



Dr. José Furtado Belesa

A' memoria de meu pae

Saudade

A minha mãe

Gratidão e amor

A meus irmãos

Amizade e reconhecimento

A meus parentes

Consideração

A

Francisco Eduardo de Vasconcellos

a eterna recordação pelo que fomos . . .

A meus amigos

Estimo

PROEMIO

Sem a intenção de querer trazer á baila novidades no assumpto deste trabalho despretencioso, outro intuito não tive qual o de cumprir a praxe regulamentar que a Faculdade de Medicina me exige, como remate do meu curso, que, sem ella, estaria incompleto.

Outro fôra o ponto que escolhera e que pretendêra escrever — «Da agonia da morte nos aneurismas da aorta» — para reviver, para derramar na minha saudade os soffrimentos de meu pae, que vi desaparecer na sua angustia mais dolorosa...

Tinha quinze annos apenas. Lembro-me bem, no entanto, dos dias intranquillos, das noites de vigilia, mal dormidas, em que todos nós lhe vigiavamos á cabeceira.

Oppresso, esfalfado, anasartico, morrendo na vida aos pedaços, aos poucos, lentamente, n'uma agonia impiedosa e sem fim — eu lhe trouxe os ultimos soluços e instantes derradeiros para o meu curso medico, pretendendo lembrar-lo, mais tarde, n'uma these de doutoramento.

Depois, vivendo no tedio de seis annos de ancia, percorrendo invios caminhos e estradas sinuosas e immensas, cheguei ao fim, quasi sem alma, cansado dessa viagem ardua, habituado na miseria da vida humana... É arrependi-me... para não confessar, nove annos depois, que todos morrem mais ou menos assim...

A minha these foi inspirada no horror daquelles dias desgraçados de 1918, quando a grippe se fez sentir em todos os recantos do mundo. Impressionado com a frequencia extraordinaria de empyemas meta-grippaes, que constituam uma epidemia parallela, quiz chamar a attenção, n'uma resenha minuciosa e clara, para estas complicações. O seu valor, se é que o tem, está na sua actualidade. Não trago, porém, no texto do meu trabalho a estatistica grandiosa de

empyemas grippaes operados e diagnosticados nos diversos serviços hospitalares desta Capital. Como observações incluo apenas os casos que operei, que ajudei ou que observei desde a sua entrada para as Enfermarias até á sua cura definitiva.

Poucos... não importa o numero; por serem meus dão-me o direito de analysa-los no seu valor pratico e descrever-lhes a marcha clinica, lançando, por fim, o meu juizo pessoal sobre o assumpto escolhido. Muito tenho a agradecer ao distinto mestre Professor Benjamin Baptista, de quem aprendi o estimulo do que sou — na convivencia feliz e sabia da 11.^a Enfermaria e a Sylvio Muniz — o dedicado, o esforçado, o mestre sincero que me amparou no começo do meu curso.

Aqui, consigno o meu reconhecimento aos companheiros de trabalho Drs. João Baptista Canto, Döllinger da Graça, Ernani Alves e Alfredo Monteiro, a quem muito devo pelo proveito pratico da minha formação.

Rio, 20-9-919.

J. B.

Considerações sobre a Influenza Maligna

I

A gripe de 1918, que se manifestou sob a fôrma de pandemia, foi a repetição da gripe de 1889, com a mesma característica de brutalidade, assolando todos os continentes.

Porque as epidemias se repetem sempre como a historia se reproduz eterna e infinita.

A parte ligeiras modificações na sua exhibição clinica, como as anteriores, foi de uma rapidez extraordinaria na sua extensão, de uma subtaneidade brutal na sua evolução, de uma contagiosidade extremamente violenta, sem poupar edades e sexos, raças ou paizes.

E os allemães já se achavam, pela segunda vez, no Marne heroico...

A carnificina da guerra estava na culminancia mais dolorosa da expectativa... e, de chofre, ás apalpadelas, na sombra, surge um outro processo de morte, mais rapido, que não era nem pelos gazes axphyxiantes, nem pelo estrçalhar dos obuzes malditos. A principio benigna, despida de escandalos, sem ruidos theatraes, ella apparece nos campos da Europa esfomeada, pondo á margem phalanges inteiras de homens incapazes de um esforço physico, na intoxicação de symptomas ainda confusos. Mas, a este ataque primeiro, a esta tempestade de inicio — tudo serenava ao fim de quarenta e oito horas, mais ou menos.

Os primeiros casos de gripe benigna appareceram nos mezes de Maio e Junho; e passaram pela Europa sem que fossem tomados em consideração, sem que lhes dessem a devida importancia por se tratar da banalissima gripe de sempre que, ali, existe endemicamente. Os casos de morte até então annotados eram, por assim dizer, desconhecidos.

Dir-se-ia que, na sua passagem de falsa benignidade,

procurou experimentar, apalpar, sondar o rigor da hygiene européa, áquella época preocupáda com a incerteza do fim, illudindo-a na sua vigilancia, apresentando-se mansa — e atravessou, assim, sem ser vista, sem soffrer aggressões de prophylaxia, do Oriente para o Occidente, para seguir depois do Sul para o Norte.

E, de volta, não a conheceram.

Veio com surtos de virulencia, aguerrida pela passagem que soffrera de homem a homem, agora, terrivelmente mortal, para cair, de cheio, em terreno, adrede, preparado.

Os primeiros casos surgiram na Hespanha, depois na Allemanha, seguindo-se á Suissa e dahi, sem rumo certo, se derramou como torrente maldita sobre a Europa inteira.

As denominações de *grippe hespanhola*, de *grippe allema*, de *grippe suissa* lhes foi dada á medida que invadia, violentamente, estés paizes, da mesma forma por que foi chamada, entre nós, a peste de Dakar devido ao numero de victimas de marinheiros brasileiros que tripulavam a esquadra patria, surta, em operações de guerra, nesse porto africano. Depois, á proporção que o seu poder morbigenico augmentava começaram por lhe mudar o nome e, assim, pela frequencia de pneumonias mortaes ella foi, por certo tempo, chamada ‘peste pneumonica.’ Na sua brusquidão de começo houve quem lhe confrontasse á dengue do Levante. Era o cholera, era a peste, era a febre das trincheiras, era... tudo que se lhe pudesse chamar. Nos minuciosos estudos de laboratorio a argucia do especialista descobriu até a molestia da móda: — ‘a spirochetose grippal.’

Houve mesmo quem, na França, por patriotismo ou desconfiança supuzesse naquillo tudo a manifestação da maldade allemã mais uma vez distribuindo a morte por meios invisiveis, como bombardeavam Paris por canhões, mysteriosamente, infernaes... Mas o mal se derramou na Germania esgotada, com uma violencia extrema, causando mortandade espantosa numa população maltrapilha pela fome e depauperada pelo bloqueio impiedoso.

Mais que a propria guerra ella foi barbara e segundo o *Times*, de Londres, numa estatistica interessante computada por dados colligidos de 20 de Setembro a 20 de Dezembro, falleceram no curto periodo destes tres meses, em todo o mundo, 6 milhões de individuos!

As varias designações dadas á molestia actual não devem causar admiração se attentarmos que ella tem sof-

frido, através dos seculos, os baptismos mais interessantes: — *grippe, gripette, coqueluche, coquette, dando, ladendo, cocotte, defluxo epidemico, febre catarrhal epidemica, synoque catarrhal, bronchite epidemica, catarrho russo, morbo russo, (Italia.) influencia russa, catarro epidemico (Hespanha)* e outros tantos, milhares...

É o *rheuma epidemicum*, de Sauvages; é o *catarrhus à contagio* de Cullen; é a *febris catarrhalis epidemica ou anginosa*, de Huxam. Foi este ultimo que teria vulgarisado a palavra *Influenza*, já inventada na epidemia de Milão, de 1702.

Chamemo-la na falta de nome melhor. — “Influenza maligna”. As primeiras noticias da epidemia reinante na Europa foram recebidas por nós com a indiferença de sempre.

Tendo em vista a sua morbidade e contagiosidade, os preceitos mais rudimentares de hygiene aconselhavam que nos resguardassemos procurando, por medidas scientificas e logicas, meios que impedissem a entrada do mal.

Os jornaes em noticias esmiuçadas, claras, bordadas de desespero, em phrases sombrias, relatavam todos os dias a evolução da molestia que tomava naquelle continente uma evolução verdadeiramente dolorosa. Não houve quem deixasse de gritar contra a possibilidade de uma invasão subita nos portos brasileiros. Nem o relato triste destes factos nos deu overam de nossa impassibilidade. No Rio a Saude Publica dormia aquelle eterno somno inconsciente de burocracia... quando, um dia, com passagem de 1.^a classe na Mala Real Ingleza, ella nos veio visitar, chegando ás mansas aguas da Guanabara protegida pelo descaso da Hygiene Federal.

E, assim, assaltou a vida de um milhão de creaturas... Chegou, viu e... encontrou a cidade mais ideal para a sua profusão, sem meios de defesa que lhe embargassem o passo invasor.

Os primeiros casos foram ainda tomados como exhibições e pilherias. E só quando toda a cidade agonisava combalida e deserta, a hygiene chegou com os seus ensinamentos ridiculos de prophylaxia. Ao envez de impedi-la, ao envez de isola-la, ao envez de proteger os que não tinham sido abalados no seu raio malefico, ella procurou protege-la; dissemina-la e até introduzi-la nos raros hospitaes que abrigavam doentes de outras enfermidades. E assim

quem lhe poderia evitar a aggressão? Quem se não recorda desses dias escuros em que o ambiente era um silencio profundo, a immobilidade infinita, a tristeza dolorosa... Carros atulhados, ás pilhas, cheios de cadaveres; corpos decompostos ao sol, aos montes, esperando a hora de serem atirados á valla-commum; a fome, a miseria, a agonia; e a cidade inteira, vestida de crépe, era um immenso cemiterio...

A's pressas, em aguas-furtadas, em predios escolares, em edifições publicos, foram creados postos de soccorros, hospitaes provisorios, na falta de hospitaes apropriados que não temos, que não tivemos e que não teremos talvez por muito tempo. Mas... apesar de tudo, já era muito tarde e um grande crime já estava consummado. As primeiras victimas baquearam nos ultimos dias de Setembro e já em Outubro, com escala por Recife, Bahia, Nictheroy e suburbios do Rio ella campeava estupidamente. Segundo os algarismos officiaes colligidos pelo serviço Demographo Sanitario da Directoria da Saude Publica, o obituario da cidade começou a crescer do dia 4 de Outubro, mas só depois do dia 12 ganhou incremento extraordinario, chegando a 1.073 a cifra de enterramentos no dia 22. E, segundo a mesma estatistica, só em Outubro e Novembro morreram 17.020 individuos, de *grippe maligna*.

Depois do Rio, sem direcção certa, sem itinerario estabelecido, contra os ventos ou ao sabor do litoral e dos rios brasileiros appareceu em todas as capitaes, em todas as cidades, em todas as aldeias, nos mais desconhecidos recantos do Brasil. Era a disseminação da morte por toda a parte. Os dados computados de varias fontes orçam em 300.000 o numero de pessoas mortas em consequencia da grippe, entre nós. E já que nem a certeza exacta da quantidade possuímos — liquemos com esta cifra redonda, por hypothese... E se mais não morreram não foi porque houvessemos descoberto a therapeutica efficaz, definitiva, especifica, mas, simplesmente, unicamente, porque ella teve piedade de nós...

Um estudo retrospectivo é sempre interessante. Por elle veremos que a gripe epidemica de 1918 não era uma novidade, senão uma repetição. A gripe appareceu sob a forma de epidemia, segundo Hirsch, no anno de 475. As molestias catarrhaes descriptas antes do seculo XVII deviam ser de natureza grippal.

Em Agosto de 1323, segundo Buoni Segni, um vento pestilencial semeou um catarrho epidemico em Toscana e em toda a Italia. Uma molestia catarrhal descripta por Valesco, de Taranto, dizimou, em 1387, a população de Montpellier.

Era uma tosse tão geral que poupou apenas uma pessoa sobre dez; quasi todos os velhos morreram. Em 1403, diz Etienne Pasquier : — mais de cem mil pessoas, em Paris, perderam o beber, o comer e o repousar... *on perdait tout pouvoir de son corps, n'osant toucher à soi de nulle part...* no dia 26 de Abril, de 1403 (*Registres du Parlement*) — *maladie de teste et de toux qui cournt universellement, si grande, que ce jour-là le greffier ne put rien enregistrer et fut-on contraint d'abandonner le plaidoyé...* Em 1411 uma tosse violenta provocou grande numero de abortos. Em 1414 a molestia tornou a voz tão rouca que — *le barreau, les chairs et les collèges en furent muets*. No anno de 1510, na França, onde os doentes se cobriam de um *coqueluchon* — a molestia se chamou *coqueluche*, e o apparecimento dos tumores parotidianos significava um prognostico de morte proxima. É a epoca da *gravedo anhelosa*, ou *corysa suffocante* de Fernel. Em 1557, diz Etienne Pasquier — houve de fluxo que foi commum a todos e por meio do qual o nariz distillava como uma fonte, um grande mal de cabeça e uma febre que durava de dōze a quinze horas, para cessar, bruscamente, sem intervenção da medicina. Valeriola ennumera, entre os syntomas principaes, a cephalalgia gravativa, a dyspnéa, os calefrios, a febre, a rouquidão, e tosse vehemente. Depois a expectoração das materias se tornava viscosa e difficéis de se destaearem. A' medida que a molestia progrédia, os doentes se queixavam de lassi-

dão, de perda de appetite e de forças, de anorexia, de adynamia e insomnia. A molestia cedia em uns pela diarrhêa e em outros pelos suores.

As creanças succumbiram em grande numero. Os doentes não escaparam a esta epidemia de coqueluche senão a favor de *suores fétidos provocados pelas sangrias e os expectorantes*.

No anno de 1663, mais de 60 mil pessoas foram atingidas, em uma semana, na cidade de Veneza, de um catarrho epidemico; e em 1669, depois de uma primavera brumosa e cheia de variações atmosphéricas, a mesma epidemia se declarou na Allemanha, na Hollanda e Dinamarca. Entre os symptomas se destacavam a febre intensa, as dôres lombarés, as dôres de cabeça, as dôres dos membros, a prostração extrema e inflamação da mucosa das vias respiratorias. A grippé de 1675, na Allemanha e na Inglaterra, consagrada em um capitulo notavel de Sydenham, manifestou-se com o mesmo cunho. No anno de 1712, na capital allemã, os rapazes foram, particularmente, atingidos. Complicações taes como: — *epistaxis, parotidites, sinusites, othorrhéas*—vieram ao lado dos symptomas banaes. Em 1750 as complicações pleuraes foram frequentes, ao lado de dôres articulares, de ophtalmias, de tumores glandulares. Dois mezes antes do apparecimento da epidemia os cavallos da cidade de Edimburgo e de suas cercanias foram atacados de coryza e tosse.

No anno de 1737 as manifestações nervosas foram frequentes e os signaes precursores da morte eram: — o tremor dos labios e do maxillar inferior, o soluço, os espasmos, as syncopes. Os velhos foram poupados.

Em 1775 a grippe percorreu a Europa e se fez sentir sobre os cavallos e sobre os cães. A forma abdominal foi commum na Allemanha, e em Paris, a localisação mais trivial foi sobre a pleura, os pulmões e os rins, etc.

Meningites e pleuropneumonias causaram numerosas victimas. Duas epidemias, porem, ficaram tradicionaes pelo horror que ellas espalharam numa mortalidade que a tudo havia excedido: a de 1837 e a de 1889-90.

A primeira, tendo começado em Londres, se propagou em algumas semanas a todo o paiz e se manifestou ao mesmo tempo na Africa e na Europa. A gravidade foi extraordinaria, mil pessoas morriam por dia na cidade de Londres. Em Paris, em Hamburgo, em Genebra — a

mesma calamidade. A morte foi frequente pelas complicações pulmonares. Os signaes esthetoscopichs descobriam nas bases pulmonares — sôpros de congestão, ruidos de tempestade, bronchophonia, sons sibilantes e confusos; o pulso era rapido, depressivel, pequeno e desigual. A epidemia de 1889-90 era, antes da nossa, a que mais recordação havia deixado.

Começada na Russia, como sempre na Russia, invadiu a Europa pelo Oriente — e alastrou-se, barbaramente, a todos os paizes. Invadiu affectando uma marcha especial e inesperada — caindo nas grandes cidades escaladas á beira das principaes vias ferreas:— Cracovia, Vienna, Berlim, Paris... Dahi— ás cidades pequenas, em seguida ás mais diminutas localidades.

Foi nesta epoca que ficou demonstrada a certeza de sua contagiosidade e aquella propagação só se podia dar pelos viajantes que eram os seus transmissores.

Ainda negada por muitos, que sustentavam a sua diffusibilidade pela agua e pelo ar — a influencia de 1889 se disseminou contra os ventos e subiu á corrente dos rios. E a opinião de Proust — mostrando que estes recuos, estes saltos retrogrados não achavam a sua explicação senão no contagio de homem a homem — ficou, claramente, provada. O doutor Parsons no relatorio escripto para o *Local Governement Board* dá a descripção da epidemia. Na pequena ilha de Saint-Kilda, affastada 80 milhas das Hebridas e contando cerca de 80 habitantes, a chegada de um navio determina entre estes uma affecção analoga á influencia e que se chama o *stranger's cold*, isto é, — o catarrho dos estrangeiros. Os mesmos phenomenos se produzem, em condições identicas, na pequena ilha de *Whurekaüci*, situada a 480 milhas da *Nova Zelandia* (André).

A 14 de Dezembro de 1889, a gripe foi levada a *Mans* por um viajante vindo de Paris. Um passageiro do vaso *Saint Germain*, embarcado em *Santander*, contrahiu a gripe em Madrid. Depois de 4 dias o medico de bordo é attingido, em seguida a molestia se generalisou a cento e cincoenta e quatro passageiros. Ao contrario, as communiidades religiosas, as prisões, os asylos de alienados, foram poupados, da mesma forma que entre nós na epidemia de 1918. Sobre 73 pharoés inglezes, quatro somente foram infectados e o pessoal (ao todo 415 individuos.) teria sido respeitado se oito empregados não tivessem visitado loca-

lidades contaminadas (André). E o Rio, na "influenza maligna" de 1918, recebendo-a após a entrada de um navio da Mala Real Inglesa — é o exemplo mais limpido do contágio da gripe. A sua diffusibilidade é das mais notáveis que se conhecem.

Quasi ninguém lhe escapa ao ataque invasor, motivo por que a sua mortandade é consideravel. As condições de saúde, de hygiene, de alimentação, sem duvida têm influencia sobre a infecção.

E o numero de casos mortaes tem sido sempre em maior escala na classe pobre, exclusivamente, devido a condições de alimentação e depauperamento physico. Os sexos não são respeitadas. A idade do individuo offerece ensinamentos interessantes. Na epidemia de 1918, no Rio de Janeiro, as creanças de baixa idade e os velhos apresentaram uma immunidadade relativa.

Os casos fataes manifestaram-se, intensamente, entre 31 e 40 annos, matando entre os mais moços os mais fortes -- e, às vezes, quasi sempre, os mais uteis...

A gripe tem o poder de despertar lãras organicas, avivando nephrites, dispepsias, lithiases diversas e tuberculose pulmonar. No Hospital de S. Sebastião os tuberculosos succumbiram em grande escala.

**Frequencia e etio-pathogenia grippal do
empyema**

Pelo historico das diversas epidemias de grippe desde o anno de 475 — um facto resalta, dominante, como cunho caracteristico da propria infecção : — é a feição actual nas suas complicações.

Já foi dito, de passagem, que a de 1414 causou mortandade exaggerada nos velhos, da mesma forma que a de 1438 nas creanças. A epidemia universal de 1580, originada, segundo Salius Diversus, da corrupção do ar, apesar de sua marcha, aparentemente, assombrosa, pela morbidade que espalhou, foi das mais benignas. Já na de 1537 a malignidade foi a sua feição evidente desde o inicio e — cousa original — os velhos, em geral, foram poupados.

Em 1775, na Allemanha, na epidemia reinante que percorreu a Europa naquella epoca, a forma abdominal foi quasi exclusiva ; na Inglaterra, tomou, no seu declinio, uma forma pseudo — intermittente palustre, contra a qual a quinina era impotente.

Na França a forma encephalica predominou a principio para ceder terreno, no fim, a manifestações thoracicas com prostração extrema.

Em 1803 a epidemia que esquadrinhou a Russia, a França, a Italia, — atacando de preferencia a classe pobre, determinou perturbações cerebraes, anginas, ophtalmias, otites, parotidites e, raramente, phlegmasias thoracicas. A molestia era, em geral, muito grave e poucas pessoas infectadas escaparam á morte. Foi fertil em apoplexias, reumathismos, mortes subitas, abortos. Em Paris, foram frequentes as ophtalmias, as cystites, as metrites. A celebre epidemia de 1837 foi fecunda em pñeumonias e pleurites e complicações hemorrhagicas. Em 1847 a toxemia, a ataxo-dynamia, davam aos doentes a expressão da donientheria. A epidemia de 1918 foi, no seu inicio, de character benigno e as suas complicações quasi nullas: mesmo porque a grippe, em si, é de curta duração, o accesso sobrevem brusco, para, bruscamente, ceder no fim de vinte e quatro, quarenta e oito horas na maior parte dos casos, por vezes ultrapassando este limite para se protahir a trez, quatro ou mais dias.

Os symptomas exorbitantes do início vão cedendo naturalmente, e a temperatura cae em crise ou em lysis. O organismo, entretanto, profundamente intoxicado, fica numa prostração extrema que o predispõe a contingencias inesperadas.

A mortandade, até ahi., é insignificante.

Ella pode dar-se, é verdade, pela intoxicação fulminante; e o doente perece em toxemia, as toxinas impregnaram o systema nervoso central e, principalmente, a região bulbar. Os casos de edema agudo dos pulmões são, talvez, oriundos desta pathogenia. Combalido como ficou: impressionado nesse ataque inicial, vivamente; enfraquecido pelos estragos de uma tempestade que lhe abateu todas as defesas naturaes — o organismo entrega-se á acção nefasta das complicações... O assumpto desta these não comporta esmiuçamentos de etiologia, sem grande interesse ao nosso objectivo que é o de mostrar a frequencia extraordinaria dos empyemas meta-grippaes, na epidemia da influenza maligna de 1918.

Foram em tão elevado numero, apresentaram-se em tão grande escala que já não constituíam surpresas de exame e eram uma complicação das mais vulgares.

Firmavam, quasi sempre, a terminação de casos, aparentemente, benignos, — o epilogo funesto das broncho-pneumonias e pneumonias grippaes; que formavam, por assim dizer, uma epidemia parallela. E, sem receios de errar, preso á percentagem de casos observados durante a pandemia e os que ficaram, arrastados e sem fim, como recordação; ainda hoje, daquella epoca maldita, sem a intenção de exaggerar — eu poderia chamar a epidemia de 1918 — epidemia dos empyemas pleuræes. Ainda agora elles existem nos Hospitaes, tardos e caprichosos na sua cura, patenteando a frequencia do seu apparecimento. Descobri-lo, desvendá-lo, muita vez, é cousa facil. O exame mais superficial, em casos claros, encontra signaes reveladores: — o abaulamento thorácico, a angustia do paciente; a dyspnæa gravativa ou mediocre, a côr macilenta, o edema da parêde, a immobildade uni ou bi-lateral do thorax, visivel á distancia; a temperatura pertinaz, remittente; caprichosa, com surtos vespertinos — são symptomas que nos dão a certeza quasi absoluta do diagnostico. Em formas, assim, tão reveladoras, a punção é um meio complementar, secundario para o diagnostico já estabelecido.

De outras feitas, porém, a analyse do doente requeria paciencia e exame escrupuloso. Não havia a exhibição dos casos acima descriptos.

Eram derrames pequenos, esconsos, organizados quasi no intricado das adherencias de pachy-pleurites, sem indicios exteriores. Não havia senão uma temperatura suspeita, sem importancia, ao lado de uma angustia e um mal-estar thoracico intermittente. Mas a adynamia profunda, a côr amarellecida dos tegumentos, a anorexia rebelde, a indisposição geral do organismo, a tosse sêca, ou nulla, as impressões subjectivas de dôr e asphyxia, nos exigiam a attenção de uma próva minuciosa. Está claro que nestes casos ha necessidade de um exame delicado. A percussão, a apalpação, a auscultação, a radiologia, nos vinham mostrar a curva de Damoiseau, descobrir a massicez, apresentar o silencio thoraco-vocal e ausencia de murmurio vesicular, e desenhar a sombra da collecção nos meandros da cavidade pleural. A agulha exploradora introduzida na região demarcada éra a ultima prova, positiva para a certeza, do fim.

Entretanto, se estes não se apresentavam tão elucidadores como os primeiros — outros havia, porem, mais difficeis, mais raros, sem duvida, mas que appareceram naquelle periodo.

Para estes casos é quasi sempre o acaso de um exame quem nos vêm dizer o diagnostico. O doente não se queixa do peito. Não tem, subjectivamente, nada. Nem febre, nem anorexia, nem adynamia, nada. absolutamente Trabalha, alimenta-se com fartura e julga-se um individuo sadio De quando em vez, porem, sente qualquer coisa que lhe quer jogar no leitô. Reage... porque suppõe ridicularias de saude.

Mas uma noite é uma dyspnêa violenta que lhe vae perturbar a tranquillidade do somno... que desapareçe ao clarear do dia. De outra feita é um acesso febril, com calefrio intenso, tremores, que lhe empresta a supposição de uma febre palustre, contra a qual bebe o quinino e o azul de methyleno, inutilmente.

E', ás vezes, uma oppressão angustiosa que o faz saltar da cama, quando procura dormir de um dos lados. E' um mal-estar no estomago, sensação de plenitude... e é do estomago, sempre, que elles se julgam doentes. A estas

fracções de tempo, occupadas por sensações e enfermidades tão transitorias, se seguem os dias calmos e as noites serenas...

Por fim, sente que não está bem. Resolve conhecer o seu estado de saúde. E, assim, vae ao medico queixar-se de ataques insolitos de mal-estar, raros, intermitentes, perturbações que o incommodam, passageiramente; e o exame vem descobrir, nitidamente, na sua feição mais brutal, toda a diagnose de um derrame pleural. A agulha ferindo o ponto escolhido deixa escapar pela aspiração um pús espesso e fetido.

Em casos mais raros ainda, ou por falta de exame ou por ignorancia absoluta do seu conhecimento é a naturêza quem diagnostica, piedosa e bôa,—por uma vomica unica ou repetida, que é, não raras vezes, curadôra. *Natura vis medicatrix*...

Todas estas variedades, estes aspectos tão originaes do empyema pleural, vimos mais de uma vez na gripe de 1918 não era, aliás, uma novidade. O empyema, a pleurite commum sero-fibrosa ou hemorragica—são uma complicação frequente das epidemias de gripe. Não nos devem causar admiração estas localisações grippaes na pleura, porque em sciencia ellas estão registadas, abundantemente. A gripe é proteiforme, é multifaria como sabemos. Molestia de etiologia ainda cheia de penumbras ella é, de facto, microbiana e especifica. Ha um germen, um microbio, um protozoario, um que quer que seja afinal — que lhe dá o rastinho de especificidade.

E assim sendo não seria de admirar que este esteja em todos os recantos do organismo, diffundido, esparso, infiltrado, a intoxicar e violentar todas as defesas e todos os órgãos da economia.

A nephrite, a gastrite, a encephalite, a otite, a sinusite — são complicações contingentes da mesma infecção para cujos órgãos a sua predilecção se firmou. A pleurite está nas mesmas condições — como complicação das mais frequentes. E o que importa firmar como originalidade na epidemia passada é o seu extraordinario apparecimento, em tão elevada cifra, que se poderia chamar — *epidemia dos empyemas grippaes*...

Brocard, numa these publicada em Paris, em 1890, vê na pleurite grippal tres formas principaes: 1ª ella pôde surgir de cheio, subitamente, de forma fulminante, com pontada

de lado, febre, tosse ou insidiosa. Assim pôde ser ou seca ou sero-fibrinosa ou purulenta ; 2º Pôde coexistir com outras manifestações broncho-pulmonares taes como: fluxão do peito de Dieulafoy ou occupar o segundo plano ou, ao contrario, o logar preponderante ; 3º pôde sobreir depois de uma pneumonia lobar ou broncho-pneumonia.

As pleurites purulentas como affecção de prompto ou de ordem meta-pneumonica, são provocadas, de ordinario, pelo pneumococco ou o estreptococco, por veses, por sua associação. O bacillo de Pfeiffer não tem sido quasi assignalado como factor destes derrames.

Estudos recentes feitos durante a ultima epidemia, attribuem ao cocco-bacillo a toxina da grippe, os symptomas iniciaes contingentes de uma intoxicação massiça pela infecção. Enfraquecido neste ataque, inibidas as defêsas pelo envenenamento geral de sua resistencia, o organismo é um terreno passivo onde campea a acção nefasta dos outros microbios. O pneumococco — germen commensal, que existe em abundancia na mucosa tracheo-bronchica, entra em scena, para dominar, numa virulencia adquerida d'essa associação, o quadro das complicações.

Dahi a coexistencia constante de pneumonias e broncho-pneumonias constituindo uma epidemia parallela á epidemia de grippe. E o exame bacterioscopico e biologico vae encontrar nos escarros destes individuos o diplococco caracteristico. As complicações purulentas dependem do estreptococco que é tido como responsavel quasi exclusivo. Mas todos elles, incluindo o próprio bacillo de Friedlander, podem ser a causa dos derrames purulentos pleuraes.

Já em 1880 Châtellier tinha estudado estas pleurites grippaes.

Quando em tempo ordinario nos encontramos em presença de uma suppuração pleural ha um certo escrúpulo em filia-la a uma grippe bastarda, isolada, á *grippe-nostras* ou melhor — *pleurite suppurada grippal*, o diagnostico estaria frõuxo, ridiculo, malleavel á critica inconsciente, porque, entre nós, grippe não é cousa alguma, nada quer dizer, senão, ao maximo—uma catarrheira qualquer, um simples resfriamento, um espirro repetido, um corysa sem importancia, apezar do Prof. Couto, nas suas aulas magistraes, lhe haver realçado a gravidade, mostrando-a em casos complica-

dissimos, requerendo para ella a importancia que merece, por ser *a mais multi aria das molestias*.

Desde a mais simples hemorragia cutanea até á pericardite mortal, da ophthalmia ou rheumatismo passageiro á nephrite grave, a gripe apresenta-se como factor determinante destes estados tão subitos.

Entre nós, diziamos, em tempo de paz — uma pleurite purulenta é considerada como de origem tuberculosa, apenas por suspeita, por hypothese, por palpito, por se haver lido nos volumosos compendios da medicina estrangeira. E apesar de negativas as provas nesse sentido, á pesquisa de laboratorio, — a tradição vale mais que a observação patente, pelo facto de se não querer contrariar o que está consagrado.

Não se podem contestar hajam pleurites tuberculosas — mas que para ellas fiquem os casos claros, palpaveis pelas provas clinicas e biologicas e deixemos de absurdos nesta exclusividade mentirosa. A gripe é, das infecções, a mais determinante de pleurites purulentas. A prova está no que foi observado em 1918.

Sem a pretensão de querer descobrir o germen que a estas horas ainda se não conseguiu prender na arapuca mais aperfeiçoada para a sentença final da therapeutica — a gripe, que consideramos como tal, é o proemio e é o epilogo de uma infecção que pode ser benigna, mas que se pôde estender em malignidade, complicada, cheia de surpresas, arrastando-se dias, semanas, mezes, diffusa ou localisada em certos órgãos. E o que não fôr considerado feito pelo germen suspeito, causador da infecção, porque se o encontre ausente — a invasão do organismo por outros, determinando affecções transitorias ou chronicas — isto ainda é gripe porque ella lhes deu accesso a estas complicações.

Não sabemos qual o microbio determinante da infecção primitiva, nem tão pouco podemos affirmar quaes os de uma complicação.

A pleurite grippal, pois, pôde ter na sua colleção purulenta as associações mais diversas. O germen que intoxicou, geralmente, o organismo no seu ataque de invasão, levou a sua acção nociva a todos os recantos, — a pleura inclusive — e neste estado de depauperamento subito o ataque se pode dar por qualquer micròbio que, ahi, encontrará todas as condições para se desenvolver.

Jarre menciona 5 observações de pleurite purulenta, com quatro operações praticadas por Rendu, Robin, Hanot e Letulle (André). Laveran cita 3 casos de pleurite purulenta todas ellas coincidindo com uma pneumonia.

Estavam sendo tratados como originados de outras moléstias quando, em Paris, nesse tempo, a gripe campeou. Em 6 dias a operação do empyema foi praticada em quatro doentes do seu serviço.

Ahi estava um facto raro, inédito; e a gripe lhe pareceu ser a causa responsavel por estes empyemas que se apresentavam com uma rapidez desconhecida.

Dous doentes succumbiram. Num, a pleurite coincidia com um pneumothorax, no outro, com uma peritonite purulenta generalisada.

Num individuo, operado com successo o liquido retirado apresentava estreptococcus em grande quantidade. Noutro caso de gripe com pleurite, endocardite, pericardite e peritonite, Vaillard e Vincent encontraram no sangue da veia cephalica, recolhido duas horas depois da morte, o mesmo estreptococco. Este microbio, formigava, isoladamente, no liquido pleural.

O pneumococco tem sido encontrado mais raramente no pús destas pleurites. Nestes casos o pús é cremoso, espesso; pouco abundante; a vomica é frequente e a tendencia á cura manifesta. Na estreptococcia pleural a marcha é outra: a febre intensa, a pontada violenta, o pús de um cinzento sujo, reproduzindo-se com intensidade mesmo depois da operação; e mais rebelde á cura (André). Netter, n'uma communicacão feita á Sociedade Medica dos Hospitales, em Maio de 1890, mostra que o bacillo encapsulado de Friedländer pôde, igualmente, provocar o empyema pleural. E Letulle, numa observação interessante publicada no curso daquella epidemia, fez vêr que o derrame purulento da pleura era causado por culturas puras do bacillo de Friedländer. Tratava-se de uma pleurite interlobar. O doente foi acometido de uma vomica e, no fim de quinze dias, os escarros purulentos desappareceram, a cura se estabeleceu, definitivamente. Casos de empyemas, unicamente produzidos pelo bacillo de Pfeiffer, ha annotados em varias observações. Num certo numero de liquidos de pleurite purulenta - Orticoni, Barbie e Leclerc, o anno passado, (La Presse Medicale n.º 55) verificaram a presença de um germen com todos os caracteristicos morpholo-

gicos e culturaes do bacillo de Pfeiffer. São, ora formas bacillares delgadas e até filamentosas, algumas vezes isoladas, outras agnupadas a dous e sempre associadas ao pneumococco e ao estreptococco.

Este bacillo foi encontrado em dez liquidos de pleurites e a semeadura tem fornecido colonias com os caracteres das do bacillo de Pfeiffer associadas as do pneumococco e estreptococco.

A inoculação intraperitoneal em cobaias adultas, de 1 cc. destes liquidos, provocou a morte dos animaes, de doze a vinte horas. A autopsia revelou o mesmo germen no liquido peritoneal, sem passagem nos diversos orgãos — então que os microbios de associação se encontravam no figado e no baço do animal.

A injeção de 1/2 cc. deste liquido peritoneal no peritoneo de outra cobaiá, produziu a sua morte em 15 horas. As mesmas constatações foram notadas na autopsia da segunda prova. O bacillo de Pfeiffer encontrava-se nestes liquidos em formas curtas, cocco-bacillares, sem elementos alongados. A hemocultura 19 vezes praticada por elles demonstrou em 7 doentes a presença de um bacillo immovel, Gram negativo, aerobio, não se reproduzindo em meios ordinarios, proliferando em gelose glycosada e dando em gelose e sangue colonias abundantes. As colonias são pequenas, transparentes, apenas visiveis á lente, localisando-se no fundo do tubo, na vizinhança do liquido de condensação. O bacillo é visivel depois de corado pelo Ziehl diluido. É bacillar ou cocco-bacillar, com a physionomia do germen descrito por Pfeiffer no anno de 1892. Numa segunda serie de 10 hemoculturas o mesmo bacillo foi encontrado 5 vezes no sangue dos doentes. Num, cuja hemocultura foi feita algumas horas antes de sua morte, aquelles experimentadores encontravam uma cultura pura do Pfeiffer.

Resalta desta original communicação o facto do bacillo de Pfeiffer, já derrotado em sciencia como responsavel na etiologia da influenza, voltar, na epidemia de 1918, para ser firmado em certas formas complicadas. Ultimamente, alguns sciantistas de valor, consideravam o bacillo de Pfeiffer um microbio mais ou menos banal, de associação secundaria, tido, falsamente, como agente especifico do mal em questão.

Assim, diziam elles, é encontrado no sarampo, na coqueluche, na escarlatina, na pneumonia e até na tubercu-

lose, deixando de encontrar-se; muitas vezes, em casos, clinicamente, supostos de gripe. Aragão — o sabio pátrio do Instituto Oswaldo Cruz, inclinando-se pela opinião de que a gripe epidemica era provavelmente devido a outro microbio — chegou á conclusão de que se trata de um *virus filtravel*, de diminutas dimensões, atravessando os filtros que retêm os germens communs. A tendencia, hoje, é admitir que os resfriamentos, a escarlatina etc., são produzidos por estes germens invisíveis, filtráveis, a que se vêm associar os microbios de Pfeiffer, o pneumococco, o estreptococco, encontrados, quasi sempre, nos exames bacteriologicos e dados como causadores:

São estes germens o que Nicolle tem chamado *microbes de sorties*.

O hog-cholera como se sabe é uma molestia determinada por um germen invisível. Sob o seu desenvolvimento um microbio sae — um bacillo paratyphico. Estas duas bacterias se acham sempre associadas, tão bem que o bacillo paratyphico pode ser considerado como um testemunho especifico e não sendo a causa real. Contemporaneo á infecção elle serve ao diagnostico. Sua presença é de um interesse duplo, sob o ponto de vista prophylatico e therapeutico, pois que a destruição de um, impêde o desenvolvimento do outro, Pretendem-se que outras molestias são semelhantes ao cholera do porco e que os agentes do cholera asiatico e da febre typhoide etc, ainda estão por ser descobertos, o vibrião cholericico e o bacillo typhico não passam, senão, de *microbes de sortie*. Na gripe o bacillo de Pfeiffer, o estreptococco, o estaphylococco, etc. etc., são microbios de saida, mas o germen filtravel, visto ou advinhado por Aragão, nos azares da epidemia de 1918, que conseguiu lóbrigar diminutissimos corpos de forma arredondada, pelo que acha muitissimo provavel ter verificado um *estrongyloplasma* — é inculcado como causador da molestia. Talvez... Mas o Pfeiffer tem os seus caprichos e bem pôde não ser um intruso na etiologia da influenza.

Ha gripes benignas, bastardas, que não matam e passam despercebidas. Ha gripes malignas que causam devastações assombrosas. Ha, igualmente, bacillos de Pfeiffer que são mansos e outros que são, terrivelmente, perversos.

E a sua maldade vae da sua associação. Elles podem adquirir no curso de benignidade surtos de maldição.

Na gripe também é assim. Às vezes a gripe benigna é o início das grandes epidemias mortaes. Foi assim na de 1918. Tem sido assim nas anteriores. É sabdo que as culturas de Pfeiffer isoladas em gelose — sangiue crescem pouco, são pouco visíveis a olho désarmado, e quasi que não proliferam. Mas quando nesta mesma cultura é semeado o estaphylococco dourado, o bacillo de Pfeiffer adquire uma nova feição reproductiva, incendea-se, transforma-se, e ao lado das colonias de estaphylococcos, ha colonias gigantescas de Pfeiffer. Isto é velho... e é bem sabido. No organismo talvez seja assim... Talvez...

Da diagnose do empyema meta-grippal

Um exsudato purulento se desenvolve na pleura quando a sua inflamação é determinada por um agente específico que provoca a suppuração (Strümpell). O estreplococco pyogenico, o pneumococco, o estaphylococco, o bacillo de Pfeiffer, o pneumo-bacillo de Friedlander e até o bacillo de Koch contam-se entre os mais communs.

E como a gripe, nas suas complicações, é, sempre uma associação microbiana, claro é que todos elles podem ser factores determinantes destes derrames.

Não ha, pois, uma pleurite purulenta unica, typica, eschematica, obedecendo ao rythmo de uma marcha preestabelecida, mas ha pleurites purulentas varias, apresentando particularidades no seu quadro symptomatico, algumas excessivamente graves, conforme o agente causador.

Dieulafoy já as havia delineado nas suas maravilhosas lições de pathologia interna. Os antigos, com a sua intuição admiravel de clinicos, differençavam-lhes pelo character de boa ou má natureza do pús. Nos nossos dias, com o progresso sempre crescente dos meios de investigação é o laboratorio, com os seus recursos subsidiarios, que nos vae dizer tudo, sob base scientifica a mais exacta, para que possamos lançar o diagnostico perfeito, consciente, do qual dependem o tratamento racional e o prognostico. Ninguem, na apothese dos nossos dias, seria capaz de deixar levar-se pelas emoções clinicas ou impressões empiricas da medicina theatral e adivinhadora da epoca hippocratica ou prehippocratica, em que o medico era um semi-deus, conhecedor da vida humana, tão bem que lhe sabia precisar a molestia escondida, pela adivinhação, ou precisar-lhe a morte pela hypothese. Ninguem, hoje, como Galeno, seria capaz, pelo tactear do pulsó, de diagnosticar no Imperador Marco Antonio a sua doença que reside no estomago ou que outro individuo se purgára na vespera. Esta epoca utopista e grosseira passou, absolutamente... e já não temos o direito de precisar a natureza benigna ou maligna do empyema, pelo cheiro, pelo aspecto, bom ou

mão, pela coloração esverdeada ou cinza-escura, meios rudimentares que nos não explicam nada. Basta que relembremos as pleurites purulentas asepticas... de benignidade provada, que se curam por simples thoracentese. Nas bases do diagnostico de hoje, a sentença therapeutica efficaz reside no conhecimento preciso da causa geradora; e é o laboratorio quem, pelo exame directo do pus, pela cultura, pelas inoculações, nos vem dar esta certeza, para que se estabeleça o quadro differencial destes derrames, no que diz a sua symptomatologia, ao seu prognostico e ao seu tratamento. Toda vez, portanto, que o exame do thorax descubra um derrame purulento ha necessidade absoluta em lhe conhecer o germen ou os microbios de associação, o que só poderá ser feito pelo laboratorio. É sabido que no adulto, o empyema estreptococcico é muito mais commum, da mesma forma que na creança é o pneumococcico. É igualmente conhecido que a collecção estreptococcica é excessivamente toxica e mal supportada pelo organismo e tem um prognostico dos mais severos. O empyema pneumococcico, ao contrario, salvas excepções, é quasi sempre insidioso e declara-se, raramente, com a marcha estridente das pleurites agudas; é latente, evolve sem dôr, sem grandes oscillações de temperatura, porque elle participa da benignidade relativa do germen que não é dotado de grande vitalidade. Na epidemia de influenza maligna de 1918, as formas meta ou para-pneumonicas foram as mais frequentes. O exame do pus, retirado por punção exploradora, revelava, na maioria dos casos, ao lado de raros estaphylococcus e estreptococcus e micrococcus diversos, a abundancia de diplococcus lanceolados. As formas puras eram raras. «As pleurites purulentas meta-pneumonicas observam-se, algumas vezes, por series, como se ellas fossem tributarias da epidemia ou da constituição medica (grippe) «Dieulafoy.»

São ora da grande cavidade, dando os grandes derrames que podem attingir até 4 litros de pus; ou se encystam, produzindo os derrames parciais como os interlobares, mediastinaes e diaphragmaticos.

Observação n.º 1 — Maria de Lourdes, 22 annos, solteira, brasileira, residente á rua Barão da Gambôa, 31.

Refere que na epidemia de grippe do anno passado, foi acometida de febre, dores generalizadas, e expellia muito sangue pela bocca e nariz. Nega ter tido pontada em qualquer região do thorax. Resolveu, por que peorasse, internar-se na

Santa Casa, vindo occupar uma enfermaria de clinica medica. O exame praticado revelou *pneumonia grippal*. Dias depois, em 21 de Dezembro de 1918, foi retirado por punção evacuadora, grande quantidade de pús (900 cc). Sentia febres, diariamente, e falta de ar. No dia 1 de Janeiro, deste anno, foi removida para 23.^a Enfermaria, do Dr. Daniel de Almeida, onde foi operada na mesma occasião.

Pleurotomia com resecção costal (8.^a costella). Saída de abundante porção de pús. Cura definitiva, um mez após.

O exame do pús revelou o pneumococco em abundancia.

Observação n.^o 11 — Em fins de Novembro, do anno passado, entrava para o serviço do professor M. Couto, 8.^a Enfermaria, o individuo David Márques, de 25 annos, solteiro, portuguez, marítimo, morador á rua da Misericordia, 103. O exame medico descobriu focos de *pneumonia grippal*, com reacção da pleura direita. A punção exploradora deu saída a pequena quantidade de liquido sero-fibrinoso. Dias depois, como este se sentisse cada vez peor, com uma dyspnéa immensa, com o hemithorax dilatado, com circulação collateral franca, temperatura pertinaz — o Dr. Henrique Duque levou-o ao gabinete de radiologia, convidando-me para esse exame. A radioscopia descobriu, nitidamente, todo o hemithorax direito engorgitado de liquido até á 1.^a costella. A columna hydrica movia-se pela apalpação da parede thoracica. A thoracentese, feita após na 16.^a Enfermaria para onde foi removido, retirou 500 cc de pús. Dias depois outra thoracentese evacuou 1.200 cc do mesmo pús que, examinado pelo chefe de laboratorio Dr. Ausier Bentes, não possuia na sua flora microbiana, senão, pneumococcus e associações varias. O Koch não foi encontrado. Mais tarde outra thoracentese deu saída a mais 300 cc. de pús. Pleurotomia direita sob anesthesia pela chlorethyla. Curativos intra pleuraes com oleo gommenolado. Alta melhorada em 14 de Março de 1919.

Os signaes physicos e funcçoes são communs a todos os derrames da pleura. O medico deve ter um perfeito conhecimento de propedeutica á averiguação destes symptomas. Ha pequenas cousas, indices diminutos, particularidades insignificantes, que servem ao diagnostico: edema da parede, circulação collateral, desvio da columna, abaixamento do omoplata, abcesso pulsatil, vomicas, febre vespertina, dyspnéa paroxystica ou gravativa. . . A dyspnéa, repetimos, não tem grande valôr quando se deseja, por ella, estabelecer a quantidade de liquido. Muita vez quando punccionamos um doente que tem forte dyspnéa, retiramos por punção evacuadora apenas ligeira porção de pús ou de liquido fibrinoso, a sua oppressão dependendo de affecções pulmonares como pneumonia e broncho-pneumonia, que lhe asphyxiam todo o

campo de respiração. O clínico deve conhecer estes casos, que são communs, mais do que se poderia imaginar. Só a punção deve ser tida como meio obrigatorio — porque, positiva, indicará o partido que se deverá tomar.

No empyema estreptococcico *meta-grippal* o derrame é mais turvo ou séro-purulento, tornando-se purulento, absolutamente, na sua ultima phase. As falsas membranas e adherencias são friaveis e não têm a espessura colossal das falsas membranas fibrinosas de origem pneumococcica. O pús não é homogeneo, louvavel como se dizia outr'ora, como no pús do pneumococco. E' mal ligado e num provête, em repouso, se reparte em duas camadas: — uma liquida, que sobrenada ao deposito pulverulento da segunda. O pús do empyema de origem pneumococcica é um pús homogeneo, esverdeado, bem ligado, viscoso, cremoso, inodoro sempre rico em elementos cellulares e em fibrina e collocado n'um tubo não se reparte em duas camadas. A febre tem grande valôr nos derramês purulentos. Póde assumir todos os typos. E' continua ou remittente. Mas é quasi sempre com character intermittente, exarcebando-se á tarde, com calefrio, tremor e suores profusos, que ella se mostra com mais frequencia. Intoxicado dias seguidos, semanas e meses, reagindo sempre o organismo, o derrame tende a chronificar-se, adherencias formam-se no hemithorax, a esclerose pulmonar infiltra e constringe o pulmão atrophiado, o organismo cae na adynamia mais extrema, num marasmo ultimo, no que se póde chamar *cachexia suppurativa*, levando até á degeneração amyloide dos orgãos da economia como o figado, baço, rins etc. etc.. O pulso adquire um character particular. E' depressivel, é rapido, é superficial, ás vezes incontavel. Assim elle póde restar em tachycardia, muito tempo, após cura definitiva. O pneumococco que não é pyogenico ao pulmão o é facilmente nas serósas (pleura, pericardio, meninges) Dieulafoy. O sopro pleurítico em *i* não existe no empyema, é frequente á ausencia de ruidos normaes e anormaes, mas quando o sopro apparece póde ter todos os timbres, desde o veládo longinquo até o amphorico, dependendo da quantidade do liquido.

Os empyemas *meta-grippaes* apresentam-se sem grandes particularidades. Estereotypam o quadro dos derrames pleuraes, em geral. Muita vez é o acaso de uma punção quem vae denunciar a purulencia do liquido. Tirante os ca-

so nos quaes um conjunto de signaes faz insinuar e dar a certeza quasi de derrames dessa natureza, na maioria de outros é um achado, é uma surpresa que se nos apresenta no curso dos exames da pleura. Nas creanças podem passar desapercibidos e, não raras vezes, enormes, sem que a quantidade fraga grandes desordens ao organismo. Só em época avançada, quando a febre pertinaz toma o character hectico, que a creança se cachelisa, que a sua coloração se torna de um amarello sujo, é que o diagnostico é levado como ultima saida. . . depois de rastreadas tantas enfermidades, em hypotheses. . .

Observação n.º III — Humberto Graciano, 12 annos brasileiro, branco, entrado no dia 23 de Novembro de 1918. A sua historia clinica é simples. Teve 19 irmãos dos quaes quinze falleceram de molestias da infancia—coqueluche, sarampo, bronchite etc. Os seus antecedentes pessoaes não têm importancia alguma. Na epidemia é que começa a sua doença. Em 12 de Outubro, após uma dôr de cabeça forte e dôr generalisada em todo o corpo, sentiu febre elevada e uma tosse sêca. Nos esforços de tossir uma pontada lhe feria ao nivel do mamillão esquerdo. Esta febre nunca mais passou. A tosse, igualmente, dia a dia, augmentava de intensidade. Não podia dormir bem porque, de quando em quando, era despertado por uma oppressão que o queria asphyxiar. Entretanto, examinado nessa occasião por um medico distinto—não havia senão uma broncho-pneumonia generalisada que lhe tomava toda a srea de respiração. Dias depois o mesmo clinico encontrou um pequeno derrame, que não retirou por ser em diminuta porção. Mas. . . as cousas se foram transformando, o estado geral periclitava na penumbra de uma therapeutica inefficaz. . . sem que as desordens fossem tão apparentes.

Este estado demorou até o dia 22 de Novembro quando examinado por um segundo facultativo este lhe retirou pús numa punção exploradora.

Assim veio ter ao nosso serviço, em precarias condições de saude, com o hemi-thorax esquerdo edemaciado, doloroso á apalpação. Era este o lado sobre o qual, unicamente, o enfermo se deitava. No dia 23 de Novembro, examinado, cuidadosamente, notamos na pleura esquerda uma collossal represa de liquido, recalcando, completamente, o coração á direita. A auscultação neste ponto não descobriu ruido normal ou anormal.

A apalpação não registou o fremito thoraco-vocal. Não tinha dyspnêa, nem cyanose e a sua vida estava por um dia, talvez. . . Operado na tarde de 23 de Novembro, foi-lhe praticada a pleurotomia simples, sob anesthesia pelo chloroformio, saindo, pela abertura, cerca de 2.500 cc. de pús.

O exame do mesmo só revelou germens banaes da suppuração, ao lado de alguns coccus. Não foi encontrado o bacillo de Koch. A cuti-reacção de Von Pirquet foi negativa.

O doente teve alta, curado, um mez depois.

Não adulto, identicamente, podem passar desconhecidos; no curso das pneumonias grippaes. Descoberto... estudemos a sua flora microbiana. O conhecimento bacteriologico do pús é da mais alta importancia ao diagnostico, prognostico e tratamento. Quando o medico está em presença de um doente affectado da pleura a sua attenção se lança a symptomas funcçionaes que, por elles, já muita cousa desvendamos. A pesquisa dos signaes physicos vem reforçar o diagnostico que a radiologia confirmará.

Na gripe os empyemas seguem-se ás pneumonias e broncho-pneumonias. Nunca se mostram, de subito sem localisações pulmonares. E' durante a defervescencia na pneumonia, ou durante a sua phase aguda, que elles se formam. Assim, depois da quêda da temperatura, o doente começa por não se sentir curado, tem oppressão thoracica, tem uma febricula á tarde, com calefrio.; ou a fêbre não caiu completamente, no cyclo da pneumonia e fica a oscillar, desnorteadamente, em subidas arrojadas e quêdas ziguezagueantes. Depois vem a adynamia profunda.

Observação n.º IV — Margarida Jardim, viuva, 22 annos, natural do E. do Espirito Santo, residente á rua D. Romana, 193. Refere que a sua molestia data da gripe, em fins de Outubro de 1918. Começou por sentir dores nas pernas e em todo o corpo. Uma pontada intensa, do lado esquerdo, não a deixava socegar. Diagnosticada como tendo uma pneumonia, submetteu-se a tratamento rigoroso sem tirar proveito de qualquer ordem. A sua saude fugia dia a dia. A 28 de Novembro, depois de uma punção positiva, feita por um medico, resolveu internar-se no Hospital da Misericordia, onde foi collocada numia enfermaria de clinica medica.

Feita a remoção no dia 1.º de Dezembro para a 23.ª Enfermaria, a cargo do Dr. Daniel de Almeida, no dia seguinte foi-lhe praticada a pleurotomia simples, sem resecção costal sob anesthesia geral pelo chloroformio, ao nivel do 8.º espaço intercostal. Nos meiaados de Janeiro deste anno, a doente se retirou restabelecida.

Observação n.º V — J. C., 24 annos, branco, solteiro, brasileiro, operario, residente nas Laranjeiras. Não accusou na chronica morbida passada, doencas outras que as commumente sobrevindas na infancia. Diz ter sempre gosado saude até Outubro do anno findo, quando a epidemia reinante nesta cidade, o obrigou a acamar-se por alguns dias, durante os quaes teve muita febre, bastante tosse e regulares escarros hemoptoicos. Enfermo, viu-se obrigado a prestar soccorros a seus irmãos, igualmente, prostrados no leito pela gripe.

Desta imprudencia lhe resultou grande peora, sendo premido a se recoiher, de novo, ao leito, com violentas dores no lado direito do thorax, impertinente tosse e febre assás accentuada. Socorrido pelos sabios cuidados do Dr. Fernando Lacerda, este lhe foi encontrar pallido, dyspneico, tossindo e denunciando na physionomia o mais forte soffrimento. A dor que accusava no hypocondrio direito não lhe permittia respirar largamente e repouso algum lhe consentia, qualquer movimento exasperava-a, horrivelmente. Sub-icterico, o exame do figado descobriu uma ligeira congestão hepatica. Feito rigoroso exame dos orgãos respiratorios o Dr. Lacerda encontrou: lado esquerdo - ligeira sub-massicez e augmento do fremito thoracovocal, rudêz leve do murmurio vesicular, estertores sub-crepitanes, disseminados pelo pulmão até ao apice; lado direito, mórmente para a base do pulmão, franca sub-massicez e bem audível atrito pleural. Os outros apparatus estavam normaes. A temperatura axillar era de 39.°. Depois de uma ausencia de quatro dias por haver contrahido a grippe, igualmente, numa segunda visita o Dr. Fernando Lacerda o foi encontrar já menos icterico, com as cojuntivas claras e já sem dôr do lado direito; mas visivelmente mais magro, tossindo ainda muito e com fêbre elevada. No pulmão esquerdo, permaneciam inalteraveis os mesmos signaes anteriores. No direito, porem, tudo se modificára. Assim é que, presente ainda a sub-massicez, o atrito fôra substituido por abolição do fremito vocal, diminuição do murmurio, egophonia e pectoriloquia aphonica, alem de um ligeiro sopro em i, audível pouco acima do limite superior da sub-massicez. Eram os signaes classicos de um derrame. Prescreveram-se ventosas secas e sarjadas e poções diureticas. Entanto, o estado do doente, vez a vez, mais se aggravava, a magreza se accentuando mais e mais, a fêbre oscillava, assustadoramente, a dyspnêa e tosse proseguíam inabalaveis. Como se tratasse de um pleuriz sobrevindo após congestão pulmonar grippal pensou-se em liquido purulento e uma punção foi aconselhada. A familia recusou-a, E só mais tarde ella foi praticada, sendo positiva, já desnecessaria, porque o doente foi tomado de uma violenta vomica. Aconselhada uma operação urgente esta foi praticada pelo habil cirurgião Dr. João Alfredo que retirou cerca de 2 litros de pús, que não pôde ser submettido a exame de laboratorio. Pleurotomia simples ao nivel do 8.º espaço. A tosse desapareceu, a dyspnêa cedeu, a fêbre caiu no dia seguinte. O doente teve alta curado um mez depois.

Para o diagnostico clinico, meios ha que, sem ser pathognomonicos, servem como recursos subsidiarios. Os signaes funcçionaes estão nesta ordem, que se podem apresentar no mais alto grão.

Em principio temos a pontada, intensa, insupportável, contínua, intermittente, ou então nulla, quasi nada, como sóe acontecer em pleurites insidiosas e latentes. Inicialmente

vaga, sem topographia certa, imprecisa, sem localização determinada, ella está em todo o hemithorax, espalhada, e o doente não pôde indicar nem a séde, nem a sensação que experimenta. Depois de um dia ou de algumas horas o symptoma se entrincheira num ponto que elle refere bem, quasi sempre do lado doente, ao nivel do mamillão, na região axillar, nas immediações dos 5.º e 6.º espaços intercostaes.

Em seguida começa a abrandar, a ceder, diminuindo a sua intensidade. E' por causa desta dôr vâga ou desta angústia atroz exarcebada pela respiração e pela tosse, que o doente evita respírar profundamente, immobilizando por movimentos rapidos e superficiaes o hemi-thorax doente.

Nos derrames volumosos ou pequenos a pontada existe apenas como uma reminiscencia. Muita vez pode assestar-se no lado são, absolutamente integro, realizando o que, em propedeutica, se consagrou por *pontada paradoxal*.

Observação n.º VI — No dia 5 de Dezembro de 1918, removido da enfermaria 8.ª do Prof. Couto, deu entrada no serviço da 18.ª enfermaria, de cirurgia, o portuguez Francisco Ferreira, de côr branca, solteiro, residente nesta capital. A sua molestia começou com uma pontada, que não sabe precisar a época—pontada pungitiva, no lado esquerdo do thorax, augmentando progressivamente, a ponto de transformar-se, algumas vezes, em uma dôr lascinante, aguda, rebelde, em todo o hemithorax, acompanhada de tosse ligeira, persistente.

Este estado de cousas não o impedia de trabalhar, apesar de sentir cada vez mais a pontada. Durante o mez de Outubro teve continuas cephaléas, temperatura elevada, expectoração abundante, mais ou menos esverdeada, mas nada lhe tirava o appetite. Continuava exercendo a sua profissão, embóra as suas dôres mais se accentuassem, agora para as côstas e região hepatica, principalmente, após as refeições. No escarro notou algumas estrias de sangue.

Em 21 de Novembro do anno p. p. deu entrada no serviço da 8.ª Enf. da Santa Casa, com o diagnostico de "*bronchite aguda*", mantendo-se a temperatura quasi normal. Entretanto, como augmentassem as dôres, um exame attencioso foi feito nos órgãos respiratorios, do qual resultou a descoberta de um derrame. A punção praticada, em 3 de Dezembro, foi positiva á esquerda. A temperatura subiu a 38° e 38°,6, nos dias consecutivos, caindo depois. No dia 5, praticada uma segunda punção que retirou pús — o doente foi removido para o serviço da 18.ª Enf. do Professor A. Paulino. Ahi, o exame despertou o seguinte: individuo de compleição robusta, sem dyspnéa, deitando-se bem em qualquer posição, com appetite e boa prôsa. O hemithorax esquerdo está abaulado, com massicez

franca, e a apalpação despertava dôr nos espaços intercostaes. No coração havia reforço das bulhas. A punção realisada momentos antes da intervenção, deu saída a pús louvavel e esbranquiçado. A pleurotomia foi feita após, sob anesthesia pelo chloroformio, com resecção da 7.^a costella, no dia 7 de Dezembro. No escarro não foi encontrado o Koch. A cuti-reacção foi negativa.

Outro signal que merece ser observado é a dyspnéa. É um symptoma funccional revelador. Não está, porém, em relação á quantidade de liquido represado.

Angustiosa, supplicante, nos derrames pequenos, pôde não existir ou ser diminuta nas colleções volumosas. No começo da affecção é sempre penosa e acompanhada de sensação atrás. O paciente não se pôde deitar em decubito horizontal, tem que se collocar sentado ao leito, recostado a travesseiros empilhados, numa orthopnéa angustiadã. E os accidentes agudos cedem. Uma sorte de habito faz o thorax adaptar-se a expansões enormes. O deslocamento dos órgãos, a dilatação thoracica, já acostumaram o organismo a supportar estas situações sem grande reacção. E como o tratamento do empyema é tanto mais rapido quanto mais recente, não se poderia contar com os symptomas funcionaes subjectivos, para a punção exploradora ou evacuatôra. A tosse do pleurítico é, muita vez, sem importancia. É uma tosse sêca e sem expectoração. Aparece quasi sempre depois de um esforço, de mudança brusca de posição, impulsionada por accessos repetidos, penosos e transitorios. No entanto, uma fistula pleuro-pulmonar muito pequena, dando escoamento a uma vomica numular ou fraccionada, pôde ser causa de erro serio fazendo crêr em expectoração purulenta ou muco-purulenta de origem pulmonar. Em virtude da dyspnéa, da pontada, da tosse, o doente tem o seu *decubito proprio*. Segundo os classicos elle procura deitar-se sobre o dorso ou lado doente, a fim de immobilisa-lo, para impedir a exacerbação da dôr thoracica.

A argucia do investigador não para ahí. Apalpando nas trévas, procurando discernir no escuro da primeira impressão o objecto das suas pesquisas, escondido no scenario opaco do thorax—inspeciona, apalpa, ausculta,— em busca do que deseja conseguir.

Pela inspecção muita coisa já se pôde desvendar. O augmento do volume, a mudança de forma da caixa thoracica, differenciações nos movimentos respiratorios, desvio

dos órgãos, como o coração, conforme se poderá vêr na observação n.º 1. A inspecção pôde ser, até, um ottimo recurso de investigação, porque a dilatação, a par de um edema da parede e circulação collateral desenvolvida, pode insinuar o diagnostico de pleurite purulenta. A's vezes, nos derrames já antigos, ao em vez da ampliação que está em relação com a abundancia do liquido na phase evolutiva, vamos encontrar a atrophia accentuada do hemi-thorax, em consequencia da reabsorpção e formação de adherencias e symphyses pleuro-costaes e pulmonares.

As deformações parciaes são tambem communs e do lado esquerdo um tumor pequeno pôde nascer, visivel á distancia e animado de movimentos expansivos (*empyema pulsatil.*) A lymphangite e a adenite têm sido, algumas vezes, assignalada; mas segundo o professor Miguel Pereira é um symptoma raro.

Observação n.º VII — Em 13 de Novembro de 1918, deu entrada no serviço da 11.ª Enf. da Santa Casa, o portuguez, Ernesto Rabello de Gouvêa, de 25 annos, empregado do *Parc Royal*. Relatou-nos a sua historia morbida, quasi sem poder fallar, que diz ter começado na epidemia. Uma noite foi desperdo por dôres articulares geraes, um mal-estar intenso, um calefrio leve e ligeira pontada no hemithorax direito. Nesta occasião sentiu tosse sêca que lhe avivava a pontada, tornando-lhe impossivel o somno.

Refere que foi examinado no dia seguinte por um facultativo que diagnosticou *grippe*, prescrevendo-lhe capsulas de quinina. A dôr rebelde e gravativa cravara-se ao nivel da omoplata direita, fixa, pungitiva, exarcebada pelos movimentos respiratorios. A temperatura oscillava em torno de 41.º Internado no Hospital Deodóro o exame pulmonar revelou uma pneumonia grippal. dupla, demorando-se, ahi, cerca de oito dias, sem aproveitar melhoras de especie alguma. Aborrecido com o seu estado que sentia aggravar-se dia a dia, resolveu retirar-se dahi, appellando para um novo exame feito em sua residencia. Resultou que foi encontrado na pleura direita, uma colleccção suppurada bem grande, confirmada pela punccção. Uma vomica, depois, veio como próva subsidiaria aos exames anteriores. E, em estado grave, com o pulso pequeno, rapido, batendo 120 pulsações, com 38.º 2 de temperatura, anciado, numa dyspnêa martyrizante, deu entrada nos Quartos Particulares, onde o diagnostico de *empyema meta-grippal* foi feito.

Pela inspecção, na manhã de 14 de novembro, notamos que o paciente estava cyanotico, pallido, dyspneico e escarrava pús. O hemithorax direito estava edemaciado, com circulação collateral e avermelhado na parte mais baixa. A auscultação descobriu ligeiros residuos de hepatisação no pulmão direito, fôcos congestivos diffusos, no esquerdo. Estertores crepitantes e sub-crepitantes espraivavam-se no campo respiratorio. A per-

cussão demarcou a curva de Damoiseau, passando no angulo da omoplata, no hemithorax direito, com massicez franca e todos os signaes de derrame. A punção completou o diagnostico pela retirada de pús. Neste mesmo dia foi feita a pleurotomia, com resecção da 8.^a costella, drenagem, sob somno chloroformico. A temperatura começou por ceder, gradativamente até cahir, no dia 8 de Dezembro, definitivamente. O numero de pulsações seguiu o mesmo rythmo, notando-se, porem, que dois meses após, elle não tinha voltado á normal. O exame bacterioscopico do pús revelou apenas germes da suppuração, como estreptococcus, pneumococcus e diplococcus diversos. O bacillo do Koch não foi encontrado em exames repetidos. A reacção de Von Pirquet foi negativa. O dreno foi retirado quando não havia mais serosidade a ser drenada. O exame radiologico revelou a presença de pachy-pleurite, na base do hemithorax. O tubo encontrava-se na parte mais declive do fundo de sacco. O doente teve alta curado no dia 27 de Dezembro.

A percussão vem em auxilio para delimitar a zona interessada. A massicez é absoluta em toda a extensão do derrame ou alterna com partes sonóras se a pleurite é bloqueiada ou encystada, como é commum nas pleurites interlobares (Dieulafoy). A percussão marca o desvio dos órgãos contidos na cavidade thoracica. O coração pôde estar deslocado á direita e a sua ponta bater na bórda esternal direita se a pleurite está á esquerda ou ser desviado para baixo e para a esquerda se a pleurite é direita. Pelo recalcamto do fundo-de-sacco costo-diaphragmatico, á esquerda — o liquido vem sobrepor-se á sonoridade do estomago, dando pela percussão o desaparecimento do *espaço semi-lunar de Traube*. Á direita, a linha de massicez superior, confundida ao sigado, fica ao nivel do mamillão ou acima delle; e no abdomen o órgão apresenta-se com o seu bordo inferior recalcado, dois ou três dedos transversos abaixo do rebordo cóstal. Pitres descreveu ao lado de uma serie abundante de observações, as imagens variadas dos derrames, que tomam formas as mais esdruxulas. E, á pesquisa dos mesmos, apresenta signaes faceis de serem procurados, taes como: o signal do soldo, do cordel, do syndroma supra-liquido, do desnivelamento & &. O signal de Avenbrugger pôde ser tentado, bem como o de Castaigne. Na parte anterior e superior do pulmão existe um exaggero de sonoridade, um tympanismo sub-clavicular ou *skodismo*, signal de grande importancia, porque, o seu desaparecimento ou substituição por massicez, é indice de um augmento do liquido, que deverá ser diagnosticado quanto á sua natureza para ser evacuado e evitar as consequencias

das mortes subitas pelas grandes collecções. Como dissemos acima, na gripe, especialmente na grande pandemia de 1918, é em seguida ás pneumonias que os derrames purulentos se fazem em grande escala. Tão frequentes, tão communs foram os accidentes desta natureza, que deixaram de ser una excepção para se tornarem uma terminação possivel, obrigatória, o epilogo, por assim dizer, destes estados pulmonares.

Na azafama de exames praticados ás pressas, pela situação creada no terror dessa época maldita, em que toda a população baqueou asphyxiada do mesmo mal, os medicos, se os havia, se contavam a dedo: e deficientes, no mais das vezes fabricados de urgencia pela necessidade premente, entregavam-se ao diagnostico insophismavel de gripe simples, qualquer que fosse o aspecto apresentado pelo doente. Não seria de admirar que, desapercibidos, passassem dezenas de empyemas ao segrêdo da valla-commum, ou descobertos nas raras autopsias effituadas quando já serenára a phase dolorosa da chacina. Mas quem, fóra do turbilhão, se apegasse ao escrupulo consciente de bem examinar — os olhos, os ouvidos, os dedos — iam descobrir pleurites purulentas até então desconhecidas. Lembro-me... e não tenho o direito de esquecê-lo, porque o vi morrer, á minha vista, quando já se não podia fazer mais do que foi feito... ás pressas :

Observação n.º VIII — Era um homem de 30 annos, de côr branca, de nacionalidade portugueza — Manoel Pinto Cabral. Doente, havia dous meses, encontrava-se em tratamento severo em uma das enfermarias da Santa Casa. Diagnosticaram-lhe *grippe pneumonica*. E só. Apesar das vaccinas que estava tomando como recurso ultimo, apesár dos metaes colloidaes varios, apesár dos tonicos e excitantes diversos e de quanta therapeutica inventada no momento, o seu estado geral soffria dia a dia, a fêbre não cedeu, a adynamia éra extrema, a miseria organica absoluta. Deu entrada na 11.ª Enfermaria, na manhã de 23 de Janeiro de 1919.

Eu e o Dr. Canto encontramos-lo quasi morto. A physionomia abatida tinha a expressão silente da morte. A face cyanotica, as extremidades algidas, a respiração sofrêga, rapida, superficial, indicava o gráo de oppressão em que o paciente se debatia.

O pulso éra incontavel... e quasi impossivel o exame medico. Revirado, porem, pelo servente da Enfermaria, a percussão mostrou logo uma massicez franca, absoluta, de alto a baixo, no hemithorax direito, onde a ausculta pôde lobrigar, na parte superior, estertores em tempestade de todos os matizes e sôpros esparsos, ruidosamente .. Mas á medida que o ouvido descia, o murmurio vesicular se apagava até desappa-

recer, compretamente, nas regiões mais inferiores. A punção exploradora feita na parte antero-inferior, trouxe a seringa cheia de pús esverdeado, grumoso, inodoro, que havia em abundancia. A pleurotomia feita em seguida, com resecção costal, deu saída a grande quantidade desse pús. A temperatura caiu no mesmo dia, mas, apesar de todos os esforços feitos, já era tarde para salva-lo e o doente falleceu 24 horas depois.

Este caso é exemplificador. Está visto que não pôde ser o unico. E não o será. Outros haverá marcando os mesmos erros de inadvertencia. Porque? O professor Miguel Couto poderá fallar por mim, vindo em soccorro da minha accusação, na sua evangelisação de sabio, lançando o seu axioma: O clinico não pode esperar que os doentes lhe venham confessar o seu mal ou que este lhe entre pela vista; precisa descortinar ao longe, enxérgar nas trevas, ter raios X nos dedos, nos ouvidos, nos olhos, no cerebro, para distinguir a doença através da opacidade frequente dos symptomas. Notai que eu não seria capaz de vos aconselhar os juizos de relance, os diagnosticos de palpite. Poucas são as doenças que se retratam na face do corpo, nem todas se entremostram, a maioria precisa ser procurada... Examinai... o vosso doente todo da cabeça aos pés, ou absteende-vos..."

Sim, porque a vida destes doentes ainda podem ser salvas, como o são sempre, quando o diagnostico é feito a tempo, no começo, no periodo em que o organismo reage em todo o vigor e não no fim de tudo, *in extremis*, quando já é a morte quem procura viver...

Diagnosticar, pois, para salvar a tempo e para não cair nos erros "da inadvertencia, da preguiça ou do optimismo que são os mais frequentes e estrondosos."

Do tratamento

Um derrame purulento produz, sobre o organismo que o supporta, desordens de duas naturezas : mechanica e infectuosa.

Não são raras as mortes subitas nas grandes collecções, para as quaes a investigação theorica tem se perdido em divagações de hypotheses . . . O cirurgião não tem o direito de esperar, em face de um empyema diagnosticado, a oportunidade da operação, sem se arriscar a dissabores immensos. Ninguem, hoje, poderá trata-los, clinicamente, porquê em medicina não se conhece medicação capaz de faze-los desaparecer.

A urgencia da intervenção não pôde e não deve ser avaliada na quantidade do liquido derramado, mesmo em empyemas pneumococcicos para os quaes ainda se procuram, como tratamento, as puncções successivas. Toda pleurite purulenta deve ser tratada pela abertura larga da pleura, praticada no ponto o mais declive. E' uma regra geral, que não deve ter excepções, constituindo uma lei immutavel e firme. Nisto todos os cirurgiões estão de acordo.

Mas . . . é necessario conhecer, perfeitamente, em tempo, a existencia destas collecções, a sua natureza microbiana, a forma de seu desenvolvimento na cavidade pleural, de que depende a cura definitiva.

Sabemos como são falhos os meios clinicos de propeudeutica, pelos quaes, quasi sempre, ás cegas, tateamos em vão . . .

Não nos devemos illudir com signaes tão enganadores. A dyspnêa, por exemplo, que seria nos grandes derrames um symptoma de primeira ordem, pôde, absolutamente, faltar. Ha pleuriticos, diz Dieulafoy, com dois ou tres litros de liquido, na pleura, que marcham perfeitamente bem exercem a sua profissão, sem que a sua respiração seja comprometida.

No serviço da 11^a Enfermaria já tive occasião de encontrar-me com um doente que não se queixava senão do estomago:

Observação n.º IX — João da Silva, branco, portuguez, 42 annos de idade, casado, padeiro, deu entrada na 11ª Enfermaria, no dia 22 de Novembro de 1918. Refere que a sua molestia começou em plena epidemia, tendo, até aquella data, gosado saúde e bõa disposição. Em fins de Outubro começou por se sentir mal, com calôr no corpo e uma ligeira dôr no hemi-thorax esquerdo. No dia em que lhe encontramos pela primeira vez a temperatura era de 39.º Nunca se queixara de falta de ar. Não sentia oppressão de natureza alguma nos esforços que executava.

Deu entrada no Hospital por se sentir doente do estomago, que *inchava* (sic) depois das refeições. O exame do thorax revelou estertores espalhados no pulmão esquerdo e na base do direito. No hemi-thorax esquerdo a percussão demarcou uma zona de sub-massicez indo até ao angulo da omoplata. Caminhava, discutia, sem que se referisse, de leve, ao menor incommodo para o lado dos pulmões. Na noite de 23. de Novembro é tomado, altas horas, de forte dyspnéa, com syncopes repetidas, e a medicação cardio-tonica sustentou-o até o alvorecer. No dia 24, a temperatura era de 38,2. Não havia mais oppressão: o paciente encontrava-se sentado, como nos dias anteriores, perfeitamente, bem. O exame mais cuidadoso descobriu grande quantidade de liquido purulento, confirmado pela punção, na pleura esquerda. O coração estava em completa dextrocardia.

Pelo aspirador de Dieulafoy retiramos, nesse dia, 1200 c. c. de pús. A pleurotomia foi feita no dia 25, com reseccão da 8.ª costella, ao nivel da linha axillar posterior e pela incisão 2 litros de liquido purulento saíram.

O exame radioscopico feito dias depois mostrou que o dreño era insufficiente e curto e abaixo d'elle se depunha enorme quantidade de pús. Adherencias infiltravam a base pulmonar esquerda.

O coração continuava em posição viciada, talvez por vicio congenito ou adherencia. O doente era um cyphotico.

A temperatura que oscillava, até então, entre 38.º e 37,5, caiu desde que o dreño foi substituido por outro mais longo e mais bem situado. O exame do pús só revelou a presença de estreptococcus, pneumococcus e micrococcus diversos.

A cuti-reacção foi, fracamente, positiva. Safo curado a 8 de Janeiro de 1919.

No caso acima referido a dyspnéa faltou até á ultima hora. E, entretanto, as desordens mechanicas existiam no mais alto grão, supportadas, sem reacção, pelo paciente. Mas outros ha, que, por menos, terminaram pela morte subita.

Nos derrames sero-fibrinosos ella se conta por dezenas. Trousseau tres vezes foi testemunha deste facto. O doente de Landouzy não tinha nenhuma dyspnéa... mas nem por isso deixou de morrer subitamente, de seu derrame

pleural. O doente de Dujardin-Beaumetz não tinha nem cya-nose, nem dyspnéa e, entretanto, morreu, subitamente, de seu derrame pleural. O doente de M, Kelsch — soldado do 7º de côiraceiros tinha tão pouca dyspnéa que continuou a fazer seu serviço. E morreu, subitamente, conversando com seus camaradas, no momento de se dirigir ao Val-de-Grace. Para que exemplos mas affirmativos? Para que procurar o mecanismo deste desfecho na hypothese de uma embolia ou trombose, com origem no coração, nos grossos vasos, ou até no parenchyma pulmonar . . .

Que importa tudo isto . . . se a vida já se perdeu, sem que se lhe possa explicar, muitas vezes, a causa determinante!? Só ha um meio seguro pelo qual podemos saber da existencia de um empyema, ou melhor, de uma collecção liquida: é a radioscopia.

Mas para que tenhamos a natureza deste derrame só ha um recurso, igualmente: a punção, que é o primeiro tempo da operação. E' preciso diagnosticar . . . descobrir . . . conhecer . . . para evitar surpresas tristes, *in-extremis* . . .

Não é sem inconveniencia que um liquido demóra, indefinidamente, na pleura. Os órgãos deslocados immobilizam-se em posição viciosa: o pulmão é um côto-atelectasiado, sem funcção, atirado á góteira costo-vertebral, adherente, comprometendo duas funcções essenciaes; a hematose e a circulação. E, sobre tudo, esta permanencia leva desordens toxicas, pela absorpção lenta, gradual, dos venenos desta suppuração, indo até á cachexia suppurativa, tanto mais grave quanto mais toxico o conteúdo do empyema. A cura das pleurites purulentas é tanto mais definitiva, rapida, prompta, quanto mais recente a sua formação; E o preceito de Bouveret — *ubi pus, ibi evacua* — applicado aos abscessos das outras regiões, tem a sua consagração aqui—nos abscessos da pleura . . .

A regra immutavel do bom senso cirurgico é sempre uma: — quando se encontra pús na cavidade pleural é preciso abri-la largamente, drena-la, ou em outros termos, fazer a operação do empyema. O tratamento dos empyemas metagrippaes não se pôde afastar deste principio geral e a pleuratomia larga, com drenagem e reseccão costal, continúa por ser o partido unico a tomar, em casos desta natureza. Na fallencia absoluta de meios medicos, que os não

ha e que os não haverá, os benefícios de uma cura real só se podem dar pelos meios cirurgicos.

Num estudo retrospectivo vamos encontrar a pleurotomia já aconselhada na epoca de Hippocrates, que tanto se preocupou com a abertura das collecções intra-thoracicas, apesar dos meios rudimentares e falhos para o diagnostico.

Foi elle quem estabeleceu mesmo as disposições para pratica-la, ora pelo bisturi, ora pelo cauterio, traçando a sua thechnica que foi seguida durante muito tempo, até o seu completo abandono. Galeno não lhe fica longe em valor e o seu opparelho *pyulco* ou *pyluro* não é mais que uma seringa aspiradora de onde, mais tarde, Dieulafoy retirou o seu opparelho aspirador — que elle combinava á pleurotomia. Abandonada durante seculos, retomada na pratica, posteriormente, ella soffre alternativas de *débâcles* e resurgimentos, para triumphar na epóca da antisepsia. No começo do ultimo seculo os resultados desta intervenção não podiam ser mais deploraveis. E para que se faça idéa do que isso foi — cite-se Dupuytren que, em si, resume as desillusões desse tempo. Partidario da operação, que julgava a mais racional ao tratamento dos derrames purulentos pleuraes — elle não conta nem um exito nas suas intervenções, a ponto de recusa-la quando contrahiu a sua pleurite suppurada, exclamando: «prefiro morrer das mãos de Deus que da mão dos cirurgiões».

Em 1835, numa comunicação á Academia de Medicina de Paris feita por Sanson e Buillaud, a respeito do empyema, tem-se uma idéa da obscuridadc dessa gente, nas suas theorias as mais extranhas e afirmações as mais erroneas, occultando, mal, a ignorancia de todos. (Lozano.) Foi Sedillot, numa these celebre, o seu defensor energico, mas ainda para aconselha-la ha indicações especiaes que lhe não tiram, entretanto, o valor pratico. Assim, diz elle : não se deve operar no periodo agudo; operar os derrames chronicos nos individuos com visceras sans, antes que os pulmões hajam perdido a possibilidade de dilatar-se e anulado o seu funcionamento; protelar o mais possivel a operação quando existem complicações incuraveis e recorrer a meios palliativos, passageiros e precarios.

Foi Trousseau, porem, quem a praticou só e com resultado. Na sua carta memoria lida em 1814, na Academia, fez largas discussões e comprovou, modestamente, os

êxitos e as causas pòr que os obteve. Guiado pelòs ensinamentos de Lænnec, pelo aperfeiçoamento da auscultação e meios phisicos complementares, chegou a estabelecer o diagnóstico precoce, do qual dependia (elle affirmava naquelle periodo) o resultado feliz da intervenção.

Damaschino, em 1869, nos relata o pavor, na sua these, da operação do empyema.

Partidario declarado estabeleceu, entretanto, tantas reservas que somente seria praticada em condições exceptionaes.

E' preciso que se diga que nesse tempo era tão rara a operação que o professor Delbeau, sendo affectado de um empyema, teve que se sujeitar a Nelaton, que a ensaiou, primeiramente, no cadaver, pois não a tinha praticado uma só vez no vivo (Terrier.) Em 1871 apparece a memoria de Montard-Marlin, com os conhecimentos da epoca, apresentando uma estatistica de operações terminadas pela morte. Depois os apparatus de Patain e Dieulafoy fizeram abandonar a pleurotomia, constituindo as punctões evacuatoras successivas o processo mais em voga.

A antisepsia vem, porem, levanta-la do sub-solo em que estava abandonada e desta epoca, em diante, começa a phase aurea, a renascença dos êxitos, a operação de escolha, em empyemas de qualquer natureza. A reacção começou em 1873 mas ainda com o uso de arsenal complicado, para se firmar, em 1875, na Inglaterra, em 1878, na Allemanha, com Sinclair, Marschal, Baum, Koenig, Goeschel e Wagner.

Mas para que a operação corra e termine, realmente, sem incidentes são necessarias determinadas condições, sem as quaes tudo estaria por fazer.

Assim, é preciso conhecêr bem e determinar exactamente o ponto maximo de massicez onde se deve fazer a incisão. Em regra geral, a pleurotomia é feita na região axillar posterior ou linha escapular, ao nivel dos sétimo, oitavo, nono espaços intercostaes, a quatro dedos transversos da linha espinhosa,

O pratico não deve, comtudo, deixar levar-se pelas regras immutaveis, consagradas nos tratados classicos de medicina operatoria, que não têm senão o valor de indicações geraes. Não pode existir, preestabelecidamente, uma technica isolada, perfeita, mathematica, para qualquer caso que se nos apresente, porque a technica tem que se mol-

dar á variedade do derrame revelado. A anatomia pathologica apresenta perfeitamente bem o estado pleuro-pulmonar destes doentes :

Falsas membranas, adherencias, fungosidades, depositos, bridas espessas, com formação de fundo-de-saccos, diverticulos, lójas diversas, — crêam situações intrinsecas que não comportam determinações de processos cirurgicos.

Todavia, ha uma prescripção que é basica, para o exito da pleurotomia : — é preciso drenar completamente a pleura, esvasia-la, inteiramente, logicamente, num ponto que seja, anatomicamente, o mais declive e o melhor. A operação deve ser executada na parte infero-posterior, na região onde a puncção foi positiva.

O lugar da incisão não é sempre aquelle que nos ensinam os livros, mas é, quasi sempre, o que nos dá o doente. Sómte ahi é que temos o direito de abrir a serosa sem os riscos das surpresas. A puncção deve ser praticada antes, porque ella não é somente um meio de diagnostico senão, por assim dizer, o primeiro tempo de pleurotomia. Nos derrames da grande cavidade, porem, podemos lançar mão dos methodos classicos conhecidos, adaptando ás variedades, as technicas apropriadas a cada caso.

Collocado o paciente em posição adequada, deitado sobre o lado sã e recostado a travesseiros empilhados que lhe levantam o tronco; feita a antisepsia da região pela tintura de iodo; distribuido todo a ferramenta cirurgica, tão simples nesta operação — é preciso anesthesiar o doente. A anesthesia geral é considerada perigosa e até contraindicada por quasi todos os cirurgiões, por que, durante o acto operatorio, o individuo é-exposto á asphyxia e á syncope. Isto não é, entretanto, verdadeiro, quando é empregada com prudencia e sem ser profunda. Ha cirurgiões que não querem outra maneira de anesthesiar. Recorre-se, de preferencia, á anesthesia local pela cozaina, estovaina ou novocaina a 4/100, em solução physiologica, addicionada de 15 gotas de adrenalina a 1/1000.

Em casos de extrema urgencia a anesthesia é até dispensada, para se não perder tempo.

A technica operatoria de Marion é a que seguimos, por ser simples e sempre coroada de resultados optimos. Vejamos : 1.º Determina-se o ponto maximo do derrame, na parte posterior do thorax, o mais baixo possivel, abaixo

do angulo da omoplata, ao nivel do 7.^o ou 8.^o espaços intercostaes. Punciona se esta região que, sendo positiva, deve ser o lugar de escolha. Desta forma se evita o ferimento do diaphragma, adherente por bridas, acima do fundo de-sacço, nas pleunites antigas, que se riscaria attingir e entrar em plena cavidade abdominal.

2.^a *Anesthesia da região* — que deve ser local, em torno do espaço intercostal transfixado pela agulha.

3.^a *Incisão* — Aqui o tempo pode modificar-se, conforme a pleurotomia-simples ou com reseccão. Nas creanças, em que se deve poupar o esqueleto devido os desvios da columna. (Olier). — não ha necessidade de reseccão costal, as pequenas incisões bastam quasi sempre, a elasticidade dos espaços intercostaes permitem, perfeitamente, a drenagem da pleura. Assim, sendo incisa-se a pelle, o tecido cellullar sub-cutaneo e os musculos. O espaço intercostal é, em seguida, puncionado pelo bisturi, muito perto da borda superior da costela inferior, para não ferir os vasos e nervo intercostaes.

Faz-se, primeiramente, um orificio pequeno, por onde se deixa escapar o liquido, pouco e pouco. Evitam-se, assim, as syncopes e a asphyxia pela descompressão brusca do pulmão e órgãos deslocados.

Após se desbrida a incisão, sobre o rebordo da costela. A incisão cutanea deve ter de 8 a 10 centimetros e a incisão do espaço de 7 a 8 cent, menor que a primeira. Na pleurotomia com reseccão, que é o processo de escolha, por permitir uma drenagem mais franca e a exploração da pleura, a incisão deve ser praticada no meio da costela a ressecar, de um só golpe, até o periosteio.

Si se deseja ressecar duas costelas, a incisão deve ser no meio do espaço inter-costal, que as separa (Monod). Corta-se o periosteio, longitudinalmente, e, com a rugina, destacam-se a face externa e o bordo superior. Ao nivel do bordo inferior a rugina descolla, ao mesmo tempo, da goteira, sem ferir os vasos e nervo intercostaes. Desnuda-se, em seguida, a face interna, com a rugina curva de Farabeuf ou a especial de Doyen.

4.^o *Reseccão da costela*. — O segmento deve medir de 5 a 6 centimetros. Com o costotomo, ou, na sua falta, com a pinça de histon ordinaria, secciona-se o osso em uma de suas extremidades, despidas de periosteio. Depois, tomando, com a pinça de Farabeuf a extremidade seccionada, destacam-se

algumas bridas profundas que possam ter ficado e muda-se o costolomo para a outra extremidade que é incisada. Se a imbricação das costelas impossibilita este tempo, afasta-se o espaço com uma pinça especial de ramos divergentes.

5.º *Abertura da pleura* — Incisa-se, horizontalmente, o leito da costela, formado do periosteo sub-costal e pleura parietal, a principio com a ponta do bisturi. E quando o pús se escapa, introduz-se o dedo na ferida e com uma pinça de Kocher é completada a abertura, até os limites da incisão cutanea.

6.º *Exploração da pleura* — Por esta brécha largamente aberta, o indicadôr irá dissociar adherencias, rasgar lójas e retirar depositos, fazer a exploração da pleura, procurando o fundo-de-sacco costo-diaphragmatico.

7.º *Contra-incisão da pleura* — Se o fundo-de-sacco está situado em posição baixa, uma segunda incisão é praticada na parte a mais declive, firmada pelo indicador introduzido na ferida, para evitar as fistulisações, contingentes das suppurações interminaveis. Com dous dêdos da mão esquerda, insinuados no orificio, procura-se a parte mais inferior do fundo-de-sacco e com elles se procura o espaço ntercostal, que deverá ser aberto pela nova incisão.

7.º *Drenagem* — A drenagem é feita com dous grossos tubos de borracha. Os drenos serão fixados á pelle por pontos de sêda ou alfinetes de segurança para evitar que saiam, prejudicando o escoamento ou, o que é mais sério, a sua entrada na cavidade pleural.

O curativo é feito em seguida, com todos os rigores de antisepsia, duas vezes por dia, e os drenos retirados quando não haja mais suppuração.

A lavagem da pleura não é aconselhada em hypothese alguma.

Na França, no declinio da epidemia de grippe maligna, os empyemas meta-grippaes appareceram, abundantemente. É um cirurgião notavel — Chevrier — encarregou-se de traçar um tratamento especial que reputa o mais logico, o mais prompto e o mais racional. Assim, na *Presse Médicale*, de 9 de Janeiro de 1919, elle formula as objecções e mostra, num estudo comparativo, as vantagens do seu methodo. "Não ha, diz Chevrier, senão ùa maneira de drenar logicamente, anatomicamente, a pleura; e, entretanto, quando fazemos as nossás pesquizas nos livros classicos e nos tratados

de medicina operatoria, ahí se encontram descriptas as technicas as mais variadas e as menos uteis."

Na sua critica intencional, antes de aconselhar, fervorosamente, a sua drenagem ideal, na goteira latero-vertebral — analysa para destruir, os methodos classicos em vóga. No processo que manda resecar a 6.^a costela na linha axillar posterior, recommendada por Tuffier — a retenção de liquido após a pleurotomia, continua a fazer-se, de 1250 a 1300 cc, na posição vertical, de 650 c. c. na posição deitada. Na technica que resecar a 8.^a costela na linha escapular, a retenção é em menor escala, pelo facto de se encontrar mais proximo do fundo-de-sacco costo-diaphragmatico.

Assim mesmo a retenção é de cerca de 150 a 200 c. c. na posição vertical e de 300 c. c. na posição horizontal. Para supprir as difficuldades desta drenagem incompleta os cirurgiões lançam mão de artificios diversos, como sejam: posições anormaes, aspirações, o doente collocado, permanentemente, do lado attingido, em decubito lateral ou, como propunha Koenig, dispôr o doente de cabeça para baixo, varias vezes por dia, para o completo esvaziamento dos fundos-de-sacco diaphragmaticos.

Tudo isto é verdade. Estes supplicios inuteis impostos ao paciente podem ser removidos com uma drenagem ampla, segura, que permita, em qualquer posição que o enfermo a tome, o seu funcionamento completo. Chevrier tem, de facto, razão, na clarevidencia de sua logica convincente. "Todos os cirurgiões são unanimes em affirmar: é preciso drenar a pleura no ponto declive. O principio é exacto mas elles não parecem pensar senão no fundo-de-sacco costo-diaphragmatico que limita a pleura, em baixo.

Ha, entretanto, uma região da cavidade pleural, de que ninguem falla e onde a retenção é a mais massiça: é a *goteira latero-vertebral*, profundamente, situada, formada de cada lado da columna vertebral saliente, pela curvatura arredondada das costelas. Nesta goteira, diz Baudon, goteira costo-vertebral, devem correr, como as aguas num vallo, os liquidos contidos na pleura, quando o individuo se encontra em decubito horizontal. Só é logica, pois, a operação que se pratica no fundo deste vallo, na sua parte a mais declive, ao nivel do angulo das costelas, sobre a linha angulo-costal.

O processo, aliás, não é de Chevrier porque já, em 1888, Walther o aconselhava, tendo sido abandonado.

O fundo-de-sacco, na região posterior, começa no bordo lateral da 12.^a vertebra dorsal, abaixo da articulação

costo-vertebral; depois, ligeiramente, cruza a 12.^a costela se ella é longa ou a recobre, se é curta. Ainda descendo corta o 11.^o espaço intercostal, cruza a 11.^a costela, a 11 centímetros da linha mediana e dahi, por diante, é ascendente.

E', pois, no 11.^o espaço intercostal, um pouco para dentro do cruzamento da 11.^a costela pelo fundo-de-sacco, que convém drenar a pleura. Ahi ella será effectiva.

A sua technica é a seguinte: feita a punção na região costo-vertebral, a incisão é traçada sobre a costela immediatamente, suprajacente, o individuo collocado em decubito lateral, sobre o lado sã. A incisão é obliqua, parallelamente á costela que segue á parte posterior, até os musculos das goteiras vertebraes. Após a secção do grande dorsal e, por vezes, do pequeno dentado posterior, deve-se ver — e ahi está o reparo indispensavel — as faixas externas do musculo ilio-costal, na parte externa da ferida. A partir do musculo ilio-costal, incisa-se o periosteo costal praticando-se, como nos outros methodos, a reseccão costal. Puncçãoada a pleura, introduz-se o dêdo indicador que serve de valvula reguladora á expulsão do pús, evitando a tosse, a syncope, o edema pulmonar, a projecção longinqua do liquido e os reflexos provocados pela descompressão brusca. Este mesmo dedo explôra o *bas-fond* pleural, marcando a segunda incisão, chamada de drenagem, por onde passarão os tubos de borracha no ponto mais inclinado. Em resumo :

Uma primeira thoracotomia, puramente, exploradora e accessoriamente evacuadora, por que se fixa o ponto, declive; uma segunda pleurotomia de drenagem. Aconselha, como complemento á cura, a introdução de vapores antisepticos na cavidade pleural.

E termina firmando, insistindo, sustentando que *une pleurotomie ne draine totalement que dans la ligne angulo costal au fond de la gouttière vertèbro-costale et à la partie inferieur de cette gouttière.*

Discutamos mais uma vez. A paixão com que defende Chevrier o seu processo ideal de pleurotomia, fa-lo cair nos mesmos erros do exclusivismo desenfreado. Se o facto é applicado a casos isolados, casos a que se poderia chamar igualmente — casos ideaes, elle não pode estende-lo, como axioma, a todos os empyemas da grande cavidade.

O melhor processo, como dissemos acima, não é sempre aquelle que levamos por consagração ás costas do

doente, mas é quasi sempre o que nos dá a exigencia do momento. A ressecção na linha axillar é tão boa como a ressecção na linha vertebro-costal. O que é necessario é a indicação a pratica-la. Que diria Chevrier se visse, aconselhado por elle proprio, como fui testemunha um dia, sobre a mesa de operação, o caso seguinte: um individuo é internado na 11.^a Enfermaria com um empyema metagrippal da grande cavidade. Diagnosticado, puncionado, revirado, a incisão é feita na linha escapular, mais perto da columna vertebral, ao nivel do 8.^o espaço intercostal. Aberta a pleura neste ponto, não saiu uma gota de pús.

O dedo introduzido dissocia adherencias para a parte interna do hemithorax e apesar da exploração cuidadosa o liquido não foi encontrado, ahi. Feita uma segunda punção, mais para a região anterior, que foi positiva, a incisão foi praticada ahi, de onde jorrou cerca de 1500 c. c. de liquido purulento. Mas . . se isto não bastasse eu chamo Chevrier em auxilio da minha objecção, porque é elle quem o diz, assim: «mas se a anatomia nos dá um ponto de drenagem fixo, a anatomia pathologica, que importa levar em conta, vem, infelizmente, destruir a precisão do ensinamento fornecido pela anatomia normal. E acrescenta: «*Le fond du cul-de-sac costo-diaphragmatic est remonté.*» Esta ascensão que é innegavel e que é necessario conhecer para não passar abaixo do fundo-de-sacco e cair no abdomen sem haver aberto a pleurite purulenta, é função de dous factores: um — endo-pleural, isto é, espessamento da pleura por falsas membranas de fibrina, coalescencia por adhesão destas falsas membranas; outro — exopleural — isto é, edema e infiltração do tecido cellular subpleural que é abundante ao nivel do fundo-de-sacco costo-diaphragmatico,

L'anatomie pathologique nous oblige donc à modifier un peu la proposition à laquelle nous étions arrivés et à dire: o empyema deve ser praticado na linha angulo-costal, mas o ponto declive no qual deve traçar-se a incisão «ne peut être précisé exactement, par suite de l'ascension pathologique variable du cul-de-sac costo-diaphragmaticue.» Chevrier confessa estes desvios produzidos pela affecção — e aconselha a pleurotomia no seu ponto ideal.

Talvez que haja errado. E eu creio que sim. A região mais declive dos fundos-de-sacco, é a lateral, — esta

linguêta ou *encôche* que se insinua como ùa cunha, entre a abóboda diaphragmatica e á parede lateral do thorax, ponto que corresponde á região axillar. Não ha logar, região, sitio mais declive que ella — quer no estado hygido, quer no estado pathologico da pleura. O objectivo de todo trabalho é sempre tendencioso.

Chevrier quiz insinuar um methodo que substituisse o inconveniente dos outros — e declama, exulta, propaga uma innovação que não é delle . . . porque é de Walther. Não é um processo aconselhavel, pelas difficuldades que encerra a sua technica e abandonado por ser perigoso, devido a região em que é praticado.

Por tudo isto fiquemos com Marion . . .

Rio, 15 de Outubro de 1919

Visto, Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio
de Janeiro, 28 de Novembro, de 1919

Dr. Brito Silva

ERRATAS

PÁGINA	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
10	16	por	em
11	33	ennumera	enumera
17	37	protahir	protrahir
18	28	os	aos
18	34	Descobril-o	Descobri-lo
18	34	Desvendal-o	Desvenda-lo
19	9	amarellecida	amarelecida
19	26	vêm	vem
19	28	absoluctamente	absolutamente
20	15	<i>Natura vis medi- catrix</i>	Vis medicatrice naturæ
20	19	não	Não
21	9	veses	vezes
22	15	podem	pode
24	2	veses	vezes
24	26	visinhança	vizinhança
25	14	<i>sorties</i>	<i>sortie</i>
26	3	sabdo	sabido
26	4	sangiue	sangue
30	20	salvas exepções	salvas as excepções
31	23	costella	costela
31	40	do	da
32	8	collossal	colossal
33	9	amarello	amarelo
33	39	collossal	colossal
34	25	submetteu-se	submeteu-se
37	5	costella	costela
37	9	E	E'
37	14	atrós	atroz
38	21	fallar	falar
39	5	costella	costela
39	20	extenssão	extensão
41	1	compretamente	completamente
41	11	fallar	falar
41	23	podem	pode
41	24	salvas	salva
41	24	são	é
47	7	mas	mais
48	12	opparelho	apparelho
48	36	sans	sãs
50	26	todo	toda
50	29	por que	porque
52	22	estercostal	intercostal
52	42	pesquiza	pesquisa
53	1	descriptas as	descriptas
53	32	falla	fala
55	36	pent	peut
56	2	abóboda	abobada