

*Adelino Soares de Vilhena*

---

Observações hospitalares

SOBRE O

# Pneumothorax

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



IMPRESA NACIONAL

de Jayme Vasconcellos .s.

Rua da Picaria, 35—Porto

138/7 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

## CORPO DOCENTE

### Lentes cathedraicos

- |                                                                                                |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                 | Luiz de Freitas Viegas.           |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .                                                | Antonio Placido da Costa.         |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .         | Thiago Augusto d'Almeida.         |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                  | Carlos Alberto de Lima.           |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria . . . . .                                        | Antonio Joaquim de Souza Junior.  |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.  |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                  | José Dias d'Almeida Junior.       |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .                                             | Vaga.                             |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .                                          | Roberto B. do Rosario Frias.      |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto H. d'Almeida Brandão.     |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .                                            | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.    |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .            | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.   |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .                                                   | João Lopes da S. Martins Junior.  |
| 14. <sup>a</sup> Cadeira — Histologia e physiologia geral . . . . .                            | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia topographica . . . . .                                     | Joaquim Alberto Pires de Lima.    |

### Lentes jubilados

- |                            |                                                                                             |                                                                                                   |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } José d'Andrade Gramaxo.<br>} Illydio Ayres Pereira do Valle.<br>} Antonio d'Azevedo Maia. |                                                                                                   |
| Secção cirurgica . . . . . |                                                                                             | } Pedro Augusto Dias.<br>} Dr. Agostinho Antonio do Souto.<br>} Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

### Lentes substitutos

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| Secção medica . . . . .    | } Vaga.<br>} Vaga. |
| Secção cirurgica . . . . . |                    |

### Lente demonstrador

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica . . . . . | Alvaro Teixeira Bastos. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na  
dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Escóla, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)*

*A meus Paes*

*Para tantos sacrificios é  
pouco a minha obediencia.*

# A meus Irmãos e Irmãs

Abraço-vos a todos  
n'um saudoso amplexo.

*A meus cunhados*

*Meus parentes*

e

*Todos os que me estimam.*

*A Ex.<sup>ma</sup> Snr.<sup>a</sup>*

*D. Maria d'Annunção Beato*

*Nunca me esquecerei de que  
sempre foi amiga de todos os meus.*

Ao meu particularissimo amigo

o Ex.<sup>mo</sup> Snr.

*Alberto José de Figueiredo*

*Não ha amizade de irmãos que  
suplante a nossa.*

E a seu Tio e meu grande amigo

o Ex.<sup>mo</sup> e Rev.<sup>mo</sup> Snr.

*Alberto Firmo Soares de Mello*

*Presto homenagem á sua  
correccão e delicadeza.*

*Aos meus verdadeiros amigos*

*e Ex.<sup>mos</sup> Srs.*

Manoel José Peixoto  
Agostinho d' Assumpção Peixoto  
Porphyrio Augusto Patricio

*Pelos vossos conselhos e favores  
muito obrigado.*

*Aos Ex.<sup>mos</sup> Snrs.*

*Dr. Antonio da Fonseca Souvêa*

*Dr. Bernardino Alves da Silva*

*Dr. Manoel de Vasconcellos Carneiro e Menezes*

*Manifesto-vos assim a fraternal  
camaradagem em que vivemos juntos  
tantos annos.*

---

*Ao meu verdadeiro amigo e condiscipulo*

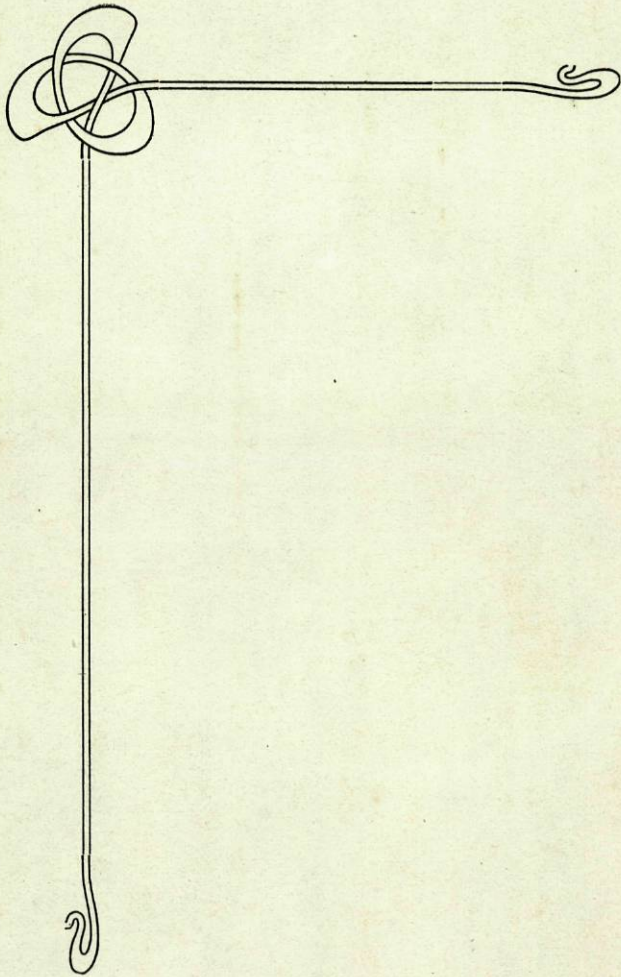
*Antonio Augusto Leite Pereira de Mello*

*Aos meus collegas do Ultramar  
e a todos os meus condiscipulos e amigos.*

*Ao Illustrissimo e Ex.<sup>mo</sup> Snr.*

*Dr. Maximiano de Lemos*

**Dignissimo Presidente da minha these**



## ALGUMAS PALAVRAS

---

*Sahidos ha dois mezes dos bancos da Eschola, não podiamos ter a pretensão d'um trabalho novo e exclusivamente nosso; mas a lei inflexivel impõe-me a obrigação de fazer um livrete se quizer exercer a profissão medica ao abrigo d'ella. E, como se não bastasse esta imposição, a disciplina militar restringe-me o tempo de acção, não me permittindo que a execução d'este trabalho vá além da epocha de Outubro.*

*Não podiamos em pouco tempo, e com os poucos conhecimentos e experiencia que possuímos, produzir coisa de valor; por isso, temos apenas o desejo unico de satisfazer taes imposições e não o de apresentar um trabalho novo nem de interesse capital para a sciencia, mas apenas cumprir com a iniquidade da lei. Comtudo, se a lei nos impõe esta dura obriga-*

ção, dá aos nossos limitados conhecimentos um pouco de favor, permittindo-nos a escolha do thema. E, que poderia eu fazer se não quizesse sujeitar-me a respigar este ou aquelle tractado e a poder assegurar um pouco a minha opinião? Um unico caminho me restava apenas seguir — a observação hospitalar.

Apezar de tudo tenho a convicção da imperfeição do meu trabalho, mas, em meu favor, alleguei já bastante, e as figuras de rethorica e o apurado estylo de linguagem não me sobejam; por isso, nada mais me resta do que apellar para a benevolencia do Illustradissimo jury que ha-de julgar o meu improficuo e insignificante trabalho, tanto mais quanto lhe peço apenas um passaporte para a Africa.

O auctor.

## O PNEUMOTHORAX

O PNEUMOTHORAX consiste no derrame de ar ou de gaz no interior da cavidade pleural.

### Considerações geraes

O pneumothorax é sobretudo uma complicação das lesões pulmonares ulcerosas. (1)

Sobrevem todas as vezes que uma «perforação pleuro-pulmonar» põe a cavidade pleural em comunicação com o ar exterior por intermedio dos bronchios. A entrada immediata do ar na pleura é devida á retracção do pulmão e ao vacuo intra-pulmonar. O pneumothorax pôde ser simples, isto é, não ser acompanhado em nenhum momento da sua evolução de derrame

---

(1) Nomeadamente tuberculosas.

liquido, o que é um facto muito raro; (o mais geral é existencia d'esse derrame).

Se o liquido não existe já no momento da entrada do ar, fórma-se immediatamente depois, (1) em virtude da inflamação e exudação pleural, de maneira que, praticamente, embora se tenha reservado o nome de hydro-pneumothorax á associação dos derrames liquidos e gazosos pleuraes; quando se diga pneumothorax sem juntar o epitheto de «puro» entende-se hydro-pneumothorax. O hydro-pneumothorax é então uma fórma commum do pneumothorax.

### Historia

O pneumothorax é uma doença conhecida desde longa data. Hippocrates conhecia a fluctuação thoracica e elle mesmo fez notar a *succussão* que a punha em evidencia. E que em semiotica respiratoria guardou o nome de *succussão hyppocratica*. Mais tarde, Ambroix Paré e Morgagni indicaram de novo este processo, que tinha sido esquecido.

Por outra parte os anatomicos e os cirurgiões tinham, desde muito tempo, observado e notado um sopro de ar que se escapava do

---

(1) Como nas observações I e II.

peito no decurso d'uma autopsia ou de operações de empyemia.

Contudo, os verdadeiros conhecimentos sobre pneumothorax não se fixam senão em 1803 com a these de Itard, intitulada: «dissertação sobre o pneumothorax, ou as collecções gazoas que se formam no peito». É este o primeiro trabalho completo sobre o assumpto. É, pois, a Itard, que se deve o novo e necessario termo de «pneumothorax».

Apezar d'este trabalho tão completo, a lesão ficava geralmente desconhecida, porque os elementos de diagnostico, limitados aos symptomas funcçionaes e aos signaes fornecidos pela palpação e percussão do thorax, eram ainda insufficientes. Mas os elementos diagnosticos tornam-se de um conhecimento mais exacto e preciso com os trabalhos de Laënnec sobre auscultação apparecido em 1819. É a elle que se devem os signaes physicos mais caracteristicos como sejam: o sopro amphorico, a abolição do murmurio vesicular e mesmo a fluctuação thoracica, e, que foi o primeiro a reconhecer como signal de hydro-pneumothorax.

Estes signaes caracteristicos, apresentados por Laënnec foram depois confirmados por Louiz, Chomel, Graves, Stokes, Sudral, Trouseau, Bethier, e muitos outros.

## Ethiologia

O pneumothorax é quasi sempre devido a uma perfuração pleuro-pulmonar: denominado pneumothorax por effracção. Excepcionalmente, póde resultar no decurso de certas pleurisias putridas e de fermentações gazosas desenvolvidas no liquido pleural: diz-se então «pneumothorax por fermentação».

**PNEUMOTHORAX DE EFFRACÇÃO.** — O pneumothorax por perfuração pleuro-pulmonar póde ser: traumatico ou de ordem cirurgica, de desenvolvimento espontaneo ou de ordem medica.

**PNEUMOTHORAX CIRURGICO.** — O pneumothorax traumatico é sobre tudo devido ás feridas penetrantes do peito, por golpes de navalha, por ba-

las, pôr fracturas das costellas e pelo esmagamento do thorax. O ar, em alguns d'estes casos, pôde vir da ferida thoracica, o que é mais raro; quasi sempre ha laceração do pulmão, e é pelos bronchios que elle entra na pleura.

**PNEUMOTHORAX OCCASIONAES.**— A este grupo de factos se ligam o pneumothorax operatorio, criado pelo cirurgião que pratica a pleurotomia, o pneumothorax therapeutico, feito pelo medico, que, para um fim curativo, injecta ar esterilizado na pleura, o pneumothorax accidental, que pôde resultar de um erro de thoracentese com osapparelhos aspiradores, dando entrada ao ar no thorax em logar de o aspirar.

**PNEUMOTHORAX MEDICO.**— O pneumothorax de ordem medica ou espontaneo é geralmente a consequencia d'uma lesão pulmonar, e muito raras vezes d'uma lesão d'outro orgão.

**PNEUMOTHORAX TUBERCULOSO.**— A tuberculose é, sobretudo a affecção pulmonar que na maioria dos casos occasiona o pneumothorax d'ordem medica, approximadamente 90 %. Saussier dá-lhe uma percentagem de 81 %, Behier 80 %, Briach 80 %, West 90 %, Walsh 90 %. Por sua vez o pneumothorax complica-se de tuberculose em 1 a 5 % segundo West — 4 %, segundo Weil — 3 a 7 % segundo Chambers.

Contrariamente ao que durante muito tempo se julgou, o pneumothorax é uma complicação precoce da tuberculose pulmonar. Observa-se muitas vezes o pneumothorax como primeiro phenomeno revelador d'uma tuberculose ainda latente; com maior frequencia nas tuberculosas de evolução rapida, nas phtysicas agudas. Quando, porém, sobrevem em um periodo avançado da phtysica chronica, provém a maior parte das vezes de uma poussée aguda e recente dos tuberculos: quasi sempre de uma fusão de um tuberculo ou de um grupo de tuberculos visinhos da superficie do pulmão. É necessario notar que a tuberculose de evolução lenta provoca, especialmente nos vertices dos pulmões espessamentos da pleura que protegem a sua cavidade e outras adherencias que a obliteram de tal maneira que não ha possibilidade da formação de pneumothorax n'estes pontos. Na observação I a tuberculose tinha uma especial tendencia fibro-adhesiva. Comtudo a ulceração e perfuração deram-se apesar de tudo, graças á presença de liquido. Essa impossibilidade é restricta aos pneumothorax puros, não complicados.

Ao contrario a fusão e a ulceração rapidas d'um tuberculo recente em uma região pleural que não teve tempo de se defender, permite a entrada do gaz, logo que a ulceração tenha perforado um bronchiolo e o folheto visceral da

pleura. Raras vezes a perfuração de uma grande caverna occasiona o pneumothorax. Poucas vezes tambem resulta, no decurso da tuberculose pulmonar, da ruptura d'uma vesicula emphysematosa ou é consecutiva a uma pleurisia purulenta terminada por vomica. O pneumothorax tuberculoso é mais frequente á esquerda (duas vezes) do que á direita, da mesma maneira que a tuberculose no seu inicio; com egualdade de frequencia nos dois sexos e especialmente entre os vinte e quarenta annos.

PNEUMOTHORAX NÃO TUBERCULOSO.— As affecções de qualquer ordem, fóra da tuberculose, pleuraes, pulmonares, parietaes, mediastinicas e abdominaes podem ser tambem causa de pneumothorax.

DAS AFFECÇÕES PLEURAES.— A pleuresia purulenta, quer total quer enkystada é talvez a causa mais frequente da pneumothorax. (Veja-se a obs. I)

Das affecções pulmonares, notaremos a gangrena pulmonar, o emphysema, a bronco-pneumonia e a dilatação dos bronchios como causas importantes do pneumothorax.

Pelo que respeita ás affecções das paredes thoracicas susceptiveis de determinar um pneumothorax, notaremos: os abcessos peri-pleuraes das costellas, do esterno, evoluccionando para o interior, terminando a maior parte

das vezes em perfurações pleuro-pulmonares.

Affecção de órgãos contidos no mediastino, referir-nos-hemos ao cancro e ulcera do esophago e aos abcessos ganglionaes, origem de pneumothorax.

Affecção dos órgãos abdominaes, fallaremos dos abcessos e kystos hydaticos do figado, os abcessos perinephreticos, os abcessos e kystos hydaticos dos rins, ulcerações gastricas, etc.

Ha, porém, a notar que fóra de toda a doença, isto é, no individuo novo e em plena saude, se vê algumas vezes sobrevir um pneumothorax puro e benigno que evoluciona rapidamente para a cura. <sup>(1)</sup>

RESTA-NOS FALLAR DO PNEUMOTHORAX POR FERMENTAÇÃO.

Esta fórmula de pneumothorax é devida a uma exalação gazoza do derrame ou da pleura, sem solução de continuidade dos folhetos.

Devido a microbios anaerabeos especiaes, passam-se fermentações que occasionam a exalação dos gazes.

Deprehende-se facilmente que as pleurisias fetidas e putridas em que se observa liquido intra-pleural, possam occasionar o pneumothorax.

---

(1) E em identicas condições póde sobrevir um pneumothorax rapidamente mortal.

## Anatomia pathologica

Demanda bastantes cuidados a autopsia do cadaver n'um pneumothoracico, sem os quaes os gazes se podem escapar sem que sejam notados ou quando muito em menor quantidade. Cortaremos primeiro a pelle do thorax sobre a linha media (como em qualquer autopsia) mas depois de dissecada formar-se-ha uma gotteira que devemos encher de agua, fazendo um orificio, no espaço intercostal correspondente á collecção gazosa, sob a camada d'agua; veremos então sahir as bolhas gazosas borbulhando atravez do liquido.

Teremos occasião de ser mais detalhados quando nos referirmos ás observações das autopsias feitas nos nossos doentes do hospital de Santo Antonio.

Segundo Walsh o quadro necropsico das lesões podia ser reproduzido na classificação seguinte:

- |                                                                             |   |                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I                                                                           | } | 1.º Gangrena da pleura.                                                                                                                                                  |
| Sem comunicação entre a pleura e o ar exterior.                             |   | 2.º Decomposição chimica do liquido da pleura.                                                                                                                           |
|                                                                             |   | 3.º O ar que substituiu um derrame sero-purulento subitamente reabsorvido.                                                                                               |
|                                                                             |   | 4.º A secreção gazosa da pleura.                                                                                                                                         |
| II                                                                          | } | Pela ruptura do esophago na pleura.                                                                                                                                      |
| Com comunicação entre a pleura e o canal alimentar.                         |   |                                                                                                                                                                          |
| III                                                                         | } | Por feridas penetrantes do peito.                                                                                                                                        |
| Havendo comunicação com o ar exterior por uma abertura da parede thoracica. |   |                                                                                                                                                                          |
| IV                                                                          |   | Por comunicação entre o sacco pleural e os bronchios. Póde, n'este caso, abranger diferentes causas: traumaticas, por perfuração centrífuga e por perfuração centripeta. |
| A                                                                           | } | Ruptura do pulmão pelos fragmentos de fractura das costellas.                                                                                                            |
| Causa traumatica.                                                           |   | Ruptura do pulmão occasionada por uma contusão violenta, sem fractura das costellas.                                                                                     |

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tuberculose.</li> <li>Gangrena.</li> <li>Apoplexia pulmonar diffusa.</li> <li>Hydatides.</li> <li>Cancros.</li> <li>Emphysema.</li> <li>Abcesso do pulmão.</li> <li>Ruptura por um accesso de tosse.</li> <li>Ganglios bronchicos escavados, abrindo-se ao mesmo tempo nos bronchios e na pleura.</li> </ul>
B		
Perfuração	centri-	}
fuga.		
C		
Perfuração	centri-	}
peta.		

## Symptomatologia

O quadro symptomatico é extremamente vago.

Inicia-se geralmente d'uma maneira brusca e alarmante, á semelhança com o que succede com as perfurações intestinaes.

Na occasião de um quinto de tosse, de um esforço, e ainda mesmo, sem causa aparentemente apreciavel, em conversa, durante o somno, o doente sente uma violenta pontada. Experimenta uma sensação de dilaceração interior, como se houvesse sido ferido por a ponta de um punhal ou por a bala de um reвольver, que o immobilisasse repentinamente. Consecutivamente apparece uma dyspnea intensa, falta d'ar, pallidez e cyanose da face, suores viscosos e abundantes, a falla arquejante, en-

fraquecimento da voz, o pulso pequeno e acelerado, tosse sêcca e difficil.

Algumas vezes, porém, estes symptomas de principio, podem ser insidiosos. N'este caso, desconfiaremos de um pneumothorax latente, e só o exame physico do doente nos pôde pôr no caminho da doença. Estes signaes physicos, da mesma maneira que os symptomas funcionaes, são os melhores caracteristicos da pathologia d'esta affecção.

**SIGNAES PHYSICOS.** — São muito numerosos e nem todos teem a mesma importancia; comtudo, alguns ha que em razão da sua constancia, da sua nitidez e da sua alta significação, são ordinariamente a base do diagnostico e devem ser particularmente procurados na pratica, na investigação de tal affecção: são elles os signaes cardinaes; os outros são apenas signaes accesorios. Frizaremos, portanto, os signaes dados pela — inspecção e pela palpação, os da percussão e da auscultação.

**INSPECÇÃO E PALPAÇÃO.** — Observa-se em regra: a dilatação permanente do lado doente, a immobilidade do mesmo lado, o deslocamento dos orgãos, a abolição das vibrações thoracicas, a dilatação das veias sub-cutaneas do thorax e as rugas thoracicas de lado são:

a) A dilatação permanente do lado doente,

é muito evidente comparando attentamente os dois lados do thorax; observa-se não só a ampliação exaggerada do lado doente, mas ainda alongamento dos espaços intercostaes e extinção da depressão normal. Deprehende-se facilmente que a causa d'esta ampliação seja devida ao augmento da pressão intra-pleural em relação á pressão atmospherica;

b) A immobilidade do lado doente, constata-se tambem pela inspecção, pois não se observa expansão inspiratoria nem tão pouco retracção expiratoria. Um appparelho proprio (estethographo) permite melhor avaliar d'estas differenças;

c) Os orgãos que podemos encontrar deslocados são o coração, o diaphragma, o figado e o baço. Esta deslocação póde ser notada já pela inspecção, quer pela palpação, ou pela percussão e ainda pela radiosopia.

d) A abolição das vibrações thoracicas ou apenas a sua diminuição é quasi constante, sendo tambem um dos elementos de diagnostico differencial. É difficil, comtudo, de observar nos individuos gordos ou de grande desenvolvimeto thoracico e ainda em algumas mulheres com fracas vibrações thoracicas.

e) A dilatação das veias occasiona muitas vezes edemas thoracicos notaveis.

f) As rugas thoracicas, com séde no coração, dispostas em linhas transversaes, paralle-

las, e apresentando córação branca ou vermelha, segundo á data do seu apparecimento.

**PERCUSSÃO.**— Os signaes fornecidos pela percussão não são menos característicos. No caso do pneumothorax o som tympanico observado é mais claro e mais intenso que normalmente; é mais elevado e mais agudo, notando-se uma diminuição da resistencia para os dedos em relação ao lado são. Este tympanismo observa-se em toda a extensão thoracica, com excepção dos pontos inferiores, que geralmente são occupados pelo derrame liquido, ou ainda nos pontos em que o pulmão se encontre atelectasiado.

A tonalidade tympanica varia ainda com a fôrma do pneumothorax, isto é, com a tensão do gaz intra-pleural. Assim, quando esta pressão é inferior ou igual á pressão atmospherica, a tonalidade é baixa e grave, se ao contrario a pressão é maior, apresenta uma tonalidade mais alta e mais aguda. Como acima notamos, os pontos mais inclinados, contendo derrame, dão um são baço e a elasticidade da parede é diminuida.

**AUSCULTAÇÃO.**— N'este capitulo as variantes são em maior numero e mais precisas. Notaremos:

A abolição do murmurio vesicular. No caso

do pneumothorax total o murmurio vesicular é completamente abolido; sendo parcial, os phenomenos respiratorios observam-se ainda na região em que o pulmão se encontra adherente.

Mas esta fórmula de exame dá-nos ainda uma grande variedade de signaes importantes do pneumothorax.

### Ruidos metallicos

**SOPRO AMPHORICO.**—Mais pronunciado nas aproximações do hilo do pulmão, é perceptivel nos dois tempos da respiração, sendo comtudo maior na expiração. Veremos mais adeante quando tratarmos dos caracteres differenciaes que este ruido não é exclusivo do pneumothorax, é comtudo mais nitido.

**A VOZ E A TOSSE AMPHORICA.**—Observam-se fallando ou tossindo junto da abertura d'uma amphora vasia.

**O TIMBRE METALLICO.**—Nota-se quando o doente respira, tosse, falla ou muda de posição. Laënnec attribua este ruido á queda de gottas do liquido do alto da pleura e á agitação do liquido pleuretico em consequencia da passagem do ar vindo das fistulas bronchicas; Beau explicava-o pela passagem das bolhas gazozas pas-

sando pelas perfurações e vindo borbulhar á superficie do liquido. Muitas outras explicações foram fornecidas por differentes auctores.

SIGNAL DE TROUSSEAU OU RUÍDO DE SINO.— Do nome do seu auctor, faz-se ouvir na percussão auscultada. Para se observar este signal deve a auscultação ser feita no ponto onde se haja notado a collecção gazoza.

O TIMBRE METALLICO DOS RUÍDOS DO CORAÇÃO.— Este ruido não se observa senão quando o pneumothorax é situado á direita.

RUÍDO DE SUCCUSSÃO HYPOCRATICA.— Este ruido resulta do *conflicto do gaz e das vagas liquidas provocadas pela succussão*. Póde mesmo ouvir-se a distancia e occasiona em muitos casos movimentos expontaneos ao doente.

RADIOSCOPIA.— O exame fornecido pela radioscopia é de tal nitidez que Bécclére dizia já que nenhuma reproducção pathologica era tão nitida como a do hydropneumothorax, mostrando o lado doente como formado de duas zonas, uma superior clara e outra inferior escura. A linha de separação era horisontal.

### Symptomas funcçionaes

Pelo que respeita aos symptomas funcçionaes affectam elles maior intensidade no periodo de inicio, isto é, nas primeiras horas, diminuindo progressivamente, chegando mesmo a desaparecerem alguns dias ou poucas semanas depois.

Assim, a dôr thoracica, brusca e em alguns casos lacerante e violenta, observa-se ao nivel da espinha ou do anglo inferior do omoplata ou do mamillo; vae diminuindo, chegando a desaparecer poucos dias depois.

A DYSPNÊA É HABITUAL. — É mais persistente e violenta não permittindo ao doente o mais leve repouso. O doente encosta-se sobre o lado doente, de maneira a permittir ao pulmão são toda a liberdade de expansão.

A febre é a regra; alta (39°-40°), depois decresce. Depende das lesões pulmonares e bem assim das infecções consecutivas é da qualidade do derrame.

O pulso é muitas vezes de principio, pequeno, filiforme e tachicardo (110-120) e arhythmico.

Os restantes symptomas funcçionaes asphixicos são apenas observados nos casos graves.

### Fórmias clínicas

São variadas e dependem, (*a*) da gravidade e da forma de evoluir, (*b*) da natureza do conteúdo e (*c*) da sede.

No primeiro caso (*a*) encontramos o pneumothorax suffocante e o pneumothorax benigno; no segundo (*b*) o hydro, o hemo e o pyopneumothorax; finalmente na terceira ordem (*c*) teremos o pneumothorax unilateral, duplo ou parcial.

**PNEUMOTHORAX SUFFOCANTE.** — Esta forma clínicica é sobretudo caracterizada pelos phenomenos asphyxicos funcçionaes. Póde tambem ser um pneumothorax de valvula em que a pressão do gaz se eleve a ponto de recalcar o pulmão do lado são, bem como os outros orgãos do mediastino, o coração e os grossos vasos.

Esta variedade de pneumothorax caracterisa-se ainda pela dilatação da porção thoracica affectada, pela altura do som, notada pela percussão, pela maior ou menor deslocação dos orgãos contidos na cavidade thoracica e ainda nos podemos utilizar da medição da tensão intra-pleural.

O pneumothorax benigno ou simples, produz-se de ordinario por occasião de um esforço, motivando a ruptura de uma visicula emphyse-

matosa. N'este caso a ferida pulmonar resultante cicatriza rapidamente, porque ou o pneumothorax é «puro» ou o pouco liquido de exsudação que existe é facilmente reabsorvido.

A fôrma clinica relativa á natureza do conteúdo apresenta as tres variedades seguintes:

**HYDRO-PNEUMOTHORAX.**— É esta, como temos frizado, a fôrma mais geral do pneumothorax. A collecção gazoza não é pura senão muito pouco tempo e em muitos casos mesmo, apparece já depois do derrame liquido, embora em pequena quantidade. A collecção liquida, é geralmente verificada pela punção capillar. A natureza do liquido só pôde ser determinada fazendo a analyse cytologica e bacteriologica d'este.

**HEMO-PNEUMOTHORAX.**— Se a collecção é sobretudo de natureza sanguinea, o que succede no caso de hemorragia intra-pleural, denominaremos esta fôrma clinica de hemo-pneumothorax. Deprehende-se facilmente que esta hemorragia não pôde ser grandemente pronunciada senão quando o pulmão seja attingido de larga ferida. Esta mesma hemorragia se pôde facilmente presumir por signaes manifestos de anemia. A transformação do hemo-pneumothorax em hydro ou pyo-pneumothorax é a regra (?).

PYO-PNEUMOTHORAX. — Quando, porém, a punção capillar, ou qualquer outro methodo que nós empreguemos nos denuncia a existencia de pus na collecção pleural, duvida alguma nos pôde restar de que se trata de um pyo-pneumothorax. Pôde em muitos casos, e especialmente nos primeiros tempos do apparecimento do pus, confundir-se com o hydro-pneumothorax, a duvida, porém, desaparece depressa com a existencia do aspecto purulento nitido, e mais ainda após a analyse cytologica e bacteriologica.

Signaes proprios e especiaes nos podem pôr a caminho d'esta fórma clinica: o edema da parede, grande abundancia de liquido, a intensidade da febre, e especialmente os symptomas geraes graves (frio, suor, emaciação, etc.)

## Evolução

Das diferentes variedades clinicas consideradas a que é sobre maneira mais perigosa e a que apresenta symptomas mais alarmantes é sem duvida a fôrma suffocante, podendo occasionar a morte em poucos dias, em algumas horas e mesmo rapida. É felizmente uma das variedades mais raras.

A fôrma simples é como o seu nome indica a mais benigna, podendo curar em poucos dias ou semanas, dando-se a reabsorpção do gaz e do liquido formado.

Mas sobretudo a fôrma mais commum é indubitavelmente a consecutiva á tuberculose. Quando a cura se faz, as perfurações da comunicação pulmonar estão cicatrisadas. Assim o pneumothorax de aberto que era no principio

torna-se fechado; os gazes não passam mais e os liquidos não se formam; assim ficamos cahidos no pneumothorax benigno ou simples, havendo então a reabsorção do gaz e do liquido.

### Complicações

Uma enormidade de complicações podem sobrevir na evolução d'esta doença. Trataremos das mais communs:

**EMPHYSEMA SUB-CUTANEO.**—Embora rara, esta complicação sobrevem muitas vezes em consequencia da thoracentese. A infiltração gazosa abrange a pelle do thorax, generalisa-se e torna-se tão grave a ponto de determinar um pneumothorax suffocante, que como já vimos é o mais grave.

O phlegmão gazoso da parede thoracica desenvolve-se especialmente no ponto onde se faz a punção, principalmente quando se trate de um caso de pyo-pneumothorax putrido. Felizmente rara.

**ABERTURA DO PYO-PNEUMOTHORAX SOB A PELLE.**—Galliard dizia que n'este caso se dava um pneumothorax de necessidade. Formava-se ao nivel dos primeiros espaços intercostaes, na parte anterior e na região mamilar um tumor

indolor, molle, fluctuante, facilmente depressivel e muitas vezes pulsatil, que pela tosse era augmentado de volume e ainda mesmo pelas contracções dos musculos da região, e apresentando signaes de crepitação ou de gargolejo.

ABERTURA DO PERICARDO.—Caso grave por dificultar as contracções cardiacas. Esta collecção pericardica occasiona em regra, a producção de pyo-pneumothorax, e infiltrando-se o pús em differentes sentidos.

## Prognostico

Pelo que respeita ao prognostico do pneumothorax, que em regra é grave, fixa-se de ordinario em relação com as lesões que lhe deram origem, sendo de peor character quando a sua etiologia se reporta á tuberculose pulmonar.

## Diagnostico

O vasto quadro symptomatologico que acabamos de apontar facilita-nos extraordinariamente o diagnostico do nosso caso, e muito especialmente quando algum d'esses symptomas é sobremaneira nitido.

Nos casos insidiosos, isto é, em que os signaes physicos são muito attenuados, devemos tomar em linha de conta que, como nem sempre o sopro tympanico é perfeitamente reconhecido e o tenido metallico pouco claro, demanda de nós um cuidado mais minucioso na auscultação. Demais, o character essencial e que nos pôde pôr no caminho da desconfiança da doença, e, obrigar-nos portanto a orientar o nosso diagnostico para o caso, é sem duvida a abolição completa do murmurio visicular unilateral. Se, além

d'isso, o som tympanico fôr reconhecido á percussão, temos mais um motivo para nos inclinarmos para o pneumothorax. E assim, á medida que os signaes se forem accumulando, menos duvidas nos restarão do dignostico.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL.— A nossa attenção, isto é, os nossos cuidados no diagnostico são tanto mais necessarios, quanto é certo que, lesões apparecem na região, apresentando caracteres que podem confundir-se com as do pneumothorax e embaraçar o diagnostico differencial.

Assim: Uma distensão gazosa respeitante exclusivamente ao estomago ou ao colon, impellindo fortemente o diaphragma para cima, poderia, em alguns casos e em um exame menos cuidadoso, confundir-nos com o pneumothorax. Notariamos assim, na base do thorax, o tympanismo, signaes amphoricos, bem como o ruido de succussão hydro-aereo. Esta lesão distingue-se, porém, do nosso caso porque a sua séde se fixa mais nitidamente na região do epigastro, e mesmo porque o signal de *clapo tage* provocado pela palpação *saccadée* é grandemente perceptivel na região supra-umbilical do abdomen.

O PYC-PNEUMOTHORAX SUB-PHRENICO.— É o caso de um abcesso gazoso sub-diaphragmatico, muitas vezes apparecido entre o figado, que n'estas condições se encontra deprimido, e o

diaphragma repuchado para cima, facilmente reconhecível, quando o abcesso fôr de grande capacidade. Dá-nos ideia de uma peritonite enkystada, o que muitas vezes succede consecutivamente ás ulceras do estomago. Observariamos, porém, em favor da collecção pyo-gazosa sub-periphrenica que a lesão se encontrava em um ponto inferior, da mesma maneira que a zona de percepção dos signaes physicos, que o limite superior do tympanismo é de curvatura muito regular, que á medida que o doente muda de posição o som baço apresenta uma mobilidade anormal, o coração se encontra extraordinariamente deslocado, o hypochondro como o epigastro mostram um abaúlamento grande, a tosse e a expectoração são nullas ou pouco pronunciadas, sobre tudo no seu inicio, provocando phenomenos pleuro-pulmonares, em consequencia da collecção sub-diaphragmatica. Mas um outro dado temos ainda para a fixação do diagnostico — a fórma do escoamento do liquido na punção — quando se trata d'uma collecção infra-diaphragmatica, corre mais facilmente no momento da inspiração.

GRANDES CAVERNAS PULMONARES.— A tuberculose, hydatide, simulam muitas vezes um pneumothorax parcial superior ou inferior. N'este caso o ruido de succussão e o tinido metallico são excepçionaes, e a parede thoracica é em

geral retrahida, da mesma fôrma que as vibrações thoracicas ou são conservadas ou ainda exaggeradas; a evolução da doença apresenta ainda grandes differenças, sobre tudo no principio.

EMPHYSEMA PULMONAR. -- Em lesões d'esta natureza a dilatação thoracica e sonoridade são em regra exaggeradas, o murmurio vesicular e as vibrações são diminuidas, o tympanismo sub-clavicular e muitas vezes a existencia de um sopro pseudo-cavitario, póde induzir-nos em erro fazendo-nos diagnosticar a lesão de pneumothorax, mas o quadro symptomatologico é bastante vasto e permite-nos assim de melhor distinguir pelo augmento de signaes.

#### Diagnostico etiologico

A causa do pneumothorax nem sempre é facil de pôr em evidencia. O caso reduz-se essencialmente e quasi sempre, na pratica, a determinar se o pneumothorax é ou não de origem tuberculosa. Para isto, reportar-nos-hemos aos commemorativos, ao estado geral, aos signaes pulmonares, ao exame radioscopico, á analyse dos escarros, ás provas da tuberculina, á innoculação do liquido pleural em animaes e a empregar todos os methodos e regras que nos possam facilitar a procura dos bacillos nos exsudatos.

## Tratamento

Logo que o pneumothorax se diagnostica ou quando sobrem o incidente, o tratamento principal é symptomatico, isto é, tem por fim primordial obviar aos symptomas manifestos. A therapeutica para este fim é tão variada como o são os symptomas que podem manifestar-se.

Logo, porém, que o pneumothorax entra no seu periodo de estado, averiguamos qual é a fôrma clinica a que pertence. Se se tratar de uma fôrma simples, limitar-nos-hemos apenas a vigiar se se faz a reabsorção do liquido e gaz derramados, sem intervenção energica, afim de podermos empregar meios mais effcazes se por ventura a reabsorção é retardada ou se a febre é intensa e se alguns signaes de infecção se manifestam. Se nos encontramos em face de

um pyo-pneumothorax *não tuberculoso* de liquido fetido e purulento, sem que haja lesão grave e extensa do pulmão, trataremos o caso como uma verdadeira pleurisia purulenta, procedendo á pleurotomia.

Os casos mudam, porém, bastante, quando se tratar de um *hydro-pneumothorax* ou de um *pyo-pneumothorax tuberculoso*. Se o doente é já um bacilloso de lesões muito avançadas de esta natureza, se vem soffrendo de ha muito tempo e portanto com signaes evidentes de cachetismo; ou mesmo se o bacilloso evoluciona d'uma maneira aguda e rapida, empregaremos um tratamento medico, fazendo algumas punções, unicamente com um fim palliativo, fazendo a evacuação do liquido e injectando ar esterilizado na pleura.

Parecia evidente que no caso de se mostrar o pneumothorax n'um individuo de tuberculose recente, isto é, ainda vigoroso, de lesões pulmonares limitadas, apresentando o outro pulmão intacto, seria a pleurotomia a therapeutica indicada, sobre tudo nos casos de pyo-pneumothorax; mas se a pleurotomia tem mostrado alguns successos, como affirmam Leyden, Merklen, Richardier e outros, é necessario considerar que na maior parte dos casos os resultados são pouco satisfactorios.

Em regra, depois d'este processo therapeutico o pulmão não mais enche a cavidade pul-

monar ; esta conserva-se aberta e suppurante e o doente termina por succumbir por cachexia. Tal é o caso da nossa observação I. Melhor seria a abstenção e fazer a therapeutica adoptada aos casos communs da tuberculose.

Podiamos empregar ainda o methodo das injecções intra-pluraes com liquidos, antisepticos e irritantes (com soluções iodo-iodadas, liquido de Van Swieten), com o fim de conservar a asepsia do liquido pleural e facilitar a reabsorção, mas os inconvenientes são grandes e os resultados pouco satisfatorios.

OBSERVAÇÕES

## Obs. I

Francisco da Costa, casado, da idade de 30 annos, natural de Alijó, deu entrada no Hospital de Santo Antonio em 30 de agosto de 1908. Passou á enfermaria escolar de Clinica Medica em 24 de outubro.

— ASPECTO GERAL DO DOENTE:

Apresentava-se o doente emaciado, de côr pallida escura, as narinas dilatadas, expressão do olhar mortiça, em decubito sobre o lado direito.

Interrogado, o doente chamou a atenção para o apparelho respiratorio e, secundaria-mente, para o apparelho digestivo, pois se queixava de muita falta de ar, tosse e de inchação do ventre.

— EXAME DO THORAX: Thorax emaciado, com

relevo das costellas, excavação das fossas supraclavicular e de Mohrenheim, ectasia do hemithorax direito, com retracções inspiratorias, perceptíveis em quasi toda a altura dos dois lados. Movimentos respiratorios frequentes, superficiaes, de desigual excursão, mais pronunciada á esquerda, reduzida á direita; movimentos em regra rythmicos (se bem que uma vez ou outra mais superficiaes ou mais profundos); nos ultimos tempos observava-se arhythmia, seguindo-se, a movimentos pausados e profundos, movimentos rapidos e superficiaes. No segundo dia que precedeu a morte notavam-se intervallos de apnêa.

A dyspnêa era mixta, de uma hematose imperfeita, como em geral é a dos tuberculosos. A relação entre o numero de movimentos respiratorios e cardiacos conservou-se  $\frac{1}{4}$  até 10 de novembro; depois d'este dia o quebrado augmentou, passando a  $\frac{1}{3}$  e  $\frac{1}{2}$  até ao desenlace fatal.

Temperatura elevada, sendo para notar que o doente não sentia frio mesmo com o thorax exposto ao ar durante bastante tempo; thorax resistente, com pequena ou quasi nulla elasticidade do lado direito. Não tinha dôr alguma espontanea, nem á pressão; pelle enrugada, aspera. Vibrações vocaes nullas no hemithorax direito, augmentadas na parte superior do esquerdo.

Som baixo em toda a metade direita, com excepção do vertice, onde a sonoridade era maior; á esquerda, sonoridade augmentada no vertice, diminuida em baixo, na zona do mamillo.

Respiração diminuida no vertice direito, ausencia do murmurio vesicular no restante hemithorax direito. No hemithorax esquerdo: inspiração e expiração sopradas; a inspiração entrecortada, fazendo-se a dois tempos; um foco de ralas subcrepitantes entre as linhas esternal e axillar anterior, comprehendidas entre a terceira e a quinta costellas.

Auscultação posterior: Em toda a altura do pulmão direito, principalmente na base, ouve-se um sonido metallico, semelhante á queda de gottas de agua n'uma cavidade, fazendo echo, synchrono com a expiração e inspiração, ás vezes com as revoluções cardiacas. O signal acustico de Trousseau ouvia-se com extraordinaria nitidez; o signal Baccelli tambem era percebido na base do pulmão. A capacidade respiratoria, apreciada pelo espirometro Boudin, media 750 c. c.

Uma punção exploradora mostrou a existencia de liquido na cavidade pleural.

Apresentava tosse, mais pronunciada de tarde, com alguns accessos nocturnos; pouco frequente a começo, foi-se amiudando para os ultimos tempos, quasi sempre acompanhada de

espectoração, no que o doente sentia difficuldade, sobretudo depois da pleurotomia.

A expectoração, em pequena quantidade no inicio, foi, com a frequencia, augmentando de quantidade, apresentando escarros opacos, branco-amarellados, purulentos e recortados. Soffreu duas analyses: a primeira, immediatamente á entrada no hospital, em 3 de setembro, não revelando bacillos de Koch, a segunda em 5 de novembro, positiva.

A curva thermometrica apresentou quasi sempre em toda a sua evolução uma exacerbação vespertina, excepto do dia 24 de outubro a 5 de novembro, em que a curva tomou o typo inverso, com exacerbações matutinas e grandes remissões.

Coração normal nos seus ruidos, rythmico, mas tachycardico na sua frequencia. Pulso depressivel.

— Abdomen dilatado, duro á pressão, rugoso, com zonas mais endurecidas, ligeira ascite; quanto ás funcções digestivas o doente tinha anorexia, digestões morosas e algumas vezes diarrheia. Não se notam perturbações renaes.

— DIAGNOSTICO:

A symptomatologia apresentada impunha o diagnostico — PYOPNEUMOTHORAX TUBERCULOSO. As punções, o sonido metallico, o ruido acustico de Trousseau, não permittiam duvidas.

Pyopneumothorax tuberculoso aberto (Weil),

espontaneo (Tillaux), produzido pela marcha peripherica do processo bacillar, porque é frequente o pneumothorax consecutivo á ruptura de uma caverna na cavidade pleural.

— HISTORIA DA DOENÇA :

Relata o doente que, voltando do seu labor da venda da sardinha, abrasado de calor, bebêra grande quantidade de agua fria; é desde então que lhe data o mal; vieram os arrepios e, passados dias, appareceu-lhe a tosse. O uso de medicamentos fez com que desapparecesse a tosse e, então, melhorado, voltou a retomar o trabalho. Sempre mal, diz-nos elle, porque o trabalho era muito, pouco remunerado, e a alimentação deficiente. Um dia, porém, á hora da refeição, sem vomito, teve uma pequena hemoptyse, reaparecendo a seguir a tosse. Passado para o Porto, aqui se renovaram as hemoptyses, pequenas, successivas, com tosse e consecutiva expectoração raiada de sangue. Por aqui se demorou quatro mezes, mas ao fim do segundo uma nova investida de tosse obriga-o a acamar; melhorado pela applicação de revulsivos, volta para Alijó, onde, sempre doente, tossindo, continuou a trabalhar, tanto quanto lh'o permittiam as suas forças. Então, vivendo já de esmolas, a braços com a fome, começou a sentir pontadas no peito, junto do esterno, pontadas que lhe passaram com um caustico, accentuando-se desde aquelle momento a diffi-

culdade de respirar. Não tinha suores diurnos ou nocturnos, sentia apenas á tarde febre, que desaparecia de manhã. O appetite, perdera-o desde a segunda investida de tosse. Doente, sem meios, procurou recolher ao hospital. Uma vez internado, começou a sentir inchação do ventre e augmento da falta de ar.

Percorrendo os anamnesticos, diz-nos que sempre tivera boa saude, sendo esta a primeira vez que é attingido. Toda a familia é saudavel.

— MARCHA DA DOENÇA:

O doente, portador de uma tuberculose pulmonar, teve uma pleurisia com derrame, pleurisia por propagação.

Durante a phase da pleurisia soffreu o doente duas punções antes de entrar para a enfermaria escolar, em 3 de outubro, extrahindo-se 975 c. c., e em 17, com sahida de 1.250 c. c.; dentro da enfermaria escolar procedeu-se á terceira punção em 27 de outubro dando 1.275 c. c., e á quarta em 5 de novembro com extracção de 450 c. c. de pus. Como o estado do doente peorasse dia a dia, a impossibilidade de se fazer a aspiração era evidente, deliberou o nosso Prof. se fizesse a pleurotomia, ao que procedemos no dia 10 de manhã, sob a sua direcção, e na presença do curso. Assim, no setimo espaço intercostal direito, junto do bordo superior da oitava costella, entre as linhas axillares media e posterior, fizemos uma incisão de 10 cm. de

comprido. Entretanto reconfortamos o doente com café e vinho generoso. Empregamos como anestesico local a estovaina.

Aberta a cavidade pleural, d'ahi sahiu grande quantidade de pus grumoso, fetido, amarello-esbranquiçado, medindo 600 c. c. Lavamos a pleura convenientemente com agua fervida e agua oxygenada a 6 volumes, e rematamos o curativo drenando a cavidade pleural e almofadando bem a região.

Informou-nos o nosso Prof. que o liquido pleural fôra a começo seroso e depois hemorrhagico; quando o observamos era já purulento. A evolução da doença foi pois: pleurisia serosa; depois hemorrhagica; em seguida purulenta, finalmente pyopneumothorax.

Os liquidos da terceira e quarta punção foram analysados no Laboratorio Nobre, da Escola, mostrando o primeiro bastantes pyocytos em estado de desaggregação, o segundo além de pyocytos, microbios pyogenicos. A pesquisa do bacillo de Koch n'estes derrames foi negativa; a pratica diz-nos, porém, que os bacillos só apparecem nos liquidos pleuraes nos ultimos periodos, quando se desaggregam das paredes os nodulos e massas caseosas e cahem no liquido. O processo morbido, apesar das intervenções, injeções de paratoxina, dos tonicos, avançou sempre.

Nos ultimos tempos, o doente dormia já de

olhos abertos, inquieto, revolvendo-se, n'uma posição engrupada, repetindo a mesma palavra ou phrase amiudadas vezes. Á noite o seu estado era, sobremodo, inquietante, ficando quasi em cõma; de manhã já se sentava na cama, respondia ás perguntas que lhe eram dirigidas, parecendo mais alliviado da intoxicação. Falleceu em 19 de novembro ás 3 1/2 horas da manhã.

— TRATAMENTO :

Instituiu-se o tratamento local e geral; local, fazendo as puncções, a pleurotomia e lavagens com agua oxygenada e agua iodada; geral, pela paratoxina *a*, cafeina e poção cordial, vinho generoso e strychnina. Foi graças a esta medicação e tratamento que o organismo resistiu durante tanto tempo á toxi-infecção.

— EXAME NECROPSICO: Feita a abertura da cavidade thoracica, levantado o plastrão esternal, depara-se-nos á vista uma ampla cavidade, vazia, com as paredes pleuraes forradas de depositos e massas caseosas, amarelladas, fetidas. No fundo dá cavidade, reduzido de mais de 2/3, de volume, carnificado, fortemente adherente á paredê posterior e ao vertice, encontra-se o pulmão direito. Duro, não depressivel, apresenta na base tres cavernas ulceradas, abertas na cavidade pleural, a maior das quaes tem o diametro de uma moeda de 10 reis, (explicando-nos assim a formação do pneumothorax e confir-

mando o nosso diagnostico). Ao córte encontram-se massas duras, fibrosas, rangendo debaixo do escalpello, cavernulas, granulações e o vertice transformado n'um cordão fibroso; os ganglios peribronchicos estavam hypertrophiados e escuros.

Pulmão esquerdo: adherencias muito resistentes ao pericardio, e ás paredes thoracicas sobre toda a superficie do pulmão; ao córte e exteriormente todo semeiado de granulações. Coração normal.

Cavidade abdominal: peritoneo espessado, duro e rugoso, rangendo debaixo do escalpello; grande epiploon adherente á parede; ascite ligeira. Intestinos cheios de granulações, muito visiveis. Fígado adherente em toda a superficie, já em via de degenerescencia, e mostrando um kysto hydatico no lobo esquerdo junto do bordo posterior.

Os restantes orgãos nada apresentavam de anormal.

O doente morreu sob a influencia de uma bacillose chronica, bacillose complicada, primeiro de pleurisia, depois de pyopneumothorax.

A autopsia, mostra cavernas ulceradas abertas na cavidade pleural; mas a autopsia dá-nos ainda a explicação de alguns symptomas: os sonidos metallicos synchronos com os movimentos da respiração no vertice, com os cardiacos na base, eram, os primeiros os ruidos

do outro pulmão, os segundos, os ruidos cardiacos, transmittidos, uns e outros, pela cavidade. Outros signaes nos chamaram a attenção: notamos, algumas vezes, que no vertice direito alguma coisa se ouvia de respiração, tão tenue que só com o phonendoscopio se percebia, bem assim na linha axillar, se bem que raras vezes. Attento o estado do pulmão direito, fibroso, carnificado, diminuto, estes sons vinham do pulmão esquerdo.

Alguns auctores creem que o pneumothorax entrava o desenvolvimento do bacillo de Koch; West, porém, contesta affirmando que «a occorrença do pneumothorax é muitas vezes seguida por um muito rapido progresso das affecções tuberculosas do pulmão opposto». O nosso caso parece confirmar a opinião de West, porque as lesões anatomo-pathologicas nos dois pulmões mostravam estadios differentes: no direito, esclerose, caseificação, cavernas; no esquerdo, granulações e nodulos sem caseificação, generalizados.

Esta tuberculose tinha uma particular tendencia fibro-adhesiva; visceras thoracicas e abdominaes estavam fortemente adherentes por tractos duros, resistentes, granulosos. D'aqui inferimos que as ulcerações abertas para a cavidade pleural se produziram mediante a presença do liquido que impediu a defeza adhesiva e capsulante das cavernas.

## Obs. II .

Porphyrio dos Anjos, de 19 annos, solteiro, jornaleiro, natural de Mêda.

Entrou para a enfermaria de Clinica Medica no dia 14 de abril de 1909.

Em outubro do anno anterior começou a sentir-se muito triste e com grande fraqueza, dôres abdominaes e na parte superior do hemithorax. Em fevereiro appareceu-lhe uma tosse sêcca, mais pronunciada de noite e suores matutinos - entre as tres e as cinco horas.

O doente apresenta uma côr pallida escura e profunda emaciação, mais accentuada nas fossas supra e infra-claviculares, supra e infra-espinhosas e de Mohrenheim.

Na primeira occasião que nos foi dado examinar o doente, conservava ainda as dôres, tosse e suores; estes eram mais abundantes nas mãos e na cabeça. A expectoração, pouco abundante, era levemente purulenta. Tinha epistaxis e ligeira dyspnêa. Queixava-se de dôres no ouvido esquerdo e hypochondro do mesmo lado; o abdomen era abaúlado com dureza das paredes e tympanismo; tinha anorexia, digestões demoradas e vomitos. Pulso hypotenso (11  $\frac{1}{2}$ ), pequeno, tarduo e regular.

Havia augmento de vibrações vocaes no vertice do pulmão direito e abolição na base do

mesmo. Á percussão notava-se uma leve sub-bacidez na base do pulmão direito.

Pela auscultação notava-se rudeza respiratoria nos dois lados com inspiração entre-cortada no lado direito. O murmurio vesicular era diminuido nos dois vertices e abolido na base do pulmão direito; existia um foco de ralas sub-crepitantes no vertice direito que se tornavam mais perceptíveis com a tosse.

O doente pesava 48<sup>s</sup>,250. A capacidade respiratoria, avaliada pelo espiometro de Boudin, media 2:750 c. c. O perimetro thoracico vae indicado adeante. A area do coração marcava 68<sup>o</sup>,47.

Alguns dias depois da sua entrada na enfermaria sobreveio-lhe uma dôr na base do pulmão direito que augmentava na inspiração.

Conservou-se n'este estado até ao dia 10 de maio; n'este dia teve muitos arrepios, grandes accessos de tosse e augmento de dyspnêa; a febre elevou-se e as dôres do ouvido augmentaram. No dia 11 foi-lhe feita uma punção exploradora obtendo-se um liquido sero-fibrinoso; a febre tomou um typo invertido, como succede na maioria das pleurisias tuberculosas.

No dia 12 fez-se a primeira thoracentese, extrahindo-se 325 c. c. de liquido sero-fibrinoso; no dia 13, 975 c. c. idem; no dia 15, 475 c. c. hemorrhagico; no dia 17, 275 c. c. levemente purulento; no dia 21, 200 c. c. purulento.

A bacidez persistia na base e no vertice, havendo augmento de sonoridade no resto do pulmão direito. A auscultação dava-nos com muita nitidez o signal de Trousseau, e um ligeiro sopro amphorico, fazendo-nos prevêr um pneumothorax.

Não havia egophonia nem pectoriloqua, signaes pouco constantes nas pleurisias purulentas.

Abdomen abaúlado e empastamento na fossa illiaca direita; reaparecimento dos vomitos e da dysenteria.

No dia 19 deu-se a abertura expontanea de um abcesso do ouvido, com sahida de pús para o exterior e a perfuração da membrana do tympano; as dôres diminuíram.

O coração achava-se deslocado em massa para a esquerda.

A emaciação accentuou-se mais; o doente pesava 45 kilos.

DIAGNOSTICO:—Trata-se de um caso pyo-pneumothorax tuberculoso.

A doença seguiu a sua evolução quasi geral; pleurisia serosa, depois hemorrhagica, e finalmente a complicação habitual — pyo-pneumothorax.

Este doente teve o sarampo em creança. O pae falleceu de laryngite tuberculosa (?). Tem seis irmãos saudaveis, e morreu-lhe uma irmã em creança.

Este doente, a quem foram feitas mais punções, conservava-se na enfermaria ainda á data do encerramento do anno lectivo, no mesmo estado.

O prognostico deve ser muito reservado, como em geral acontece em doenças d'esta natureza, e ainda attendendo ás condições de vida do doente que lhe não permitem os cuidados de que a sua saude necessita.

Instituiu-se-lhe o tratamento geral e o symptomatico; — geral; pelo glycero-phosphato de cal, strychnina, cafeina; a cryogenina, as loções de vinagre aromatico para a elevação de temperatura, poção chloroformada para os vomitos, dionina e balsamo de Tolu para a tosse.

Foram-lhe feitas applicações de gelo sobre o abdomen, com o que o doente se sentia mais alliviado.

Este doente falleceu no dia 3 d'agosto.

**Nota.**— Estas duas observações são de doentes que se encontravam na enfermaria de Clinica Medica, e dos quaes foram respectivamente assistentes os nossos condiscipulos Manoel de Vasconcellos Carneiro e Menezes e Manoel Gomes d'Araujo Alvares, a quem agradecemos a delicada cooperação.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia discriptiva**—Os folliculos fechados e as placas de Peyer são ganglios.

**Histologia**—As glandulas de mucus e de pepsina tem um limite nitido.

**Physiologia**—A obstrucção do canal thoracico impossibilita a funcção vital.

**Pathologia geral**—A reacção supéra muitas vezes a acção.

**Anatomia topographica**—O conhecimento do triangulo de Labbé é indispensavel na gastrotomia.

**Pathologia interna**—A sudação abundante é um bom signal de diagnostico d'alopecia precoce.

**Anatomia pathologica**—As lesões da Bilharziose são produzidas pelos ovos da *Bilharzia hematobie*.

**Materia medica**—A tintura de iodo é um magnifico desinfectante da pelle.

**Pathologia interna**—O pneumothorax é uma complicação das lesões ulcerosas.

**Operações**—Em operatoria *time is life*.

**Hygiene**—A hygiene individual é de uma importancia prophylatica essencial.

**Obstetricia**—Julgo perigosa a intervenção do *forceps* no estreito superior.

**Medicina Legal**—A autopsia obrigatoria evitaria muitos diagnosticos levianos.

---

Visto,  
*Maximiano de Lemos.*  
Presidente.

Póde imprimir-se,  
*A. Brandão.*  
Director interino.