades superficiais do pulmão com a formação consecutiva de fístulas pleuro-pulmonares. Não tardou, portanto, que tal prática caísse por completo em desuso, tanto mais que, com tais pressões, se criavam habitualmente pneumotórax contraelectivos, sempre desfavoráveis, como vimos, à cicatrização das lesões, por estabelecerem situações prejudiciais à cura do processo.

Surgiu então a idea da supressão sangrenta das aderências, feita através de toracotomia limitada. Foram as primeiras tentativas realizadas com pouco êxito por ROWSING e SAUGMANN, em 1913; mais tarde outros cirurgiões seguiram o mesmo processo, mas, como os resultados não fôsem animadores, caiu o método em esquecimento até que em 1926 PATERNOSTER, de Buenos Aires, e LEOTTA, de Bari, retomaram o estudo do problema, tendo êste último apresentado ao Congresso de Medicina e Cirurgia de Pádua, em 1926, oito casos operados, segundo tal técnica, com manifesto êxito.

Antes disso, porém, em 1913, HERVÉ, director do «Sanatorium des Pins et des Escaldes», tentara suprimir as aderências pleurais usando o galvanocautério, que introduzia na pleura pela cânula de um trocarte estreito e que guiava sob o *écran* radioscópico. Foram, todavia, infelizes os ensaios realizados.

Simultâneamente, e ignorando as tentativas de HERVÉ, o Prof. JACOBÆUS, de Estocolmo, — que desde 1910 procedia a estudos de pleuroendoscopia, applicando ao homem o laparoscópio

ideado em 1902 por KELLING e destinado a experiências em animais, — propôs e executou o primeiro corte de aderências da pleura, utilizando para êsse fim um galvano-cautério que dirigia e orientava, dentro da cavidade, guiado pela toracoscopia. O êxito foi completo e, desde essa época, tem sido êsse o processo escolhido para o corte de aderências, a-pesar da delicadeza e dificuldade da sua execução. Esta intervenção é hoje, por isso, universalmente conhecida pela designação, aliás justificada, de «operação de JACOBÆUS».

A técnica da simples galvano-cauterização, então seguida, dava, porém, uma ou outra vez, lugar a acidentes susceptíveis de perturbar o operador e de provocar até a morte do doente: era o caso da hemorragia dos vasos arteriais que a aderência porventura contivesse na sua espessura. Sendo nêles centrípeta a corrente sanguínea, isto é, dirigindo-se da superfície costal para o pulmão, o vaso seccionado, ao ressecar a aderência, era, portanto, susceptível de sangrar e, em certos casos, com tal intensidade que chegava a inundar a cavidade pleural. Se a corrente fôsse centrífuga, tal não sucederia, visto que o próprio calapso pulmonar se encarregaria de a deter. Mas não sendo, o operador tinha apenas como recurso, para provocar a hemostase, a acção do calor irradiante produzido com ansa incandescente, colocada na proximidade da artéria.

Aparte êste acidente, que podia surgir no decurso da intervenção, outras complicações post-operatórias eram apontadas. De entre elas merecia especial cuidado, pela sua indiscutível gravidade, o aparecimento do empiema tardio, cuja causa se filiava habitualmente na abertura para a pleura de qualquer pequeno foco tuberculoso existente na espessura da aderência. As observações anatómicas demonstraram, com efeito, que em dois têrços das bridas cordoniformes e membranosas se encontrava, na sua espessura, tecido pulmonar. A secção, para não atingir o parênquima, deveria, pois, ser efectuada junto da parede costal.

Lembrou-se então MAURER de praticar a desinserção da aderência pela sua base costal, isto é, em zona absolutamente livre de parênquima pulmonar.

A cauterização feita nessa zona, em ordem a desinsereir o tópo externo, tinha, por sua vez, grave inconveniente: além de extremamente dolorosa, era susceptível de dar lugar a hemorra-

gias abundantes, pela intensa vascularização existente junto das inserções e bem assim pela laceração, sempre possível, de qualquer vaso intercostal, cuja laqueação não se poderia realizar sem abrir largamente o tórax.

A coagulação prévia dos tecidos resolvia, porém, êsse inconveniente. Vários ensaios tinham sido já realizados no sentido de substituir o termo-cautério pelo bisturi eléctrico. Êste, tão largamente utilizado na grande cirurgia, tinha, contudo, graves inconvenientes para o caso em questão. É que, como diz MAURER, a acção diatérmica depende essencialmente da resistência eléctrica dos tecidos. Se estes são ricos em exsudados ou em líquidos, são bons condutores; o electrodo corta-os facilmente, antes que se tenha produzido sufficiente coagulação. O perigo da hemorragia persiste, portanto. Se, pelo contrário, se trata de aderências ou de zonas sinfisárias secas, isto é, mal irrigadas, o electrodo penetra-as com dificuldade e o resultado é a formação de uma escara por coagulação, cuja extensão é difficilmente delimitável, podendo, em determinadas circunstâncias, atingir o próprio tecido pulmonar. Não desaparecia, pois, o receio justificado do aparecimento tardio da infecção pleural e da formação consecutiva do empiema.

A solução estaria, por consequência, na associação de duas técnicas: a acção coagulante das correntes de alta freqüência, regulada por forma que desse lugar a escara muito limitada, mas sufficientemente intensa para poder provocar, sendo preciso, a coagulação dos próprios vasos intercostais, e a galvanocauterização consecutiva das zonas previamente coaguladas, em ordem a fazer, por desinserção do tópo exterior da brida, a sua separação da parede torácica.

Foi o que MAURER conseguiu com o chamado cautério combinado, formado por uma simples ansa de platina, montada em cabo isolado, e que conduz ou a corrente galvânica ou a corrente de coagulação de alta freqüência. Os dois efeitos successivos de coagulação e de secção estão, pois, reunidos num único instrumento, podendo o operador, por um sistema de pedais, utilizar uma ou outra corrente, sem interrupção, mesmo temporária, da intervenção.

MAURER mandou construir na casa Purtschert, de Lucerna, um aparelho especial que, alimentado pela própria corrente alterna do

sector, fornece simultâneamente luz para o toracoscópio e para a sonda luminosa, corrente para a galvanocauterização e corrente diatérmica.

A técnica seguida por MAURER é idêntica à de JACOBÆUS, RO que respeita à pleuroscopia. Prática, porém, correntemente, a chamada sondagem de orientação pleural, antes da introdução do trocarte destinado ao pleuroscópio. A agulha de SAUGMANN, com o respectivo mandril, permite, na verdade, explorar o campo pleural na vizinhança do ponto escolhido para a punção e verificar se alguma aderência em véu fino, que tivesse escapado ao exame radioscópio, não será susceptível de perturbar o exame endotorácico.

Para estudo de certas bridas, no que respeita à vascularização, espessura e constituição, fêz construir ainda MAURER sondas especiais, munidas de uma minúscula lâmpada que, por dispositivo especial, pode ser colocada pelo lado de trás de qualquer aderência membranosa, o que permite, por simples transiluminação, tirar indicações sôbre a opacidade ou transparência desta e, conseqüentemente, sôbre a possível existência de tecido pulmonar na sua espessura.

Fêz ainda o mesmo autor construir um tipo de agulhas com 30 a 35 centímetros de comprimento, que se amoldam às camisas dos trocartes e com as quais se realiza, sob o contrôlo da visão pleuroscópica, a anestesia endo-pleural da zona aderencial, ou dos próprios nervos intercostais, entre a inserção da aderência e o ráquis. Sem o mínimo incômodo para o doente, consegue-se, desta forma, proceder à diatermocoagulação que, sem anestesia, seria dolorosíssima, em virtude da extrema sensibilidade da pleura.

Uma das vantagens do aparelho de Purtschert é poder conhecer-se a cada momento a natureza do tecido em que se encontra a ansa do cautério. A leitura do amperómetro esclarece, com efeito, a sua situação. Se o cautério se encontra, por exemplo, em contacto com tecidos muito irrigados ou na proximidade de qualquer vaso, ao passar a corrente diatérmica o amperómetro começa por acusar 0,3 amperes, ou mesmo mais, em virtude da fácil condutibilidade da corrente, e, à medida que a coagulação se estabelece, vai a intensidade diminuindo gradualmente até a agulha se avizinhar do zero. Um assistente, comunicando as modificações sucessivas que o amperómetro regista, pode, pois, for-

necer ao operador elementos que lhe permitam praticar com tóda a segurança a coagulação na zona necessária e suficiente para prevenir qualquer hemorragia no momento da secção galvânica. O que é indispensável é que esta se não execute sem o estabelecimento prévio de completa e perfeita coagulação, facilmente apreciável, como vemos, pela simples leitura do amperómetro referido. É um trabalho minucioso, é certo, e por vezes demorado, mas o facto é que dá ao operador determinadas garantias quanto à prevenção das hemorragias e das conseqüentes infecções pleurais.

Fazendo-se, não o corte da aderência, mas a sua desinserção, junto ao periósteo das costelas ou até em pleno músculo intercostal, por forma a evitar a secção de tecido pulmonar são ou tuberculoso, que porventura se encontre na sua espessura, ficam então asseguradas tódas as condições tendentes ao bom resultado do acto operatório.

Há quem ainda hoje prefira a primitiva técnica de JACOBÆUS, à de MAURER, alegando que a ansa galvânica aquecida ao vermelho escuro é capaz de coagular previamente os vasos e não dar lugar a hemorragias.

Na França, na Checo-Eslováquia, na Alemanha e na Suécia a grande maioria dos tisiologistas ficaram fiéis à primitiva aparelhagem de JACOBÆUS. Alguns utilizam, é certo, para as suas intervenções, um aparelho de coagulação, mas só excepcionalmente se servem d'êlé. É, por exemplo, o que se passa em Praga com JEDLICKA e em Berlim com ULRICI. Em França, HINAULT, que inicialmente se serviu das correntes de alta frequência, abandonou-as por completo para utilizar unicamente o galvano cautério aquecido a vermelho muito escuro. O mesmo faz COULAUD, do serviço de Rist, e outros. Alegam estes autores que as hemorragias não se observam desde que a técnica seja perfeita. E, sendo assim, não há vantagem alguma em fazer a coagulação prévia indicada por MAURER, pois tal método obriga a alongar demasiadamente a duração da intervenção, o que tem certos inconvenientes, entre os quais o de ocasionar grande fadiga ao doente e ao operador.

Há, no entanto, quem continue defendendo a técnica de MAURER pela extrema segurança que dá ao operador, pois, por melhor e mais habilidoso que êste seja, nunca pode estar livre de que

surja qualquer hemorragia, visto que com a própria diatermo-coagulação se têm observado, muito embora discretas. E, sendo assim, compreende-se que, em frente de qualquer vaso que sangue, seja mais fácil ao cirurgião fazer cessar a hemorragia pela acção da diatermia, do que procurar dominá-la apenas com o calor irradiante da ansa galvânica. Que outras razões não houvesse, esta bastaria para se dar preferência à aparelhagem de MAURER.

É certo que para a libertação de muitas aderências se pode dispensar a coagulação. Aderências, por exemplo, que não tenham apreciável vascularização, dispensam-na por desnecessária. Efectivamente, nesses casos não pode reccrear-se o aparecimento da hemorragia. É preciso, no entanto, procurar conhecer previamente qual o grau de irrigação sanguínea de qualquer brida aderencial que se queira seccionar para então se fixar a técnica a seguir: ou a galvano-cauterização simples ou a galvano-cauterização precedida por diatermo-coagulação.

A transiluminação pode, nalguns casos fornecer-nos elementos, quando, por exemplo, se trata de aderências membranosas, não muito espessas; se, porém, a espessura é grande ou se a aderência é cordoniforme, tal prática deixa de prestar qualquer esclarecimento. A maior ou menor irrigação da zona aderencial a seccionar pode ser-nos fornecida, como sabem, pela própria aparelhagem de MAURER, pois vimos já que o amperómetro permite conhecer a cada momento o grau de irrigação do tecido em que o cáuterio se encontra. Podemos, pois, com este material operar sempre com segurança e empregar, consoante a irrigação da aderência, a simples galvano-cauterização ou a galvano-cauterização precedida por coagulação diatérmica. É a técnica que habitualmente seguimos e que nos permite encurtar bastante a intervenção, quando a oscilação do amperómetro indica que a irrigação sanguínea não é apreciável e que a ansa galvânica pode ser utilizada sem receio.

A chamada técnica de MAURER não consiste, porém, — nunca é demais frizá-lo — em se utilizar apenas a diatermo-coagulação prévia. Esse elemento constitue somente um pormenor a que alguns autores deram extraordinário relêvo, colocando em segundo plano o que, na verdade, constitue a originalidade do seu método.

Como lhes disse, de comêço as aderências eram seccionadas e não ressecadas, isto é, o corte não se executava na sua extre-

midade distal, mas sim em ponto bastante afastado, por vezes, da parede torácica, técnica que podia dar lugar à perfuração do pulmão e a infecções graves da pleura, quando o tecido seccionado encerrava focos lesionais. MAURER, tendo realizado, com uma das suas colaboradoras, o estudo histológico de vários tipos de aderências, e reconhecendo nalguns tipos que o tecido pulmonar se prolongava, na verdade, ao longo da sua espessura, lembrou-se então de fazer, como atrás dissemos, não a sua secção, mas a sua desinserção. Para isso era obrigado a trabalhar em terreno extrapleural e até por vezes a penetrar no próprio espaço intercostal, em pleno campo muscular. O uso da corrente diatérmica resultou naturalmente dessa nova técnica, pois a vizinhança dos vasos intercostais impunha justamente a necessidade de uma hemostase prévia.

Não é, portanto, o uso da diatermo-coagulação que constitui a base do método de MAURER, mas sim a destruição da aderência na sua extremidade distal.

Pelo que acabo de lhes expor, não julguem, no entanto, que é sempre necessário operar em plena parede costal. Há aderências que podem ser seccionadas a um ou dois centímetros da sua implantação costal, por não conterem tecido pulmonar. São as aderências dos tipos I e II da classificação de MAURER.

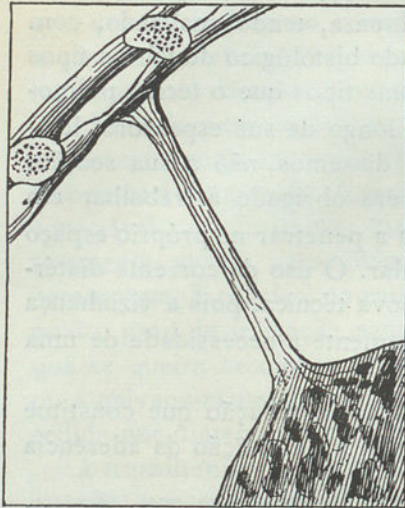
Esta classificação, baseada na composição histológica dos tecidos, compreende, como sabem, quatro tipos, cuja representação esquemática se encontra na figura 1.

No tipo I, nem a inserção pulmonar, nem a inserção torácica têm superfície de implantação triangular. São filiformes e em cordão, e provêm, segundo se afirma, de sínfises pleurais recentes, isto é, ligeiramente anteriores à criação do pneumotórax. Têm grande elasticidade, que lhes permite fácil distensão. A sua cauterização não dá lugar a quaisquer complicações.

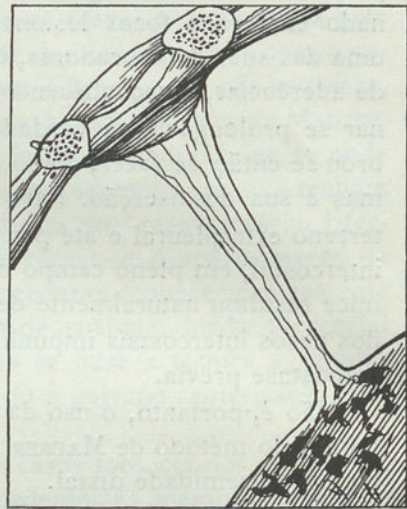
No tipo II, a inserção torácica é larga e a pleura costal encontra-se elevada em forma de tenda. São ordinariamente fibrosas, e, por consequência, de difícil distensão.

No tipo III estão incluídas as aderências em forma de cone. Têm, quasi sempre, na sua espessura tecido pulmonar e envolvem, em muitos casos, prolongamentos cuneiformes de cavidades vizinhas. É o tipo que habitualmente se encontra e, como se de-

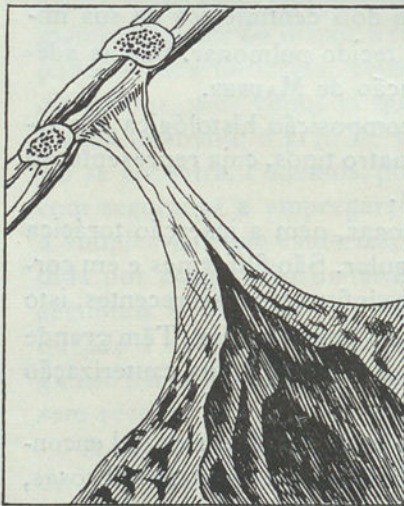
preende da sua estrutura, o que dá mais facilmente lugar, quando se secciona, aos empiemas pleurais, que complicam a intervenção.



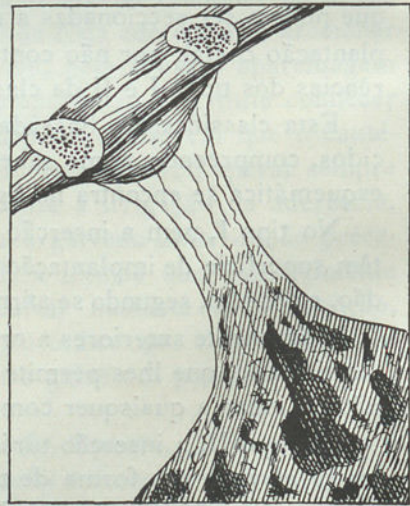
I



II



III



IV

Fig. 1

Finalmente, no tipo IV ambas as inserções apresentam base larga de implantação, o que lhes faz tomar aspecto de ampulheta.

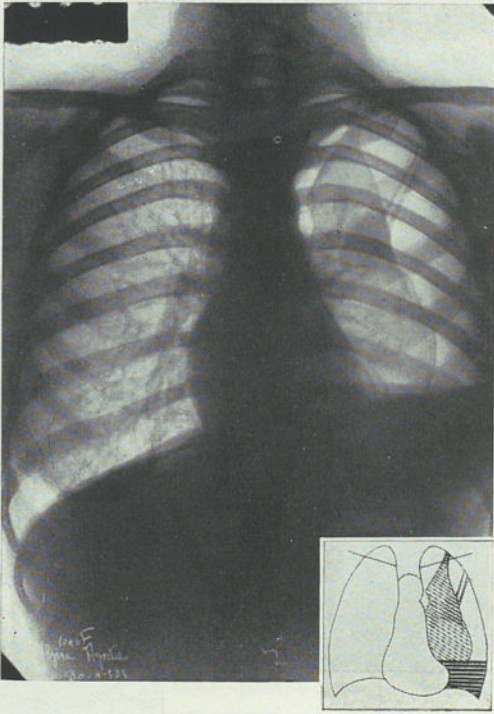


Fig. 1 — Aderências dos tipos I, II e III

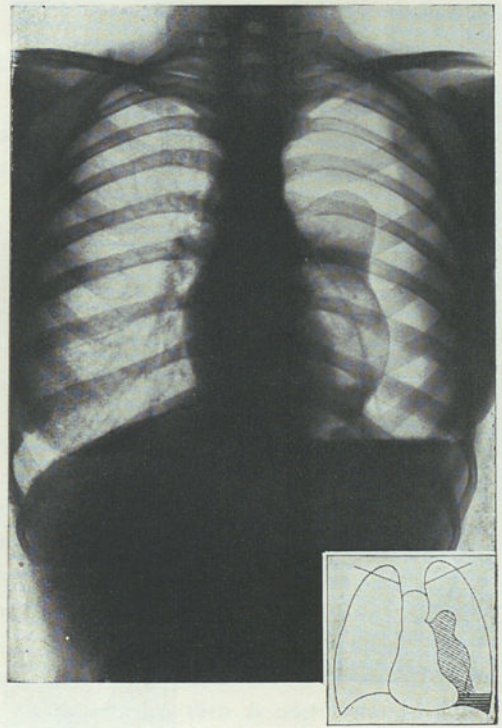


Fig. 2 — Mesmo caso, depois da secção das aderências

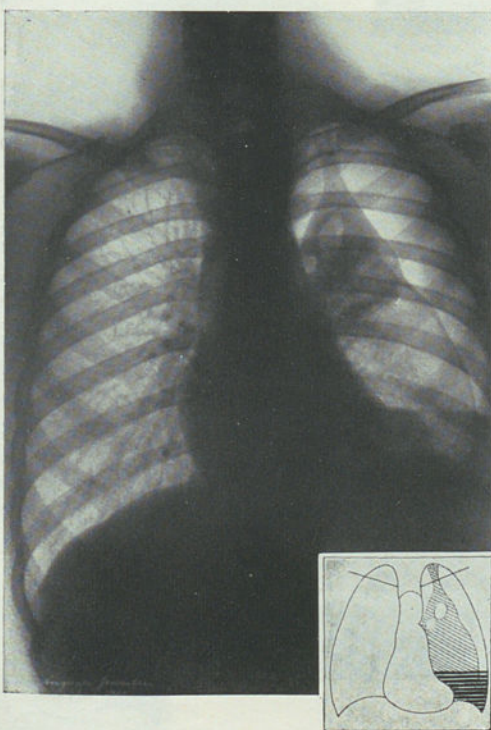


Fig. 3 — Aderência do tipo IV

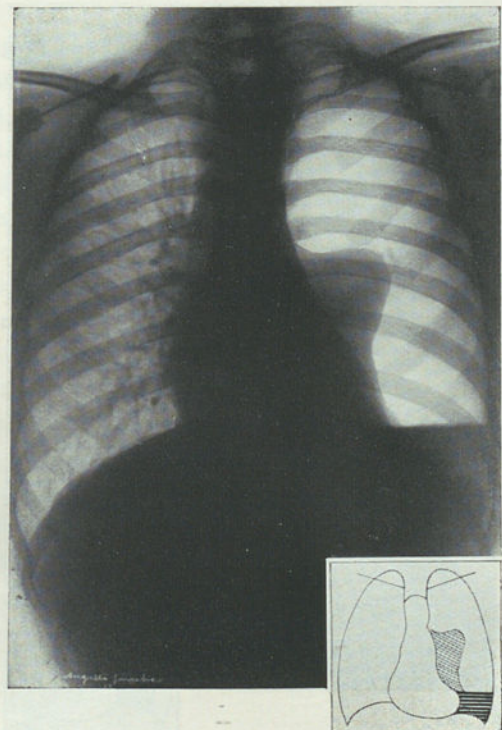


Fig. 4 — Mesmo caso, depois da secção da aderência

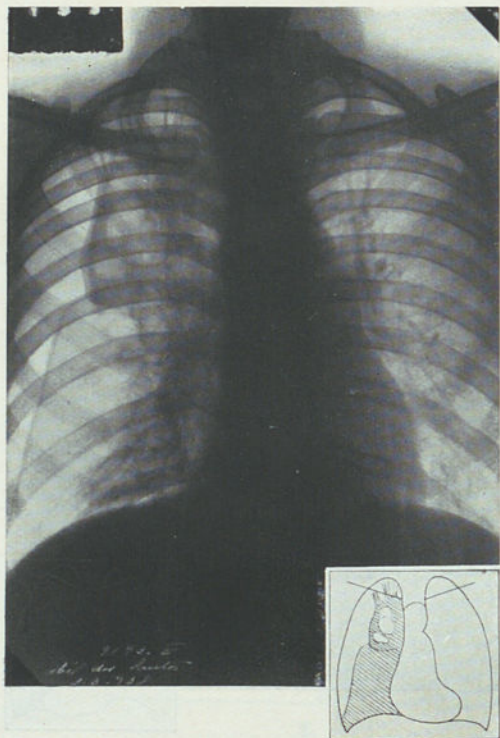


Fig. 5—Diversos tipos de aderências do lobo superior

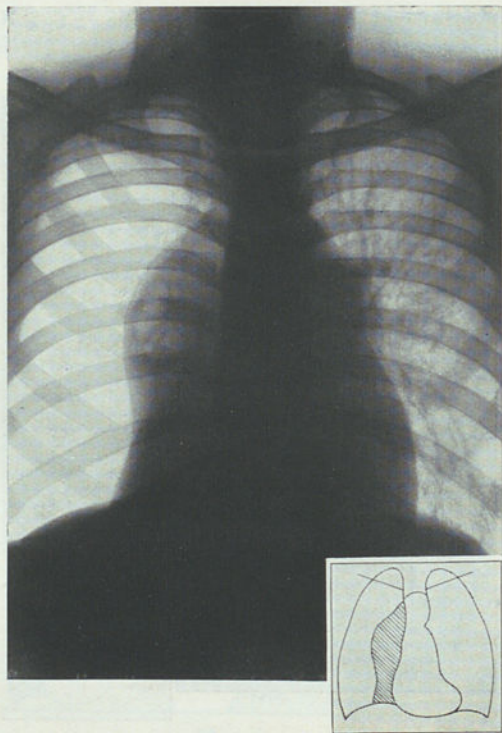


Fig. 6—Mesmo caso, depois de operado

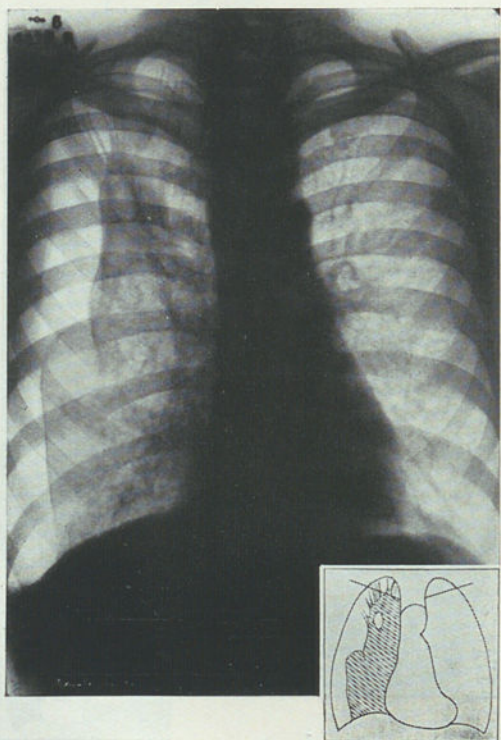


Fig. 7—Aderências numerosas do lobo superior

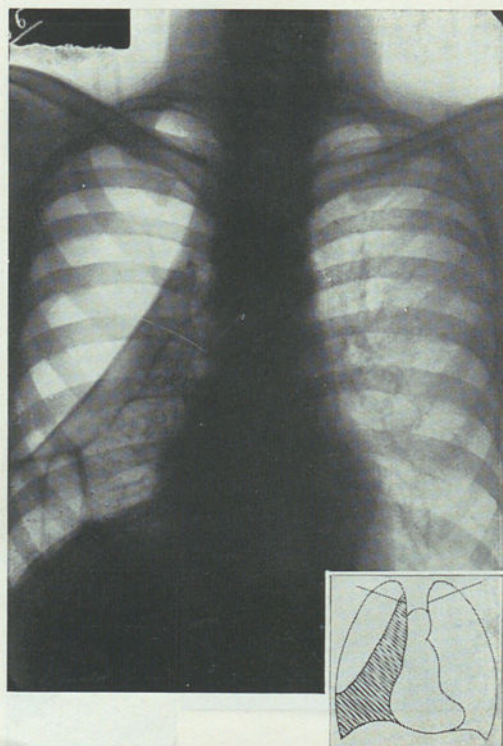


Fig. 8—Mesmo caso, um ano depois de operado

As infecções endógenas resultantes da sua secção são mais raras do que nas do tipo anterior, muito embora a sua cauterização não seja isenta de perigo.

Na estampa I encontram-se estes diferentes tipos de aderências. Na primeira radiografia, por exemplo, observam-se os três primeiros tipos: a aderência superior é do tipo III, a intermédia do tipo I e a inferior do tipo II. Na radiografia n.º 3 a aderência é do tipo IV.

Os tipos I e II compreendem as bridas simples, sem participação pulmonar, destituídas, por consequência, de complicações ulteriores ao serem seccionadas. Os tipos III e IV não; na sua espessura encontram-se, regra geral, tecido alveolar, pequenos focos lesionais e, em muitos casos, nítidos prolongamentos de cavidades superficiais. A cauterização, mesmo na proximidade da inserção parietal, pode, pois, originar a abertura de lesões tuberculosas para a cavidade pleural.

Estes quatro tipos abrangem, é bem de ver, as aderências que habitualmente se encontram. Nem tôdas porém têm o aspecto esquemático da figura 1. Nalguns casos um único tipo existe, noutros encontra-se simultaneamente grande diversidade de tipos e aspectos. É o que se observa, por exemplo, nas radiografias da estampa II.

Nalguns doentes as aderências apresentam-se com aspecto de véu, ou até formando verdadeiros leques. Histologicamente, porém, tôdas podem caber dentro da classificação de MAURER. O tipo em leque, por exemplo, reduz-se afinal a várias aderências do tipo II, ligadas entre si por tecido reticular laxo que a pleura cobre. É o caso, por exemplo, das radiografias da estampa III.

O que nem sempre é possível é conhecer-se o tipo da aderência em causa, pelo simples exame radiográfico e radioscópico. Supõe-se, em muitos casos, tratar-se de vulgares aderências filiformes, porque no filme radiográfico se observam sob o aspecto de traços finos e limitados. No exame pleuroscópico pode, porém, deparar-se com uma larga membrana em leque. Resulta esta aparente discordância da situação da aderência:— os raios X atravessaram-na no sentido longitudinal e não de face, e, daí, a interpretação errada, dada pelo filme.

COULAUD serve-se dum sinal importante e de fácil pesquisa radioscópica para saber se se trata de uma aderência bem locali-

zada ou de larga membrana. Se o côto do pulmão colapsado apresenta oscilações rítmicas com as sístoles cardíacas, é de supor que a aderência existente não seja extensa. Se se mantém imóvel, então a déformação apresentada pelo colapso é provocada por larga membrana ou mesmo por sínfise localizada.

A necessidade que há de nos socorrermos destes sinais indirectos prova bem a insuficiência dos exames radiográficos e radioscópicos para conhecimento exacto das aderências. Só a pleuroscopia permite, efectivamente, apreciar com segurança a sua constituição.

O mesmo sucede com a sua localização e orientação na cavidade pleural. Os pontos onde se encontram implantadas as aderências nem sempre se podem determinar pelo exame radiográfico vulgar. É certo que a sua localização está hoje extremamente facilitada pela estéreo-radiografia. Quando, porém, os serviços hospitalares não possuam instalações desta natureza, só utilizando a radioscopia e duas ou mais radiografias — uma feita na direcção ântero-posterior, outra na direcção transversa e ainda outras oblíquas —, se podem colhêr elementos que permitam localizá-las: a maior ou menor nitidez de determinada aderência, conjugada com a extensão e largura que apresenta nos diversos filmes, permitirá então deduzir, em determinados casos, a orientação que na realidade possuiê.

Há um elemento de que habitualmente nos servimos na Clínica de Doenças Pulmonares para poder conhecer, na maioria dos casos, a orientação da aderência pelo simples exame radiográfico. Não o vimos ainda citado e, por isso, lhe vamos fazer breve referência. Como sabem, a extremidade distal de qualquer aderência implanta-se ordinariamente na zona delimitada pela costela subjacente. Ora nos filmes feitos na direcção ântero-posterior ficam sempre bem demarcados os segmentos costais anteriores e posteriores. É, pois, fácil, muitas vezes, saber se a aderência tem direcção anterior ou posterior. Assim, por exemplo, na radiografia n.º 13 (estampa IV), a aderência cordoniforme, que se observa, morre, como se verifica, na terceira costela, posteriormente. A sua direcção é, portanto, posterior. As aderências da radiografia n.º 14 (estampa IV) fixam-se, uma na primeira costela, lateralmente, outra na quinta, posteriormente; a direcção da primeira é, por consequência, apical, a da segunda, posterior. Na radio-

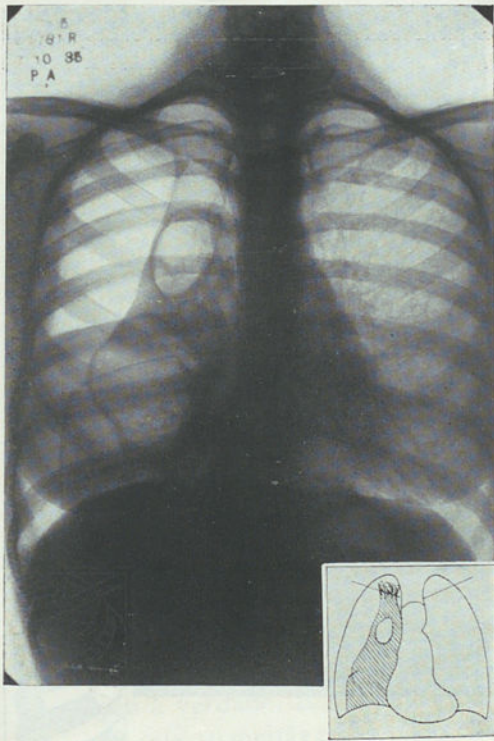


Fig. 9 — Aderência em leque do lobo superior direito

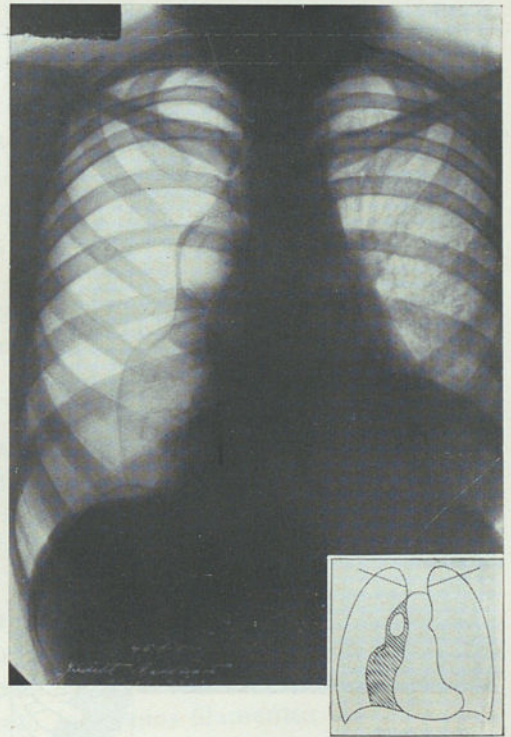


Fig. 10 — Mesmo caso, depois de operado

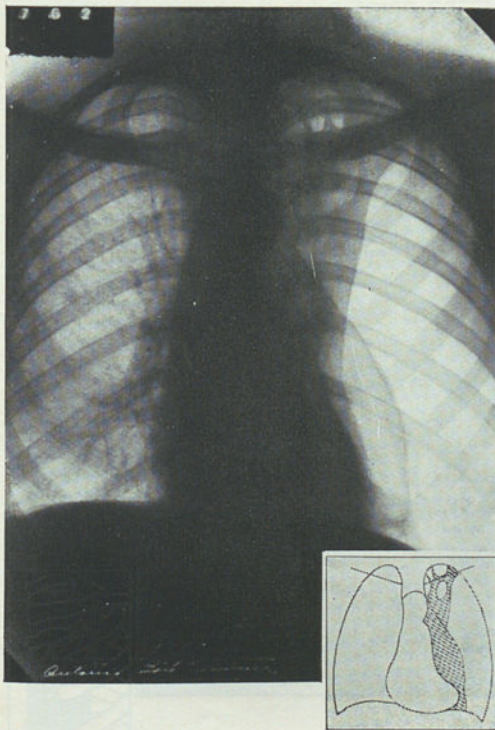


Fig. 11 — Aderências do lobo superior esquerdo. Uma delas em leque

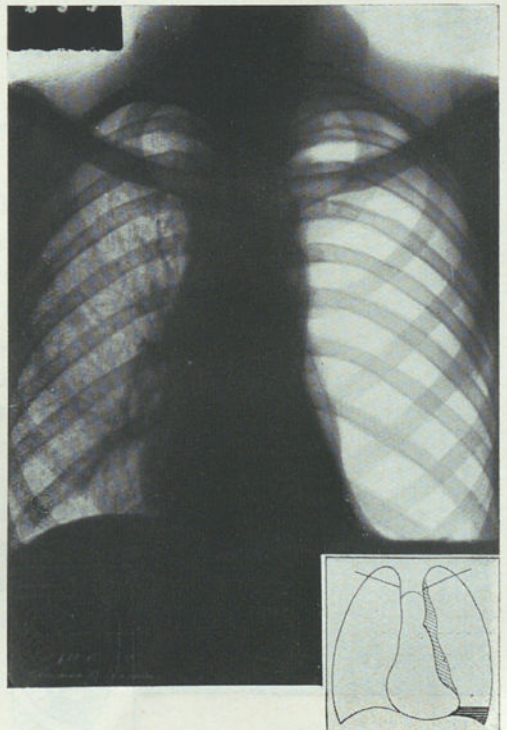


Fig. 12 — Mesmo caso, um mês depois de operado

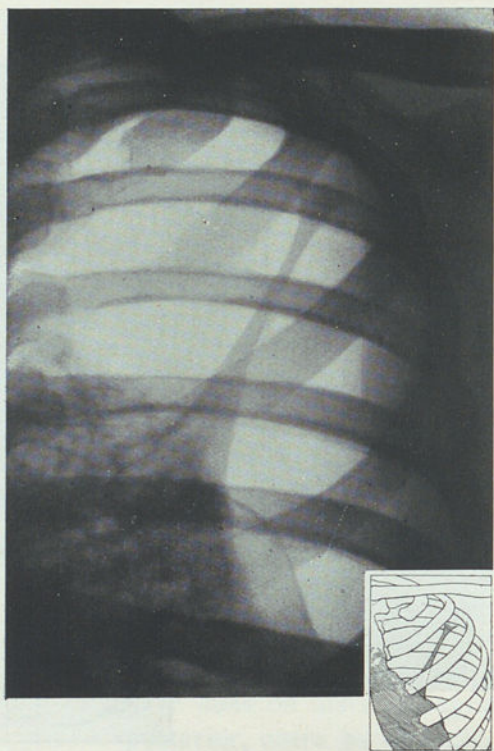


Fig. 13 — Aderência posterior à 3.^a costela

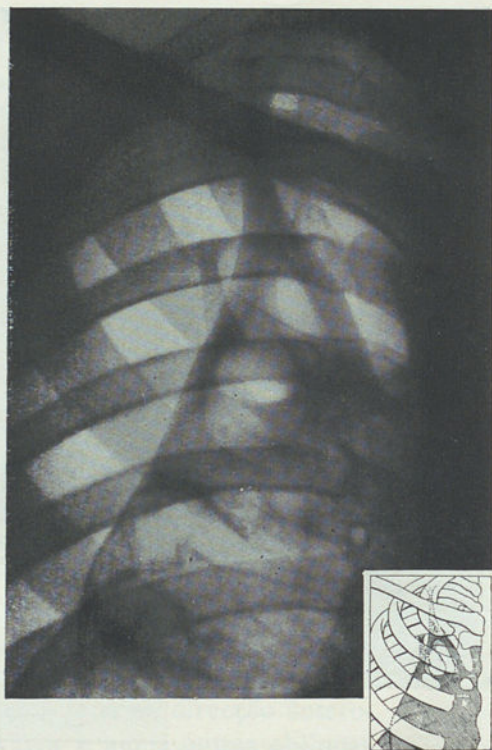


Fig. 14 — Aderência apical à 1.^a costela e aderência posterior à 5.^a costela

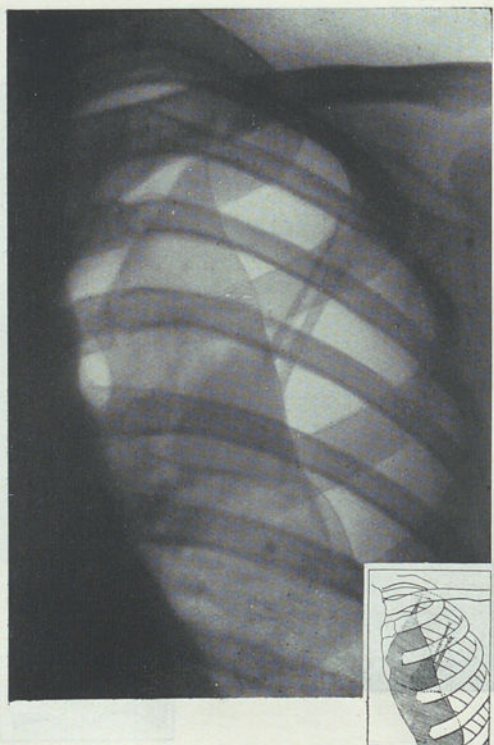


Fig 15 — Duas aderências posteriores, uma à 2.^a, outra à 3.^a costela. Uma aderência anterior à 2.^a costela

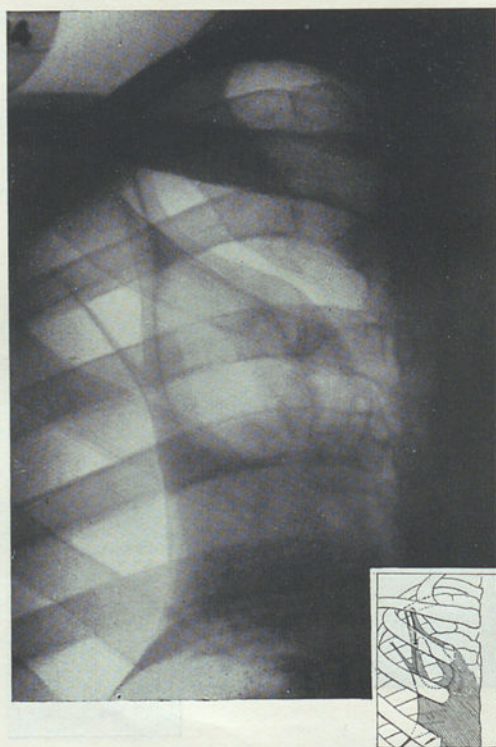


Fig. 16 — Três aderências posteriores, duas à 3.^a costela e uma à 4.^a

grafia n.º 15 (estampa IV), além da aderência do vértice, observam-se mais duas laterais. Reparando bem, uma destas fixa-se no segmento anterior da segunda costela, outra no segmento posterior da terceira. Uma é, portanto, anterior, outra posterior, a-pesar do seu paralelismo aparente. Finalmente, na radiografia n.º 16 da mesma estampa facilmente se verifica que tôdas as aderências são posteriores, sendo duas dirigidas para a terceira costela e uma para a quarta.

Se a aderência é membranosa e extensa, já não é tão fácil determinar-se a localização. Só o exame pleuroscópico nos permite, nesse caso, conhecer com segurança a forma, a estrutura e a orientação. A endoscopia pleural é, de resto, um método de exploração absolutamente inócuo. Todos os tisiologistas que a praticam são unânimes em afirmá-lo.

Estudado o caso radiologicamente, é, pois, pela pleuroscopia que podemos verificar se os elementos colhidos correspondem ou não à verdade. É habitual encontrarmos sempre mais aderências do que suspeitávamos. São, no entanto, pequenos filamentos ou véus delgados, facilmente destrutíveis, e que em nada alteram a solução do caso, ligado essencialmente aos processos aderenciais, que o exame radiológico permitiu bem ou mal apreciar.

*

*

*

A escolha dos pontos da superfície torácica destinados à introdução do trocarte para o pleuroscópio depende, é bem de ver, da localização dos *tractus* aderenciais. É sempre conveniente que o espaço intercostal escolhido para a toracosopia não seja muito afastado da sede da aderência, a-fim-de vigiar, nas melhores condições de visibilidade, os vários momentos da intervenção. Posteriormente o sexto, o sétimo e o oitavo espaço são os preferidos, sendo o sétimo entre todos o melhor, por oferecer a possibilidade de boa observação da cúpula, da parede costal, do diafragma e do pulmão. Anteriormente os escolhidos são, ordinariamente, o segundo, o terceiro, o quarto e o quinto, na zona compreendida entre as linhas axilar anterior e paraesternal. São, na verdade, estes os mais utilizados, por se encontrarem com enorme frequên-

cia aderências implantadas na vizinhança da terceira ou quarta costela, com orientação posterior.

Feito o exame pleuroscópico, procede-se seguidamente à intervenção. Esta, aparentemente simples, requiere, da parte do operador, não só certa habilidade manual, como também prévia educação dos movimentos a realizar sob a visão pleuroscópica, que não só inverte as imagens, como aumenta ou diminue consideravelmente os objectos ao seu alcance, consoante a distância a que dêle se encontram. Para o principiante um dos momentos mais difíceis da intervenção é, sem dúvida, o de conduzir a ansa de platina à base da aderência que se pretende sectionar. Consegue-se, no entanto, vencer de início essa dificuldade, desde que se vigie, sob pleuroscopia, a penetração do segundo trocarte, e, uma vez o cautério introduzido, se não perca de vista, na trajectória de marcha lenta que tem de se lhe imprimir. O movimento combinado do cautério, por um lado, e do toracoscópio, por outro, permite, na verdade, guiar, sem grande dificuldade, a ansa galvânica de encontro à aderência escolhida.

O que é absolutamente indispensável em operações desta natureza é que o operador nunca execute, quer a electrocoagulação, quer a secção galvânica, sem ter a perfeita visibilidade da zona em que deseja intervir.

A técnica operatória, parecendo difícil e perigosa de comêço, é, na realidade, relativamente fácil e isenta de perigos, uma vez que se estudem os doentes com cuidado e se executem os primeiros ensaios sob a orientação de quem esteja familiarizado com o método.

O doente deita-se na mesa operatória sôbre o lado sã, sendo-lhe prèviamente colocada na região axilar uma pequena almofada cilíndrica. O braço do lado da intervenção é repuxado para diante e para cima, por um enfermeiro, e mantido nessa posição durante todo o acto operatório, em ordem a alargar o mais possível os espaços intercostais e a facilitar, portanto, a anestesia e a introdução dos trocartes. Praticada a anestesia local com uma solução de novocaina-adrenalina, faz-se uma pequena incisão na pele e crava-se o trocarte; seguidamente introduz-se o pleuroscópio, tendo prèviamente o cuidado de o mergulhar em água esterilizada quente, para evitar que o vapor de água existente na cavidade pleural se precipite sôbre a objectiva e dificulte a visão.



Na anacidez, anorexia e dispepsia

ACIDOL-PEPSINA

o preparado em forma sólida de ácido clorídrico e pepsina

Modo de usar cómodo e prático. Dosificação exacta.
Libertação lenta do ácido e acção proteolítica total
da pepsina.



Embalagens originais:
Concentração I (fortemente ácida) e concentração II (fracamente ácida)
Tubo com 10 Pastilhas de 0gr. 50

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.

Festal

**o preparado de enzimas resistente
possibilita uma terapeutica causal**

**na disfunção do pancreas
com enterite
dispepsia fermentativa
meteorismo
sensação de repleção**

Festal contém fermentos decomponentes das albuminas, das gorduras e dos hidratos de carbono em proporção particularmente provada, assim como hemicelulase. Os fermentos chegam intactos ao intestino onde agem. O Festal se presta para o esvaziamento dos gases intestinais antes de radiografias.

Embalagem original: Vidro com 20 drageas



BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA

Feita a inspecção sumária da cavidade, com serenidade e método, passa-se à observação detalhada da cúpula, da parede costal, da região diafragmática e da superfície colapsada do pulmão, em ordem a colhêr todos os elementos necessários para exacto conhecimento da localização, direcção, aspecto e espessura das aderências existentes. Introduce-se em seguida o trocarte destinado ao galvano-cautério, no ponto prèviamente escolhido ou noutro que o exame directo da cavidade tenha indicado como mais favorável. Conduzida a ansa directamente sôbre a primeira aderência a ressecar, palpa-se (palpação com a ansa) para ajuizar da sua consistência, elasticidade e poder de tracção. Em seguida inicia-se o corte. Se as aderências são filiformes, a cauterização é fácil; se são cordoniformes ou membranosas, é mais demorado o acto operatório, mas ainda possível a ressecção; se se estendem em superficie, a intervenção ou é impraticável ou cheia de dificuldades e, nestes casos, sujeita a graves complicações, como hemorragias, perfurações pulmonares, derrames purulentos da pleura, etc. A abstenção em tais circunstâncias é, pois, de boa norma, pelo menos para os primeiros ensaios.

Como complicações post-operatórias, à parte as dores que os doentes acusam durante as primeiras 48 horas e, num ou noutro indivíduo, um ligeiro enfizema subcutâneo, que ao terceiro ou quarto dia se tem reabsorvido por completo, há a citar, como dignos de atenção pela sua possível gravidade, os derrames da pleura. Podem ser ligeiros e facilmente reabsorvidos no decurso de dez a quinze dias, tendo como causa provável a reacção da serosa provocada pelo calor da cauterização. Podem, pelo contrário, ser graves e duradouros, de natureza purulenta, acompanhados de temperaturas elevadas, e originados então na abertura de um foco tuberculoso que tenha infectado a cavidade pleural.

Estas complicações, hoje já raras com a técnica de MAURER, não invalidam, porém, o mérito da operação de JACOBÆUS que, quando bem conduzida, é coroada de êxitos brilhantes, justamente nos doentes condenados a morte certa pela existência de aderências pleurais impeditivas do colapso pulmonar total.

O doente operado deve ser vigiado à radioscopia nos dias imediatos à intervenção e sobretudo quando o enfizema subcutâneo fôr pronunciado. Quando não haja êsse cuidado, pode o operador ter a desagradável surpresa de encontrar, dias mais tarde,

o pulmão novamente aderente, em virtude da desinsuflação rápida do pneumotórax, de que o enfizema foi a conseqüência.

Foi o que nos sucedeu no doente cujas radiografias se encontram reproduzidas nas figuras 17, 18 e 20 (estampa V). O exame radioscópico, após a intervenção, mostrou um colapso tão completo que julgámos desnecessário vigiar o doente nos dois dias imediatos. A nova *remplissage* foi-lhe feita apenas quatro dias mais tarde, e uma radiografia realizada então (fig. 18, estampa V) mostrou, como podem verificar, o fracasso completo da operação. Formou-se nova zona aderencial. A sobreposição dos dois filmes permitiu, no entanto, reconhecer que a nova aderência se estabeleceu dois centímetros ao lado da primitiva localização (fig. 19, estampa V). O doente teve de ser reoperado mais tarde, encontrando-se hoje curado. A radiografia n.º 20 refere-se à situação do colapso após a segunda intervenção.

À parte estas sínfises precoces, surgem em muitos doentes sínfises tardias progressivas, que vão anular o resultado imediato da intervenção. Parece até que os doentes pneumotorizados e ulteriormente submetidos a corte de aderências têm mais fácil tendência do que os outros para essa sínfise progressiva. Reparar, por exemplo, nas radiografias das estampas VI e VII. As da estampa VI referem-se a uma doente que, passado um ano da intervenção, totalmente eficaz, teve de ser submetida a uma toracoplastia parcial. As da estampa VII mostram, por sua vez, um colapso que se foi reduzindo progressivamente. Passaram, porém, já dois anos sobre a intervenção e é possível, portanto, que dispense nova terapêutica colapsante, pois é natural que as lesões se encontrem presentemente em estado de esclerose acentuada.

*

* *

Resta-me, finalmente, indicar-lhes o momento em que a intervenção deve ser praticada, isto é, se a intervenção deve ser precoce ou tardia. MAURER aconselha para a operação a data de três a cinco meses após a instituição do pneumotórax. COULAUD, excepcionalmente, intervém antes de seis meses. GÜLLBRING refere alguns casos muito felizes de doentes operados após seis a oito semanas de pneumotórax. Há, como vêem, certa diversidade na

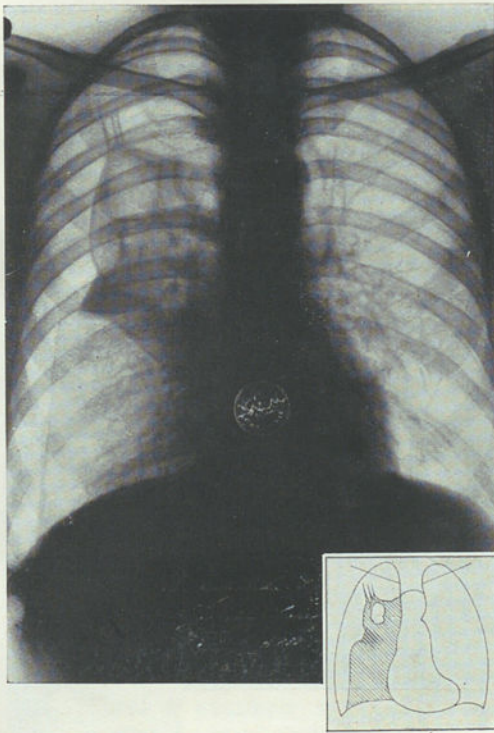


Fig. 17 — Aderências do lobo superior à 4.^a costela

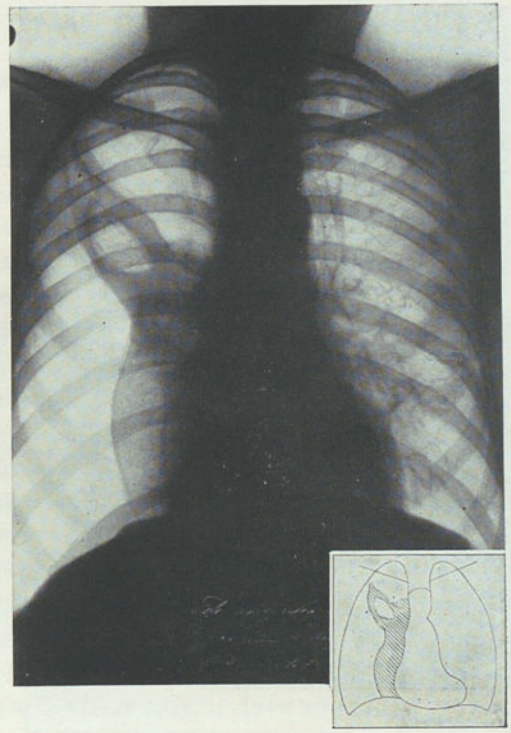


Fig. 18 — Nova formação aderencial em seguida à intervenção

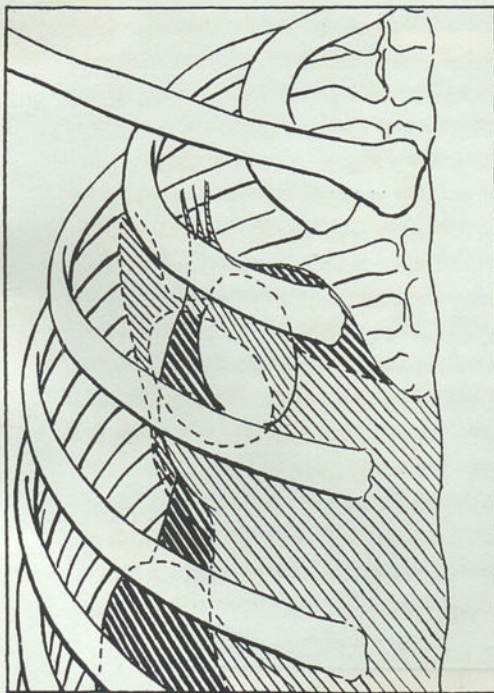


Fig. 19 — Decalque dos dois filmes, mostrando por sobreposição que a nova aderência se formou ao lado da primitiva

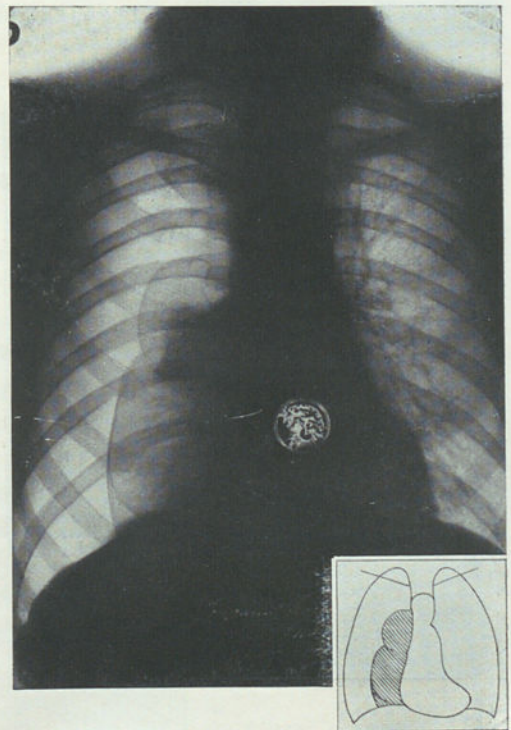


Fig. 20 — Situação do colapso, depois da segunda intervenção

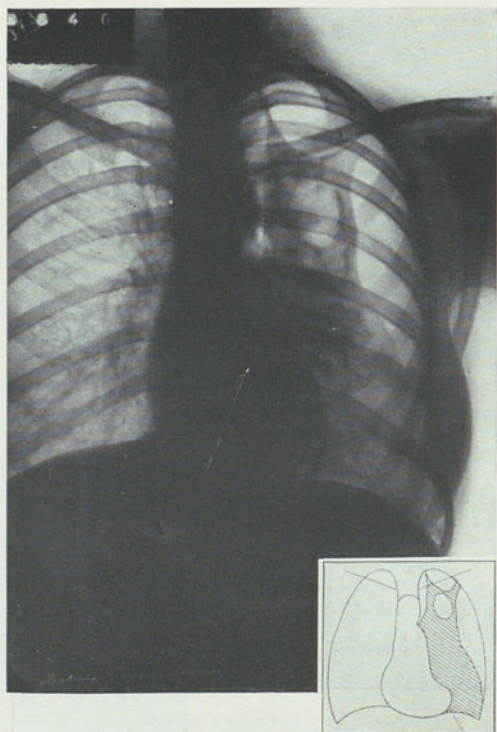


Fig. 21 — Aderências do lobo superior esquerdo

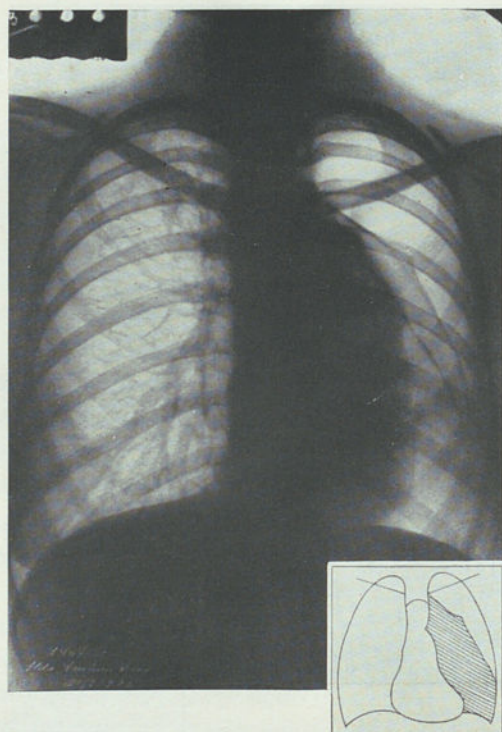


Fig. 22 — Mesmo caso, Situação do colapso seis meses depois da intervenção

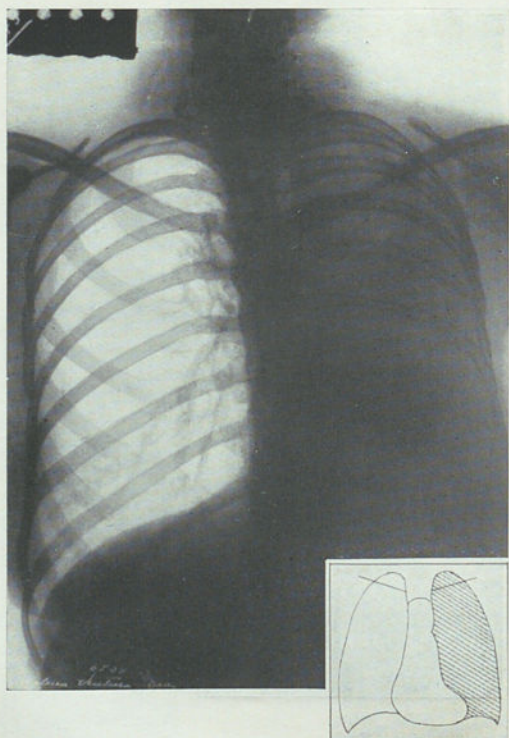


Fig. 23 — Mesmo caso, Sínfise total um ano depois da intervenção

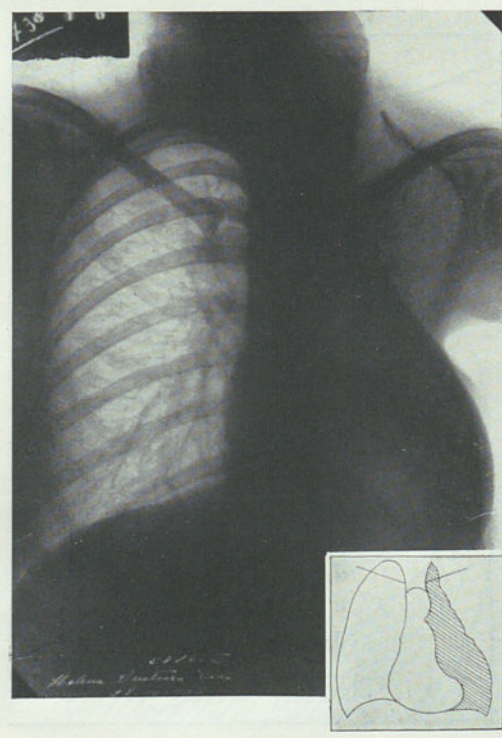


Fig. 24 — Mesmo caso, Colapso por toracoplastia

orientação seguida. É que tudo depende das lesões do pulmão colapsado. Se neste existe, por exemplo, grande cavidade superficial repuxada por qualquer aderência que parta da sua parede, a intervenção deve ser precoce. Se as lesões são antigas, se o doente se encontra com tendência ao equilíbrio clínico, se não há qualquer cavidade por colapsar, pode, com vantagem, adiar-se a intervenção por quatro ou cinco meses, pois, como devem supor, é sempre preferível operar o doente em situação de calma lesional.

Quando, no decorrer do tratamento pelo pneumotórax, surge qualquer derrame, é de boa prática esperar-se que passe a fase de pleurisia activa, para então se operar. Deve então proceder-se previamente à extracção total do líquido, pois dificulta muitas vezes a secção da aderência, sobretudo quando esta está situada no vértice. Na posição de decúbito lateral, em que a operação é feita, o líquido, mesmo em pequena quantidade, tende, na verdade, a encobrir a zona da aderência onde a secção deve ser praticada. Aconselha-se, nestes casos, a extracção do líquido três ou quatro dias antes da intervenção, pois a toracentese provoca habitualmente reacção febril, embora ligeira; e não é de boa norma, como já lhes disse, operar o doente no decurso de qualquer reacção pleural.

Muitas vezes, porém, succede que, quando se deseja intervir, já há novamente líquido exsudado e a intervenção tem por isso de ser adiada. Para evitar que tal aconteça é costume, no meu serviço, fazer-se a extracção do líquido no próprio dia da intervenção, não por toracentese, que por mais baixa que seja nem sempre permite o esvaziamento completo do líquido existente na cavidade pleural, mas pelo trocarte destinado ao cautério. Sob pleuroscopia introduz-se neste uma pequena sonda de cauchu que se faz mergulhar no líquido. Através dessa sonda é então feita a aspiração do líquido, ou por intermédio de uma simples seringa, se o exsudado não é abundante, ou utilizando mesmo o aparelho de POTAIN ou o de DIEULAFOY, se se julgar necessário. Desta forma pode extrair-se totalmente o líquido existente sem incómodo algum para o doente e operar-se, acto contínuo, em óptimas condições.

Aqui teem, meus senhores, resumidamente exposto o que julguei necessário dizer lhes sobre a operação de JACOBÆUS. O que

é preciso é não esquecerem que esta intervenção nem sempre pode ser praticada em todos os doentes com aderências pleurais. Se, por exemplo, as aderências são muito extensas, se estão localizadas na vizinhança de vasos sanguíneos importantes, como a subclávia, se não é inteira e completamente visível a zona que deve cauterizar-se, é preferível não submeter o doente ao risco de acidente grave e escolher antes outro processo capaz de colapsar as lesões.

Tôdas as aderências — pode dizer-se — são susceptíveis de ser seccionadas, desde que o cirurgião tenha certa habilidade manual; nem tôdas, porém, o devem ser, sob risco de graves complicações ou inutilidade da intervenção. Por isso o cirurgião que as opera deve ser sobretudo fisiologista e não um simples técnico capaz de executar mecânicamente, muito embora com perícia, o acto operatório.

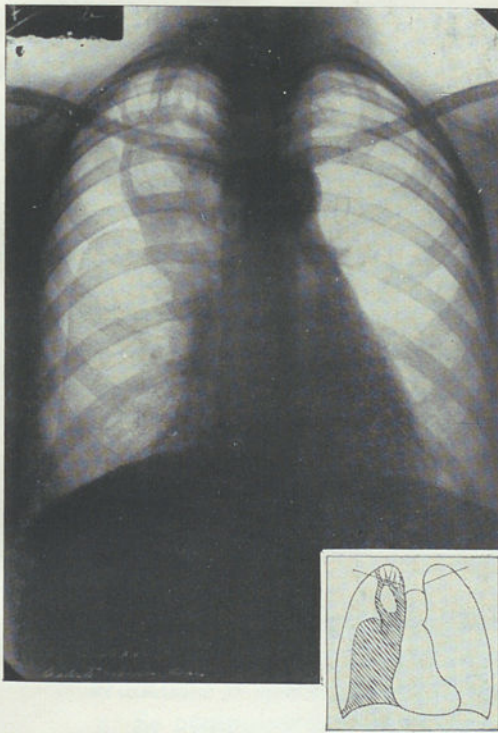


Fig. 25 — Aderências do lobo superior direito

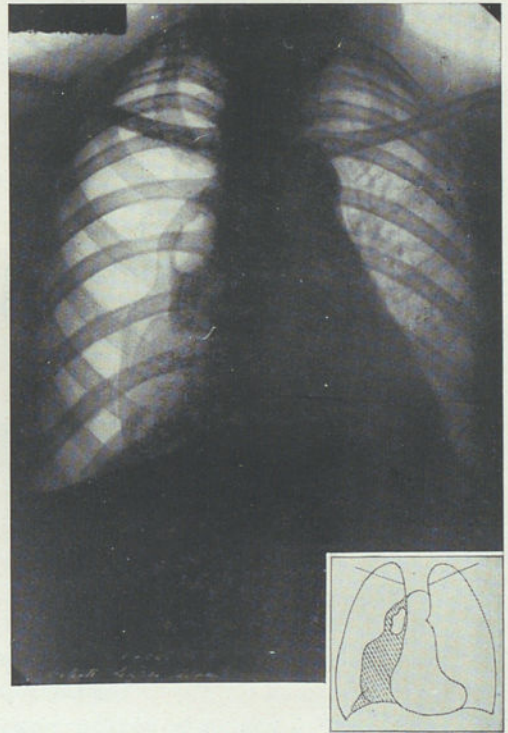


Fig. 26 — Mesmo caso, em seguida à intervenção

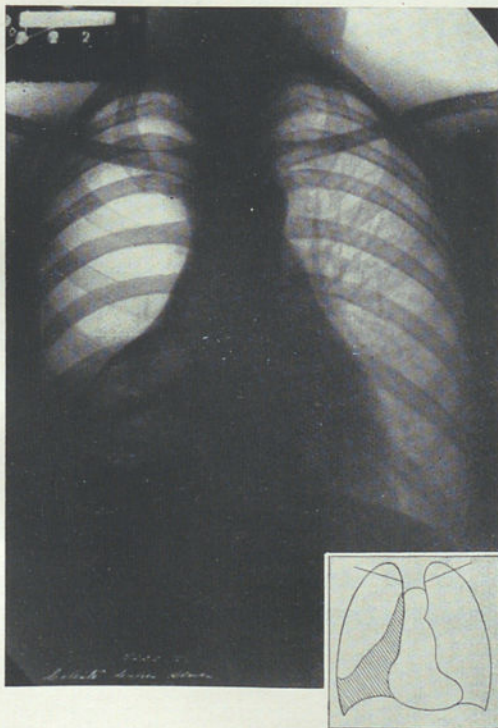


Fig. 27 — Mesmo caso. Situação do colapso um ano depois da intervenção

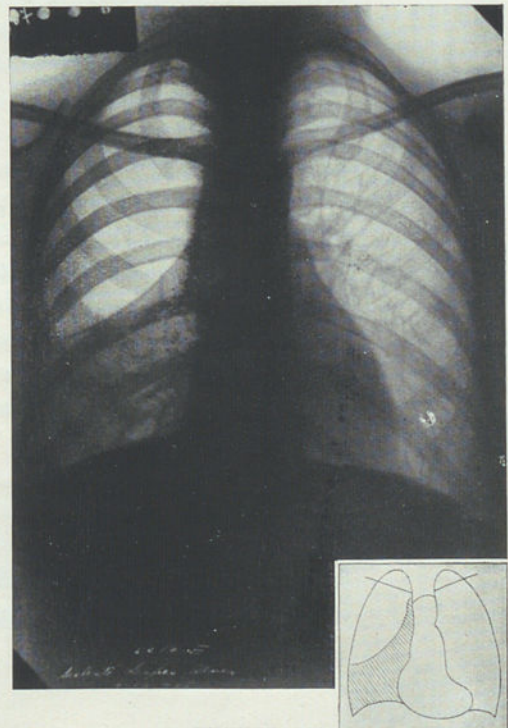


Fig. 28 — Mesmo caso. Sínfise progressiva. Situação do colapso dois anos depois da operação

DERRAMES PLEURAIIS CONSECUTIVOS AO PNEUMOTÓRAX

POR

ALBERTO DE CARVALHO

Meus senhores,

Ninguém hoje ignora que uma das complicações mais frequentes do tratamento da tuberculose pulmonar pelo pneumotórax artificial é o aparecimento do derrame pleural.

Se compulsarmos as publicações concernentes ao assunto, verificamos que a percentagem de derrames no decurso do tratamento varia entre grandes limites de Serviço para Serviço; só para citar alguns autores, lembrar-lhes-ei que ULRICI os refere em 15 a 20 % dos casos tratados, RIST e NAVEAU em 50 %, DUMAREST em 70 % e os americanos MATSON e BISAILLON tiveram, em 500 pneumos, 100 % de derrames; no serviço do Prof. LOPO DE CARVALHO a percentagem oscila à volta de 20. A explicação para esta disparidade de resultados deve, certamente, residir nas diferentes técnicas seguidas na execução do tratamento.

É lógico pensar que os folhetos pleurais, normalmente encostados, sem nada a separá-los, reajam à introdução entre êles de qualquer substância. Resta, porém, saber porque é que no mesmo Serviço alguns doentes têm derrame e outros não, quando tôdas as condições são idênticas. Como sabem, encontram-se, correntemente, indivíduos atreitos a catarros nasais e intestinais; podemos, pois, também admitir que há pessoas com fácil exagêro da secreção normal do endotélio pleural. Por outro lado, o afastamento dos folhetos pleurais dá maior sensibilidade às variações de temperatura do ambiente, de que resulta desequilíbrio vaso-motor local, que se pode reflectir de modo diverso de indivíduo para indivíduo, no que respeita à secreção da serosa pleural (DUMAREST).

Os casos de derrame pneumotorácico têm diminuído nos últimos anos, sem dúvida pelos crescentes cuidados na execução do tratamento de FORLANINI, como o abandôno das pressões positivas, o poupar a pleura no início de qualquer reacção inflamatória, o emprêgo de agulhas finas, o evitar as insuflações nos períodos menstruais (cuidado que nos parece exagerado), o abandonar o tratamento quando se julga ineficaz ou impossível, o corte de quaisquer aderências que porventura existam, etc. A tal propósito diremos que o derrame no decurso do pneumotórax é, para alguns autores, apenas favorecido pelas condições atrás mencionadas, pois há sempre propagação espontânea à cavidade pleural do processo baciloso; a abertura para a pleura visceral de tubérculo parenquimatoso seria unicamente favorecida pela insuflação, que, reduzindo o volume do pulmão, aproxima, portanto, a pleura visceral das lesões do órgão.

O aparecimento do derrame, que é bastante menos freqüente na criança do que no adulto, pode dar-se em qualquer período do tratamento pneumotorácico, mesmo quando as insuflações já foram abandonadas há bastante tempo; mas a regra geral é êle aparecer nos primeiros meses de tratamento.

Também citaremos o facto do derrame complicando o pneumotórax não aparecer indistintamente nas várias épocas do ano, mas com incidência máxima na Primavera, como se regista com freqüência nos Sanatórios.

Tem-se aventado a hipótese do derrame ser benéfico para o resultado do tratamento pelo pneumotórax; mas a verdade é que esta maneira de ver tem apenas uma minoria de adeptos.

O volume do líquido dos derrames pleurais, sempre inflamatório, varia de alguns centímetros cúbicos a 5 litros. É, em regra, como o da «pleurisia a frigore», amarelo-esverdeado, quasi límpido, coagulando espontaneamente, com alta densidade e rico em albumina, com quantidade variável de glóbulos vermelhos e cujo exame cito-bacteriológico nos mostra grande riqueza em linfócitos e até algumas vezes o bacilo de KOCH no simples exame directo.

Nalguns casos, o exsudado seroso torna-se, com o decorrer do tempo ou com o agravamento do processo, primeiro turvo e depois purulento.

Êste pus que, como sabem, também pode aparecer na cavidade pleural sem ser precedido de líquido citrino, é, como o de

qualquer abcesso frio, amarelo-esverdeado, mais ou menos fluido, e o seu exame bacteriológico não costuma revelar os germes vulgares da supuração, mas sim bacilos de KOCH. Se encontramos as bactérias piogénicas banais, quer estas sejam Gram-positivas (como o estreptococo, o estafilococo ou o pneumococo), quer Gram-negativas (grupo coli-tífico), devemos pensar que o empiema não é baciloso ou que se trata de infecção associada.

Pelo que diz respeito aos sinais de derrame líquido, a chamada «gota dos tisiologistas», aparece em quasi todos os casos, nos primeiros tratamentos e costuma não dar sinais sub- ou objectivos, podendo mesmo escapar à observação radiológica ou pleuroscópica; desaparece por si em poucos dias ou semanas, até depois de sofrer aumento de volume. Mas se o derrame fôr mais volumoso, obtemos ou devemos esperar os conhecidos sinais sub- e objectivos da «pleurisia a frigore»: as perturbações gastro-intestinais do início, a pontada e, principalmente, a febre. No decurso do pneumotórax a alteração da curva térmica é, na verdade, sinal precoce de reacção pleural; a temperatura costuma subir bruscamente para cêrca de 39°, onde se mantém uma semana ou mais, para em seguida descer em lise, mas sem qualquer parallelismo com o líquido formado, sendo até de observação correntia o seu desaparecimento, a-pesar do derrame persistir e, o que é mais notável, chegar a dar-se a transformação purulenta sem que ela passe acima de 37°, como acentua DIEULAFOY. A seguinte curva térmica (fig. 1) constitue exemplo demonstrativo do que acabo de lhes dizer. A subida brusca da temperatura foi, em todos os nossos casos, o sintoma inicial da reacção líquida da pleura.

Os sinais clínicos são conhecidos dos senhores. É certo que o pneumotórax produz já por si a abolição das vibrações vocais. O som à percussão é que é diferente, como sabem, desde que exista líquido; por vezes, porém, êste é tão pouco que não é apreciável a maciszez. Quando tivermos dúvidas sôbre a existência de derrame, podemos pesquisar dois sinais clínicos, que são a imobilidade das bases pulmonares durante a respiração e o apagamento do espaço de TRAUBE, nos derrames esquerdos, sinal que se deve procurar com o doente em posição genu-peitoral.

Ao contrário do que se poderia supor, os exsudados da cavidade pleural esquerda são mais bem suportados do que os da

direita, de-certo por ser mais fraca a musculatura dêste lado do coração. Tal facto, para que chama a atenção o conhecido médico dinamarquês FREDERIKSEN, explica o verem-se mais frequentemente do lado esquerdo os grandes derrames, pois à direita há queixas que levam à evacuação precoce.

Se bem que seja de regra o líquido estar sôbre a cúpula diafragmática, não se deve concluir que a inflamação pleural se passa naquela região, pois pode ter havido processo exsudativo noutra ponto da serosa e o líquido ir para ali só por acção da gravidade.

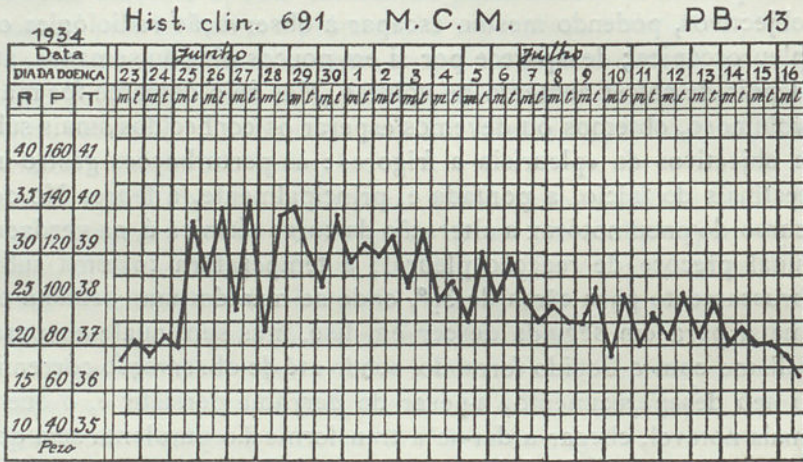


Fig. 1

Mas por vezes há aderências que retêm o exsudado, constituindo-se assim as pleurísias enquistadas; estas locas podem ser múltiplas, formando-se verdadeiros ninhos de pomba, como vêem na radiografia n.º 1, reproduzida na estampa I, e que podem conter líquidos diferentes entre si, quanto à natureza, citrino numas, purulento noutras.

A pleurisia, mesmo sem dar sinais, deixa habitualmente vestígios, algumas vezes só no fundo de sacco costo-diafragmático e, noutros casos, em tôda a cavidade pleural; notam-se essas alterações pela pleuroscopia. Os folhetos da serosa, quando o derrame fôr duradouro, perdem o seu aspecto normal, para se apresentarem nacarados, com depósitos brancos de fibrina, muitas vezes longitudinais, capazes de darem imagens na radiografia que

dantes não se sabiam interpretar. Do derrame pleural, especialmente se é purulento, pode não resultar apenas a sínfise; deixa, às vezes, quando cura, verdadeiras calcificações, como as que se podem ver na seguinte radiografia (figura 2 — Estampa I) da colecção pertencente ao Serviço e que serviu já para trabalho feito na Clínica de Doenças Pulmonares, pelo Dr. C. VIDAL.

Por vezes os folhetos pleurais ficam, em consequência da inflamação, com tal tendência à sínfise que se forma um verdadeiro quadro clínico, a que LÉON BÉRNARD chamou «pleurisia adesiva» e que a escola alemã designou por «pleurisia plástica».

O grau mais avançado destes estados sinfisários constitue o chamado «fibrotórax», cujo aspecto radiográfico observam na película reproduzida na figura 3 da estampa I. Se este fenómeno se nota mais freqüentemente quando houve derrame, a verdade é que pode também encontrar-se em doentes tratados pelo pneumotórax e que nunca tiveram a mínima reacção líquida.

A sínfise, em regra, começa pela base e pode parar por aí; se neste caso a lesão estiver localizada no vértice ou na parte média do pulmão, podem continuar-se as insuflações com proveito; mas se o processo se encontrar na base e quisermos manter a compressão, teremos, nessa hipótese, de recorrer a outro método colapsoterápico.

Além dos exsudados citados, há os chamados «derrames de vácuo ou de descompressão», causados em antigos pneumotórax por falta de pressão na cavidade pleural e nos quais o côto pulmonar não pode expandir-se, ou nos pneumos já abandonados, em que o folheto visceral não é capaz de retomar a sua posição primitiva. Em qualquer destas situações, o líquido pleural que se forma extingue-se rapidamente após nova insuflação.

*

* *

Feitas estas breves considerações, esquematizemos agora a conduta a seguir quando surge derrame pleural no decurso do pneumotórax. Ocupemo-nos, primeiramente, da toracentese.

Numa pleurisia vulgar, como é do conhecimento dos colegas, só se deve extrair líquido da cavidade pleural quando há alguma das três indicações seguintes:

- 1) *Grande volume do liquido*, atingindo a espinha da omoplata atrás ou a segunda costela à frente (doente de pé);
- 2) *Incómodo* produzido pela presença do mesmo, principalmente por sinais de compressão;
- 3) Fraco ou nulo poder de *absorção*, parecendo que ao fim de algumas semanas o nível líquido se mantém à mesma altura ou até subiu.

Nos derrames pleurais consecutivos ao pneumotórax a norma a seguir é outra, quando evidentemente se trate de vulgares reacções com líquido citrino: o derrame post pneumotorácico deve ser respeitado. Se os fenómenos de compressão se manifestam cedo e parecem impor a toracentese, basta muitas vezes extrair algum gás da cavidade pleural para que a situação se modifique e a intervenção se adie. Foi o que sucedeu, por exemplo, ao doente cuja radiografia se encontra reproduzida na figura 4 da estampa I.

Com o andar do tempo o derrame começa a reduzir-se e, na grande maioria dos casos, acaba por reabsorver-se sem qualquer intervenção. O que é necessário é manter o pneumo para evitar a sínfise, que tem tendência a estabelecer-se. Para isso, fazem-se freqüentes exames radioscópicos, que nos vão esclarecendo sobre a situação intratorácica. O derrame ou a câmara gasosa começam a diminuir, introduz-se a agulha do pneumotórax e vê-se a pressão manométrica: se esta é baixa, insufla-se ar até se atingir o zero manométrico; se está ainda alta, extrai-se um pouco de ar até a pressão ficar a zero.

Quando as extracções de ar tendem a suceder-se por o líquido aumentar progressivamente, então e só então se deve efectuar a toracentese.

São de todos conhecidos o aparelho de DIEULAFOY e o de POTAIN; se porém, não possuírem qualquer desses instrumentos, podem fazer a evacuação pleural até sem aparelhos, só por acção da gravidade, punctionando o doente e deitando-o com as costas entre duas camas, como aconselha ULRICI. O que nunca se deve deixar é de fazer primeiramente a punção exporadora, para sabermos qual a qualidade do líquido e qual o calibre da agulha a empregar na evacuação ulterior.

Como regra do Serviço, insuflamos sempre gás quando fazemos a toracentese na proporção de 500 cc. de líquido extraído

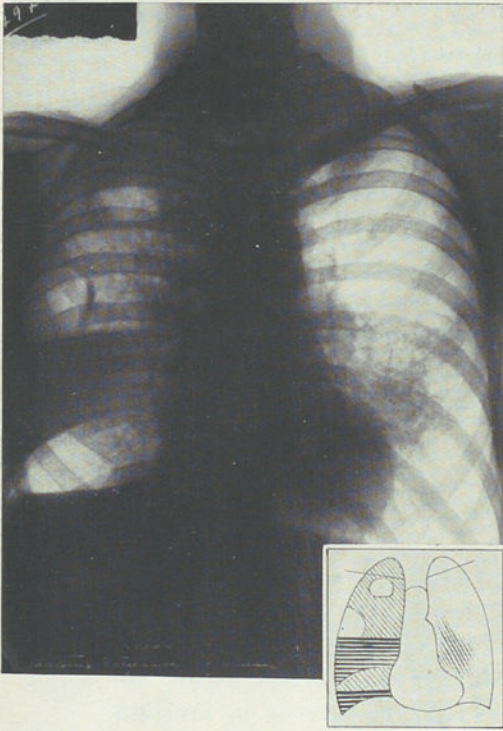


Fig. 1 — Pleurisia à direita, com dois níveis de líquido

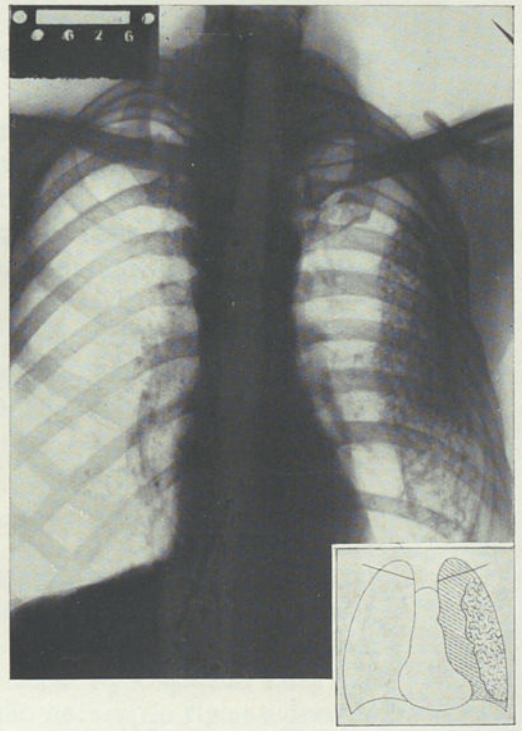


Fig. 2 — Calcificação da pleura esquerda

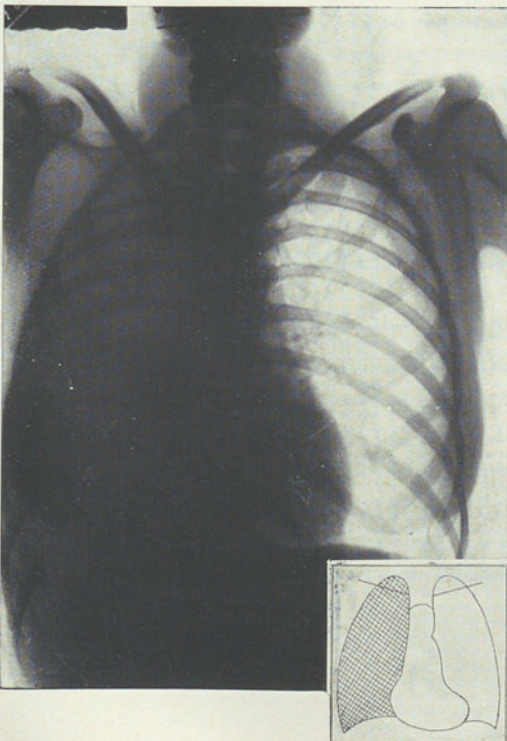


Fig. 4 — Derrame consecutivo a pneumotórax

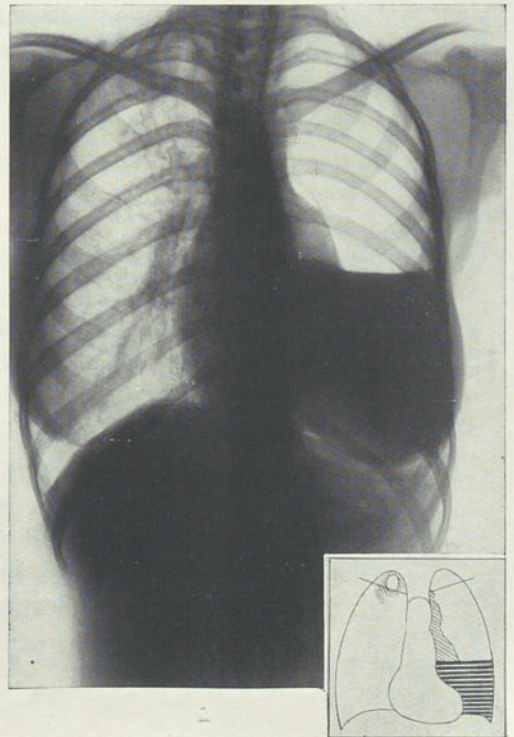


Fig. 5 — Fibrotórax à direita

para 250 cc. de ar, prática que tem as vantagens de evitar os sinais subjectivos de descompressão brusca, além de impedir a fácil união dos folhetos pleurais. A-pesar-de por esta técnica podermos extrair grandes quantidades de líquido, não vamos, em geral, além de 2.000 cc. em cada sessão, preferindo repetir a toracentese até em dias sucessivos, se fôr necessário.

Depois de conhecer os caracteres do derrame pleural, pelos sinais clínicos, pela punção exploradora com exame laboratorial e pela radiologia, devemos, quanto à terapêutica, encarar as seguintes hipóteses:

I) — *Líquido citrino*

Nestes casos aconselhamos o doente a ficar de cama e a fazer uma alimentação que não contenha carne ou peixe em excesso, para poupar o tubo digestivo. Como atrás dissemos, deve o doente ser observado freqüentemente aos raios X, e quando estes não estejam ao alcance do clínico, é então necessário vigiar a pressão endopleural, pois só ela nos prestará indicações para a conduta a seguir. Como nestas condições «a pleura guarda melhor o gás», na expressão de DUMAREST, poderão até espaçar-se essas leituras por períodos de tempo superiores aos que mediavam entre as insuflações que se estavam realizando. Adiante falaremos das injeções intra-pleurais de cálcio, nos próprios casos de derrame sero-fibrinoso.

II) — *Líquido purulento*

Nestes derrames fazemos, sistematicamente, as lavagens pleurais.

Há quem aconselhe em tais situações o oleotórax ou método de BERNOU, tratamento que constitue o assunto da lição do colega ALVES DE SOUSA e do qual portanto nos não ocuparemos.

A lavagem pleural, a que damos preferência no empiema tuberculoso, é um método velho, pois já FORLANINI o executava. Tem tido cada vez melhores e mais numerosos defensores nos autores contemporâneos, dentre os quais destacaremos PIERRE WEILLER, que em 1934 publicou um precioso trabalho sôbre o assunto.

A técnica da lavagem é simples e, se bem feita, quasi nada chocante: a tosse, se existe, deve ser combatida previamente. Se não houver mesa apropriada, a lavagem pode até ser feita no leito do doente. No Serviço de Doenças Pulmonares servimo-nos, para as lavagens da pleura, da marquesa de KREMER, que tem para esse fim inúmeras vantagens, pois permite-nos, sem mexer no doente, colocá-lo lentamente em tôdas as posições, por forma

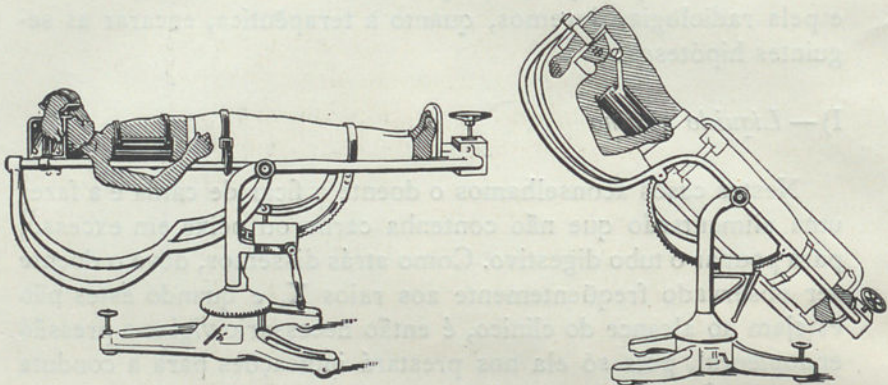


Fig. 2

a fazer percorrer pelo líquido de lavagem tôda a cavidade pleural (fig. 2).

O local da punção deve ser de preferência abaixo da ponta da omoplata (não demasiado abaixo, para não ferir o diafragma, nem encontrar aderências ou depósito de fibrina). Depois de desinfecção com tintura de iodo da zona escolhida, faz-se a anestesia, principalmente junto da pele e da serosa e seguidamente colhe-se pus, que nos indicará o calibre do trocarte a escolher. Se aquêle é muito espêsso ou se tem abundantes rolhões de fibrina, tornando a evacuação difícil, pode obter-se a sua fluidificação injectando na própria cavidade pleural, 8 horas antes da extracção, 50-100 cc. de soluto de SAUERBRUCH-HERRMANNSDORFER, que nos tem dado óptimos resultados:

Pepsina	20 grs.
Ácido fénico.....	} aa 2 grs.
Ácido clorídrico.....	
Água destilada.....	400 grs.

Para a extracção do líquido e lavagem da cavidade pleural utilizamos no nosso Serviço um dispositivo muito cómodo, que nos permite fazer a intervenção com um só trocarte e sempre em campo fechado, isto é, sem que uma gota de pus caia na marquesa ou toque nas mãos do operador. A figura 3 da pá-

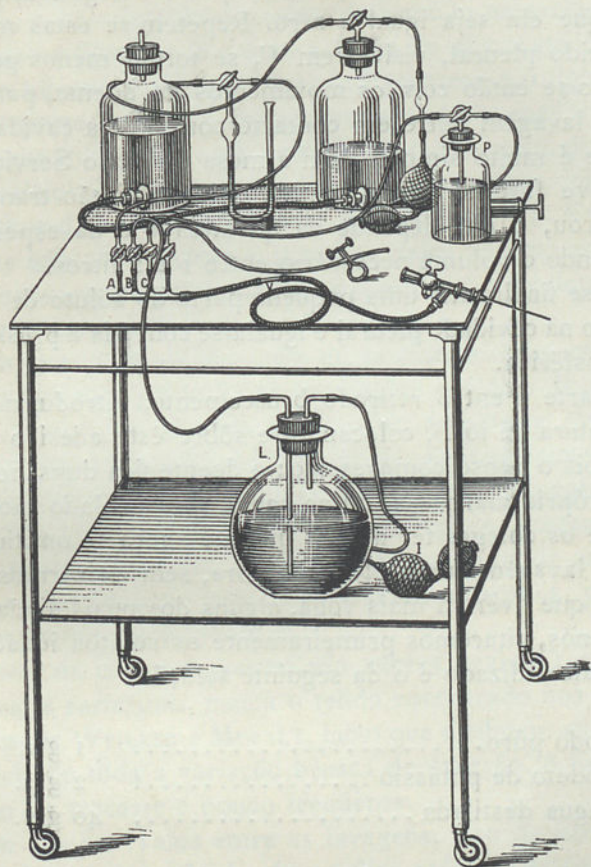


Fig. 3

gina 77 dá-lhes uma idea do dispositivo utilizado, dispensando quaisquer descrições. E conveniente, para bom funcionamento do aparelho, deixar primeiro entrar para a cavidade pleural alguns cc. de líquido de lavagem, pondo pela torneira *B* em comunicação o trocarte com o balão *L*, sendo o líquido dêste premido pela vulgar pêra de termocautério *I*, vendo-se no vidro *V* a pas-

sagem do mesmo. Então fecha-se a torneira *B* e abre-se a *C* para se fazer a aspiração com o aparelho de POTAIN *P* ou com qualquer outro aspirador. Depois de extrair uns 500 cc. de pus, introduz-se igual volume de líquido de lavagem, fechando a torneira *C* e abrindo a *B*. Verifica-se a pressão intra-pleural, abrindo a torneira *A* e fechando as restantes; se fôr negativa, insufla-se gás até que ela seja igual a zero. Repetem-se estas monobras até o líquido pleural, visível em *V*, se tornar menos purulento, começando-se então com os movimentos do doente, para que o soluto de lavagem entre em contacto com tôda a cavidade pleural, o que é muito simples com a mesa do nosso Serviço. A lavagem deve fazer-se até o líquido sair quási tão transparente como entrou, o que depende da quantidade e da espessura do pus, variando o volume necessário entre 1 e 5 litros.

Deixa-se finalmente uma pequena parte do soluto de lavagem empregado na cavidade pleural e iguala-se com gás a pressão pleural à atmosférica.

O trocarte é então retirado bruscamente, introduzindo-se no orifício tintura de iodo, colocando-se sôbre êste adesivo e fazendo-se depois o penso compressivo; o doente fica duas horas deitado na própria marquesa, ou na cama, sôbre o lado sã.

Hão-de os colegas ter notado que até agora se omitiu qual o líquido de lavagem que preferimos. Ora, sem deixarmos de nos referir aos que tiveram mais voga, alguns dos quais ainda a mantêm entre nós, citaremos primeiramente os solutos iodados, dos quais o mais utilizado é o da seguinte solução:

Iodo puro.....	1 gr.
Iodeto de potássio	2 grs.
Água destilada	40 grs.

Dêste soluto, juntam-se 5 cc. a cada litro de água destilada, para fazer a lavagem. Há também quem use o rivanol a 1 0/0, o permanganato de potássio muito fraco, as várias flavinas, o azul de metilena a 1 0/0, o violeta de genciana a 1:5000, o soluto de DAKIN bem diluído, etc. Qualquer dêstes solutos deve ser aplicado quente, a 37°-38° aproximadamente. Mas qual dêstes é o melhor?, perguntarão. A resposta é que cada autor prefere o seu. Nós empregamos habitualmente o iodo ou então, tentados por

publicação de KRIECH e a conselho do Prof. LOPO DE CARVALHO, os sais de cálcio. Na verdade, temos obtido com estes últimos tão bons resultados que os usamos correntemente da seguinte maneira :

Nos derrames pequenos ou médios, mas em que ainda não esteja indicada a toracentese, puncionamos a cavidade pleural já não irritada, e, se o líquido é citrino, deixamo-lo na seringa, para diluir e aquecer 5-20 cc. de soluto a 10 % de gluconato de cálcio SANDOZ. Se há necessidade de fazer toracentese e o líquido tem o mesmo aspecto, não o extraímos na totalidade, mas deixamos algum em que diluímos, como anteriormente, 10-20 cc. do mesmo soluto de cálcio. Se precisamos repetir o tratamento, injectamos então o dôbro do soluto empregado na primeira vez. Em geral, com poucas injeções citadas e com intervalos de uma semana, o derrame reabsorve-se por completo e o pneumo é continuado sem qualquer incidente.

Se o derrame é purulento, terá de se fazer a lavagem pleural. Utilizamos nesses casos o soluto a 1 % (10 ampolas de 10 cc. do sal de cálcio a 10 % em 1000 cc. de sôro fisiológico morno). O derrame de purulento passa, muitas vezes, a sero-fibrinoso e, com o andar do tempo, reproduz-se cada vez mais lentamente.

É no vulgar empiema baciloso asséptico que a lavagem pleural tem a sua melhor indicação, se bem que nos casos de associação microbiana não se deva prescindir desta terapêutica, principalmente como auxiliar da cirurgia.

Acidentes da lavagem pleural são excepcionais. O temido reflexo pleural é raríssimo, nunca o tendo encontrado nos seus numerosos casos WEILLER e MURALT, facto que atribuem em especial a terem evitado tôda a variação brusca de pressão. A fistulização do trajecto do trocarte é pouco freqüente.

Quanto aos intervalos entre as lavagens, isso depende do critério do médico, variando de alguns dias até meses, conforme o doente; nem lavagens de menos, nem de mais, que iriam irritar a pleura e contrariar a desejada secagem. Se o pus se refaz rapidamente, deve proceder-se à extracção simples entre cada duas lavagens. O número de lavagens necessárias varia também de doente para doente, podendo uma ser suficiente; os exames clínico, radiológico e laboratorial é que permitem ao médico tomar decisões sôbre cada caso.

As lavagens pleurais devem operar rapidamente, pois se não há melhoras nítidas ao fim de meia dúzia de tratamentos, terão de ser postas de parte para se recorrer a outra terapêutica. A lavagem deve ser precoce, isto é, logo que se faça o diagnóstico de empiema, pois são sempre mais favoráveis os resultados assim obtidos.

Quanto à idade, a lavagem tanto pode ser feita em crianças como nos adultos ou na velhice, a não ser que o estado geral seja bastante mau.

Um dos efeitos mais brilhantes das lavagens pleurais é o da desintoxicação do doente: a temperatura cai, o apetite volta, a côr terrosa desaparece. É claro que habitualmente não é logo com a primeira lavagem que tal sucede. Em geral, dias depois da primeira, a temperatura torna a subir porque o pus se refez; é necessário então insistir no tratamento. Quando a curva térmica não fôr nitidamente influenciada, mantendo-se as temperaturas elevadas, isso indica que o mal não é só causado pelo empiema, mas que existem lesões evolutivas no parênquima pulmonar do mesmo lado ou do oposto ou que a doença se estendeu a outros órgãos, como intestinos, rins ou laringe. Não nos devemos preocupar com o acesso febril no dia da intervenção, pois não é mais que a reacção pleural à picada e à lavagem. Intoxicação pelo soluto empregado não há.

Não suponham, porém, meus senhores, pelo que lhes acabo de dizer, que o problema dos empiemas pleurais é sempre resolvido pelas lavagens da pleura. Isso sim! Há doentes que não são influenciados por este tratamento, sobretudo quando existem germes associados. Nesses casos terá de recorrer-se à cirurgia.

Alguns dos colegas estão, de-certo, a estranhar o conselho para intervenções cirúrgicas em indivíduos tuberculosos, pois lhes foi ensinado que tais doentes têm tendência para a fistulização e não para a cicatrização; o facto, porém, é que actualmente estes doentes não estão excluídos do fôro cirúrgico, sendo exagerados os temores antigos, como o colega que trata em especial da Cirurgia Torácica lhes exporá.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina de Coimbra

Para o lugar de assistente da cadeira de clínica médica da Faculdade de Medicina de Coimbra, nomeou-se o Dr. José Lopes do Espírito Santo.

Hospitais

Civis de Lisboa

Realizou-se, na secretaria dos Hospitais Civis de Lisboa, uma reunião para eleição dos membros do conselho técnico. Presidiu o Dr. Lôbo Alves, secretariado pelos Drs. Luiz Adão e Silva Araújo.

Elegeram-se os seguintes médicos: Drs. Raúl Pires, Armando Formigal Luzes, Alberto Gomes, Fernando Matos Chaves e Alexandre Cancela de Abreu.

— Abriram-se concursos, por trinta dias, para provimento, por contrato, de seis lugares de cirurgiões e dois de urologistas dos Hospitais Civis.

Da Misericórdia de Pombal

Inaugurou-se, no Hospital da Misericórdia de Pombal, um pavilhão de cirurgia.

Academia das Ciências de Lisboa

Para o cargo de presidente da Academia das Ciências de Lisboa elegeu-se o Dr. Júlio Dantas. Conferiu-lhe a posse o presidente cessante, Prof. Egas Moniz.

Sociedade das Ciências Médicas

Inauguraram-se os trabalhos do novo ano académico.

O presidente cessante, Prof. Francisco Gentil, deu a posse ao novo presidente, Prof. Augusto Monjardino, que convidou para o secretariado os Drs. Ermindo Alvarez e Costa Félix.

O Prof. Monjardino pronunciou uma alocução sobre a protecção à maternidade e à infância.

Instituto de Malariologia

Na vila de Águas de Moura inaugurou-se o novo Instituto de Malariologia, construído e doado ao país pela Fundação Rockefeller.

Ao acto assistiram o Sr. Ministro do Interior, Director Geral de Saúde e outros funcionários de Saúde Pública.

Dirigem o Instituto o Dr. Rolla Hill, representante da Fundação Rockefeller em Portugal, e o Dr. Francisco Cambournac.

Instituto de Medicina Legal

Os trabalhos realizados durante o ano de 1938 no Instituto de Medicina Legal, sob a direcção do Prof. Azevedo Neves, podem resumir-se do modo que segue :

O Conselho Médico-Legal emitiu 1.407 pareceres sobre exames efectuados nas comarcas de Lisboa e da área da respectiva Relação. O Conselho reúne-se duas vezes por mês, o que dá a média de 58,6 pareceres por sessão.

O número de documentos entrados na secretaria do Conselho foi de 8.829, expedidos 90, processos organizados 1.100 e verbetes 1.200.

No Instituto de Medicina Legal efectuaram-se, no mesmo período, 12.168 exames, dos quais: 10.880 na clínica médico-legal, 351 na secção de tanatologia, 66 exames bacteriológicos e 371 exames diversos, realizados nos laboratórios. Os exames de clínica médico-legal abrangem: 10.532 de indivíduos vítimas de crimes contra a segurança das pessoas, 348 vítimas de crimes contra a honestidade (34 varões e 314 fêmeas). O número de exames de crimes contra a segurança das pessoas feitos nas residências e nos hospitais foi de 580 (421 homens e 159 mulheres).

Na secção de tanatologia efectuaram-se 691 autópsias de adultos, 148 de recém-nascidos, 11 exumações e 1 autópsia feita no Hospital Curry Cabral. Os 371 exames efectuados nos laboratórios compreendem: 29 exames em vísceras, 12 de ligas de moedas, 17 de sangue, 28 químicos diversos, 73 em instrumentos de crime, 50 em documentos, 49 em roupas, 1 de comparação de fisionomia, 14 exames diversos, 6 em ossos, 5 em impressões digitais, 87 em valores falsificados, assim distribuídos: 64 em moedas, 3 em lotaria, 8 em estampilhas fiscais, 1 em letra de câmbio, 9 em notas, 1 em cheque e 1 em vale do correio.

Na secretaria do Instituto entraram 8.664 documentos, saíram 4.196 e organizaram-se 3.013 verbetes. No arquivo dactiloscópico deram entrada 6.154 boletins de pessoas examinadas pela primeira vez na clínica médico-legal, 715 da secção de tanatologia e organizaram-se 10.880 verbetes. Foram enviados 6.154 boletins ao Arquivo Geral de Registo Criminal e Policial.

Na secção de fotografia efectuaram-se 358 negativos, 1.637 positivos e colaram-se 1.442 esquemas e 407 fichas.

Ordem dos Médicos

Publicou-se um decreto-lei que constitue, com a denominação de «Ordem dos Médicos», o Sindicato Nacional dos Médicos.

Estabeleceu-se que a Ordem dos Médicos exerce a sua actividade no plano nacional, em colaboração com o Estado e com os órgãos superiores da produção e do trabalho e com respeito absoluto pelos interesses da Nação, sendo-lhe por isso vedada a filiação em qualquer organismo de carácter internacional ou a representação em congressos ou manifestações internacionais sem autorização do Governo. Não pode também, sem a mesma autorização, contribuir monetariamente para a manutenção de organismos estrangeiros nem receber dêles quaisquer donativos ou empréstimos.

Constitue um factor de cooperação activa com todos os outros factores da actividade nacional.

As atribuições da Ordem são: o estudo e defesa dos interesses profissionais, nos seus aspectos moral, económico e social. A sua esfera de acção abrange o continente e as ilhas adjacentes. Haverá um conselho geral, com sede em Lisboa; três conselhos regionais em Lisboa, Pôrto e Coimbra e delegações provinciais. Ao conselho regional de Lisboa pertencem as províncias de Ribatejo, Estremadura, Alto e Baixo Alentejo, Algarve e ilhas adjacentes; ao do Pôrto, Minho, Trás-os-Montes, Alto Douro e Douro Litoral; ao de Coimbra, Beira Alta, Beira Baixa e Beira Litoral.

Ao definir os direitos e deveres dos membros da Ordem estabelece-se que o médico é obrigado a cumprir, pontual e escrupulosamente, todos os deveres que as leis e o regulamento deontológico lhe impõem e procurará respeitar os usos, costumes e tradições locais, procedendo com zelo para com os seus colegas e desempenhando conscientemente os seus deveres profissionais e sociais.

Proibe o reclamo que vá além do nome do médico, seus títulos oficiais e especialidade, e determina que é absolutamente vedado dar consultas médicas ou prestar serviços clínicos, renumerados ou gratuitos, nos seguintes locais: farmácias ou suas dependências, laboratórios químicos, drogeries ou quaisquer estabelecimentos que vendam produtos farmacêuticos e bem assim nos estabelecimentos de outro género ou dependências dos mesmos em que por qualquer título intervenham proprietários de farmácias, farmacêuticos, droguistas ou seus empregados.

Na fixação dos honorários deverá o médico proceder de harmonia com as tabelas estabelecidas e dentro dessas tabelas atender à categoria profissional que tiver, ao tempo e à gravidade da doença, à importância dos serviços prestados, às posses dos interessados e aos usos e costumes da terra. Nenhuma acção de honorários poderá ser proposta sem laudo do conselho geral ou regional, o qual importa presunção de conformidade com os honorários por êle aprovados.

O decreto fixa a constituição e funcionamento das assembleias da Ordem, as atribuições e deveres dos dirigentes, as penalidades, que são: advertência, censura, multa de 100\$000 a 5.000\$000, suspensão temporária até um ano e expulsão; a constituição dos fundos da Ordem (a quota mensal mínima é de 10\$000 e a jóia de 100\$000); e a extinção das associações de classe médicas de Lisboa, Pôrto e Coimbra, que constituirão os núcleos das secções regionais da Ordem dos Médicos.

As primeiras entidades eleitas pela assembleia geral e pelas assembleias regionais terminarão o mandato em 31 de Janeiro de 1940.

Prof. Celestino da Costa

O Prof. Celestino da Costa foi reconduzido no lugar de presidente do Instituto para a Alta Cultura.

I Conferência Nortista de Tisiologia

Realizou-se, de 24 a 27 de Novembro do ano findo, a I Conferência Nortista de Tisiologia, sob os auspícios do Instituto Brasileiro, para investigação da tuberculose, na cidade do Salvador.

Os temas oficiais escolhidos foram :

I — Factores económico-sociais e epidemiológicos que devem orientar a campanha anti-tuberculosa no Norte do Brasil.

II — O problema terapêutico das cavernas tuberculosas do pulmão.

III — Valor dos índices hemáticos no diagnóstico e no prognóstico da tuberculose pulmonar.

Conferências

O Dr. Morais Sarmiento, 1.º tenente-médico, realizou, perante o curso naval de guerra, uma conferência sobre «Os serviços médicos na campanha da Etiópia».

— Em Santarém, pronunciou o Prof. Carlos Salazar de Sousa uma conferência intitulada «Puericultura e mortalidade infantil».

— Por iniciativa da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, realizou, no Pôrto, o Dr. Octávio Chagas Paiva, médico-veterinário, uma conferência sobre «Aspectos da profissão veterinária no campo social».

Saúde colonial

A Dr.ª D. Olinda Moreira de Sousa foi nomeada médica auxiliar das missões católicas de Moçambique.

— Aprovou-se a proposta relativa à remodelação do quadro do corpo de saúde daquela colónia.

Saúde pública

Abriu-se concurso, pelo prazo de trinta dias, para provimento do cargo de facultativo municipal do partido formado pelas freguesias de Melres, Medas, Lomba, Covelo e lugar de Esposade (Gondomar).



— Publicaram-se as condições das provas de concurso para provimento dos lugares de delegados de saúde substitutos do quadro do pessoal técnico da Inspeção de Saúde do Pôrto.

Necrologia

Faleceram: em Sernancelhe, o Dr. José de Oliveira Serrão de Azevedo, coronel-médico do Ultramar; em Lisboa, os Drs. João Barral Camacho, assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, e Sebastião Costa Santos, antigo director dos Hospitais Cíveis; em Chicaliu (Nova Goa), o Dr. António Micael de Azaredo, capitão-médico; e no lugar da Torre (Vizela), o Dr. Artur Pacheco Dias Freitas, capitão-médico do quadro colonial.

Saúde Colonial

Saúde Pública





PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA
TOTAL

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^o — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Sulfana

WANDER

O novo produto, cujo corpo activo é a **amida do ácido sulfanilico**, ou **para-aminofenilsulfamida**, para tratamento de todas as infecções

estreptocólicas,
estafilocólicas,
meningocólicas
e colibacilares

Tubo de 20 comprimidos contendo cada 0,30 grs. de paraaminofenilsulfamida a Esc. 28\$00.

DR. A. WANDER S. A. — BERNE

Únicos Concessionários em Portugal

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

RUA DOS CORREIROS, 41-2.º

LISBOA