

BREVE ESTUDO

SOBRE A

Bronchectasia ampollar

101/6 ENC

Dec 17 - 12 hours

Dr. Roger Martin

Dr. Mlyd

Monte

more

Thurs

N.º 6
JOSÉ D'ANDRADE SEQUEIRA
(Interno do Hospital de Santo Antonio)

BREVE ESTUDO

SOBRE A

Bronchectasia ampollar

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

à Escola Medico-Cirurgica do Porto

«Celui qui n'écrit que pour remplir à
un devoir dont il ne peut se dispenser,
a sans doute de grands droits à l'indul-
gence de ses lecteurs.»

De la Bruyère.



PORTO
IMPRENSA MODERNA

R. Duque de Loulé, 101 a 107

1900

101/6 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE-SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratícos

1. ^a Cad. ^a —Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre
2. ^a Cad. ^a —Physiologia	Antonio Placido da Costa
3. ^a Cad. ^a —Historia natural dos medicamentos e materia medica . .	Illydio Ayres Pereira do Valle
4. ^a Cad. ^a —Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas
5. ^a Cad. ^a —Medicina operatoria	Vaga
6. ^a Cad. ^a —Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Candido A. Corrêa de Pinho
7. ^a Cad. ^a —Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro
8. ^a Cad. ^a —Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia
9. ^a Cad. ^a —Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias
10. ^a Cad. ^a —Anatomia pathologica. . .	Augusto H. d'Almeida Brandão
11. ^a Cad. ^a —Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia. . .	Vaga
12. ^a Cad. ^a —Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro

Lentes jubilados

Secção medica.	{ José d'Andrade Gramaxo
	{ Dr. José Carlos Lopes
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto

Lentes substitutos

Secção medica.	{ João L. da Silva Martins Junior
	{ Alberto Pereira P. d'Aguiar
Secção cirurgica	{ Clemente J. dos Santos Pinto
	{ Carlos Alberto de Lima

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Luiz de Freitas Viegas
----------------------------	------------------------

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)

A meus Pais

Eis, enfim, satisfeitos os vossos desejos.
A alegria que sentieis quando adiantava
um passo em tão longa viagem, foi o único
mas poderoso incentivo que me levou a
terminal-a.

Á SAUDOSA MEMORIA

DE

meu Avô materno

Seria duplamente feliz contemplando a ventura que experimentaríeis n'este momento. Não o quiz o destino cruel transformando em lagrimas d'eterna saudade as que de felicidade vertería abraçando-vos.

Ao Ex.^{mo} e Rev.^{mo} Sqr.

Conego José da Cruz Valdeira

Devo-vos o que sou. Sem o vosso am-
paro teria certamente baqueado em cami-
nho tão escabroso. Por isso me sinto feliz
confessando-vos uma eterna gratidão e as-
segurando-vos uma amizade e estima sem
limites.

Aos meus Ex.^{mos} Professores

Dr. Antonio d'Azavedo Maia

Dr. Roberto Belarmino do Rosario Frias

Mestres como vós fazem o orgulho
dos discipulos e honram a Escola a
que pertencem.

A MEU IRMÃO

Que esta pagina, meu Antonio, vá significar-te a profunda e inalteravel amizade do teu

José.

A MINHA PRIMA

D. Brites Augusta Prado

Tens sido para mim uma irmã carinhosa; com affecto egual, o affecto d'um irmão, estimar-te-hei sempre.

A MEU TIO

Dr. Jeronymo José d'Andrade Sequeira

É, bem o sei, insignificante a minha oferta. Aceitae-a, não pelo que vale, mas pelo que significa: a minha mais viva e respeitosa estima.

Aos Ill. mos Ex. mos Snrs.

Dr. Evaristo Gomes Saraiva

E

Dr. Alberto Alves de Freitas

Digníssimos Director Clínico e Clínico Adjuncto da enfermaria 4

Jámais esquecerei a benevolencia com que me acolheram e os sabios conselhos que V. Ex.^{as} me prodigalisaram durante o meu internato na enfermaria que tão superiormente dirigem.

Confessando-lhes a minha gratidão e offerecendo a V. Ex.^{as} a minha insignificancia, cumpro, gostoso, um dever.

À MEMORIA DE MEU PRIMO E PADRINHO

DR. JOSÉ D'ANDRADE SEQUEIRA

(D. Prior de Guimarães)

Sobre a vossa campa venho depôr as lágrimas da mais sentida saudade.

A adoração e respeito que vos tributava em vida, transformaram-se em verdadeiro culto pela vossa memoria.

AO MEU CONDÍSCIPULO E COLLEGA D'ENFERMARIA

Manoel Cardoso de Mesquita Portugal

Tributo da mais inquebrantável amizade.



AO MEU COMPANHEIRO DE CASA

Alvaro de Mello Cardoso

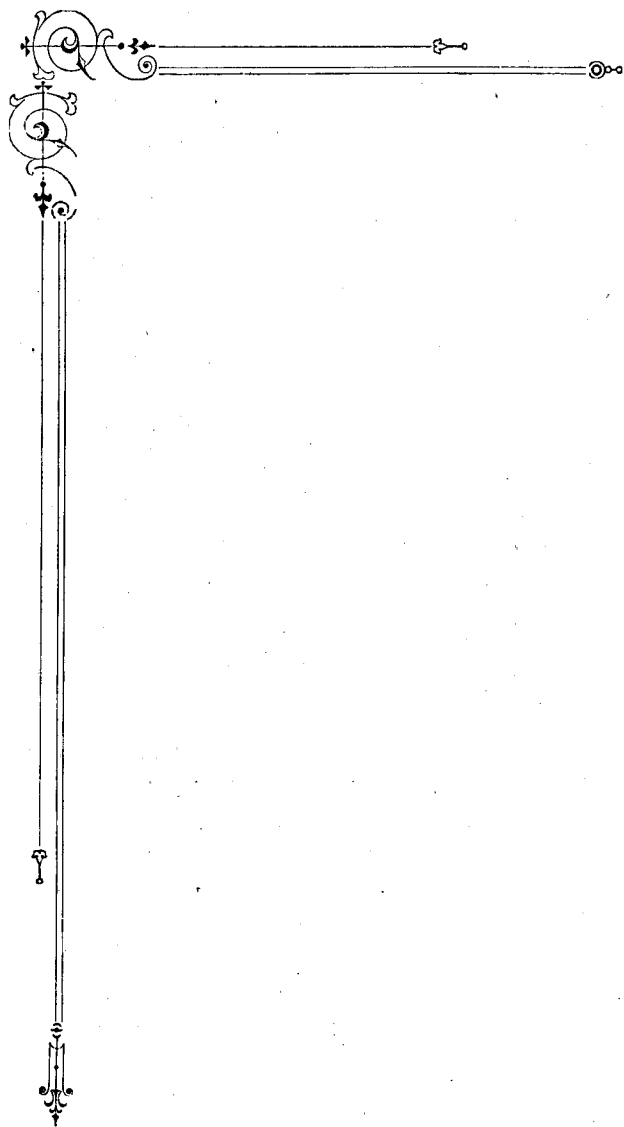
Vê sempre em mim um amigo dedicado.

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} SRR.

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior

O nome de V. Ex.^a n'uma das paginas do meu insignificante trabalho representa bem mais do que a satisfação d'uma praxe. É antes um preito de humilde mas sincera homenagem ao fulgurante talento, profunda erudição e lidimas qualidades do Professor respeitado e querido.



Historia

Não temos a velleidade de expôr, n'este capitulo, a historia completa da ectasia bronchica. Embora a doença que nos occupa fosse totalmente desconhecida nas duas primeiras decadas do seculo actual, seriamos extremamente longos se pretendessemos enumerar os trabalhos que os auctores lhe teem consagrado.

Limitar-nos-hemos a citar, seguindo uma ordem chronologica, aquelles que mais teem completado a obra de Laënnec. Se a bronchectasia era desconhecida antes dos trabalhos do auctor da aus-

cultação (1825), a physionomia da doença foi por elle tão admiravelmente descripta que pouco tem mudado desde esta epocha, em que foi definitivamente classificada no quadro nosologico.

Andral (1829), Cruveilhier (1852) e sobretudo Barth (1854), continuaram brilhantemente a obra de Laënnec desvendando-nos a anatomia pathologica e legando-nos ensinios sobre a sua pathogenia. Gombault, em 1858, e Besnier, no mesmo anno, completam a anatomia pathologica, fazem o estudo analytico das theorias pathogenicas e fornecem novos elementos para o diagnostico. Na Inglaterra, Williams, Stokes e Gairdner, entre outros; na Allemanha, Bamberger, Traube, Skoda e sobretudo Biermer; na França, Luys, Lancereaux e Katz, publicam trabalhos diversos sobre a dilatação bronchica.

Em 1879, Leroy faz um interessante estudo historico da pathogenia; Dedillet, em 1881, occupa-se novamente da pathogenia e da anatomia pathologica; em

1884, Hanot e Gilbert, estudam mais uma vez as lesões anatomicas da broncheectasia, e mostram que a arterio-esclerose generalisada póde, por si só, produzir a ectasia.

Os conhecimentos que hoje possuímos da dilatação bronchica, excepção das suas lesões anatomo-pathologicas, são, apesar do muito que se tem escripto, ainda obscuros. E, com effeito, a sua etiologia fallha-nos muitas vezes, a sua pathogenia não está perfeitamente determinada e o seu diagnostico, é, em dados casos, impossivel de estabelecer.

Anatomia pathologica

Debaixo do ponto de vista anatomico, distinguiremos, com Cruveilhier, tres fórmas de dilatação bronchica:

1.^a — A BRONCHECTASIA CYLINDRICA ou CYLINDROIDE constituida por uma dilatação uniforme do canal bronchico, que, conservando a sua fórma, póde attingir até o quadruplo do seu calibre normal.

A dilatação cylindrica póde ser geral ou parcial: — D'estas variedades, a primeira, inteiramente excepcional, existe as mais das vezes d'um só lado «e n'este caso todo o tecido do pulmão affectado é sub-

stituido por cavidades alongadas»; ¹ a segunda variedade, muito mais frequente, limita-se de preferencia a um só bronchio e fica quasi exclusivamente no vertice do pulmão.

A ectasia das extremidades terminaes dos pequenos bronchios, que dá ao córte do tecido pulmonar um aspecto aréolar, foi chamada por Biermer *bronchectasia capillar*.

2.^a — A BRONCHECTASIA MONILIFORME OU EM ROSARIO. Esta fórma, limitada em regra a um pequeno numero de ramos, é representada por ampollas multiplas, occupando o mesmo tubo bronchico, e apresentando, alternativamente, dilatações e estrangulamentos á maneira das contas d'um rosario.

3.^a — BRONCHECTASIA AMPOLLAR. É esta que mais nos interessa porque a ella consagramos o nosso trabalho. Como a

¹ COYNE, «Anatomie pathologique», 1894.

fôrma cylindrica, comporta duas variedades cuja distincção não tem, de resto, importancia clinica: A) *A dilatação ampollar circumferencial* que occupa toda a circumferencia do bronchio; B) *A dilatação circumferencial lateral* ou *saciforme*, variedade mais frequente, que occupa apenas uma parte da circumferencia.

A dilatação lateral pôde ser formada por todas as partes constitutivas do bronchio, «mas algumas vezes tambem por uma «hernia da mucosa atravez d'uma laceração das outras tunicas». ¹

O volume das dilatações bronchicas varia desde as mais pequenas cavidades até ás mais vastas cavernas; circumscrip-
ta ou diffusa, tem por séde de predilecção as partes periphericas e «occupa o vertice «do pulmão tanto como a base.» ² As

¹ COYNE, loc. cit.

² DIEULAFOY, «Manuel de pathologie interne», 1899.

mais das vezes a ectasia bronchica é unilateral: Barth encontrou-a, em 43 autopsias, 26 vezes d'um só lado.

«A comunicação do bronchio affectante com a dilatação oblitera-se por vezes, de maneira que a bronchectasia representa uma cavidade fechada de todos os lados. A parede da ectasia amollar perde quasi inteiramente as qualidades d'uma mucosa normal. Em geral soffre um alto gráo d'atrophia. «Não sómente os folliculos mucosos mas as fibras musculares, o tecido elastico e até a propria cartilagem, participam d'esta atrophia a ponto que a caverna bronchectasica parece apenas revestida de uma fina membrana.» «N'outros casos, ao contrario, observa-se um trabalho de hypertrophia que affecta o tecido cellular sub-mucoso e dá logar a saliencias e trabeculas ligamentosas.

«Finalmente produzem-se na superficie interna da bronchectasia, processos ulcerosos que se propagam ao tecido pulmonar visinho e transformam a ca-

«vidade bronchectasica n'uma verdadei-
«ra caverna ulcerosa.» ¹

O parenchyma pulmonar, que cerca as cavidades, é substituido por um tecido fibroso, firme e resistente; a diminuição do volume do pulmão é constante.

«Com a bronchectasia existe sempre
«um tecido de phlegmasia chronica, pe-
«ribronchite, esclerose pulmonar, pleure-
«sia chronica, mas a genese d'estes tecidos
«de nova formação não está completa-
«mente elucidada.» ²

¹ STRÜMPPELL, « Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes », 1891.

² DIEULAFOY, « Manuel de pathologie interne », 1899.

Etiologia

A ectasia bronchica, doença dos adultos e especialmente dos velhos, póde manifestar-se em todas as idades da vida. Balzer e Grandhomme ¹ observaram-n'a em fetos e recém-nascidos nos quaes a heredo-syphilis produziu broncho-pneumonias com pequenas dilatações kysticas dos bronchios. Factos d'esta natureza são, todavia, inteiramente excepçionaes.

Todas as causas, geraes ou locaes, que tenham por effeito produzir uma diminuição na resistencia dos tecidos, mo-

¹ BALZER e GRANDHOMME, « Revue mensuelle des maladies de l'enfance », 1886.

dificando a elasticidade dos canaes bronchicos, podem ser factores da bronchectasia. Sem fallarmos por emquanto da acção mecanica exercida pelas adherencias pleuraes, quasi constantes ao nivel dos focos bronchectasicos, comprehenderemos já a importancia que têm, na genese da dilatação, as inflammções agudas ou chronicas do parenchyma, as bronchites e as broncho-pneumonias consecutivas ao sarampo, á escarlatina, á febre typhoide e a tantas outras doenças infecciosas.

Poderão os microbios ter um papel immediato na genese da dilatação? «É «questão ainda não resolvida.» «Talvez «n'algumas bronchites infecciosas, certos «microbios, em logar de vegetar á superficie penetrem mais profundamente e «sejam os agentes de destruição das fibras musculares e elasticas, destruição «da qual depende a ectasia». ¹

¹ NOICA, « Contribution à l'étude de la fétidité dans les maladies de l'appareil respiratoire ». These de Paris, 1899.

Pathogenia

Depois de Laënnec, — o primeiro que descreveu a ectasia bronchica e tentou explicar a sua pathogenia, — varios auctores teem procurado as causas que presidem á formação das bronchectasias, o porque das lesões anatomo-pathologicas observadas na autopsia.

Para Laënnec, as causas da dilatação bronchica eram puramente locais e residiam no proprio bronchio. A lesão inicial era a bronchite, que teria por effeito accumular nos canaes bronchicos mucosidades mais ou menos viscosas que obturariam estes canaes. Partindo d'uma ideia falsa, qual era a de julgar positiva a pres-

são intra-pulmonar em cada inspiração, admittia que uma parte do ar inspirado podia forçar o obstaculo, alojando-se atraz das mucosidades. Na expiração, em que, segundo este auctor, a pressão era negativa, o ar não podia ser expulso; o seu augmento de volume, devido não só a inspirações successivas senão também á acção d'uma temperatura local mais elevada, faria com que as paredes bronchicas fossem constantemente forçadas. A ectasia produzir-se-hia desde o momento em que o limite de elasticidade d'estas paredes fosse ultrapassado.

Se é falsa a explicação dada por Laënnec, como falso era o principio em que a fundamentou, a sua theoria é talvez a mais engenhosa e seductora d'entre as que teem sido aventadas para explicar a genese da bronchiectasia.

As experiencias de Mendelssohn, Hutchinson e recentemente as de Nicaise ¹

¹ NICAISE, Association française pour l'avancement des sciences — Session de Besançon, 1893.

provam que a pressão do ar intra-pulmonar, não póde, no momento da inspiração, gosar papel algum na dilatação dos bronchios. Esta pressão, é, com effeito, negativa. Se uma certa quantidade d'ar fosse aprisionada pelas mucosidades, tenderia a ser expulsa em cada movimento expiratorio, em que, pelo contrario, a pressão é positiva subindo a columna de mercurio dois ou tres millimetros na expiração calma podendo ir até 87 na expiração forçada.

Além de que, o augmento de pressão, no momento da expiração, tenderia a desobstruir os canaes bronchicos das mucosidades que porventura os obliterassem; esta tarefa seria tanto mais facil, porquanto as rolhas mucosas deveriam passar a um bronchio de calibre mais consideravel. O mesmo effeito teria o augmento de volume do ar, devido á temperatura local mais elevada, se quizessemos admittir que tal temperatura não fôsse attingida durante a sua passagem nas vias respiratorias.

Lebert, Andral e Mendelssohn ligando importancia capital ás bronchites chronicas, broncho-pneumonias, coqueluche e a todas as affecções que pela sua duração podiam alterar a estrutura normal dos bronchios, consideravam que a causa efficiente da ectasia era a pressão exercida pelo ar, nos bronchios doentes, durante um grito ou um accesso de tosse. Na expiração calma a glotte está aberta e o ar é expellido pela contracção elastica dos alveolos, sem que a tracheia ou os bronchios soffram uma apreciavel dilatação; não succede outro tanto n'um accesso de tosse, em que, sendo postas em jogo as potencias expiratorias, a glotte offerece um obstaculo á saída do ar. A pressão augmenta pois consideravelmente e uma vez vencida a fraca elasticidade dos bronchios pathologicos veremos produzir-se a dilatação.

Corrigan filiava a ectasia bronchica n'uma acção mecanica devida a uma lesão do parenchyma pulmonar. Sob a influencia d'uma inflammacção chronica, o

tecido do pulmão era substituído por um tecido conjunctivo de nova formação mais ou menos esclerosado, cuja retractilidade exercendo tracção sobre as paredes dos bronchios obrigava estes a dilatarem-se.

Como Corrigan, Barth fazia depender a bronchectasia d'uma acção mecânica extra-bronchica, mas procurava essa acção nas pleuresias, companheiras quasi inseparáveis das ectasias. Attribuindo o papel principal á retracção das adherências pleuraes, fazia também intervir, como factores das bronchectasias, a retracção do parenchyma pulmonar endurecido, invocada por Corrigan, e as bronchites repetidas assignaladas por Andral; estas ultimas teriam por effeito determinar perturbações de nutrição das paredes bronchicas, predispondo-as, consequentemente, para serem dilatadas.

Gombault foi mais eclectico que Barth, porisso que admittia todas as causas invocadas pelos differentes auctores.

Hanot e Gilbert affirmam, fundados nos resultados d'uma autopsia, que a ar-

terio-esclerose generalisada pode ser causa da ectasia bronchica. O mecanismo porque a dilatação se produziria seria o invocado para as affecções chronicas do pulmão: viciações nutritivas dos bronchios consecutivas aqui á arterio-esclerose das suas paredes.

* * *

Do exposto n'este paragrapho facilmente se conclue que forçoso é ser eclectico no estudo pathogenico da ectasia bronchica. Mas terão todas as causas que mencionamos a mesma potencia, entrarão todas com igual coefficiente na genese da dilatação?

Evidentemente que não. Os trabalhos de Charcot mostraram que a pneumonia lobar chronica, em que o bronchio fica indemne, não póde produzir a dilatação.

Todavia não podemos negar que, uma vez o bronchio attingido, o tecido de esclerose pulmonar não contribua, pelas suas propriedades retracteis, para o dilatar.

A theoria pleural que Barth emittiu impressionado, talvez, pela concomitancia tão frequente de pleuresias em individuos bronchectasicos, não deve ser tomada em grande conta. O papel das adherencias é analogo ao dos tecidos de esclerose do pulmão, mas essas adherencias são antes o effeito das bronchectasias do que a sua causa. E a prova que assim deve ser, é que sendo quasi todos os bronchectasicos pleureticos, poucos pleureticos são bronchectasicos.

Parece-nos pois que para a genese da ectasia bronchica concorrem, na sua maior parte, as bronchites chronicas e infecciosas que alteram mais ou menos profundamente a estrutura dos tubos bronchicos.

Symptomatologia

A bronchectasia é uma doença essencialmente chronica. Os seus symptomas nada teem de caracteristicos. Por vezes o primeiro signal que chama a attenção do clinico é a abundancia da expectoração, que em certos casos se torna extremamente fetida ; o halito pode adquirir egual fetidez. A dyspnêa, quando existe, é geralmente moderada, a menos que não haja lesão no myocardio ou concomitancia d'outras affecções broncho-pulmonares. A tosse é frequente e humida sobretudo de manhã e depois das refeições, voltando por

accessos seguidos da expulsão d'uma grande quantidade de mucosidades. A expectoração, a principio mucosa, torna-se a breve trecho muco-purulenta; a sua quantidade pôde ir até 400 gr. (Dieulafoy), até um litro e mais (observações de Koch, Delbet e Trousseau).

Deixando repousal-a, a secreção bronchica divide-se em 3 camadas:

1.^a — Uma camada profunda, puriforme, contendo lencocytos, diversos microorganismos, e fibras elasticas, se ha degenerescencia da mucosa.

2.^a — Uma camada media, mucosa, na qual se encontram cellulas epitheliaes e crystaes de margarina e cholesterina.

3.^a — Uma camada superficial, limpida e aérea.

As hemoptyses são frequentes no decurso da dilatação bronchica; pôdem sobrevir em todos os periodos, mas mais commummente quando a ectasia é confirmada. Laënnec notou, em quatro casos de bronchiectasia, duas vezes a hemoptyses; Barth cita-a nove vezes em 43 observa-

ções; o nosso doente teve escarros hemoptoicos só depois da sua entrada na enfermaria de clinica.

Gombault pretende que o sangue expectorado tem caracteres especiaes. Comprehende-se todavia que estes caracteres serão mais ou menos modificados, segundo a maior ou menor permanencia do sangue na arvore bronchica.

Á inspecção, a região thoracica mostra algumas vezes depressões que não estão em relação com a séde da bronchectasia. Estas depressões existem ao nivel do contorno dos bronchios dilatados e são devidas á retracção combinada do tecido conjunctivo pulmonar e das adherencias pleuraes, tão frequentemente observadas ao nivel dos focos bronchectasicos.

A percussão dá noções pouco precisas: o som é d'ordinario sub-macisso podendo ir até baço, se as cavernas bronchicas estiverem cheias de liquido; quando vazias, o som pode ser tympanico ou de *pot-fêlé*.

Á auscultação, os signaes variam não

só segundo a séde, numero e dimensões das cavidades, mas também conforme o momento em que se pratica a auscultação. Os ruidos percebidos pelo ouvido, são, nas bronchectasias ampollares, analogos aos que se podem observar nas cavernas tuberculosas: Fervores mucosos misturados de sibilos e roncos, sopro tubar, amphorico mesmo, acompanhado de gorgolejo, pectoriloquia, etc. Não é raro que uma ligeira egophonia, consequencia d'um pequeno derrame pleural, possa ser notada.

O murmurio vesicular é enfraquecido e por vezes imperceptivel nas regiões affectadas.

Diagnostic

Não ha, vimos, symptoma pathognomico da ectasia bronchica. É assim que o seu diagnostico é por vezes extremamente difficil e mesmo impossivel em certos casos.

Pensar na dilatação bronchica, colher todos os ensinamentos relativos á marcha da affecção, comparar o estado geral com o exame local, ter em conta os antecedentes hereditarios e morbidos do doente, fazer repetidas analyses da expectoração, são os meios de, até certo ponto, evitar erros que teem sido commettidos por praticos distinctissimos.

Para comprehender como são faceis estes erros, bastará recordar que Bretonneau, Barth e Louis, firmaram diagnosticos de tuberculose pulmonar em individuos que a autopsia mostrou serem bronchectasicos.

Se, como diz Trousseau, é indifferente, no ponto de vista da especie, confundir a ectasia bronchica com a pneumopathia tuberculosa, visto o tratamento medico, puramente symptomatico, ser o mesmo nas duas affecções, não acontece assim olhando a prognose, bem mais benigna na ectasia.

No nosso primeiro anno de internato na enfermaria n.º 4, do hospital de Santo Antonio, o distincto clinico adjunto, Ex.^{mo} Snr. Dr. Alberto Freitas, indicou-nos um exemplar onde poderiamos observar *au grand complet*, todos os signaes d'uma tuberculose no seu ultimo periodo. O individuo de que se tratava, homem de 70 annos, estava ha cerca de tres annos e meio na sala Cunha Lima, exclusivamente destinada a tuberculosos, tendo entrado já,

segundo informações do clinico a que alludimos, no periodo ulcero-cavernoso da sua bacillose.

A ideia de vêmos myriades de bacillos de Koch, foi-nos suggerida pelo nosso collega d'enfermaria, Mesquita Portugal, e, n'essa doce illusão, analysamos no laboratorio do hospital a expectoração do nosso doente. Se a principio nos surpreendeu encontrarmos alguns raros bacillos, a breve trecho socegou o nosso espirito lendo que nas vastas cavernas escasseiam por vezes os bacillos de Koch.

Não podemos affirmar que a analyse bacteriologica da expectoração, que é quasi systematica desde que está á frente da enfermaria o seu actual director e illustre clinico Dr. Evaristo Saraiva, fosse feita á data da entrada do doente a que nos estamos referindo. A existencia de cavernas pulmonares, as hemoptyses que o doente accusava no seu passado, tudo em summa, levava a dispensar uma analyse que só era requisitada em casos exceptionaes.

Mas seriam de natureza tuberculosa as cavernas que observamos? Não bastará, para explicar a existencia dos bacillos, a convivencia durante um tão longo espaço de tempo com successivas gerações de tuberculosos?

Não podendo pôr em duvida a co-existencia d'um processo tuberculoso, talvez tardiamente installado, julgamos todavia poder affirmar, tendo em conta a idade avançada do doente e a sua prolongada resistencia n'um meio hospitalar, que se tratava d'um caso de bronchectasia de fórma ampollar.

* * *

O diagnostico da ectasia bronchica faz-se por exclusão.

Se os signaes de dilatação se observam em todo o pulmão, trata-se d'uma bronchectasia cylindrica; a confusão só pôde ser feita com a bronchite chronica, que de resto lhe está quasi sempre asso-

ciada. Indicaremos resumidamente os caracteres differenciaes:

Na bronchite chronica a expectoração é menos abundante; a fetidez é rara, e, quando existe, passageira; não ha, como na bronchectasia, expulsão em massa das mucosidades accumuladas nos bronchios.

Á percussão nota-se sonoridade normal na bronchite, que é quasi sempre bilateral; um pouco diminuida na bronchectasia que é, as mais das vezes, unilateral e não tem, como a bronchite, sympathia pelas bases.

Sendo a bronchite chronica um dos modos de começo e talvez a principal causa da ectasia bronchica, o diagnostico differencial é algumas vezes impossivel. E, com effeito, extremamente difficil será precisar o momento em que, existindo a bronchite, começa a dilatação.

* * *

Se os signaes da ectasia estão localizados n'um ou n'outro ponto do pulmão,

o diagnostico differencial tem de ser feito com um grande numero de doenças pleuro-pulmonares que apresentam symptomas communs :

TUBERCULOSE PULMONAR. A coexistencia da tuberculose e da bronchectasia está longe de ser rara. Descriminar o papel que cabe a cada uma d'estas affecções, dizer com precisão a parte que ellas tomam n'uma dada lesão pulmonar, é, julgamol-o, tarefa impossivel de realisar. A existencia de vastas cavernas pulmonares n'um individuo cujo estado geral é relativamente satisfatorio, auctorisa a suspeita de que taes cavernas não são sómente de natureza tuberculosa, muito embora os bacillos sejam encontrados na expectoração.

Só a analyse minuciosa dos factos observados, e a sua perfeita racionalisação, dirão, aos que teem tacto clinico, que este é mais tuberculoso que bronchectasico e est'outro mais bronchectasico que tuberculoso.

Relativamente facil, ainda que bem difficil ás vezes, é o diagnostico quando a dilatação bronchica não está associada á tuberculose.

O estudo dos antecedentes hereditarios tem aqui uma real importancia. Se é certo que as pneumo-tuberculosas se podem desenvolver em individuos isentos de toda a diathese escrophulo-tuberculosa, não é menos certo tambem, que á hereditariiedade cabe o grande papel na genese da bacillose. A séde da lesão póde fornecer-nos algumas noções: a bronchiectasia manifesta-se tantas vezes na base como no vertice; a tuberculose ataca quasi systematicamente o vertice.

Se os symptomas locaes em nada podem elucidar-nos, por isso que, revelando-nos a existencia de cavidades, nada nos dizem da sua natureza, não succede outro tanto com os symptomas geraes. A tosse é mais frequente e mais secca na tuberculose; a expectoração mais difficil e numular; aérea, abundante, muco-sa e feita como em vomica, na bronchiectasia.

A fetidez do halito observa-se algumas vezes na pneumo-tuberculose, mas tal fetidez é transitoria e quasi nunca vae além de 3 ou 4 dias. ¹ As hemoptyses são, com frequencia, o symptoma primordial d'uma tuberculose; na bronchectasia, pelo contrario, são menos constantes e apparecem mais communmente depois da dilatação ser completa. Nos caverno-tuberculosos ha perturbações funcçionaes do lado do estomago e do figado, irregularidades na menstruação, em alguns casos uma hypertrophia dolorosa do baço, ² emagrecimento, febre vesperal, suores, diarrêa, etc.; nos bronchectasicos é frisante o contraste entre os symptomas locaes e o estado geral. É assim que signaes cavitarios existem, desde longa data, em individuos que gosam uma relativa saude, que se sentem aptos para o trabalho, e a quem uma ligeira dyspnêa ou a abundan-

¹ TROUSSEAU, Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris, 1898.

² DR. OLIVEIRA MONTEIRO. Lição sobre a tuberculose, 1898.

cia e fetidez da expectoração, lhes vem apenas recordar o mal de que soffrem.

Além do doente de clinica medica de que apresentamos a observação, e cujo estudo nos suggeriu o assumpto para a nossa ultima prova escolar, recorda-nos ter visto um individuo, na sala de S. José, enfermaria n.º 4, que deu entrada no hospital por motivo de pneumonia.

A auscultação pulmonar revelava, além dos signaes de pneumonia, a existencia d'uma vasta caverna no vertice do pulmão direito. Repetidas analyses da expectoração foram seguidas de resultado negativo. O doente era marinheiro, muito robusto, e tinha gozado sempre uma saude florescente; e a não ser a pestilencia dos seus escarros, que notava ha annos, nada o incommodava.

O exame do myocardio não deve ser desprezado: Nos tuberculosos o musculo cardiaco atrophia-se, participa, como diz Blachez, do emmagrecimento geral; nos bronchectasicos, ao contrario, a difficuldade da circulação pulmonar accarreta

uma hypertrophia do ventriculo direito. Nos ultimos periodos da pneumo-tuberculose são frequentes os edemas, que se manifestam tambem nas ectasias.

Taes edemas, porém, ligados na tuberculose á dyscrase sanguinea apparecem rapidamente e são, em regra, unilateraes, caracteres que faltam a todos os edemas causados por fadiga cardiaca como são os da bronchectasia.

Segundo Güntz ha, ao nivel dos fócios tuberculosos, uma hyperthermia local constante que falta ao nivel das cavidades ligadas á bronchectasia. Esta hyperthermia, assignalada tambem por Dieulafoy, nunca foi por nós observada nas dezenas de tuberculosos em que a procuramos. Parece-nos pois que o seu valor é nullo, como meio de estabelecer um diagnostico differencial.

Resta-nos assignalar as laryngopathias tão frequentes no decurso da bacillose e dizer, finalmente, que a constatação dos bacillos nos escarros é signal certo de tuberculose (Dieulafoy).

SYPHILIS PULMONAR. — De todas as afecções pleuro-pulmonares é, sem duvida, a pneumo-syphilis aquella que maiores analogias apresenta com a dilatação bronchica. Se considerarmos que é extremamente delicado o diagnostico differencial entre a syphilis e a tuberculose, se olharmos a que o cortejo symptomatico, analogo nas duas pneumopathias, torna licito o confundil-as, se attendermos, finalmente, a que tudo o que póde differenciar a syphilis da bacillose a confunde com a dilatação, comprehenderemos os obstaculos, tantas vezes insuperaveis, que põem á prova o clinico mais experimentado.

A séde de lesão nada póde dizer-nos. A syphilis, affirmam, póde atacar qualquer ponto do pulmão, mas escolhe de preferencia a zona média do orgão e o seu lobulo inferior; a ectasia bronchica installa-se indifferentemente na base ou no vertice, não receiando tambem invadir a parte média do pulmão.

Como pois, tendo em conta a séde, es-

tabelecer, ainda que só com probabilidades, um diagnostico differencial?! Succede o mesmo com a marcha da doença, que é, nas duas affecções, essencialmente chronica; outro tanto na discordancia das lesões locais com os symptomas geraes; e novo desengano ainda se invocarmos o auxilio da bacteriologia.

Terá mais valor a trindade symptomatica apresentada por Lancereaux? Segundo este auctor o estudo attento dos antecedentes morbidos, a coexistencia de estygmas ou lesões syphiliticas e a influencia do tratamento, são tres bases solidas para firmar o diagnostico differencial. Veremos, n'um rapido estudo critico, como será fragil o edificio architectado em tão debeis alicerces. Supponhamos um doente no qual os signaes estethoscopicos não deixam dúvida sobre a existencia de cavidades pulmonares. A chronologia da doença, o *facies* do individuo, a apyrexia, a ausencia de suores, a isenção de toda a tara tuberculosa ou escrophulosa, o resul-

tado negativo da pesquisa do bacillo de Koch, põem de parte a ideia d'uma bacillose.

O diagnostico fica pendente entre a ectasia bronchica e a pneumopathia syphilitica. Folheando com cuidado o passado pathologico do nosso doente, aprendemos que ha annos contrahiui o cancro syphilitico, teve a pleiade ganglionar, conserva adenites cervicaes e cicatrizes que não deixam dúvida sobre a natureza da doença que as produziu.

Poderemos, n'este caso, firmar o diagnostico de syphilis pulmonar? Aqui ainda, parece-nos encontrar, longe d'um signal distinctivo, um novo factor d'erro. Se é frequente a syphilis, é rara a pneumopathia syphilitica; demais, a syphilis entra em grande parte na genese da bronchectasia.

Resta-nos fallar do tratamento especifico, da *pedra de toque* dos auctores, cuja efficacia é, dizem, a prova de que são syphiliticas as lesões pulmonares. Sem contestar absolutamente o valor d'este meio

de diagnostico, parece-nos no emtanto que elle tem sido extremamente exaggerado.

Se é certo que a marcha das lesões pneumo-syphiliticas póde ser interrompida pela administração do mercurio e do iodeto de potassio, não é menos verdade que a medicação anti-syphilitica póde conseguir eguaes beneficios nas ectasias bronchicas ligadas á diathese syphilitica, embora o pulmão não esteja syphilisado. Como saber se as melhoras observadas n'um dado doente foram devidas á acção directa do medicamento sobre uma lesão syphilitica pulmonar, ou indirecta, isto é, combatendo a diathese e consequentemente collocando o organismo em condições de vitalidade que lhe permittam uma maior resistencia e uma maior facilidade de reparação?

Como pois distinguir a ectasia bronchica da syphilis pulmonar? Tal diagnostico, sempre difficil, será muitas vezes impossivel.

O ar expirado póde adquirir, no seu contacto com as paredes d'uma caverna

gommosa, uma extrema fetidez; tal fetidez porém, não tem, em nenhuma pneumopathia, a constancia que apresenta na ectasia.

O cheiro da expectoração é na syphilis, como na gangrena pulmonar, o do esphacelo, ao passo que na dilatação bronchica recorda antes o das materias animaes em putrefacção. ¹ A quantidade e qualidade das materias expectoradas são elementos que, á falta de melhor, não devem ser desprezados.

Na ectasia a expulsão das mucosidades bronchicas faz-se como n'um esforço do vomito; a sua difluencia e abundancia extremas distinguem-n'a da syphilis que aqui se approxima da tuberculose.

¹ TROUSSEAU, Clinique médicale de l'Hotel-Dieu, Paris, 1898.

GANGRENA PULMONAR. Fallando da syphilis dissemos já que a fetidez da gangrena differe da que se observa na bronchectasia. Nos escarros da gangrena encontram-se quasi sempre, o que não acontece na ectasia, fragmentos de pulmão esphacelado. A marcha da gangrena é aguda e rapida. Os symptomas geraes são em regra muito pronunciados (Dieulafoy). Tal não acontece na ectasia bronchica, doença chronica e que pouco perturba o estado geral do individuo.

ABCESSO DO PULMÃO. O diagnostico com o abcesso do pulmão não é dos mais facéis. Póde com effeito encontrar-se a mesma fetidez do halito e egual abundancia de expectoração. Todavia, no abcesso pulmonar ha a expulsão em vomica d'uma materia homogenea, esverdeada, mais ou menos opaca, constituida por puz perfeitamente ligado e phlegmonoso.

Estes caracteres faltam na expectoração dos bronchectasicos, que, pelo repouso, se separa, como vimos, em tres cama-

das, ao passo que na do abcesso apenas se observam duas: uma superior, sorosa; e outra inferior composta na sua maior parte de globulos brancos.

PLEURESIA PURULENTA ENKYSTADA. Se é facil o diagnostico entre a dilatação e a pleuresia da grande cavidade pleural que, pela abundancia da vomica, pela sua brusca appareição, pelo abaixamento do figado, se fica á direita, e desvio do myocardio quando localisada á esquerda, o mesmo não succede quando se trata d'uma pleuresia inter-lobar.

A pequena quantidade do derrame póde tornar imperceptivel a egophonia; os attritos-sarridos podem ser tomados á conta d'adherencias pleuraes, resultantes da propria bronchiectasia; os outros signaes estethoscopicos são analogos nos dois casos e perfeitamente localisados; a expectoração, muco-purulenta e abundante, sobreveem tambem depois de accessos de tosse.

Como pois fazer o diagnostico?

« Os signaes da bronchiectasia estabe-

«lecem-se gradual e lentamente, ao passo
 «que na pleuresia inter-lobar seguida de
 «vomica a evolução dos accidentes é mais
 «brusca; á phase de pleuresia de que se
 «reconstituem os symptomas, succede ra-
 «pidamente a phase de vomica e o liqui-
 «do expulso é *d'emblée* abundante para
 «diminuir em seguida nos dias subsequen-
 «tes». ¹

PNEUMONIA CHRONICA. São estreitos os pontos de contacto entre a pneumonia chronica e a ectasia bronchica. Affecções chronicas tendo por vezes origem identica, duração longa sem repercussão sensivel no estado geral, signaes fornecidos pela palpação, percussão e auscultação inteiramente semelhantes, em dados momentos, pôdem confundir-se n'um exame menos attento.

No emtanto os signaes cavitarios só

¹ DIEULAFOY, «Manuel de pathologie interne», 1899.

faltam temporariamente na bronchectasia; nunca existem na pneumonia chronica. E' um ponto importante de diagnose, que será ainda facilitado estudando a expectoração.

PYO-PNEUMOTHORAX. São varias as causas do pyo-pneumothorax, sendo d'entre todas a mais importante a tuberculose no seu terceiro periodo. A constatação de signaes cavitarios só póde tornar facil um erro de diagnose quando despresados os signaes anamnesticos. Notaremos que o modo de começo do pyo-pneumothorax, a brusca dyspnêa, a pontada provocada pelo minimo esforço, e a elevação de temperatura são elementos que nos permittirão separar, com relativa facilidade, as duas affecções.

KYSTO HYDATICO DO PULMÃO E DA FACE CONVEXA DO FIGADO. Nem só as hydatides pulmonares podem, á primeira vista, abrindo-se nos bronchios e deixando signaes cavitarios, simular ectasias bron-

chicas; na evolução dos hystos hydaticos do figado não é excepcional esta terminação.

Uma vez repellido o diaphragma «estabelecem-se adherencias entre elle, a pleura e o pulmão, de tal sorte que abrindo-se (os kystos hydaticos) nas cavidades que teem cavado no meio do parenchyma pulmonar, esvasiam-se pelos bronchios.» ¹

N'este momento, porém, a presença de fragmentos de hydatides ou de ganchos de echinococos é quasi constante e permitem estabelecer, com toda a segurança, o diagnostico. «A urticaria acompanha muitas vezes a ruptura da hydatide pulmonar como a ruptura das hydatides de todas as outras regiões.» ²

No momento da perfuração, e com a primeira vomica, o doente é tomado de violentos accessos de tosse e d'uma extre-

¹ TROUSSEAU, Cl. Méd. de l'Hotel-Dieu, 1898.

² DIEULAFOY, «Manuel de p. interne», 1899.

ma oppressão; a quantidade de materias expectoradas decresce progressivamente. Nada d'isto se encontra na bronchectasia.

São innumerables, vimos-o no decurso do estudo que acabamos de esboçar, as difficuldades na diagnose da ectasia bronchica; taes difficuldades, concebe-se bem, subirão de ponto, quando complicações diversas e tão frequentes vierem como que mascarar a lesão preexistente.

Evolução—Complicações

PROGNOSTICO

A marcha da bronchectasia é essencialmente lenta e chronica. A sua duração é indeterminada, e se é certo que só por si não põe em perigo immediato a vida do doente, não é menos verdade que uma terminação fatal póde ser a consequencia das mais ligeiras complicações.

* * *

A pneumonia, a broncho-pneumonia e a propria bronchite, offerecem aqui uma gravidade particular, porque as phlegmasias chronicas, consecutivas á bronchectasia, podem tornar inapto para a hema-

tose uma grande parte do parenchyma pulmonar.

As lesões do myocardio, produzidas pelo embaraço á pequena circulação, são ainda um novo factor que tornam mais sombrio o prognostico. As hemoptyses podem ser fulminantes: Na memoria de Barth citam-se 7 hemoptyses mortaes em 43 observações de dilatação bronchica.

A reabsorpção dos productos septicos ao nivel das cavidades bronchicas e a passagem ao sangue de microbios diversos, podem dar origem a verdadeiras septice-mias. O doente chega á consumpção minado por uma febre ethica, suores abundantes, diarrhêa profusa, em uma palavra, como se fosse um tuberculoso nos seus ultimos dias.

O pneumothorax e o pyo-pneumothorax, resultantes da abertura de fôcos bronchectasicos na pleura, são terriveis embora excepçionaes complicações. Bronchopneumonias e pneumonias septicas podem ainda sobrevir pela passagem aos bronchios e alveolos pulmonares, dos produ-

ctos elaborados nas ectasias. Abscessos pyoemicos surgem por vezes em differentes partes do corpo, localizando-se não raramente no cerebro. ¹

Por ultimo assignalaremos a tuberculose, que encontrando o caminho desbravado, vem commodamente installar-se n'um campo que tão fragil resistencia póde offerecer-lhe.

* * *

A prognose é pois das mais sombrias. Em regra a terminação é fatal; raras vezes consequencia da propria bronchectasia, mas quasi sempre, o que significa o mesmo, devida a complicações a que ella imprime um cunho de especial gravidade.

¹ DELBET, « Revue de chirurgie », 1886.

tivo da bronchectasia, deve usar-se, sim, mas quando o tratamento curativo, a pneumotomia, fôr contra-indicada.

* * *

É evidente que da pneumotomia não podem conseguir reaes beneficios todos os bronchectasicos; em muitos a abstenção é de rigor.

Se as cavernas bronchectasicas forem multiplas, se os dois pulmões estiverem affectados, a intervenção só póde abreviar a vida do doente. As melhoras produzidas pela drenagem d'uma caverna, de que se obtivesse mesmo a cicatrisação, seriam apenas insignificantes e passageiras.

Fócos inaccessiveis continuariam segregando pús e o traumatismo operatorio viria precipitar o desenlace.

Não basta, para que a pneumotomia esteja indicada, que a séde da lesão possa ser nitidamente estabelecida e que a ecta-

Tratamento

O verdadeiro tratamento da bronchectasia está fóra dos dominios da medicina. Empregando os differentes agentes pharmacologicos, faremos apenas uma medicação symptomatica que não põe o doente ao abrigo das complicações que dia a dia lhe ameaçam a existencia.

Attenuar um ou outro symptoma mais alarmante, modificar as secreções bronchicas, tonificar um organismo debilitado, é quasi tudo que conseguiremos administrando drogas cuja multiplicidade prova bem o seu valor mais que hypothetico. O tratamento medico e puramente palia-

sia seja *circumscripta*. O estado do doente póde contra-indicar, d'uma maneira absoluta, a intervenção.

E são certamente as intervenções tardias e intempestivas que constituem os insuccessos da pneumotomia.

OBSERVAÇÕES

Observação I

(COLHIDA DA THESE DE AZINCOURT)

F., de 43 annos; entrou no hospital em 16 de janeiro de 1893.

Habitualmente saudavel. Teve a variola em 1886. Nunca teve tosse. Ha cinco semanas pontada acompanhada de febre e de tosse, sobretudo de noite. Ha tres semanas, o halito e os escarros são extraordinariamente fetidos. Perda d'appetite e de somno. Emmagrecimento.

EXAME DO DOENTE. — Bôa constituição. Halito fetido, sobretudo quando tosse. A' direita, para cima e para deante, o thorax está achatado, entretanto os movimentos respiratorios têm a mesma amplitude dos dois lados. As vibrações thoracicas são um pouco mais fracas á direita do que á esquerda.

Percussão. — Sonoridade normal na fossa supra-clavicular direita. Ao nivel da clavicula o som baço é absoluto. Nos 1.º, 2.º e 3.º espaços intercostaes, som cavitario limitado para fóra por uma ligua partindo do mamillo; para fóra d'esta ligua a sonoridade é normal.

O pulmão está normal á direita e para traz; e á esquerda para deante e para traz.

Auscultação. — A' direita, na fossa supra-clavicular, respiração normal; sopro tubar no 1.º espaço intercostal proximo do esterno. Fervôres cavernosos entre a 1.ª e a 2.ª costella. Alguns sarridos seccos nas outras regiões affectadas. Respiração normal no resto dos pulmões.

OPERAÇÃO EM 30 DE JANEIRO DE 1893. — Chloroformio. Incisão no 2.º espaço intercostal a 6 centímetros do bordo direito do esterno sobre um comprimento de 9 centímetros parallelamente á costella até á pleura. Abertura da pleura e do pulmão. A' profundidade de 5 cent. chega-se a uma cavidade bronchectasica. Evacuação do puz. Drenagem. O doente sahe em 18 de fevereiro ainda com um dreno na fistula. Cura completa pouco tempo depois.

Observação II

(DE WALTHER, CONGRÈS DE CHIRURGIE DE PARIS, 1895.)

Trata-se d'uma mulher de 26 annos. Ha 12 annos que, a seguir a uma bronchite, expectora diariamente puz em maior ou menor quantidade.

Signaes de pyo-pneumathorax na metade inferior da pleura esquerda. Em todo o lobulo superior do pulmão esquerdo, signaes de bronchite com dilatação. Expectoração abundante, purulenta, muito fetida, produzindo-se 2 ou 3 vezes por dia sob a forma de vomicas, depois d'um accesso de tosse prolongado e suffocante. No intervallo d'estas evacuações não ha expectoração. Ausencia de bacillos de Koch nos escarros. O estado geral é máo.

OPERAÇÃO EM 9 DE MAIO DE 1894. — Chloroformio. Ressecção da 7.^a e da 8.^a costellas, perto da columna vertebral, no centro do foco. Adherencias dos 2 folhetos da pleura. O tecido pulmonar subjacente está duro e esclerosado. Chega-se a uma cavidade enorme occupando todo o lobulo inferior do pulmão esquerdo. Tampão de gaze na cavidade.

Diminuição da expectoração e ausencia de vomicas. Cura completa em menos d'um mez.

Observação III

(Pessoal)

ENFERMARIA DE CLINICA MEDICA

Director — professor Azevedo Maia

D. V., natural da Corunha, solteiro, de 37 annos de idade, creado de restaurante; vive no Porto ha 16 annos.

Entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 16 de novembro de 1899; passou á enfermaria de Clinica medica na tarde do dia 17 do mesmo mez.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Não conheceu o pae. Na mãe e nos collateraes nada ha de syphilitico, tuberculoso ou arthritico.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Teve sarampo em criança. Ha annos já, que sente cançasso ao menor esforço, tosse, suores e bronchites de repetição. Contrahi, ha cerca d'um anno, a syphilis de que conserva alguns estygmas: cicatriz na glande, pleiade ganglionar inguinal e ulcerações na pharynge.

Habitos alcoolicos.

HISTORIA DA DOENÇA E EXAME DO DOENTE. — Ha tres semanas que sentiu calefrios e ligeiras pontadas no thorax, sobretudo no lado direito, ao nivel do ma-

milho. As dôres desapareceram em breve dando lugar a uma completa anorexia, diarrhêa abundante e inaptidão absoluta para o trabalho. A persistencia d'este estado obrigou-o a entrar no hospital onde o observamos na noite de 17 de dezembro.

O doente, homem robusto e bem constituido, está com uma viva dyspnea; a temperatura sobe a 39°,4; o pulso, pequeno e filiforme, marca 104. A lingua, secca e saburrosa, denota, como a diarrhêa, uma infecção do tubo digestivo. A tosse é pouco frequente e a expectoração abundante e muco-arejada.

A' inspecção nota-se um abaulamento manifesto na metade direita da região thoracica; o figado fórma uma saliencia na região epigastrica e está consideravelmente augmentado de volume.

A' auscultação pulmonar percebem-se alguns fer-vôres e numerosos sarridos seccos — sibilos, roncós e pios — em todo o thorax mas mais especialmente nos vertices do pulmão. As vibrações thoracicas faltam totalmente na fossa infra-espinhosa direita onde se nota ausencia do murmurio vesicular; augmentadas, ao contrario, na parte antero-lateral do mesmo lado, abaixo do cavado axillar, onde a auscultação faz ouvir um sopro tubar. Sonoridade normal á percussão, exceptuando a região ultimamente indicada onde o som é baço. A auscultação do myocardio nada revelava d'anormal.

DIAGNOSTICO. — Havia evidentemente uma dupla affecção — gastro-intestinal e pulmonar — mas qual a sua natureza? A ideia da febre typhoide assaltou o nosso espirito, mas a ausencia da dôr e gorgolejo na fossa iliaca direita, o exame da lingua nada tendo de typhosa e a carencia d'outros signaes d'esta doença vieram pôr de parte tal ideia que 2 dias depois confirmamos não ter razão pelo resultado negativo da sero-reacção de Vidal.

As affecções agudas broncho-pulmonares tinham de ser postas de parte em face da chronicidade da doença. As pontadas que o doente referia podiam ser tomadas á conta d'uma pleuresia, tanto mais que havia abaulamento da metade direita do thorax. Um exame mais attento mostrava-nos a ausencia d'egophonia, e um augmento de vibrações que não estão no programma da pleuresia. Demais, além de não haver som skodico, a mudança de tonalidade persistia qualquer que fosse a attitude dada ao doente.

O nosso diagnostico ficou pendente entre o kysto hydatico, a tuberculose e a bronchite chronica complicada com qualquer d'estas affecções com uma *poussée* de bronchite aguda. A syphilis pulmonar devia ser posta de parte porque a pneumopathia syphilitica manifesta-se tardiamente e o nosso doente contrahi u o cancro ha menos d'um anno.

No dia 18 foi feita na aula de Clinica Medica a discussão d'este interessante caso e uma punção exploradora mostra á evidencia que não se tratava d'uma hydatide pulmonar. A expectoração tornou-se n'este dia hemoptoica, conservando-se abundante e affectando uma certa fetidez. A temperatura desceu de manhã a 38° para attingir quasi 39° na tarde d'esse dia. Que se não tratava d'um processo tuberculoso disse-nos a analyse bacteriologica demonstrando-nos a ausencia do bacillo de Koch. Pensamos então na ectasia bronchica e attribuímos a elevação thermica a infecção intestinal e reabsorção dos productos septicos accumulados nos bronchios.

No dia 20 a expectoração tornou-se extremamente abundante e mais fetida; á auscultação pudemos perceber signaes cavitarios abaixo da espinha da omoplata direita. Desde então o diagnostico impunha-se: tratava-se evidentemente d'uma *bronchiectasia ampollar*.

A descida da temperatura coincidiu com a depleção da cavidade bronchica. A elevação thermica não era pois devida á infecção intestinal, que podia ser classificada em segundo plano. A temperatura que affectou a principio o typo intermittente regularisou-se a breve trecho; as oscillações do pulso seguiram as da temperatura. A diarrhêa diminuiu gradualmente cessando por completo no dia 24. Outro tanto não succedeu com os signaes estethoscopicos pulmonares que se tornaram notaveis pela sua persistencia. Á anorexia que, como dissemos, era completa a ponto que o doente difficilmente ingeria a sua dieta de 2 caldos apurados e 1 litro de leite, succedeu, com a volta da temperatura á cifra normal, um extraordinario appetite. Durante a longa permanencia do nosso doente na enfermaria de clinica nada notamos digno de mencionar-se.

A alta é-lhe dada no dia 20 de janeiro de 1900 sem que o iodeto de potassio e os balsamicos que lhe foram administrados produzissem reaes beneficios.

Os signaes cavitarios persistiam com effeito e a expectoração era ainda abundante, purulenta e fetida.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—O coccyx, representando na especie humana o esqueleto da cauda dos mammiferos, é uma das provas de que o homem não descende de Adão.

Physiologia.—Só se deve respirar pelo nariz.

Therapeutica.—As especialidades pharmaceuticas tem causado o descredito da therapeutica.

Operações.—A falta d'adherencias pleuraes contra-indica a pneumotomia.

Anatomia pathologica.—O microscopio é impotente na diagnose da natureza d'um tumor.

Pathologia externa.—A maior frequencia das hernias á direita só pode explicar-se pela fórma da cavidade abdominal.

Pathologia interna.—Não ha tratamento medico da bronchectasia.

Partos.—O aborto por meio de substancias medicamentosas, quando se consegue, faz-se á custa de perturbações geraes as mais das vezes graves.

Medicina legal.—A asphyxia pelo oxydo de carbone é muitas vezes acompanhada de amnesia retrograda.

Pathologia geral.—Aconselharei os casamentos consanguineos sempre que os pretensos conjuges fôrem exemptos de qualquer târa morbida.

Visto.

Lopes Martins.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,

DIRECTOR INTERINO,