

VOL - CXXXVIII
(138)

Breves considerações
sobre a doença de Grancher



138 / 1 EMC

Anthero de Araujo Esmeriz Nobre

Breves considerações sobre a doença de Grancher

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

138/1 ENC.



PORTO — Typ. Industrial Portuguesa (a vapor)
88, Rua Rainha D. Amelia — 1909

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratcos

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

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { João Monteiro de Meyra. |
| | { José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

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

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

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

À Memoria

de MEU PAE

A

MINHA MÃE

*Tudo o que sou a vós o devo;
não o posso esquecer.*

À saudosa memória

de meu irmão Arthur

A MEUS IRMÃOS

A MEUS PRIMOS

José Duarte d'Oliveira

D. Anna Borges da Silva

D. Anna Borges da Silva

Manoel Borges da Silva

D. Adelalde Brandão

D. Lulza Duarte d'Oliveira

Alexandre Brandão

Dr. Alfredo Esmeriz

Manoel Esmeriz

Arthur Esmeriz

Dr. Norberto Esmeriz

Duarte Lamas

Francisco Farla

Arnaldo Farla.

Ao bemfeitor insigne

Instituidor do LEGADO NOBRE

Bruno Alves Nobre

O ex-pensionista agradecido.

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. Ricardo de Almeida Jorge

*Tendes sido o meu pae, a mi-
nha gratidão será eterna.*

A

José Alves Bonifacio

Tributo de gratidão.

A todos os Mestres

O discípulo agradecido.

Aos meus condiscipulos

e em especial a

Manoel de Vasconcellos
Eduardo Reis
Ribeiro Seixas
Arthur Doria
Cesar das Neves
Americo de Mattos
Coelho de Andrade
Monteiro Filipe
Antonio Moreno
Antunes Lemos
Barbosa Gonçalves
Aurelio Guimarães
José d'Almeida Miranda Guimarães.

Aos meus contemporaneos

e em especial a

Arthur Ricardo Jorge
Elmano da Cruz Alves.

Aos meus amigos

e em especial a

Lino d'Oliveira
Justino de Carvalho
João Azevedo
Carlos Pereira.

Ao meu ilustrado Presidente de these

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

• Prof. Dr. Lopes Martins.

Homenagem ao seu alto saber.

Ao tocar o remate da vida de estudante uma dupla obrigação, medica e militar, põe-nos na contingencia de lançar ao papel duas palavras, a maneira para poder-mos conseguir o documento final da consummação dos nossos trabalhos.

Muito embaraçados nos viamos, certamente, se o regulamento nos coarctasse a unica liberdade que nos dispensa: a da escolha do assumpto a versar.

Sem recursos para mais, deitamos mão de dois casos clinicos, que nos foram distribuidos em clinica medica, casos curiosos, sobre os quaes bordaremos considerações, desprendidos da pretensão de fazer obra nova e acabada.

Não veja o illustrado jury n'este meu trabalho, outra coisa que não seja o cumprimento de uma imposição legal e esperamos que, attendendo a tudo isto, nos dispense a sua alta benevolencia.

A spleno-pneumonia ou doença de Grancher é uma doença pulmonar, microbiana, interessando mais do que

um lóbo, de preferencia o pulmão esquerdo, cuja anatomia pathologica ainda não é bem conhecida, cuja symptomatologia simula uma pleurisia de médio derrame.

Foi Woillez o primeiro que mencionou e pôz em evidencia a existencia de congestões pulmonares que apresentavam todos os signaes da pleurisia effusiva. É porém, a Grancher que cabe a honra de fazer entrar no quadro da nosographia essa doença nova, por elle designada **spleno-pneumonia**, descripta em 1883. Este estado moribundo do pulmão, intermediario entre a congestão pulmonar e a pneumonia, visinho da broncho-pneumonia, simulando a pleurisia exsudativa, tomou o nome do illustre e desde então é conhecida por spleno-pneumonia ou doença de Grancher.

Depois da descripção classica do distincto clinico, outros trabalhos se dedicaram a esta especialidade: Queyrat, Bourdel, Manguirea, Alfara, Brandbrandler, Cliantemesse, Carrière e Caussade.

Etiologia

Segundo Queyrat, a doença de Grancher parece mais frequente no homem, e elle mesmo o observou 23 vezes em 27. Os dois casos por nós estudados, foram n'um homem e n'uma mulher, de que nada podemos inferir, estatisticamente.

O frio e os bruscos arrefecimentos figuram como causa principal na spleno-pneumonia primitiva.

A doença de Grancher, tal como a da broncho-pneumonia, observa-se secundariamente no decorrer de outra infecção tal como a gripe (Seelpench, Florand, Faisans, Lemoine, Makereel); na febre typhoide (Bouicli, Auché e Carrière, Méry e Babonneix); no rheumatismo (Merklen); na infecção palústre; nos albuminuricos; na diabetes; no decorrer de uma tuberculose confirmada, ou como manifestação primeira da tuberculose pulmonar.

Primitiva ou secundaria a doença de Grancher conta como seus principaes agentes o pneumococco e o bacillo de Koch.

N'um dos nossos casos, a spleno-pneumonia era a determinação pulmonar d'essa grande infecção, a pneumococcia, que no periodo de declinação, teve tambem uma determinação articular no joelho esquerdo.

A espectoração de este doente revelava ao exame microscopico numerosos pneumococcos.

Os estudos bacteriologicos sobre a spleno-pneumonia puzeram em evidencia os seguintes agentes microbianos: na maior parte dos casos o pneumococco (Delpencher, Alfaro, Carrière, Caussade).

Chantemesse encontrou leveduras e um diplococco differente do de Talamon Fränkel.

Alfaro notou a presença do pneumococco e do pneumobacillo de Friëdländer.

Carrière o staphylococco branco, em uma spleno-pneumonia typhica.

Na nossa doente (II caso) no periodo já de gangrena pulmonar existiam na espectoracção: streptococcos, staphylococcos e tetragenos.

Anatomia pathologica

O numero reduzido de autopsias não permittiu ainda margem para o estudo apurado da anatomia pathologica.

Grancher pensa que se trata de uma inflammação epithelial com exsudato sero-albuminoso, correspondendo, approximadamente, ao que se descreve anatomicamente sob o nome de splenisação.

Grancher diz: a splenisação é sobretudo uma pneumonia epithelial. A tumefacção das cellulas de revestimento alveolar e a sua descamação, acompanhada de um exsudato sero-albuminoso abundante, tal é a lesão principal; necessario é accrescentar a alteração dos bronchiolos por secreções mucosas ou muco-purulentas e a infiltração œdematosa do tecido conjunctivo perilobar.

Nas autopsias de spleno-pneumonias tuberculosas Grancher observou: pulmão liso á superficie e ao corte, uniformemente vermelho escuro, não crepitando, mas sobrenadando quasi sempre. Assignala tambem a hypertrophia do tecido conjunctivo dos espaços perilobares.

O nosso caso, a cuja autopsia procedemos, era como o de Queyrat complicado de gangrena pulmonar. O pulmão esquerdo estava fortemente congestionado, splenisado, muito reduzido de volume, com boira fétida e a massa inteiramente putrida.

Symptomatologia

Esta doença inicia-se, em geral, bruscamente, por um arripio solemne como na pneumonia ou por pequenos arrippios multiplos, frequentes, pouco accidentados como na pleurisia, o que vem ainda aggravar a simulação da pleurisia. Outras vezes é precedida de um estado prodromico, de mau estar, corysa ou bronchite ligeira.

Depois apparecem os diversos signaes funcçionaes: pontada, dyspnea, tosse e expectoração.

Signaes funcçionaes

Pontada — constante, muitas vezes muito intensa, como na nossa doente, umas vezes nevralgica, ora pleurodynica. Nas creanças falta muitas vezes. Localisada,

às vezes, ella toma como nas nossas observações toda a altura do peito. Esta pontada desaparece ao fim de breves dias e sob a influencia do tratamento; as funções exploradoras surtem muitas vezes um effeito curativo.

Dyspnea — variavel podendo ir até á orthopneia. Esta é aggravada, em muitos casos, pela persistencia da pontada.

Tosse — lembra a da pleurisia, secca, difficil, e aos quintos.

Expectoração — não é constante nos primeiros periodos da doença; quando apparece é gommoa arejada.

No nosso segundo caso a complicação mascarou a caracteristica tornando-a purulenta e muito fétida.

Temperatura — elevada, attingindo 40°.

Pulso — frequente, pouco tenso e pouco amplo (133 pulsações ao minuto, 8,^{cm}50 de pressão ao sphygmomanometro de Borch — II caso).

Signaes physicos

Inspecção — Imobilidade do thorax do lado doente; com augmento de volume (II caso), apreciavel á vista, á palpação bimanual ou á cystometria. De ordinario, na pleurisia, ha um certo desvio do appendice xyphoideo e do externo para o lado affectado, signal este chamado de Pitres ou do cordel, que se aprecia passando uma linha recta da symphise publica ao meio da forquilha esternal, entre os tendões do esterno-cleido-mastoideo.

Na spleno-pneumonia este desvio não apparece.

Eis aqui um precioso elemento para um bom diagnostico a par de outros que iremos mencionar.

Percussão — Á percussão observa-se matidez, ou massicez como outros querem, tão completa como na pleurisia, nos dois terços inferiores do pulmão (I caso) podendo estender-se mais acima abrangendo até todo o pulmão (caso II). Atraz e adeante as lesões apresentam, em geral, a mesma extensão.

Não nos dá a percussão muitos elementos de diagnostico differencial da pleurisia, a não ser no tocante ás pleurisias esquerdas; mas como as spleno-pneumonias esquerdas são mais frequentes que as direitas, a percussão merece cuidada e especial attenção, para evitar errados diagnosticos.

Na percussão do hemithorax esquerdo, ha um espaço de fôrma semi-lunar, limitado em baixo pelo rebordo das falsas côstellas e em cima por uma linha partindo da sexta articulação chondro-esternal e seguindo a sexta costella.

Este espaço, unica zona onde acima do rebordo costal, se obtem som tympanico á percussão é o espaço sonoro ou semi-lunar de Traube.

Nas pleurisias effusivas o derrame cahindo no baixo fundo da cavidade pleural recalca o diaphragma e o estomago e transforma em som baço, massiço, o tympanismo estomacal.

Na spleno-pneumonia o espaço sonoro de Traube persiste, com o seu caracterizado tympanismo.

Eis um elemento importante, fundamental para o diagnostico das spleno-pneumonias esquerdas; uma excepção ha a fazer nas pleurisias enkystadas, parciaes, não interessando o espaço de Traube.

Palpação— São nullas as vibrações vocaes na zona de sonoridade massiça.

Convem notar-se que a par e passo que caminhamos para a região sã, as vibrações vão apparecendo gradualmente, da mesma sorte que no decorrer da doença quando evolue para a cura.

Por contrapartida, na pleurisia, as vibrações apparecem subitamente quando a mão ou o bordo cubital

passa o limite superior da curva de Garland ou Damoiseau. De notar ainda que abaixo d'este limite superior do derrame as vibrações estão completamente abolidas, enquanto que acima estão augmentadas.

Auscultação — No primeiro periodo da doença nota-se a desapareição do murmurio vesicular; crepitações finas na base do pulmão, perceptíveis nas inspirações forçadas; em seguida evidencia-se o sopro, grave como o da broncho-pneumonia.

Em seguida apagam-se as crepitações, na broncho-pneumonia; o sopro torna-se aspero e apparece a egophonia.

O que á auscultação logo resalta ao ouvido é o sopro respiratorio agudo, sopro tubar semelhante o sopro pleuretico. Este sopro é muito pronunciado, facilimo de perceber; extenso, ouve-se em toda a altura da zona interessada e sempre, approximadamente, com a mesma intensidade.

Este sopro tão nitido fez dizer a Méry que era na spleno-pneumonia que se ouviam os mais bellos sopros pleureticos.

O sopro da pleurisia não tem as mesmas qualidades do sopro da doença de Grancher. Na pleurisia o sopro ouve-se tanto mais e tanto melhor quanto mais proximo se está do hilo do pulmão; na base o sopro tor-

na-se rudimentar, quasi exclusivamente expiratorio, ligeiramente perceptivel nas inspirações forçadas.

No periodo de estado, apparecem, muitas vezes, (caso I) finas crepitações; que se percebem muito bem ao começo mas que podem estender-se por mais tempo. Estas crepitações pouco abundantes, disseminadas e fugitivas são, em regra, difficeis de perceber.

Auscultação da voz

A auscultação da voz é identica á da pleurisia com derrame; revela egophonia, pectoriloquia aphonica. Nos dois casos que tivemos occasião de observar era mais evidente a broncho-phonia e a broncho-egophonia (casos I e II).

Puncção exploradora

Para confirmação de todos estes signaes, para tirar duvidas, aconselha, mui judiciosamente Grancher que se faça a puncção exploradora.

Esta puncção deve fazer-se com uma seringa, previamente esterilisada e cujo embolo faça perfeitamente o vacuo, para que d'esta sorte não vamos complicar o mal desfazendo o vasio intra-pleural.

A punção póde ir mesmo a dentro do tecido pulmonar; quando assim, a seringa enche-se de sangue e algumas vezes de bolhas d'ar.

Procede-se a esta punção exploradora na linha axilar posterior, no ponto, em que o sopro se torne bem nitido. Lava-se e desinfecta-se convenientemente a região.

As punções assim feitas, d'uma maneira aseptica são absolutamente inoffensivas. Nós mesmo tivemos occasião de o verificar no nosso doente.

Evolução

A evolução da spleno-pneumonia é geralmente lenta. Póde-se-lhe descrever tres periodos. No periodo de *inicio*, a febre é muitas vezes bastante viva, os phenomenos geraes e funcçionaes bem mais marcados do que nos outros periodos. Estes phenomenos se attenuam depressa, a dyspnea e a pontada do lado desaparecem em geral do sexto ao oitavo dia, isto é, desde o inicio do segundo periodo.

Apesar d'isso, durante todo este segundo periodo, periodo *de estado*, os symptomas physicos persistem sem nenhuma modificação, sem nenhuma variação, isto durante oito, dez dias e mais. A febre mantem-se com oscillações regulares.

Depois n'um ultimo periodo (periodo de declinação), os phenomenos physicos se modificam, pouco a pouco,

o sopro torna-se bronchico, as ralas reapparecem, discretas e seccas primeiro, depois mais numerosas e mais humidas, formando ralas subcrepitantes com bolhas medias; ao mesmo tempo a matidez diminue, as vibrações reapparecem.

A todos estes phenomenos succede um enfraquecimento de murmurio vesicular que pôde persistir mezes; do mesmo modo o enfraquecimento das vibrações e a submatidez.

A resolução da spleno-pneumonia é em geral, extremamente lenta.

Grancher descreve o cyclo thermico da spleno-pneumonia nos seguintes termos:

No primeiro dia, a temperatura pôde attingir e exceder 40°, nos dias seguintes, ella oscilla de ordinario entre 39° e 40°, com differença de 1° e algumas vezes entre a tarde e a manhã. Isto dura quatro, cinco ou seis dias, mas a média thermica se abaixa para 38°, com grandes oscillações de 1° a 2°, entre os numeros da manhã e da tarde. Ao fim d'uma semana, dá-se uma nova queda que desce de manhã a 37°, ou abaixa e sobe a 38° de tarde; por fim a febre cáe completamente.

Typos clinicos

Descrevem fórmias variadas.

As fórmias agudas teem sido observadas mais especialmente na creança.

Queyrat descreve na creança uma fórmula sub-aguda, caracterisada pela ausencia de signaes funcçionaes e a pouca importancia da febre.

As spleno-pneumonias grippaes merecem uma descripção especial. Parece que a grippe desempenha para a spleno-pneumonia o mesmo papel que em face da pneumonia franca; ella deforma singularmente os caracteres e determina um typo bastardo attenuado nas suas manifestações.

A spleno-pneumonia grippal, segundo Makereel e Lemoine, declara-se geralmente na primeira semana da grippe. Ella é caracterisada, sobretudo pela obscuridade respiratoria; ella differe da spleno-pneumonia primitiva pelo sopro e egophonia que faltam muitas vezes. A expectoração ahi é mais tardia do que nas outras fórmias de congestão pulmonar grippal. Ella dura de tres a seis semanas.

Faisans descreveu uma fórmula de spleno-pneumonia grippal com signaes extremamente moveis e variaveis d'um dia para outro. Os signaes physicos existem por completo um dia; no dia seguinte, o sopro e a egophonia tem desaparecido, para reaparecer trinta e seis

horas depois. Estas alternativas se reproduzem em varias vezes no curso da doença.

Faisans faz mesmo d'esta mobilidade dos signaes um caracter geral em todas as fórmas de spleno-pneumonia.

Parece-nos impossivel admittir a exactidão d'esta observação, a larga persistencia dos signaes physicos, sendo ao contrario um caracter dos mais importantes das fórmas habituaes da spleno-pneumonia.

Poder-se-ha descrever uma fórma chronica, na qual reentraria o facto observado por Caussade: spleno-pneumonia tendo durado tres mezes e meio e tendo simulado a tuberculose, bem que os escarros não tenham contido senão pneumococcus. Rinon publicou casos analogos: no primeiro os accidentes duraram cincoenta e cinco dias, no segundo, quarenta e oito, no terceiro, tres mezes e sete dias.

N'estes tres casos, o exame bacteriologico descobriu a presença de pneumococcus, a ausencia de bacillos de Koch. A spleno-pneumonia tem n'um d'elles attingido successivamente os dois pulmões. Jovane apresentou recentemente um caso de spleno-pneumonia chronica simples n'uma rapariga de oito annos. A spleno-pneumonia chronica pôde igualmente ser de natureza tuberculosa. Os signaes locaes são identicos, mas encontrar-se-ha no exame attento dos signaes a distancia, do lado do vertice, os elementos necessarios para o diagnostico.

A persistencia da febre além da terceira semana será igualmente um symptoma muito suspeito.

Grancher observou a spleno-pneumonia como primeira manifestação de infecção tuberculosa do pulmão, ou bem no curso d'uma tuberculose pulmonar confirmada. Em certos casos, a spleno-pneumonia observada nos tuberculosos não offerece os caracteres de persistencia a de chronicidade que nos vimos de assignalar; elle possui signaes physicos assaz moveis e desaparece então bem rapidamente. A spleno-pneumonia tuberculosa foi observada no adulto e na creança.

Um de nós viu recentemente uma creança apresentar durante mais de dois mezes, signaes de spleno-pneumonia da base do pulmão direito (puncções exploradoras foram feitas em varias sessões sem resultado), com persistencia da febre, febre irregular que não deixava duvida alguma sobre a natureza das lesões.

Além d'isso, no ultimo exame, a creança apresentava um emagrecimento muito pronunciado e algumas crepitações no vertice direito.

A duração habitual da spleno-pneumonia, segundo Grancher, é de quatro a cinco semanas.

A spleno-pneumonia é geralmente unilateral e localisa-se de preferencia á esquerda. A cura é a regra, sob o ponto de vista que nós faltam necropsias para estabelecer sobre bases certas a anatomia pathologica da doença. O prognostico é pois benigno, salvo no que diz

respeito ás spleno-pneumonias tuberculosas. A spleno-pneumonia tuberculosa seria comtudo ella mesma uma fôrma de tuberculisação pulmonar de prognostico relativamente bom, e Grancher accrescenta: «Quando tudo se reduz a um ataque isolado e sem regresso, a circumscripção das lesões, dois ou tres mezes depois do inicio dos accidentes, admira quasi tanto como sua extensão nos primeiros dias.

Diagnostico

Recordamos aqui os caracteres diferenciaes da spleno-pneumonia e da pleurisia:

SPLENO-PNEUMONIA

Decubitus do lado são (Bourdel).
Não ha desvio do sternum.

Reapparicção gradual das vibra-
ções.

Sopro um pouco mais grave,
mais disseminado.

Crepitações finas na base.

Persistencia do espaço de Traube.

PLEURISIA

Decubitos do lado do derrame.
Sternum desviado do lado do
derrame.

Vibrações reaparecendo brus-
camente acima do derrame.

Sopro agudo, doce, velado.

Ausencia de ruidos adventicios.

Espaço de Traube, basso nas
pleuresias esquerdas.

A punccção exploradora dá li-
quido.

Recentemente Mosny tentou estabelecer entre a spleno-pneumonia e a pleurisia sero-fibrinosa as mais estreitas relações. Segundo este auctor: 1.º um grande numero de derrames pleuraes evolueriam em duas phases: uma pleuro-pulmonar, em que se constata os signaes habituaes da spleno-pneumonia e do œdema cortico-pleural; uma segunda, puramente pleural, na primeira, a punção fica negativa, limitada que seja a evacuação do liquido pela irretrabilidade das paredes thoraco-pulmonares; na segunda, o exsudato pleural tendo augmentado, a punção extrahe sem difficuldade liquido: 2.º a spleno-pneumonia se acompanharia sempre do derrame pleural, além d'isso minimo: «Quando a spleno-pneumonia fica pura, durante toda a sua duração, faz-se commumente uma exsudação serosa, geralmente pouco copiosa, já não passaria portanto despercebida se se tomasse a precaução de tornar a evacuação possivel collocando no local duas agulhas.

Nós não poderemos acceitar estas conclusões, que não podem ter senão um resultado: o de confundir duas affecções que, desde Woiller e Grancher se tinha podido julgar definitivamente separadas; a pleurisia com derramo d'uma parte, a spleno-pneumonia, da outra.

Com effeito, os argumentos invocados por Mosny são susceptiveis de toda uma outra interpretação que a que elle lhe dá. Os derrames pleuraes evoluem em duas phases; uma pleuro-pulmonar, uma pleural, nós

as conhecemos desde longo tempo; isto são banaes congestões pleuro-pulmonares ás quaes não convem de nenhuma forma o termo de spleno-pneumonia.

Quanto ao segundo argumento, elle vem a dizer: não existe nenhuma impossibilidade material em que a spleno-pneumonia se complique de derrame pleural. Assim pôde-se admittir que a spleno-pneumonia se complica habitualmente de derrame pleural. Constitue pois, puramente e simplesmente, uma petição de principios. É a unica conclusão a tirar do trabalho de Mosny, é que existem pleurisias latentes de que Laennec sublinhava já a doçura insidiosa, que Woiller assignalou em muitas sessões, e nas quaes o derrame não pôde ser posto em evidencia senão pelo processo das duas agulhas.

O diagnostico com a pneumonia, com as congestões pulmonares de forma pneumonica, não apresenta difficuldades.

O diagnostico é mais delicado no que diz respeito á congestão pleuro-pulmonar descripta por Potain e Lenand. Comtudo, ter-se-ha, no primeiro periodo, a existencia da crepitação pleural ou de attrictos maiores; mais tarde, se existe liquido, as difficuldades serão ainda maiores, que para a pleurisia verdadeira, porque este liquido não será jámais senão em lamina delgada e muito pouco abundante para produzir a desaparição do espaço de Traube; isto serão comtudo os caracteres

descriptos mais acima e a punção que vem em ultima analyse, assegurarão o diagnostico.

—Será preciso fazer tambem o diagnostico da natureza da spleno-pneumonia.

Trata-se da spleno-pneumonia primitiva, d'uma spleno-pneumonia grippal.

Aqui o conhecimento de epidemia reinante, a existencia anterior d'um catarrho grippal das vias respiratorias superiores, dos bronchios, permittirão fazer o diagnostico?

O diagnostico da spleno-pneumonia tuberculosa primitiva far-se-ha sobre tudo pelo exame attento dos signaes a distancia e do vertice do pulmão attingido que apresentará a respiração enfraquecida e o schema n.º 2 de Grancher. Nas fórmás chronicas, o exame dos escâros poderá revelar a presença do bacillo de Koch.

Tratamento

O tratamento é analogo ao da congestão pulmonar.

Dever-se-ha empregar sobretudo os revulsivos, tintura de iodo, ventosas seccas e, nas fórmas chronicas, as pontas de fogo.

As congestões idiopathicas devem ser tratadas com a pneumonia.

Nas doenças agudas esforçou-se o medico em impedir a congestão contrariando as tendencias hypos-taticas. Variar-se-ha o decubito do doente e recomendar-se-lhe-ha de respirar largamente; deve dar-se-lhe medicação cardiothenica: cafeina, digitalina, oleo cam-phorado e inhalações de oxigenio e a medicação estimulante, purgativos drásticos. Não deve dar-se-lhe iodes-to; far-se-ha a antiseptia da bocca e pharynge para prevenir as infecções provenientes d'esta cavidade. Comba-

ter-se-ha a hyperthermia e usar-se-ha com circumspeccão de hydrotherapia fria. Em congestões puras ou cedematosas, a sangria geral e se o accidente não é muito ameaçador, por ventosas escarificadas, em bom numero, em volta do torax, depois dá-se-lhes ventosas seccas, cataplasmas sinapisadas quentes e pincelagens iodadas.

CLINICA MEDICA

Spleno-pneumonia de Grancher

Relatorio do alumno Anthero E. Nobre

Antonio dos Santos, de 57 annos, casado, natural de Montemór-o-Velho, entrou para clinica medica a 18 de março de 1909.

Antecedentes pessoais—Teve em creança variola e sarampo; ha seis mezes appproximadamente, teve uma pneumonia esquerda. Não teve doenças venereas nem manifestações escrofulosas; ao contrario foi sempre muito robusto; a mãe era saudavel; casou aos 31 annos; houve dez filhos e 3 abortos; nenhum filho é escrofuloso. Alguns dias antes da sua entrada constipou-se. Quasi logo depois appareceu-lhe uma pontada no thorax esquerdo acompanhada de dyspnea; sobre-

veio-lhe delirio e veio para o hospital; examinando o doente, viu-se que tinha 30 movimentos respiratorios tosse e expectoração hemoptoica—O hemi-thorax esquerdo estava mais elevado e quasi immovel; o hemi-thorax direito tinha, excursão intensa; o pulso era pequeno e intermittente. Á auscultação, ouve-se um sopro tubar, na parte media da região esquerda anterior e posterior do thorax. Á percussão, a bacidez era absoluta e as vibrações eram disseminadas. Á punção exploradora não dera liquido pois tinha oliguria; estes phenomenos foram, durante alguns dias, motivando uma energica therapeutica tonicardiaca, levantando-se e regularisando-se, por fim, o pulso e a mechanica circulatoria como se póde apurar por estes numeros de diurese de 24 horas.

24 de Março.	650 cc
25 " "	450
26 " "	1250
27 " "	1450
28 " "	1000
29 " "	1300
30 " "	1850

Curva thermica em numeros

Nos dias	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1
Temp. da m.	38- 10	38- 10	38- 10	39- 10	37- 10	37- 10	36- 10	36- 10	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10
Temp. da t.	39- 10	38- 10	38- 10	39- 10	39- 10	38- 10	37- 10	37- 10	38- 10	39- 10	38- 10	37- 10	38- 10	38- 10	38- 10
Nos dias	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Temp. da m.	36- 10	37- 10	36- 10	36- 10	37- 10	37- 10	36- 10	36- 10	36- 10	37- 10	36- 10	37- 10	36- 10	36- 10	36- 10
Temp. da t.	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10	38- 10	38- 10	37- 10	38- 10	37- 10	37- 10	37- 10	37- 10	36- 10	37- 10	37- 10

Antonio Santos

Exame ao thorax do doente praticado sob a direcção do illustre Prof. Thiago d'Almeida.

Praticando-se os processos diagnosticos; auscultação e toque viu-se no hemithorax direito isto: na metade anterior: murmurio respiratorio diminuido na parte superior do thorax, correspondente ao vertice do pulmão, na parte superior havia tambem augmento de vibrações, e uma pequena zona de matidez, na metade anterior esquerda, que era a affectada: na parte superior expiração prolongada e espirada, um pouco mais abaixo entre a 4 e 5 costellas bronchophonia; entre a 4 e 5 costellas, percebia-se bem o choque da ponta do coração; havia tambem diffusão do choque e retração systolica; no hemithorax esquerdo e metade posterior, percebeu-se isto: uma zona extensa de matidez com ralas humidas de bolhas grandes.

A dyspnea foi desaparecendo com a applicação de cataplasmas sinapisadas e de ventosas, estabelecendo-se uma expectoração purulenta extremamente abundante de côr cinzenta, suja e de cheiro enjoativo que acompanhou a doença, durante muito tempo. Um dia appareceu uma complicação articular, congestão e dôr no joelho esquerdo que foi tratada pelo methodo de Bier, talvez da propria doença.

Analyse do escarro: cadeias curtas de estreptococcus e diplococcus; raros pneumococcus; numerosos coccus e bastonettes e tetrageneos; não revelou bacillo de Koch.

Diagnostic—A sua primitiva doença não offerecia duvida para o diagnóstico. Era uma pneumonia lobar — variedade — spleno-pneumonia de Grancher, provocada pela idade do doente, em que a pneumonia é caracterizada pela insidiosidade e por ter tido uma pneumonia esquerda. A complicação articular é que se presta a interpretações porque tanto o pneumococco a podia produzir, como podia ajudar o desenvolvimento d'outro agente. A bacteriologia talvez podesse resolver o problema; mas essa investigação não foi feita; o processo parece ter sido peri-articular no seu inicio, com uma feição aguda, invadindo mais tarde a articulação e tomando fôrma chronica. Seria uma arthrite ou periarthrite pneumococcica? Seria tuberculose? Qualquer lesão pneumococcica revestirá nos tecidos uma resolução rapida ou uma suppuração. N'este caso clinico não houve suppuração e a lesão foi tão demorada que se tornou chronica; a tuberculose pela constancia da sua marcha é que se presta a tomar conta d'este caso; é um dos seus logares favoritos o das articulações e d'onde a therapeutica o desaloja difficilmente. Pelo passado d'este individuo, ella não se pôde dizer hereditaria nem razão ha que explique esta localisação. A embolia e phlebite não tem cabimento n'este caso —; a dôr era limitada e a embolia n'um pequeno vaso não dá œdema tão extenso. Supponho portanto que era arthrite tuberculosa.

A parte que diz respeito a pneumonia foi preenchida como competia.

Mereceu cuidado o coração, como o recommenda o aphorismo de Henhard, empregando-se toda a therapeutica descripta no graphico da temperatura. A marcha insidiosa da doença obrigou repetidas vezes o emprego da revulsão com cataplasmas sinapisadas e, no tratamento da crise, as pontas de fogo em vez do vesicatorio de cantharidato, condemnado por muitos auctores e proscripto na nossa enfermaria.

O tratamento da arthrite pelo methodo de Bier, se não foi bem o *surge et erambula* trouxe pelo menos alguns beneficios para o doente; pois lhe foi permittido a marcha lenta e certa, para áquem dos limites estabelecidos por Bier. O doente vê-se completamente bem disposto e tem fé, de que com um pouco de uso *desenfermujaria de vez a sua perna*, razão que me obriga a não fazer um prognostico grave.

CLINICA MEDICA

Um caso de spleno-pneumonia de Grancher com evolução para gangrena pulmonar.

Relatório do quintanista assistente

ANTHERO E. NOBRE

Porto, 11-1-909.

Anna da Silva, de 25 annos, solteira, do Porto, entrada a 5 de janeiro de 1909. Sentia-se doente, de bronchite, com dôr, febre e expectoração, havia um mez. Ao fim de quinze dias foi perdendo as forças até cahir de cama. Não comia nada, bebia apenas agua: tinha uma expectoração purulenta, verde e filada, extremamente abundante — Decubito lateral esquerdo.

Exame em 8 de janeiro:

Curva thermica em numeros

Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9
Temp. da t. $39\frac{4^{\circ}}{10}$	Temp. m. $38\frac{4^{\circ}}{10}$	Temp. m. $39\frac{1^{\circ}}{10}$	Temp. m. $39\frac{4^{\circ}}{10}$
	Temp. da t. 39°	Temp. da t. 40°	

Exame dos escarros em 8 de janeiro:

Numerosas e pequenas cadeias de estreptococcus e estaphylococcus, tetrageo e pequenos coccus descobrindo pelo Gramm — Numerosissimos globulos purulentos em estado de desagregação, tornando impossivel a classificação — Alguns globulos rubros e cellulas epitheliaes pavimentosas bucco-pharingeas. A doente, no dia 9, de tarde, depois d'um accesso de tosse teve uma hemorrhagia pulmonar que a matou rapidamente.

Anna da Silva

Schema

Exame ao thorax da doente Anna da Silva, praticado sob a direcção do illustre Prof. Thiago d'Almeida.

No hemithorax direito da doente e metade anterior isto:

os 2 tempos da respiração soprados, sonoridade augmentada e ralas humidas de bolhas grandes;

na metade posterior sonoridade augmentada e os 2 tempos respiratorios soprados;

no hemithorax esquerdo e metade anterior isto: Vibrações augmentadas na parte superior; o 2.º tempo respiratorio, diminuido e breve, sopro tubar, bronchophonia, maior amplitude, dôr e uma consideravel zona de matidez com ralas humidas de bolhas grandes; na metade posterior uma consideravel zona de som basso em toda a altura do thorax.

MEDICAÇÃO

Tintura de iodo no lado esquerdo do thorax

Xarope de Balsamo de Tolu	40	grammas
Mistura gomosa.	100	"
Poção de Todd	20	"
Terpina.	1	gramma
Benzoato de soda	2	grammas

4 colheres de sopa p. d.

Óleo de ricino	30	"
Vinho de quina amarello.	4	c. s.
Estrychnina em injeção por dia . . .	0gr.,001	ãã 15 grammas
Carbonato de guiacol.		
Terpina.		

p. 10 h. — 1 p. d.

Benzoato de soda

Calomelanos	0gr.,50
-----------------------	---------

em 2 h.

Cafeina	0gr.,01
-------------------	---------

NECROPSIA

O exame da cavidade thoracica revelou: Fortes adherencias antigas, de todo o pulmão direito. Adherencias no pulmão esquerdo, tenues no lóbo superior, mais resistentes na base. Emphysema da parede thoracica anterior esquerda. O mediastino fortemente adherente, repuchando para a esquerda o pericardio. O pulmão direito com symphise global, congestão do bordo posterior na base e na agua sobrenadava. Adenopathia peri-bronchica. Pulmão esquerdo muito volumoso e splenisado; ao córte tinha uma côr verde garrafa, dando pela expressão uma bórra fetida —; figado um pouco hypertrophiado, amarello, com suffusões sanguineas, attingido de degenerescencia pigmentosa. No pericardio vascular havia uma lamina de gangrena — Diagnostico — Splenopneumonia de Grancher, maçissa — em evolução para gangrena pulmonar.

Proposições

Anatomia descriptiva — Em anatomia nada é symetrico.

Physiologia geral — Omnis vivo ex vivo.

Histologia — Os córantes tem affinidades.

Anatomia topographica — As bases de classificação das regiões em anatomia topographica são a conveniencia da cirurgia e do estudo.

Pathologia geral — Toda a infecção se reduz essencialmente a uma intoxicação.

Physiologia humana — O oxygenio é indispensavel á vida.

Materia medica — Condemno os causticos.

Pathologia externa — A syphilis é polymorpha.

Pathologia interna — Não ha signaes pathognomonicos.

Hygiene — Ar, agua e luz, eis a questão.

Operatoria — Ha casos em que a uma nephrectomia deve preferir-se a laqueação dos vasos renaes.

Partos — O succo de limão é um precioso anti-ophtalmico.

Medicina legal — Uma boa verificação do obito evita as exumações.

Visto:

O Presidente,
Lopes Martins.

Pôde imprimir-se:

O Director interino,
A. Brandão.