

ANTONIO RIBEIRO SEIXAS

Contribuição para o estudo

DA

Bronchite pseudo-membranosa chronica

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



14515 EMC

Comp. e imp. na Typ. do "Porto Medico.,
de MAGALHÃES & FIGUEIREDO, Limitada
PORTO .. P. da Batalha, 12-a .. 1910

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'OLIVEIRA BRANDÃO

LENTE 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 José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 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 Thiago Augusto d'Almeida.
- 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, semiologia e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguilar.
- 13.^a Cadeira—Hygiene João Lopes da Silva Martins Junior.
- 14.^a Cadeira—Histologia e physiologia geral Vaga.
- 15.^a Cadeira—Anatomia topographica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo. |
| | { Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| | { Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { 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, artigo 155.º)

Attentando no estado de decadencia a que tem descido a Nacionalidade portugueza, depois de, em tempos já hoje considerados remotos, haver attingido um grau relativamente elevado de desenvolvimento intellectual, economico e talvez moral, seria interessante o estudo d'este caso de pathologia social, investigar a etiologia, seguir a evolução, estabelecer a therapeutica, preconisar, emfim, os meios de salvação,

Interessante e util, sem duvida, resultaria um tal estudo, o que o não impediria de ser tomado á conta de puro verbalismo rethorico, tendente tão só a ludibriar a lei que me impõe a obrigação de apresentar, mais ou menos, uma prova, escripta e impressa, de que alguma coisa aprendi nos cinco annos que frequentei a Escola Medico-Cirurgica do Porto.

Considerando agora de urgencia inadiavel o julgamento-appendice que póde garantir-me o diploma com que — sem estorvos leaes — ganharei o *pão de cada dia*, resolvi submetter á apreciação dos Excellentissimos Professores, que durante cinco annos me ensinaram e muitas vezes me examinaram — a observação simples mas conscienciosa d'um caso clinico.

De *bronchite pseudo-membranosa chronica* a classifiquei, podendo e devendo, talvez, ter-lhe accrescentado — *hemorrhagica*.

Não o fiz, não só por falta de auctoridade em sciencias medicas, mas tambem e muito principalmente por me parecer que um caso isolado é insufficiente para augmentar o já vasto quadro nosologico.

Certamente não consegui satisfazer os que de mim esperavam um trabalho volumoso, illustrado e cheio de sciencias — como qualquer bibliotheca; mas estou convencido de que, observando pessoalmente um caso raro, que julgo unico por não ter encontrado vestigios de outro identico, contribui com uma pequena areia para o magestoso e amplo edificio que, ha seculos, a Humanidade inteira anda a construir — A Sciencia.

Porto, Julho de 1910.

Ribeiro Seixas.

Bronchite pseudo-membranosa chronica

Differem etiologica e clinicamente os productos das inflamações exsudativas que vão localisar-se de preferencia nos bronchios e nos pulmões.

Os exsudatos, denominados propriamente pseudo-membranas, ora se apresentam como productos d'uma inflamação especifica que tem por agente pathogenico o baccillo de Löffler, tornando extremamente sombrio o prognostico da diphtheria, ora apparecem como consequencias da esplenopneumonia, da tuberculose, do sarampo, das lesões cardiacas, da bronchite simples, etc.

Encaradas assim como complicações d'estas doenças, estão ainda incompletamente estudadas as differentes formas de bronchite pseudo-membranosa.

A bronchite pseudo-membranosa chronica, porem, foi detalhadamente descripta por Paul Lucas-Championnière, que conseguiu reunir quarenta e quatro interessantes observações — sendo uma pessoal.

Alem d'outros que irei mencionando no decorrer d'este trabalho, soccorrer-me-hei mais extensamente d'aquelle auctor, para explanar noções geraes sobre a bronchite pseudo-membranosa chronica, deixando para o fim a observação colhida n'um doente que, apoz uma verdadeira e longa peregrinação, em busca de saude, por terras varias, parece encontrar-se finalmente curado.

Resumo historico

Não é recente a observação de pseudo-membranas na expectoração dos individuos attingidos de doenças dos bronchios e dos pulmões.

Assim Morgagni, reportando-se a Hippocrates, faz a descripção d'um polypo bronchico; Galeno refere-se a estas concreções membranosas considerando-as como fragmentos de vasos pulmonares; Bontius, Bartholin, Moellenbroeck, Tulpius e outros, apresentam descripções incompletas de casos em que constatarem a presença de pseudo-membranas, mas não fazem a distincção entre as diversas bronchites pseudo-membranosas, nem precisam a forma.

Relativamente á bronchite pseudo-membranosa chronica, pertence a Clarke (1697) a primeira observação sufficientemente completa.

Porque o conhecimento da existencia de pseudo-membranas, na expectoração, communicada por individualidades de destaque, solicitasse a classe medica no sentido de investigar as causas, estudar a entidade morbida em si, afim de preconisar-lhe os meios prophylaticos e therapeuticos, ou porque, embora apparentemente, o numero de casos se multiplicasse de 1697 para cá, o certo é que a communição de observações tem crescido grandemente.

Parece, porem, que são ainda relativamente raros os casos de bronchite pseudo-membranosa chronica, e só por este motivo se comprehende a pouca importancia que, ainda não ha muitos annos, lhe ligavam os tratados de pathologia interna.

Justo é mencionar, como excepções honrosas, Valleix que, no seu Guia do Medico Pratico, apresenta uma pequena descripção da bronchite pseudo-membranosa, e Jacoud que, no seu Tratado de Pathologia Interna, descreve a forma chronica como podendo succeder á forma aguda, e não se esquece de estampar a bibliographia completa de todos os trabalhos do seu tempo sobre o assumpto.

Assignalando trabalhos especiaes ácerca da bronchite pseudo-membranosa encontram-se: Thierfelder (1854) com um pequeno numero de observações pertencentes á forma aguda ou á forma chronica; Peacock com trinta e quatro observações das duas formas; e Leudet (1855) que se refere principalmente á forma aguda.

Depois de 1860, Laboulbène insiste sobre a distincção que deve fazer-se entre a forma aguda e a forma chronica da bronchite pseudo-membranosa, e admite que na forma chronica os productos exsudativos são ora constituidos por verdadeiras pseudo-membranas, ora por concreções fibrinosas ou hemoplasticas resultantes, segundo Laennec, da coagulação, nos bronchios, do sangue consecutivo a hemorragias pulmonares seguidas ou não de hemothyses.

Para este auctor as pseudo-membranas da bronchite pseudo-membranosa chronica, differem das pseudo-membranas diphthericas por conterem maior quantidade de fibrina e materia amorpha.

N'um trabalho muito completo sobre a bronchite pseudo-membranosa publicado por Gintrac em 1865, e em que, apesar de ser mencionada a forma chronica, se encontram quasi confundidas as differentes formas, apparecem a fibrina e a albumina como principaes elementos constitutivos das pseudo-membranas, que seriam analogos ás do croup.

Em 1869, Lebert, no Archivo de Clinica Medica, estudando desenvolvidamente as bronchites pseudo-membranosas, consagra um capitulo á bronchite pseudo-membranosa chronica, que divide em forma essencial e forma symptomatica.

Na sua extensa descripção, baseada em vinte e sete observações, destringa a forma chronica da diphtherica e considera as pseudo-membranas como constituidas por uma substancia fibrino-albuminosa, com estractura muito semelhante ás do croup.

Em 1876, P. Lucas-Championnière fez publicar o seu trabalho sobre a Bronchite pseudo-membranosa chronica, que me parece tudo o que ha de mais completo.

Mais recentemente Dieulafoy (1891) descreveu um caso de bronchite pseudo-membranosa chronica que observou no hospital de Necker.

Um homem de cincoenta annos, portador d'uma bronchite pseudo-membranosa chronica, apoz um anno de repouso, expectorou pseudo-membranas de oito em oito dias, durante um mez.

«O accesso, escreve Dieulafoy, era annunciado de vespera por certos symptomas; o doente sentia-se sombrio e triste, e no dia seguinte, em meio d'um accesso de tosse e violenta dyspnêa, expulsava verdadeiras arvores bronchicas.

Nunca teve hemoptyses nem constatei o que quer que fosse á percussão e á auscultação. Posto que não fosse syphilitico melhorou rapidamente com o emprego do iodeto de potassio.»

Por ultimo Griffon (1899) apresenta um caso em que o pneumococo apparece como agente pathogenico; e P. Claisse, em o Novo Tratado de Medicina, Capitulo — Bronchites, depois de citar numerosos trabalhos posteriores ao de Lucas-Championnière, relata um caso em que, não descobrindo agentes microbianos nas pseudo-membranas de antiga formação, o exame microscopico revelou-lhe a presença de estreptococos nas membranas novas.

Seguidamente ao pequeno resumo historico do estudo da bronchite pseudo-membranosa chronica que deixo esboçado, passo a occupar-me da etiologia, se bem que seja ainda hoje um ponto obscuro que carece de muito estudo e observações para ser satisfatoriamente esclarecido.

Etiologia

A bronchite pseudo-membranosa chronica parece depender inteiramente de causas predisponentes, porisso que, como causa determinante, só o frio exerce uma influencia nitida sobre o seu desenvolvimento.

Não determinando a idade predisposições particulares para a bronchite pseudo-membranosa chronica, ella é todavia rara na infancia e observa-se com mais frequencia nos adultos e nos velhos.

A' semelhança do que succede com a maioria das doenças do aparelho respiratorio, os individuos do sexo masculino são attingidos em muito maior numero.

Em opposição ás outras formas de bronchite, a que as classes pobres e operarias pagam um mais pesado tributo, a bronchite pseudo-membranosa chronica não escolhe classe, nem tão pouco respeita os meios de fortuna — o que justifica a asserção anterior relativa a causas predisponentes, como seja a constituição particular de cada individuo.

A hereditariiedade, quer directa quer indirectamente, pode ser invocada para explicar o desenvolvimento da bronchite pseudo-membranosa chronica.

Por vezes se encontra nos ascendentes ou collateraes dos doentes diversas formas de bronchite e nomeadamente a tuberculose, transmittindo a predisposição para as doenças do aparelho respiratorio.

Desempenhando a constituição individual o principal papel na predisposição para a bronchite pseudo-membra-

nosa chronica, deve collocar-se em primeiro plano o arthritismo — e é sobre este ponto que parece não haver grandes divergencias de opinião.

Os doentes portadores de bronchite pseudo-membranosa chronica, na sua maioria, são habitualmente pouco sádios, sensíveis ao frio e tosem ao menor desequilibrio de temperatura ou humidade: uns denunciam mesmo um certo grau de bronchite chronica, ou emphysema; outros, posto que longe de serem assaltados pela tuberculose, apresentam no entanto parte da symptomatologia d'esta gravissima doença, chegando a ter verdadeiras hemoptyses.

O emmagracimento, a dyspnêa, a gravidade do estado geral, puderam já por vezes conduzir ao diagnostico de tuberculose, até ao momento em que o levantamento das forças, da saúde, fez vêr que só a bronchite pseudo-membranosa era a causa de todas as perturbações.

Se bem que sejam estas as condições etiologicas que, na generalidade, presidem ao desenvolvimento da bronchite pseudo-membranosa chronica, forçoso é reconhecer a existencia de casos em que não é possível encontrar alguma influencia particular nos antecedentes do doente; é, com effeito, em meio d'um estado hygido completo que se dá a eclosão da doença, sem que seja possível assignalar qualquer causa predisponente.

Talvez um exame minucioso do doente, feito mais particularmente n'este sentido, revelasse na familia manifestações da diathese arthritica, ou symptomas de affecções chronicas do aparelho respiratorio; mas infelizmente as observações colhidas são d'uma tal exiguidade de detalhes que não permitem estabelecer relações familiares.

Como já disse, admitte-se o frio como causa occazional da bronchite pseudo-membranosa chronica; é effectivamente a unica causa d'este genero que pode invocar-se e, ainda assim, como agente indirecto, provocando uma bronchite cuja forma só pode ser determinada pela predisposição do individuo.

Um caso unico apparece em que a inspiração de vapores muito quentes determinou a formação de pseudo-

membranas nos bronchios; mas tão incompleta é a descrição, que mais acertado será collocar-a entre as bronchites de forma aguda, por falta de elementos etiologicos.

Apenas na tuberculose pulmonar, cuja forma não foi sufficientemente estabelecida, se observa a bronchite pseudo-membranosa chronica symptomatica, e as condições do seu desenvolvimento parece não differirem das mencionadas para a forma essencial.

Hybre (Paris, 1876) defendeu a sua these inaugural sobre um caso de diphteria chronica, apyretica, fornecido por Barthez, em que o doente expectorou pseudo-membranas durante dez semanas, muito tempo depois de retirada a canula da tracheotomia; mas é tão raro o facto e distingue-se tão nitidamente da bronchite pseudo-membranosa chronica que a confusão se torna impossivel.

Relativamente a uma supposta predisposição conferida por certas propriedades humoraes, P. Claisse (1910) cita uma observação de Bruhl em que se notou a existencia d'uma bronchite pseudo-membranosa e d'uma dysmenorrhêa da mesma natureza.

E, formulando varias interrogações sobre se a bronchite pseudo-membranosa pode ser rigorosamente primitiva, apparecer na auzencia de toda a lesão anterior e, admittindo que um exsudato coagulado não póde (como o demonstrou Weigert) produzir-se nas vias aereas sem previa alteração do epithelio, se esta alteração basta para preparar o terreno, o mesmo Claisse se encarrega de responder: — «não pode resolver-se na hora actual este problema pathogenico.»

E conclue:

«Este grupo de bronchites membranosas essenciaes não é, em summa, senão um quadro registador destinado a reunir os casos cuja etiologia fica mysteriosa.»

Se outros motivos não houvesse, estas auctorisadas palavras bastariam para justificar a oportunidade do meu trabalho, embora na observação que apresento haja lacunas que já não posso encher.

Anatomia pathologica
Histologia e Bacteriologia

As lesões bronchicas, nas poucas autopsias publicadas, ou são defficientemente descriptas ou não são mencionadas, talvez por nada apresentarem de caracteristico.

Apenas se encontram assinalados o rubor e o espessamento da mucosa, espessamento este sufficientemente pronunciado para poder produzir a diminuição do calibre do bronchio.

Histologicamente nada encontrei que pudesse fornecer-me alguns conhecimentos, o que me levou á convicção de que tão importante estudo se encontra ainda por fazer.

Foi sobre as pseudo-membranas que recahiu a attenção dos anatomopathologistas, histologistas e bacteriologistas, e d'ellas vou fazer a descripção tão completa quanto m'o permittirem as obras mencionadas nos capitulos anteriores.

As pseudo-membranas localisam-se na trachêa e nos bronchios, parecendo ter preferencia pelas subdivisões bronchicas a partir da terceira e quarta ordens, formam uma producção arborescente que se prolonga até aos alveolos pulmonares e tomam exactamente a forma dos bronchios formando quasi verdadeiros moldes.

As pseudo-membranas expectoradas têm dimensões variadissimas que vão desde os pequenos fragmentos até ás arborescencias superiores a dez centimetros.

No momento da sua expulsão apresentam-se geralmente brancas ou levemente rosadas. A sua superficie,

cheia de anfractuosidades, revela as desigualdades da mucosa bronchica, d'onde se destacam.

Umas vezes apenas se divisam pequenas partes d'um revestimento bronchico, fragmentadas, sem forma, semelhantes á clara do ovo, cinzentas ou escuras; outras vezes apparecem em quantidade consideravel, formando blocos despedaçados a fluctuar em abundante muco.

Para se lhes ver a forma arborescente e sobretudo as finas extremidades é necessario agital-as na agua.

A' simples inspecção, verifica-se que as pseudo-membranas de maior volume são constituídas por uma substancia molle, disposta em folhetos concentricos que se separam com relativa facilidade.

Este aspecto estractificado nota-se mais particularmente á periphèria do cylindro membranoso, ao passo que o centro parece formado de blocos e tractos membranosos de varias formas.

Se n'alguns dos cylindros se precisa bem a forma canaliculada, com luz central, na maioria dos casos os mesmos cylindros são cheios.

Não sendo bem determinadas as condições em que se produz esta differença, parece, comtudo, que só as membranas desenvolvidas nos bronchios de maior calibre offerecem a disposição canaliculada.

E' certo que alguns dos cylindros, apparentemente cheios, permitem a introduccão d'um estylete, mas não deve esquecer-se a constituição molle e disposição lamelar para explicar o facto.

Posto que não seja geralmente admittida, a não ser para um numero restricto de casos de bronchite que muito bem poderiam collocar-se ao lado das hemorragias, citarei a opinião de Laennec, acceite por Rillet e Barthez, sobre a natureza histologica das pseudo-membranas.

Para Laennec, excepto nos casos em que a doença é da mesma natureza da bronchite aguda, «as concreções são de natureza fibrinosa e resultam da transformação d'um coagulo. Reabsorvida a parte liquida, não restaria mais que a parte fibrinosa que, progressivamente desco-

rada e tapetando o interior dos bronchios, acabaria por lhes tomar a forma.»

Os observadores que antes de 1876 fizeram a analyse histologica das pseudo-membranas, consideram-nas muito semelhantes ás do croup, constituídas per fibrina e albumina em proporções variaveis, e contendo cellulas granulosas, globulos brancos, cellulas epitheliaes, etc. Grancher, fazendo, para o trabalho de Championnière, um exame comparativo das pseudo-membranas do croup e das da bronchite, chegou a um resultado differente, como pode ver-se:

«Ao exame histologico, um dos folhetos ou um fragmento das massas centraes da pseudo-membrana bronchica é unicamente constituido por uma substancia semi-transparente, muito finamente granulosa, contendo aqui e alli, com alguns leucocytos, gotticulas finas de mucina e tractos da mesma substancia. Em nenhum ponto se nota a apparencia reticulada das substancias fibrinosas, mas sim o aspecto uniforme e quasi hyalino das materias mucosas e albuminoides.

Esta substancia córa-se facilmente pelo carmim e resiste á acção do acido acetico. Apoz o endurecimento no alcool absoluto, o estudo dos cortes córados pelo picro-carminato e mergulhados em glycerina reproduz, em alguns pontos pelo menos, a apparencia das camadas concentricas, tão facéis de distinguir no estado fresco.

O conjuncto do corte mostra que esta pseudo-membrana está longe de ter uma estrutura uniforme em toda a sua espessura. A materia corante fixa-se de preferencia ora sobre as laminas de substancia, ora sobre blocos irregulares que reproduzem mais ou menos fielmente o aspecto de moldes glandulares. Alem d'isso a pseudo-membrana ficou incolor, e os aspectos mais variados são o resultado das combinações das laminas ou tractos córados e das massas não córadas.

Com grande ampliação, encontra-se o aspecto, já notado no estado fresco, d'uma substancia muita refringente, granulosa, sem fibrillação, contendo aqui e alli leucocytos

ou gotticulas de mucina de diferentes volumes. Nas porções de substancia que se coram pelo carmim, encontra-se a mesma apparencia granulosa e os mesmos leucocyts, mas estes em numero muito mais consideravel. Todavia não é a elles que deve attribuir-se a coloração especial de certas partes da pseudo-membrana; é a propria substancia fundamental que se cõra n'alguns pontos ficando incolor nos pontos visinhos, e apresenta n'estes diferentes pontos a mesma constituição finamente granulosa, sem outra estrutura.

Se fosse permittida uma interpretação d'estas apparencias singulares, poder-se-hia dizer que se trata de pseudo-membranas compostas d'uma substancia muco-albuminosa, e que as disposições em lamina, em dedo de luva e mesmo tubolosas, encontradas nos diversos pontos do corte, são devidas a moldes glandulares lançados na luz do bronchio e englobados por outras secreções mucosas, formando o conjuncto uma especie de rolha capaz de obstruir completamente o canal.

O exame comparativo d'uma pseudo-membrana diphtherica colhida no cadaver e tratada pelos mesmos reagentes, mostra bem que existem importantes differenças entre as duas pseudo-membranas.

Esta ultima é formada em toda a sua espessura de camadas mais ou menos extractificadas. São faxas d'uma substancia amorpha, faxas muito finas, muito numerosas, ligadas e anastomosadas entre si, semeadas assaz regularmente de leucocyts e de cellulas achatadas, provavelmente de natureza epithelial. Uma solução diluida de acido acetico intumescceu esta pseudo-membrana sem a destruir. As cellulas cõraram de vermelho e a substancia do reticulo extractificado de amarello. Em uma palavra, é uma membrana formada d'uma substancia fibrino-albuminosa, disposta em laminas ao mesmo tempo reticuladas e extractificadas, englobando leucocyts e provavelmente cellulas epitheliaes. O seu character principal e especial, comparando-a á outra pseudo-membrana, é não somente a differença de composição da substancia que a constitue, mas tambem e sobre-

tudo a disposição regular d'esta substancia, da qual todos os planos têm a mesma estrutura, o mesmo aspecto, não lembrando em nada o que na outra pseudo-membrana pode ser considerado como exsudatos desenvolvidos nas glandulas e lançados para fóra. O aspecto é inteiramente differente, e os contornos irregulares que se observam na preparação das pseudo-membranas bronchicas contrastam d'uma maneira notavel com a regularidade de estrutura da membrana diphtherica.»

Collet (1907) diz que as pseudo-membranas «são ordinariamente formadas de fibrina, ou de muco e d'albúmina. Algumas vezes contêm muita gordura ou são mesmo absolutamente gordurosas (Model) realisando uma verdadeira chylorrhêa bronchica. O seu stroma delimita espaços regulares contendo cellulas descamadas do epithelio bronchico ou pulmonar, cristaes de Charcot-Leyden e cellulas eosinophilas.

Claisse (1910) referindo-se á histologia da bronchite pseudo-membranosa chronica, escreve:

Nos cortes vê-se que estas membranas são formadas d'um stroma e de cellulas. O stroma é um tecido amorpho cuja disposição varia com a porção da membrana examinada. Nos blocos de grande e medio calibre, é formado de lamellas concentricas anastomosadas. A' medida que diminue a dimensão da membrana, o stroma torna-se menos importante.

Nas finas ramificações constata-se um grande predomínio de elementos figurados. As cellulas apparecem muito numerosas, sobretudo quando se empregam corantes energicos, como a thionina, capazes de pôrem em evidencia os elementos degenerados que são os mais numerosos.

As cellulas epitheliaes ainda reconheciveis, apenas se encontram em muito limitado numero; e mesmo, estas só são visiveis á peripheria do ramo ou nas suas mais finas divisões, isto é, ao nivel das coagulações recentes.

E' difficil emmittir opinião sobre a natureza chimica d'uma substancia albuminoide coagulada.

Todavia, segundo a maneira como o exsudato se com-

porta em presença do alcool, saes neutros, acidos acetico e cholorhydrico, pode constatar-se que os seus caracteres são os da fibrina coagulada. Apesar de tudo, esta composição chimica não é absolutamente fixa.

Encontra-se ás vezes uma notavel proporção de gordura.»

As analyses bacteriologicas faltam quasi completamente, o que pode talvez explicar-se não só por ser relativamente rara a forma chronica da bronchite pseudo-membranosa, mas tambem porque os microbios são menos numerosos e, portanto, de mais difficil descoberta.

Alem disso as pseudo-membranas sendo de antiga formação podem, consequentemente, encontrar-se privadas de bacterias por terem sido mortos ou destruidos os germens pathogenicos.

E' por isso que Griffon encôntrou o pneumococo e Claisse o estreptococo apenas nos exsudatos que pareciam de formação recente.

Em 1899, Devillers e Renon descobriram o *Aspergillus Fumigatus* e Lichtenstein encontrou, n'um caso, bacillos semelhantes aos de Koch cuja inoculação deu resultados negativos, exactamente como succedeu com a variada flora microbiana, de pouca virulencia, que sendo inoculada na trachêa nunca produziu a bronchite pseudo-membranosa, cujo contagio ainda não foi provado por facto clinico algum (Collet, 1907).

Procedendo á analyse bacteriologica da expectoração do meu doente, antes de haver constatado a expulsão de pseudo-membranas, no Laboratorio Nobre da Escola Medico-Cirurgica do Porto, encontrei:

Leucocyts em grande quantidade, cellulas epitheliaes pavimentosas, tetragene, pneumococos e globulos rubros deformados.

A expectoração de aspecto sanguineo e purulento requisitei-a com o fim principal de descobrir o bacillo de

Koch que não consegui encontrar em dezenas de preparações.

Em summa, não pode dos factos observados tirar-se uma conclusão geral.

É necessario, portanto, aguardar novos documentos cuidadosamente elaborados e orientados no sentido de se fazer luz sobre este ponto obscuro.

Symptomatologia

Segundo o character que toma, a bronchite pseudo-membranosa chronica, no seu primeiro periodo, dá logar a symptomas differentes.

Casos ha em que os doentes são attingidos de bronchite aguda mais ou menos grave, e começam logo a expectorar pseudo-membranas;—persistindo a expectoração a doença passa ao estado chronico.

Outras vezes, ainda a bronchite aguda abre a scena mas falta a expectoração caracteristica, produzindo-se muito mais tarde para se tornar persistente, como apparece relatado por Lasserre (1849).

Póde succeder tambem que a bronchite seja inicialmente chronica e a appareção das membranas contemporanea das primeiras expectorações; mas em geral, é no decurso d'uma bronchite chronica mais ou menos antiga que sobreveem os primeiros symptomas.

Constituida a doença, qualquer que seja o seu modo inicial é geralmente por accessos que ella procede.

Championnière faz a seguinte descripção:

«Os doentes são tomados d'uma forte oppressão acompanhada muitas vezes de dôr infraesternal, depois d'uma tosse violenta, algumas vezes convulsiva, que pode prolongar-se durante varias horas sob a forma de accessos quasi continuos, sem haver outra expectoração que não seja de mucosidades filantes, viscosas, em quantidade consideravel. E' depois d'estes grandes e prolongados esforços que se destacam as pseudo-membranas, apresentando-se ora sob a

forma de fragmentos isolados, ora sob a de novelos ligeiramente tintos de sangue, que se não desenrolam senão depois de mergulhados em agua, e que, por esta razão, em muitos casos têm naturalmente passado despercebidos; outras vezes são arvores bronchicas completas, muito facéis de reconhecer e que se apresentam desde o principio da doença.

O aspecto das pseudo-membranas varia não sómente na forma como tambem na sua coloração. Uma vez são perfeitamente brancas e não offerecem vestigio de coloração sanguinea; outras vezes, que é na maioria dos casos, apresentam uma leve côr rosea, devida á presença d'uma pequena quantidade de sangue; enfim em certos casos são acompanhadas d'uma hemoptyse extremamente abundante e é então que ellas podem escapar á attenção do medico ou do doente.

Estas hemoptyses são tanto mais para considerar, quanto é certo que ellas podem fazer suspeitar d'um principio de tuberculose pulmonar.

N'uma observação de Chvostek, apparece um homem escarrando sangue de tempos a tempos e que de repente, quasi sem esforços de tosse, deita uma enorme quantidade; continua ainda escarrando sangue durante varios dias, e é então que examinando cuidadosamente este sangue, o auctor ali encontra falsas membranas facéis de ver quando as lança em agua.

As hemoptyses assim abundantes, acompanhando a expectoração de pseudo-membranas, são muito raras, mas têm-se assignalado muitas vezes pequenos escarros sanguineos que parecem indicar uma congestão pulmonar, muito intensa no momento em que se faz esta expulsão.

Porem, terminada a expectoração, o doente experimenta um bem-estar que não é perfeito senão quando sente que os seus bronchios estão completamente desembarracados do producto de nova formação.

Se, pelo contrario, ainda ficam pseudo-membranas, a tosse persiste durante muito tempo com custosos esforços de expulsão, mesmo algumas vezes durante varios dias.

A dyspnêa excessiva que caracteriza estes accessos pode ser bastante intensa para matar o doente antes que este tenha tido força ou tempo para expulsar a falsa membrana; mas este facto não pode ser admittido senão para individuos já muito enfraquecidos, ou então ainda no caso em que a pseudo-membrana occupa uma grande parte da arvore respiratoria. Diversas causas actuam provavelmente ao mesmo tempo para determinar esta dyspnêa; primeira-mente é a enorme hypersecreção bronchica que accompanha estes accessos, hypersecreção que pode encher varios escarradôres em algumas horas; depois, do lado da pseudo-membrana, o obstaculo que ella traz á acção do ar n'uma porção mais ou menos consideravel do pulmão. Pode mesmo succeder que deslocando-se esta pseudo-membrana, sob uma influencia qualquer, como a do esforço da tosse, venha fixar-se n'um ponto dos bronchios mais elevado do que aquelle que occupava, impedindo assim a entrada do ar n'uma parte do pulmão muito mais consideravel do que aquelle que poderia fazer suspeitar o seu calibre.

Ha casos, com effeito, em que a dyspnêa só tem começado a sentir-se depois dos accessos de tosse, ou então têm-se succedido a excitações variaveis ou a esforços violentos susceptiveis de produzir o deslocamento.

A experiencia spirometrica seguinte feita por Spoeth e citada por Lebert, dá a indicação exacta do segmento do pulmão que se encontrou subtrahido á penetração do ar, durante um accesso de dyspnêa produzido n'um homem attingido de bronchite pseudo-membranosa. Este observador constatou que n'um doente a capacidade pulmonar antes da expectoração membranosa era de 1317 centimetros cubicos; depois da expulsão das membranas chegou a 1875 o que dá uma differença de 358 centimetros cubicos em detrimento da respiração.

Suppondo que uma inspiração faz penetrar no pulmão somente 500 centimetros cubicos, pode-se calcular o incommodo trazido a esta funcção, sobretudo quando esta supressão se produz bastante rapidamente. Uma ultima

causa pode ter uma influencia consideravel sobre a produção da dyspnêa, é a congestão pulmonar que se produz muitas vezes n'este momento, congestão bastante intensa para determinar hemoptyses consideraveis.

Quando se tem completado a expulsão das pseudo-membranas, a dyspnêa cessa immediatamente, o doente pode retomar as suas occupações, e fica então n'esta situação perfeitamente calma durante um tempo indeterminado, muitas vezes bastante longo, até que sobrevenha um novo accesso.

Resta-nos agora estudar alguns dos symptomas que se produzem todavia d'uma maneira muito variavel no momento em que sobrevêm os accessos de dyspnêa.

A febre, observada em alguns casos, acompanha raramente os accessos, e quando existe é geralmente de mediocre intensidade. No caso que observamos na clinica de M. Jaccoud, a temperatura tomada de manhã e á tarde durante mais de trez mezes nunca passou de 37,5 a 37,8 não se tendo manifestado a febre nem no momento dos accessos, nem nos periodos durante os quaes se fazia o trabalho de formação das pseudo-membranas.

Os signaes de auscultação durante os accessos apresentam muito menos importancia do que se poderia julgar ao principio; nós insistiremos n'elles sobretudo a proposito do diagnostico, não desejando n'este momento senão indicál'os.

Entre elles, a ausencia ou simplesmente o enfraquecimento do murmurio vesicular, n'uma porção mais ou menos extensa do pulmão, é aquelle que tem sido assignalado mais vezes, se bem que este signal seja ainda bastante raro relativamente ao numero dos casos observados; o facto era porém bem nitido, na observação d'Andral, observação na qual se vê que o ruido respiratorio tinha desaparecido completamente no pulmão direito.

Outras vezes, é n'uma parte muito menos extensa do pulmão, principalmente no vertice, que o desaparecimento do murmurio vesicular se tem constatado; mas estes são factos que se pôdem considerar como excepçoes e é na

maioria das vezes muito difficil de circunscrever, pela auscultação, uma porção do pulmão em que a obstrucção dos bronchios impede a penetração do ar.

Fora dos signaes que devem ser relacionados com a bronchite e outras lesões pulmonares concomitantes, ha dois que merecem ser referidos em virtude da sua raridade. Um é indicado n'uma observação de Hyde Salter; é um ruido de rala crepitante, typo da pneumonia, constatado abaixo da clavicula direita, n'um ponto muito limitado do pulmão, e notavel pela sua persistencia durante annos n'um mesmo sitio, ao mesmo tempo que a bronchite pseudo-membranosa á existencia da qual elle parecia ligado. O auctor que descreve este phenomeno stethoscopico faz d'elle o ponto de partida d'uma theoria de rala crepitante da pneumonia, theoria sobre a qual nós não temos de insistir aqui. O outro signal de que queremos fallar é o que se tem designado sob o nome de *ruido de bandeira*, e que é indicado geralmente como encontrando-se na bronchite pseudo-membranosa; ora em todas as observações que recolhemos, não obstante as occasiões multiplas em que se teve de auscultar doentes, pois que os acessos se reproduziam muito frequentemente, este signal foi constatado simplesmente uma vez.

Vê-se pois que entre os symptomas da forma de bronchite que nos occupa, a sua importancia é completamente accessoria.

A percussão dá resultados muito differentes tambem, segundo os casos.

A sonoridade, muitas vezes, não se modifica, emquanto que em outros casos pode-se observar todas as variedades, desde o tympanismo até á bacidez completa.

As condições em que se preparam os acessos que devem terminar pela expectoração membranosa são muito variaveis segundo os individuos. N'um grande numero de casos estas condições são de difficil apreensão; é muitas vezes quasi periodicamente, com intervallos mais ou menos approximados, que se faz a expulsão das falsas membranas,

e o processo da sua formação não parece estar na dependencia de circumstancias anteriores.

Outras vezes, pelo contrario, o frio e a humidade têm uma influencia quasi infallivel sobre o accesso, como se pode vêr na observação de Juller e na de Trousseau. N'esta ultima o doente tinha resolvido, para evitar os accidentes, confinar-se quasi completamente no seu quarto durante a estação fria. Emfim observa-se muitas vezes recrudescencia de bronchite precedendo de alguns dias os accessos. N'estes casos parece natural attribuir á propria bronchite uma influencia sobre a producção das falsas membranas que, pela sua presença, serão a origem dos accessos. Antes do apparecimento d'estes, os doentes têm muitas vezes um incommodo respiratorio e de anciedade notaveis; sentem perfeitamente que os bronchios são obstruidos e que a expectoração os deve alliviar; este sentimento, acompanhado de dores thoraxicas bastante intensas, persiste enquanto os bronchios não ficam completamente desembaraçados. O doente que faz o assumpto da nossa observação predizia assim muitas vezes á tarde um accesso para o dia seguinte; com effeito, era de manhã, muito cedo, que se produziam habitualmente estes accessos, renovando-se em seguida com intervallos muito variaveis.

Todavia a doença não procede necessariamente por accessos. Certos individuos não apresentam em nenhum momento esta oppressão, esta dyspnêa extrema que se observa n'aquelles de que acabamos de fallar.

Pelo contrario, ficam quasi na situação de doentes attingidos de bronchite chronica simples, tossindo um pouco, e na expectoração encontram-se detrictos membranosos que umas vezes representam bem moldes bronchicos, outros, e é o caso mais frequente, são muito incompletos e por consequencia difficeis de reconhecer.

E' provavel que n'este caso o producto menos solido, menos constante, não attinja um volume bastante consideravel para obliterar um bronchio importante antes da sua expulsão. Estas duas fórmas, além d'isso, não são ex-

clusivas uma da outra e na nossa observação póde-se vêr que o doente as apresentou alternativamente».

Referindo-se ao estado de saude geral dos individuos attingidos de bronchite pseudo-membranosa chronica, continua Championnière:

«Se é verdade que alguns são de constituição robusta e parecem pouco gravemente attingidos, é forçoso reconhecer que constituem o menor numero; na maioria, são individuos de saude delicada, magros, debilitados e offerecendo muitas vezes mesmo um aspecto quasi cachetico. Este estado cachetico junto ás perturbações frequentes da circulação consecutivas á dyspnêa, deve ser invocado para explicar um symptoma assignalado em muitas observações — o oedema dos membros inferiores: este oedema, aliás pouco consideravel, muitas vezes persiste por muito tempo, mesmo quando a respiração parece quasi normal, só se vendo desaparecer quando melhora o estado geral».

Evolução e prognostico

Excepto nos casos em que a doença principia bruscamente, é quasi sempre difficilimo precisar de quando data a apparição dos productos membranosos.

Antes de estes se reconhecerem nos escarros ou moldes bronchios caracteristicos, os doentes apresentam, na maioria dos casos, symptomas de bronchite chronica ou emphysema pulmonar. Verificada a existencia da bronchite pseudo-membranosa chronica, ainda resta ver como ella se comporta differentemente segundo os individuos.

Uns parece que soffrem mediocrementemente e continuam a expectorar pseudo-membranas durante annos consecutivos, sem serem obrigados a suspender as suas occupaões habituaes.

Outros, em que a doença toma uma fórma mais séria, manifestando-se por accessos de duração indeterminada, são forçados a conservar-se de cama durante muito tempo, n'uma situação penosissima. Os intervallos dos accessos vão de alguns mezes a muitos annos.

Pode admittir-se, n'este ultimo caso que a doença esteve curada durante um certo tempo, mas ficou no individuo uma predisposição especial que se traduz pela producção de falsas membranas, todas as vezes que os bronchios se inflamam.

O estado geral dos doentes portadores de bronchite pseudo-membranosa chronica agrava-se quando a evolução é continua, obrigando-os a não sahir de casa e collocando-os em quasi constante soffrimento de dyspnêa: perdem

o appetite, emmagrecem, vêem diminuir as forças pouco a pouco e apresentam um aspecto verdadeiramente cachectico; o oedema, a principio malleolar, progride e os doentes cahem n'um estado de completa emaciação, podendo sobrevir a morte.

Por vezes a morte põe rapidamente termo a uma dyspnêa sempre crescente ou a um accesso violento de suffocação; e casos ha em que a morte não deixa ao doente tempo para expectorar uma unica pseudo-membrana, sendo a doença reconhecida pela autopsia.

«A marcha lenta e irregular da doença, diz Championnière, não permite estabelecer d'uma maneira util a duração media. Basta saber que a duração o mais das vezes observada varia de algumas semanas a varios mezes.

Mas tem-se visto frequentemente persistir durante um ou dois annos e até n'um caso attingir quatorze annos. E' certo que se tratava aqui antes de recidivas frequentes durante este lapso de tempo que d'uma doença verdadeiramente continua, emquanto que os numeros de sete e onze annos mesmo têm sido observados durante os quaes a expectoração pseudo-membronosa se fazia quasi continuamente.

E' tão difficil fixar a frequencia relativa dos modos de terminação da bronchitè pseudo-membranosa como estabelecer-lhe a duração. Fazendo o relato das observações que temos apresentado, vê-se que, sobre os trinta e seis casos que se podem collocar na bronchite essencial, a morte não sobreveio senão quatro vezes, o que dá uma mortalidade relativamente fraca; é alem d'isso quasi a mesma proporção encontrada por Lebert, que constatou trez mortes em vinte e sete casos.

Mas se se tem em conta que entre as observações em bom numero são tomadas no periodo estacionario da doença, que em muitos outros os doentes considerados como curados ficam sempre sob o perigo d'uma recidiva mais ou menos proxima, vê-se que este resultado não tem senão uma mediocre importancia, e que é impossivel fixar

um numero que indique em que medida se pode contar com a cura, ou temer a terminação pela morte.»

Eguae considerações poderiam ser feitas a proposito do prognostico.

Com effeito, este depende sobretudo da forma da bronchite; e comprehende-se bem que os doentes, cujas pseudo-membranas solidas, difficeis de expulsar, invadiram a arvore bronchica até ás mais estreitas subdivisões estas jam expostas as suffocações mais graves.

Se a expectoração arrasta pequenos fragmentos e a doença é limitada aos bronchios de pequeno calibre, o prognostico, posto que pareça implicar um estado geral mais grave, não differe grandemente do da bronchite chronica ordinaria.

O prognostico da bronchite symptomatica torna-se extremamente sombrio com a producção dos pseudo-membranas; esta forma de bronchite complica a tuberculose, agrava-a e conduz em breve á morte.

N'este caso a expulsão de pseudo-membranas tem sido acompanhada de hemoptyses.

Diagnosticco

O diagnosticco da bronchite pseudo-membranosa chronica baseia-se quasi exclusivamente no exame da expectoração, pois que quando esta não é característica, difficilimo se torna, se não impossivel, encontrar outros signaes que a substituam.

Em todo o caso é util encarar particularmente os factos segundo se constata ou não a presença de expectoração membranosa.

Quando não se observam pseudo-membranas na expectoração, os symptomas funcçionaes não podem conduzir a um diagnosticco seguro.

Os phenomenos de bronchite chronica, a dyspnêa habitual, os accessos de suffocação, encontram-se frequentemente nas lesões bronchicas ou pulmonares e, observados isoladamente, nada têm de caracteristico.

Adquirem, porem, importancia quando se lhes juntam certos phenomenos d'auscultação, como a auzencia do murmurio respiratorio n'uma certa extensão pulmonar.

Este symptoma bem nitido junto á dyspnêa, aos accessos de suffocação e á sonoridade á percussão, podem já auctorisar o diagnosticco de obstrucção bronchica.

N'uma observação de Andral «um homem attingido de bronchite chronica com expectoração abundante e ligeira dyspnêa, foi tomado em plena noite d'um violento accesso de suffocação.

No dia seguinte reconheceu-se que o ar não penetrava na quasi totalidade do pulmão—o murmurio respiratorio

havia desaparecido, ouvindo-se apenas longinquamente uma rala bronchica. Não obstante, a sonoridade á percussão continuava a ser perfeita. A morte sobreveio no mesmo dia; e á autopsia encontrou-se uma concreção polypiforme desenvolvida no bronchio principal do lobulo direito, que obstruia, e ramificada nos bronchios visinhos.

D'este facto conclue Andral que se deve suspeitar da obstrucção brónchica, todas as vezes que uma consideravel dyspnêa sobrevier bruscamente, em meio d'uma bronchite simples, continuando a percussão a dar um som nitido, na região em que deixa de ser servido o murmurio vesicular.

A obstrucção bronchica produzida por uma massa de muco póde dar logar aos mesmos phenomenos e chegar a fazer suppor a existencia de emphysema.

Entre outros signaes estethoscopicos, de menor importancia por incertos, encontra-se o *ruido de bandeira* que deveria ser pathognomónico.

Um outro symptoma de pouco valor, por ser rarissimo, é a rala crepitante fina que se ouve no vertice direito.

Em presença d'estes phenomenos, o diagnostico torna-se difficil, se não impossivel.

Só o exame da expectoração poderá revelar a natureza da doença.

Por vezes as membranas fragmentadas, mesmo agitadas na agua, deixam duvidas sobre a sua proveniencia.

Assim é que a sua abundancia e o seu aspecto, comparavel a fragmentos de toenia, podem fazer pensar n'um kysto hydatico do pulmão e pode succeder tambem a reciproca, como observa Siredey.

Em casos de expectoração acompanhada de hemoptyses as pseudo-membranas passarão facilmente despercebidos se se não examinar cuidadosamente o sangue derramado.

Em resumo, póde dizer-se que o diagnostico da bronchite pseudo-membranosa chronica depende quasi exclusivamente do rigoroso exame dos productos expectorados.

Tratamento

Da variedade extrema de medicamentos empregados para combater a bronchite pseudo-membranosa chronica, a maior parte das vezes sem resultados satisfatorios, devem destacar-se como exercendo influencia benefica sobre a doença — o iodeto de potassio, o mercurio, o alcatrão e os seus derivados, terpina e creosota.

Observação

A. P. M. casado, 38 annos, natural de Folgoza, concelho de Castro Daire, districto de Vizeu, proprietario, exercendo accidentalmente proffissões diversas — marceneiro, entalhador, dourador, photographo, etc.

Antecedentes hereditarios. — O pae, victimado por uma pleurisia, aos 55 annos, soffria de bronchite chronica antiga. Apesar do extremo cuidado com as correntes d'ar e variações de temperatura e humidade, a bronchite recrudescia de tempos a tempos. Expectoracão constante e por vezes abundantissima. Enrouquecia facilmente e teve duas pneumonias.

Um tio, morto aos 52 annos, de enterite tuberculose, soffreu muito tempo do estomago.

A mãe, 69 annos, ha 20 que tem tosse, dyspnêa, expectoracão abundante e sanguinea.

De tempos a tempos, hemoptyses calculadas em mais de um litro de sangue, apoz as quaes ficava de cama, immensamente fraca. Apesar de variados tratamentos as hemoptyses repetiam-se. Quando se suspendia a expectoracão sanguinea, augmentava consideravelmente de pezo. Dôres lombares, infra-esternaes e cephalalgias.

Como phenomeno precursor das hemoptyses appareciam-lhe, dias antes, manchas avermelhadas e rôxas na pelle, manchas que descoravam á pressão e mudavam constantemente de situação.

O filho mais velho, 19 annos, de thorax pouco desenvolvido, fraco, teve algumas vezes dyspnêa e expectoracão sanguinea.

A filha immediata, apesar de aparentemente robusta, é sujeita a bronchites frequentes com rouquidão e expectoração abundante.

Antecedentes pessoas e historia da doença. — Conta o doente:

Até aos 12 annos teve variola discreta, apesar de vacinado.

Poucos mezes depois adoeceu gravemente com sarampo.

Aos 12 annos foi um dos attingidos pela epidemia de febres typhoides que grassou na sua aldeia. Porque delirou, pouco se recorda do que então se passou. Apenas sabe que passados tres mezes lhe cahiram as unhas e o cabelo.

Casou aos 17 annos e aos 22 principiou a soffrer d'uma dyspepsia flatulenta que cedeu ao tratamento, no fim de seis annos.

Desde que se recorda expectorou sempre abundantemente, apparecendo-lhe de manhã escarros sanguineos, que attribuiu á doença do estomago, mas que persistiram depois d'aquella doença ser curada.

Em principios de maio de 1907, quando dourava uns altares na povoação de Fareginhas, os escarros sanguineos começaram a ser mais frequentes, mesmo durante o dia. De então por diante *constipava-se* com facilidade.

Se bem se recorda, já em novembro de 1906, andando a dourar uns altares em Mamouros, se *constipou*, porque o ar da igreja era muito frio e humido.

Expectoração sanguinea durante todo o mez de maio de 1907. Pouca tosse e essa mesma era provocada pelo embaraço que lhe occasionavam as secreções bronchicas e pulmonares.

Em junho, fraqueza, pouco appetite, expectoração sanguinea — e uma *grande constipação* que o obrigou a ficar na cama.

Depois de recorrer á medicina, ingeriu glycerophosphatos, opiaceos, ferruginosos etc. que não deram resultado.

A doença progredia, a dyspnêa accentuava-se e appareciam suores frios.

Em 22, tintura d'iodo, ergotina, opiaceos — sem resultado.

Em 6 de julho, nova viagem para consultar medicos.

A analyse do escarro revelou a presença de pneumococos.

A expectoração sanguinea cedeu á ergotina, para voltar pouco depois. Fricções de tintura de mostarda no thorax fizeram diminuir a dyspnêa e voltar o appetite.

N'esta altura as *constipações* succediam-se quasi sem intervallos, o appetite desapareceu, a fraqueza era enorme e augmentava a quantidade de sangue e a tosse que cedia á heroína. Dôres thoraxicas. Parecia-lhe que sentia em parte dos pulmões «uma certa pressão» pouco incommoda.

Em meados de setembro teve uma hemoptyse, talvez meio litro, consecutiva a um violento accesso de tosse e ficou de cama. Em 3 de outubro, nova hemoptyse ainda mais abundante, que attribuiu a uma *constipação* — tosse violenta, dyspnêa, fraqueza, anorexia e auzencia de paladar. A ergotina surtiu effeito e as cataplasmas de mostarda e linhaça diminuíram a dyspnêa. Tambem foi empregada com resultado a adrenalina.

Embora suspensas as hemorragias, desde que houvesse relações sexuaes, voltavam de novo, até com a simples erecção.

Foi para o Sanatório da Guarda onde, sem medicação, melhorou bastante.

O diagnostico de tuberculose que lhe haviam feito não foi alli confirmado.

Apesar de o pedir, retirou-se sem trazer diagnostico, mas com a convicção de que não era um tuberculoso.

Em casa a expectoração sanguinea continuou e até 1908 apenas se *constipou* duas vezes.

Interrogatorio — Procedendo a vários interrogatorios colhi o seguinte:

Anteriormente foi sempre muito sensivel ao frio e á humidade, principalmente de noite. Desegualdade em hu-

mor e em energia. Capaz de grandes esforços momentaneamente. Irritavel com vento secco. As variações hygro-metricas provocavam-lhe o somno. Catharros naso-pharyngeos frequentes. Dysepsia flatulenta. Crises vertiginosas, urinas turvas, calvice precoce e uma comichão exagerada por toda e pelle.

Bronchites de repetição até passagem ao estado chronico, sendo os accessos de tosse mais violentos depois de se expor ao frio humido. Apparecimento de pseudo-membranas nos intervallos das hemoptyses. Oppressão e sensação de bronchios obstruidas que obrigavam o doente a tossir para se aliviar. Durante os accessos, dyspnêa accentuada e impossibilidade de trabalho. As hemoptyses eram precedidas de tosse violenta. Diminuição de appetite, chegando a perder completamente as forças e a emmagrecer muito.

Não teve febre. Empallidecia. As pseudo-membranas podiam comparar-se a pedaços de toenia, tubos, fitas, cylindros de differentes diametros, arborescencias e por vezes a expectoração apparentava leite coagulado.

O que mais preoccupava o doente era a persistencia da expectoração sanguinea.

Passando ao exame directo do doente observei:

A' inspecção—Thorax amplo, musculatura bem desenvolvida, rosetas nas faces, respiração curta.

A' apalpação—Diminuição sensível das vibrações thoraxicas e sonoras, movimentos quasi anciosas.

A' percussão—Sonoridade normal á percussão superficial e, n'alguns pontos, sub-bacidez, á percussão profunda.

A' auscultação—Desapparecimento quasi completo do murmurio vesicular, em zonas extensas de ambos os lados, mas principalmente na base do pulmão esquerdo, algumas ralas sibilantes, roncantes e sub-crepitantes disseminadas, rudêza inspiratoria nos vertices e, depois da tosse, uma rala crepitante fina no vertice esquerdo.

Nas auscultações seguintes apenas notava a mudança das zonas sub-baças e o apparecimento do murmurio vesicular depois de expulsas as pseudo-membranas.

As pseudo-membranas que por duas vezes o doente me guardou, apresentavam precisamente as formas e disposições que assignalei no capitulo de Anatomia Pathologica, pelo que me dispenso de as descrever novamente.

As mais volumosas, possivelmente provenientes dos bronchios de maior calibre e da trachêa, eram constituidas por folhetos concentricos, bem distinctos.

Diagnostic—Em face dos phenomenos estethoscopicos observados, da historia da doença e dos antecedentes pessoaes e hereditarios, fiz, por ultimo, o diagnostico de bronchite pseudo-membranosa chronica.

Tratamento—Antes da constatação da presença de pseudo-membranas na expectoração, o doente foi submetido a variadissimos tratamentos, com diminuto resultado.

Fricções, revulsivos, ventosas, medicamentos expectorantes, coagulantes, hemostaticos, vasoconstrictores, etc. tudo foi empregado para colher melhoras passageiras.

Uma vez feito o diagnostico, ministrei o iodeto de potassio em doses progressivamente crescentes, sem ultrapassar dois grammas por dia; institui o regimen lacto vegetariano mitigado, auxiliado por fricções seccas e humidas no tronco.

Passado pouco tempo de tratamento, produziu-se uma grande descarga de pseudo-membranas, a respiração normalizou-se e o doente viu emfim, com inteira satisfação, desaparecer por completo a expectoração sanguinea.

Examinando-o ainda uma vez, mais tarde, verifiquei o apparecimento do murmurio vesicular, o desaparecimento das ralas, persistindo apenas a rudeza bronchica.

O estado geral melhorou consideravelmente.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva. — Em Anatomia, descrever minuciosamente muito e ver a utilidade de pouco, o mesmo é que gastar muito tempo — e mal, para fixar pouco — e bem.

Histologia e Physiologia geral. — Quem diz adaptação diz differenciação.

Pathologia geral. — Desenvolvida a chimica biologica, a phagocytose deixa de ser um mysterio de consciencias cellulares, e a funcção das cellulars migradoras terá, emfim, uma explicação comprehensivel.

Physiologia. — Elementarmente, não se sabe, no homem, quando termina a physiologia e começa a pathologia.

Anatomia topographica. — O utero é um annexo do ovario e não este annexo d'aquelle.

Materia Medica. — Os extensos vesicatorios de cantharidato são bem mais prejudiciaes do que uteis.

Anatomia pathologica. — Com perfeito conhecimento da anatomia geral e da histologia, a pathologia cellular substituirá com vantagem o actual estudo de anatomia pathologica.

Pathologia externa. — As ulceras de aspecto repugnante não devem ser vistas pelo portador.

Operações. — Sempre que tenha de intervir cirurgicamente não esquecerei a esthetica e as condições sociaes do operando.

Hygiene. — A prophylaxia das doenças mentaes deve principiar pelo saneamento pshychico da Escola e da Igreja.

Pathologia interna. — A depressão dos sentimentos — affectividade e altruismo — é um symptoma quasi constante na tuberculose.

Partos. — E' lamentavel que se explique só pelas estatisticas a maior frequencia de complicações puerperaes nas mulheres louras.

Medicina Legal. — Na apreciação dos attentados ao pudor, é indispensavel o conhecimento da psychiatria.

Visto.

Dias d'Almeida,
Presidente

Póde imprimir-se.

A. Brandão,
Director interino.