

BREVE ESTUDO

SOBRE AS

FORMAS CLÍNICAS

DA

* PNEUMONIA *

144/8 EHC

Carlos Claro da Fonseca

BREVE ESTUDO SOBRE
AS FORMAS CLINICAS
❖ DA PNEUMONIA ❖

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



144/8 ENC

IMPRENSA NACIONAL

de Jayme Vasconcellos ::

R. da Picaria, 35 — PORTO

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

LENTE SECRETARIO

Thiago Augusto d'Almeida

CORPO DOCENTE

Lentes cathedrativos

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Plácido 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 B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguilar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da S. Martins Junlor. |
| 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. |
| | { Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| | { Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | { Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

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

Lente demonstrador

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

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

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



Á SAGRADA MEMORIA DE

meu Pae

Antonio José Claro da Fonseca



À minha santa Mãe

Nunca esquecerei quanto vos
devo.

A minha querida Esposa

É dever meu ligar o teu nome
ao primeiro trabalho que publico
e com todo o affecto te offereço.

Sómente lastimo, que elle não
seja digno da tua dedicação.

Carlos.

A minhas irmãs e cunhada

Heloiza

Beatriz

Armanda

Sarah

Noemie

Mathilde

Cinjo-vos a todas no mesmo
abraço.

A MEU IRMÃO

A **AMERICO**

Recordar-me-hei sempre dos
vossos paternaes conselhos.

A MEUS CUNHADOS

Dr. Antonio Claro

Dr. Antonio Augusto d'Almeida

Arnaldo José Claro

Dr. Antonio Pires de Carvalho

Com muita amizade.

A MEUS TIOS

Miguel José Claro

Barão Peres da Silva

João Gonçalves Pinto

Joaquim Vieira de Carvalho

A MEUS SOBRINHOS

A meu sobrinho e afilhado

Antonio Pires de Carvalho Junior

A MINHAS PRIMAS

D. Margarida Claro Vieira Alves

D. Julia Izaura Gonçalves Pinto Lessa

D. Delphina da Silva Lessa

A MEU PRIMO

Luiz Firmino Alves

Preito de inolvidavel estima.

A MEUS SOGROS

D. Maria de Jesus Zeixeira Baptista

e

João Baptista da Costa

Com sincero affecto.

A MEUS CUNHADOS

Luiza

Olivia

Luiz

João

Amizade.

A todos os meus amigos e em especial

Dr. Angelo Cesar Fernandes das Neves

Dr. Antonio da Fonseca Gouveia

Antonio Pinto dos Santos

José Neves da Silva Marinho

John Hardman

Aos meus condiscipulos

Um grande abraço.

Aos contemporaneos meus amigos

Aos Ex.^{mos} Professores

Dr. Augusto H. d'Almeida Brandão

Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior

Dr. Zhiago Augusto d'Almeida

Dr. Joaquim A. Pires de Lima

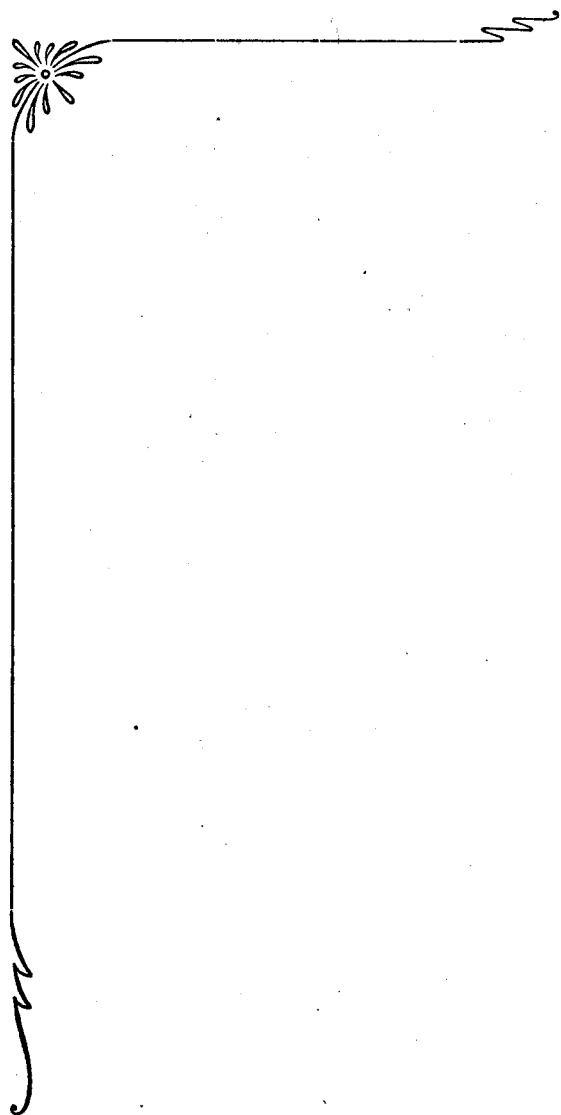
Dr. José d'Oliveira Lima

Homenagem respeitosa do
alumno agradecido.

Ao illustre Presidente da minha these

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

Dr. José Dias d'Almeida Junior



No meio ainda de trabalhos respeitantes ao anno lectivo, de preparação para actos, se elaborou esta dissertação inaugural para ser presente á Escola Médica do Porto. Por certo não imaginamos, ainda que esse fosse o nosso maior desejo, fazer obra de largo folego, que exigiria outros recursos de tempo e saber.

Mas anima-nos a maior vontade de cumprir e empregarmos os melhores esforços que a exiguidade do tempo permittiu. Sendo fecho do curso esse acto que encerra a nossa carreira official de estudante, apparecia-nos ao longe como fim almejado, como esperança afagada desde muito com carinho, pois significava o realisar de uma grande aspiração. E protestavamos com nós proprios dedicar-lhe mais tempo e mais trabalho. Circumstancias ponderosas obrigam a realisar-o em breves dias, e assim produzimos esta

dissertação como é possível, esperando a benevolencia dos mestres que a hão-de apreciar.

Sem duvida sobre o objecto do nosso estudo muito mais e melhor se poderia dizer. Cingimo-nos entretanto o quanto possível ao que podemos observar e que, bem ou mal, representa o nosso modo de vêr.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

Pneumonia lobar aguda

J. M. de L., de 52 annos, viuvo, natural de Braga e residente no Porto. Deu entrada no Hospital de Santo Antonio no dia 4 de dezembro de 1909. Foi no dia 7 de novembro que o doente começou a sentir violentos calefrios e dôres de cabeça intensissimas, chegando a perder os sentidos e a vista durante uns tres minutos. Recolheu a casa e conservou-se ali até ao dia 29. No dia 30, sahiu de manhã com muito custo e foi a casa do regedor para dar entrada neste Hospital.

Nessa occasião, diz elle, que estava a arder em febre e vendo uma fonte junto da casa do regedor, bebeu até ficar satisfeito. Não pôde entrar nesse dia para o Hospital e recolheu novamente a casa, d'onde sahiu no 1.º de dezembro de manhã, mas chegando á Praça de D. Pedro já não pôde arrastar-se mais, tendo de vir numa maca para o Hospital

aonde deu entrada na enfermaria de S. José, onde se conservou até ao dia 4, em que passou para a enfermaria de clinica medica, sendo feita então a primeira observação que forneceu os seguintes dados.

APPARELHO RESPIRATORIO. — O doente queixava-se de uma forte pontada do lado direito, tosse com expectoração abundante a qual segundo a analyse que foi feita no Laboratorio Nobre, revelou numerosos pneumococcus, não revelou bacillos de Koch, nem estreptococcus. A albumina reacção de Roger foi positiva. Tinha tambem uma dyspnêa muito accentuada a qual se revelava por uma aceleração notavel dos movimentos respiratorios (34 por minuto).

Emquanto aos escarros, esqueceu-me mencionar que elles eram viscosos e adherentes a ponto que se podia voltar a escarradeira, sem que elles se desligassem. Esta viscosidade muito natural nos dois primeiros dias, começou por diminuir pouco a pouco conforme o doente ia melhorando.

A percussão do thorax mostrava que a sonoridade normal era substituida sobre uma grande extensão pelo som basso.

A palpação mostrava-nos o augmento das vibrações vocaes.

Na auscultação ouviam-se ralas crepitantes muito nitidas as quaes só se observaram na inspiração.

APPARELHO CIRCULATORIO. — O doente apresentava uma myocardite chronica muito accentuada, o pulso

arythmico e apresentava 110 a 120 pulsações por minuto.

Era primeiramente duro, mas depois tornou-se molle ao fim de dois dias, o que traduzia a intoxicação do myocardio.

A febre conforme se vê no quadro conservou-se nos primeiros dias em 39° e depois foi baixando successivamente com algumas alternativas.

Dias	1	2	3	4	5	6
M.	—	38,8	38,8	37,	38,6	36,5
T.	39,1	39,	38,8	36,8	37,6	36,7

APPARELHO DIGESTIVO. — Não apresentava nada de particular a não ser a lingua secca, fendilhada e saburrosa, coberta quasi continuamente por um inducto esbranquiçado.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — A mãe morreu de 64 annos com uma lesão cardiaca. O pae falleceu de 72 annos com uma congestão cerebral. A mulher morreu de uma lesão cardiaca. Tem uma filha que é saudavel.

ANTECEDENTES PESSOAS. — Teve aos 18 annos uma blenorragia, soffre do rheumatismo, teve ácercade de sete annos uma pneumonia dupla, tem umas feridas nas pernas que costumam ulcerar todos os annos.

PROGNOSTICO. — Para este doente o prognostico

era um pouco sombrio, primeiro pela sua idade e em segundo lugar por causa do mau funcionamento do coração.

DIAGNOSTICO.—Pneumonia lobar aguda.

TRATAMENTO.—Não existe medicação uniforme para a pneumonia; as principaes indicações therapeuticas serão fornecidas pelo pulso, thermometro e symptomas cerebraes.

O doente deve guardar o leito, permanecer num quarto amplo e bem arejado, exposto ao sol. Não se deve recorrer ao isolamento rigoroso, mas prohibir as visitas e conversações principalmente nos primeiros sete dias.

A desinfecção dos escarros deve ser feita misturando um pouco de lysol, sublimado, etc., no escarador do doente.

Deve-se tambem proceder a desinfecção buccal por meio de lavagens antisepticas.

Regimen: leite de duas em duas horas, dia e noite, excepto quando o doente esteja a dormir. Póde tambem administrar-se-lhe caldos, agua com vinho e limonadas. Contra a pontada usar as cataplasmas de linhaça e mostarda applicadas sobre o ponto doloroso; para a prisão de ventre administramos-lhe:

Oleo de ricino.	30 gram.
Ou oleo de croton tiglium	1 gotta

Para expectorar:

Benzoato de soda	2 gram.
Terpina	1 "
Julepo-gommoso	120 "

Como fortificante:

Vinho tinto do Porto	100 gram.
Alcooleo de canella	5 "
Xarope de quina	15 "
Tres colheres por dia.	

Para gargarejo:

Benzoato de soda	2 gram.
Agua fervida	200 "

Como fortificante do organismo:

Sulfato de estrychinina	1 centigram.
Agua distillada	10 gram.

Uma injeccão diaria no periodo de dez dias, com um mill.

Como tonicardiaco:

Sulfato de esparteina	30 centigram.
Agua distillada	100 gram.
Assucar areado	15 "

Tres colheres de sopa por dia.

Foi este o tratamento que foi administrado ao meu doente, e que fez com que elle sahisse do Hospital no dia 1 de janeiro.

OBSERVAÇÃO II

Pneumonia lobar aguda direita

L. P. de O., de 30 annos de idade, sapateiro, casado, residente no Porto, entrou para o Hospital no dia 6 de janeiro, sendo transferido para a enfermaria de clinica medica em 7 do mesmo mez.

EXAME DO DOENTE.— O doente apresentava vermelhidão nas maçãs do rosto, grande abatimento, tosse, dyspnêa e angustia.

Queixava-se de dôr no hemi-thorax direito occupando a região antero-lateral desde a base ao mamillo, dôr que augmentava com a tosse. Este facto chamou a minha attenção para o apparelho respiratorio.

Notei que havia som basso na região anterior do hemi-thorax direito desde a base até á terceira costella e na região posterior desde a base até ao nivel do angulo do omoplata. No hemi-thorax esquer-

do encontrava-se nas regiões anterior e posterior da base som sub-basso e ralas sub-crepitantes e um pouco abaixo do angulo do omoplata um feixe de ralas sibilantes.

Apresentava ainda o doente uma temperatura de $39^{\circ},6$, dyspnêa com 36 movimentos respiratorios e tosse com expectoração não muito abundante, e com os seguintes caracteres: viscosa adherente á escarradeira, côr de tijolo, arejada e misturada a finas bolhas d'ar. Os ruidos cardiacos eram pouco intensos, o pulso tachycardico a 126 pulsações por minuto, miure, recorrente, pequeno e hypotenso (10 pelo esphygmomanometro de Potain).

HISTORIA DA DOENÇA. — No dia 2 de janeiro teve um grande arrepio e a seguir muito calor, tosse, cephalalgia, anorexia e prostração; no dia 3 não se pôde levantar e no dia seguinte sentiu uma pontada muito intensa do lado direito do peito por baixo do mamillo.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Tinha uma bronchite chronica; aos 19 annos teve uma blenorrhagia, acompanhada de cystite e adenite inguinal esquerda, contrahindo simultaneamente a syphilis; aos 26 annos teve outra blenorrhagia acompanhada de adenite inguinal direita.

Soffreu, ha cinco annos uma intervenção cirurgica na coxa direita, parece que por causa de algum processo morbido do femur.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — A mãe morreu tuberculosa e o pae teve aos 59 annos uma pontada do lado esquerdo do peito, morrendo passados dois dias, talvez com uma pneumonia; os irmãos são todos saudaveis á excepção de um que soffre dos rins.

DIAGNOSTICO. — Em face dos symptomas que o doente apresentava com toda a nitidez e attendendo á historia da doença posso affirmar que se tratava de uma pneumonia lobar direita. Este diagnostico foi confirmado pela analyse bacteriologica que revelou a existencia de pneumococcus na expectoração.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA. — No dia 10 deu-se a baixa da temperatura em crise, conservando-se o doente desde então apyretico. Esta baixa de temperatura acarretou não só a diminuição da tachycardia e dyspnêa como tambem da diurese, como se vê nos graphicos correspondentes.

Dias	6	7	8	9	10	11
M.	39,3	39,2	38,6	39,2	38,6	36,3
T.	39,7	39,6	39,2	38,8	38,4	36,9

Ao mesmo tempo o doente sentiu-se melhor, sahindo da prostração e angustia em que se encontrava, desaparecendo a anorexia e voltando o appetite, pois que pediu logo de comer.

O pulso que ao principio era pequeno e miure recorrente tornou-se pouco a pouco mais amplo e rythmico, mas revelou ainda o enfraquecimento do miocardio. Os phenomenos stethoscopicos foram desaparecendo muito lentamente, lenticidão esta devida á evolução da pneumonia num terreno syphilitico. O sopro tubar que no principio se ouvia na expiração juntamente com as ralas crepitantes, no dia 12 ouvia-se na inspiração e expiração, predominando no dias seguintes na inspiração.

Quando o doente sahiu do hospital os signaes stethoscopicos da bronchite tinham desaparecido, mas ainda se notavam ralas crepitantes e attritos pleuraes na região posterior do hemi-thorax direito, bem como a expiração soprada.

TRATAMENTO.—O tratamento d'uma pneumonia resume-se quasi na expectativa limitando-nos a dar ao doente tonicos geraes, a não ser em casos especiaes, como acontece neste doente que tivemos de recorrer á digitalina para lhe levantar o coração; empregou-se o soluto de digitalina de Mialhe, tomando o doente cinco gottas por dia, sendo tres de manhã e duas de tarde. Como tonicos geraes empregou-se o sulfato de estrychinina em injecções de um centimetro cubico durante dez dias, e a limonada de vinho. O doente fez ainda uso de glycero-phosphato de cal.

Fez-se tambem o tratamento anti-syphilitico por injecções de biodelto de mercurio e pelo iodeto de

potassio, fazendo uso ao mesmo tempo do chlorato de potassa em gargarejo. Como revulsivos locais empregaram-se as pontas de fogo.

OBSERVAÇÃO III

Pneumonia lobar aguda esquerda

A. S., viuva, de 48 annos de idade, domestica, natural e residente no Porto.

Entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 30 de dezembro de 1908, passando para clinica medica no dia seguinte.

O facies da doente não demonstrava a existencia de mal muito intenso na occasião do exame; posto que um tanto pallida, mais parecia o de doente entrado em franca convalescença.

Interrogada a doente, chamou a nossa attenção para o aparelho respiratorio, queixando-se d'uma dôr pouco intensa, que foi localisada na parte posterior do oitavo espaço intercostal esquerdo e d'uma tosse um pouco violenta principalmente de noite.

A palpação demonstrou o augmento das vibrações vocaes do lado esquerdo, ao nivel da parte superior da espadua.

A percussão revelou-nos um augmento de sonoridade ao mesmo nível e uma diminuição ao nível do oitavo espaço intercostal esquerdo. A percussão do lado direito nada revelou digno de menção.

A auscultação mostrou a existencia de ralas crepitantes ao nível da parte posterior do segundo e terceiro espaços intercostaes esquerdos, e de sôpro tubar a meio da espadua esquerda.

Havia bradycardia, 58 pulsações por minuto. A temperatura era de 39°,6.

Pouco mais ou menos 8 dias antes da sua entrada no Hospital, principiou a sentir-se mal, calafrios, violentas dôres de cabeça e muita tosse.

Dois dias depois appareceu-lhe do lado esquerdo uma pontada, que se exarcebára com a tosse e principiou a expectoração, sendo os escarros escuros e muito viscosos. Assim esteve seis dias na cama em sua casa, recolhendo depois ao Hospital.

O marido havia morrido nas vespersas de ella adoecer. Conta ainda a doente, que um dia se tinha molhado muito e que no dia seguinte tornara a sahir, conservando por muito tempo ás costas o chaile ainda molhado do dia anterior.

A doente fôra até este momento sempre saudavel, não tendo soffrido doença alguma. O marido tambem sempre gosou saude, nada se averiguando de suspeito ácerca da causa da sua morte. Teve onze filhos, dos quaes cinco vivos; o mais velho, uma fi-

lha, soffre do estomago, tendo já estado no Hospital por varias vezes; os outros saudaveis.

Dos seis já fallecidos, dois morreram de variola, um aos dez annos e o outro aos vinte mezes; os outros quatro, tambem creanças, não sabe dizer do que morreram.

O modo de inicio da doença, a elevada temperatura e os signaes stethoscopicos mencionados fizeram pôr o diagnostico de pneumonia lobar aguda que foi confirmado pelo exame bacteriologico.

A etiologia d'este caso de pneumonia foi, como na grande maioria dos casos, de microbismo latente. Está demonstrado que o pneumococco se encontra normalmente nos individuos hygidos, e que sem causas d'uma outra ordem, que venham provocar e favorecer a sua acção, se conserva inoffensivo.

Assim, neste caso, as condições precarias em que a doente vivia, aggravadas pela morte do marido que ao mesmo tempo devia ter arrastado uma grande depressão physica e moral, conjugadas ao frio e ás molhadellas que a doente havia apanhado, de sobejo constituem um meio excellentes para o rompimento d'esse microbismo latente e para a exacerbação da virulencia pneumococcica.

A evolução d'este caso de pneumonia foi chamado normal. Como se vê do graphico da temperatura, ao fim de um espaço de tempo que poderemos

calcular de oito a dez dias, esta era de proxima-
mente 37° e após uma ligeira subida, novamente
baixou, agora de 37° , conservando-se sempre até fi-
nal entre $36,2$ e 37° .

Dias	30	31	1	2	3
M.	39	39,2	38,9	39	39,6
T.	40	39,8	39,6	39,2	38,6
Dias	4	5	6	7	8
M.	38	37,9	38,2	37,8	36,5
T.	37,6	37,4	38,4	36,6	36,6

A accentuada bassidez do pulmão esquerdo, foi-se
desvanecendo pouco a pouco a ponto de a respiração
fazer-se quasi normalmente no dia da sahida da
doente, 25 de janeiro.

A expectoração, de escura que havia sido, foi-se
tornando mais branca, perdendo tambem pouco a
pouco a sua viscosidade.

Um tratamento symptomatico, como combate da
pontada (na doente foi applicada uma cataplasma
sinapisada), da hyperthermia, etc., e uma boa desin-
fecção buccal, são os cuidados principaes a ter num
d'estes casos, juntamente com a vigilancia rigorosa
do coração e das pleuras.

OBSERVAÇÃO IV

Pneumonia lobar aguda

M. J. O. M., solteiro, com a profissão de padeiro e morador em Villa Nova de Gaya.

Entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 5 de novembro de 1910.

Contou o doente que ha uns tres dias, pouco mais ou menos, andando no desempenho da sua profissão, o fez constantemente debaixo de chuva, de fórma que ao chegar a sua casa á noite, sentiu fortes arrepios, dôres de cabeça e abatimento. Mais disse que no dia immediato já se não pôde levantar devido á febre, a uma pontada no terço superior do esterno, á tosse continúa que exacerbava a dôr e o obrigava a expectorar muito (escarros pegajosos e com o aspecto ferruginoso) á dyspnêa e cephalgia.

Como o doente estivesse tres dias em casa não pude observar a evolução da doença desde o inicio, porém aproveitando os factos por elle descriptos e os que eu pude aperceber durante a sua estada nesta enfermaria, firmei o meu diagnostico de pneumonia lobar direita e aguda, com uma crise de dois a tres dias o maximo.

Constatei pela palpação do thorax, que as vibrações vocaes eram maiores no terço medio e superior do pulmão direito do que no esquerdo e pela percussão verifiquei a sub-bacidez da mesma região.

Auscultando o doente, ouvi ralas crepitantes no momento da inspiração, no vertice do pulmão direito e face anterior, não me sendo preciso fazer tossir o doente, para as perceber, assim como o sôpro tubar que era bem perceptível na ocasião da expiração.

O graphico thermologico d'este doente, mostrou que a crise foi de dois a tres dias, pois no dia 5, havia $39^{\circ},1$ no dia 6, $39^{\circ},3$ e no dia 7 oscillou entre $39^{\circ},1$ e $38^{\circ},9$, seguindo-se depois o periodo de deferescencia quasi brusca e havendo um periodo de alidez de 3 dias.

A analyse dos escarros, revelou numerosos pneumococcus, e a pesquisa da albumina, por mim feita pelos processos de Heller e Tanret, não deu vestigios sequer.

O pulso era duro e tenso, chegando no dia 6 á tarde a contar 120 pulsações por minuto e 28 movimentos respiratorios. Foi-lhe dada alta no dia 16, sahindo curado, e nos ultimos dias da sua permanencia aqui não lhe notei erupção herpetica nos labios e orelhas como muitas vezes succede.

THERAPEUTICA. — Gargarejo de borato de soda como desinfectante. Cataplasma de mostarda e linhaça (revulsivo), duas colheres de sopa de poção d'estríchnina para lhe levantar o coração e a poção de Todd como estimulante e pilulas de benzoato de soda e terpina, para facilitar a expectoração.

OBSERVAÇÃO V

Spleno-pneumonia de Grancher

A. S., de 57 annos, casado, natural de Montemor-o-Velho, entrou para a enfermaria de clinica medica a 18 de março de 1909.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Teve em creança variola e sarampo; ha seis mezes approximadamente, teve uma pneumonia esquerda. Não teve doenças venereas nem manifestações escrophulosas; ao contrario foi sempre muito robusto; casou aos 31 annos; houve dez filhos e tres abortos; nenhum filho é escrophuloso.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—A mãe era saudavel.

HISTORIA DA DOENÇA.—Alguns dias antes da sua entrada constipou-se. Pouco depois appareceu-lhe uma pontada no hemi-thorax esquerdo acompanhada de dyspnêa; sobreveio-lhe delirio e veio para o hospital; examinando o doente, viu-se que tinha 30 movimentos respiratorios e expectoração hemoptoica.

O hemi-thorax esquerdo estava mais elevado e quasi immovel; o hemi-thorax direito tinha excursão intensa; o pulso era pequeno e intermittente. Á auscultação, ouve-se um sôpro tubar, na parte mé-

dia das regiões esquerda anterior e posterior do thorax.

À percussão, a bassidez era absoluta e as vibrações eram diminuídas; a punção exploradora não dera liquido; tinha oliguria. Estes phenomenos foram, durante alguns dias, motivando uma energica therapeutica tonicardiaca, levantando-se e regularizando-se, por fim, o pulso e a mechanica circulatoria, como se póde apurar por estes numeros de diurése de 24 horas.

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

EXAME AO THORAX DO DOENTE praticado sobre a direcção do ill.^{mo} professor Thiago d'Almeida.

Praticando-se os processos diagnosticos, auscultação e toque, viu-se no hemi-thorax direito o seguinte: na metade anterior, murmurio respiratorio diminuido na parte superior do thorax, correspondente ao vertice do pulmão, na parte superior havia tambem augmento de vibrações e uma pequena zona de bassidez. Na metade anterior esquerda, que era a affectada: na parte superior, expiração prolongada e espirada, um pouco mais abaixo, entre a 4.^a e 5.^a

costellas, broncophonia e percebia-se bem o choque da ponta do coração; havia tambem diffusão do choque e retracção systolica; no hemi-thorax esquerdo e metade posterior percebeu-se uma zona extensa de bassidez com ralas humidas de bolhas grandes.

A dyspnêa foi desaparecendo com a applicação de cataplasmas sinapisadas e de ventosas, estabelecendo-se uma expectoração purulenta, extremamente abundante de côr cinzenta, suja e de cheiro enjoativo que acompanhou a doença durante muito tempo.

Um dia appareceu uma complicação articular, congestão e dôr no joelho esquerdo que foi tratada pelo methodo de Bier, talvez originada da propria doença.

ANALYSE DO ESCARRO.—Cadeias curtas de estreptococcus e diplococcus; raros pneumococcus; numerosos coccus, bastonettes e tetragenos; não revelou bacillos de Koch.

DIAGNOSTICO.—A sua primitiva doença não offerecia duvida para o diagnostico. Era uma pneumonia lobar—variedade—spleno-pneumonia de Grancher, peorada pela idade do doente, em que a pneumonia é caracterisada pela insidiosidade, e por ter tido anteriormente uma pneumonia esquerda.

A PARTE DO TRATAMENTO que diz respeito á pneumonia foi preenchida como competia.

Mereceu cuidado o coração, como o recommenda o aphorismo de Huchard. A marcha insidiosa da

doença obrigou repetidas vezes o emprego da revulsão com cataplasmas sinapisadas e, no tratamento da crise, das pontas de fogo em vez do vesicatório de cantharidato, condenado por muitos auctores e proscripto da nossa enfermaria.

OBSERVAÇÃO VI

Spleno-pneumonia de Grancher com evolução para gangrena pulmonar

A. S., de 25 annos, solteira, do Porto, entrou para a enfermaria de clinica medica a 5 de janeiro de 1909.

Sentia-se doente, de bronchite, com dôr, febre e expectoração, havia um mez.

Ao fim de quinze dias foi perdendo as forças até cahir de cama. Não comia, apenas bebia agua; tinha uma expectoração purulenta, verde e ficiada, extremamente abundante. Decubito lateral esquerdo.

Exame em 8 de janeiro:

Dia 6	D. 7	D. 8	D. 9
Temp. da tarde	T. m. 38,4	T. m. 39,1	T. m. 39,4
39,4	T. t. 39°	T. t. 40°	

Exame do thorax da doente, praticado sob a direcção do illustre professor Thiago d'Almeida :

No hemi-thorax direito e metade anterior.

Os dois tempos da respiração soprados, sonoridade augmentada e ralas humidas de bolhas grandes;

Na metade posterior sonoridade augmentada e os dois tempos respiratorios soprados;

No hemi-thorax esquerdo e metade anterior;

Vibrações augmentadas na parte superior; 2.º tempo respiratorio diminuido e breve sopro tubar, bronchophonia, menor amplitude, dôr e uma consideravel zona de bassidêz com ralas humidas de bolhas grandes; na metade posterior uma consideravel zona de som baixo em toda a altura do thorax.

Exame dos escarros:

Numerosas e pequenas cadeias de estreptococcus e estaphylococcus, tetrágeno e pequenos coccus descorando pelo Gramm.

Numerosissimos globulos purulentos em estado de desagregação, tornando-se impossivel a classificação.

Alguns globulos rubros e cellulas epitheliaes pavimentosas bucco-pharingeas.

O tratamento d'esta doença é mais de expectação do que verdadeiramente medicamentoso.

Medicação :

Tintura de iodo no lado esquerdo do thorax.

Xarope de balsamo de Tolu . . . 40 gram.

Mistura gommosa 100 "

Poção de Todd 20 "

Terpina 1 "

Benzoato de soda 2 "

Tres colheres de sopa por dia como tonico e expectorante.

Oleo de ricino 30 gram.

Vinho de quina amarello 4 c. s.

Estrychnina em injeccão por dia . 0,001

Carbonato de guaiacol. } ãa 15 gram.

Terpina }

p. 10 h. — 1 por dia.

Calomelanos 0,50

em 2 hostias.

Cafeina 0,10

A doente, no dia 9, de tarde, depois d'um accesso de tosse teve uma hemorrhagia pulmonar que a matou rapidamente.

NECROPSIA. — O exame da cavidade thoraxica revelou :

Fortes adherencias antigas, de todo o pulmão direito. Adherencias no pulmão esquerdo, tenues no lóbo superior, mais resistentes na base.

Emphysema da parede thoracica anterior esquerda. O mediastino fortemente adherente, repuchando para a esquerda o pericardio. O pulmão direito, com symphise global e congestão do bordo posterior na base, sobrenadava na agua.

Adenopathia peribronchica. Pulmão esquerdo muito volumoso e splenizado; ao corte tinha uma cor verde garrafa, dando pela expressão uma borra fétida; fígado um pouco hypertrophiado, amarello, com suffusões sanguineas, attingido de degenerescencia pigmentosa. No pericardio vascular havia uma lamina de gangrena. — Diagnostico: Spleno-pneumonia de Grancher, macissa, em evolução para gangrena pulmonar.

OBSERVAÇÃO VII

Spleno-pneumonia com pleurisia purulenta meta-pneumonica

S. P., de 21 annos, solteiro, carregão, natural de Villa da Feira. Entrou este doente para a enfermaria n.º 3 no dia 27 de dezembro de 1909 e accusava, ao que me consta, nessa occasião a seguinte symptomatologia: pontada na base do pulmão direito, tosse, febre intensa, prostração e dyspnêa.

Nesta enfermaria se conservou até que em 30 do mesmo mez foi passado á enfermaria da clinica medica.

EXAME DO DOENTE.—Este estava em decubito dorsal bastante irritado e prostrado. Queixou-se de dôres no thorax.

Neste meu exame apurei os seguintes symptomas: anorexia, sede viva, delirio intenso (alcoolico), lingua saburrosa, mau halito, diarrhêa com 5 dejecções diarias, temperatura 39°,8, pulso tenso e com 104 pulsações por minuto; os movimentos respiratorios eram em numero de 60, a expectoração era viscosa com a côr verde escura, a diurese de 1:000 cent. cubicos.

No exame do aparelho respiratorio encontrei o seguinte:

À auscultação, ralas crepitantes na base do pulmão direito, som baço pela percursão, augmento de vibrações vocaes á palpação.

HISTORIA DA DOENÇA.—O doente apesar do seu enfado e irritação, contou-me que no dia 25 de dezembro, estando deitado em sua casa, foi prevenido de que as aguas do rio Douro entraram em sua casa devido á cheia. Levantou-se immediatamente e tentou sahir, o que não pôde fazer senão mettendo-se á agua que nessa occasião já lhe chegava á cinta.

Decorridos alguns minutos, um pouco mais so-

cego do susto que tivera, voltou novamente a metter-se á agua afim de ir procurar alguma roupa.

No dia immediato, senti fortes dôres de cabeça, fraqueza e um mal estar geral, acompanhado de ar-repios, uma pontada no lado direito, tosse e falta de ar.

Foi neste mesmo dia que elle recolheu ao hospital.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA E DIAGNOSTICO. — Pelo conjuncto dos symptomas que apontei estava convencido de que se se tratava d'uma pneumomia: no entanto esperava o resultado da analyse bacteriologica dos escarros para confirmação do meu diagnostico. Este, veio dias depois e não o confirmou (não revelou bacillos de Kock, pneumococcus nem streptococcus). O facto, porém, de a analyse não confirmar o meu diagnostico, não quer dizer que o invalide.

Ora as pneumonias têm uma duração média de oito dias, findo os quaes, a temperatura cahe, bruscamente ou não, a expectoração perde os seus caracteres e o doente tem uma sensação de bem estar; ora a evolução da doença seguia um caminho differente o que me levou a proceder novo exame ao doente; assim o exame do appparelho respiratorio deu-me o seguinte resultado:

À AUSCULTAÇÃO. — Ralas sibilantes no vertice do pulmão direito.

Ralas sibilantes no vertice do pulmão esquerdo em menor quantidade.

O murmúrio respiratorio era nullo na base do pulmão direito.

O murmúrio respiratorio era menor no vertice e augmentado no pulmão esquerdo.

Á PERCUSSÃO.—Som basso em todo o pulmão direito.

Á PALPAÇÃO.—As vibrações vocaes augmentadas no vertice do pulmão direito e eram nullas na base do mesmo pulmão.

Observei mais, que a temperatura se mantinha sempre elevada, que o doente se queixava do mesmo pulmão, que tinha dyspnêa intensa e se apresentava bastante prostrado.

Dias	M.	T.
28	38,2	40
29	39,6	39,9
30	39,4	39,6
31	39,8	39,4
1	39,8	40
2	39,6	39,8
3	39,6	38,5
4	38,2	39
5	37,6	38,6
6	39	38,6

Dias	M.	T.
7	36,8	38,1
8	37,1	38
9	37,1	37,6
10	36,5	37,3
11	36,8	37,6
12	37,2	37,9
13	37,2	38,2
14	36,8	37,3
15	37	37,8
16	37	38,5
17	37	39,5
18	37,1	37,1
19	37,1	37,6
20	36,6	

O conjunto d'esta symptomatologia levou-me a pensar numa pneumonia com pleurisia purulenta metapneumonica.

Pensei em fazer ao doente uma punção exploradora servindo-me para isso da seringa de Pravaz, que revelou a existencia de pus, confirmando assim as minhas supposições.

Como havia derrame purulento, foi marcado para o dia 8 de janeiro a thorecenthese; fiz-lhe a punção e extrahi ao doente 800 grammas d'um liquido purulento amarello-esverdeado, bem ligado, servindo-me do aparelho de Potain.

Ficou melhor depois da minha intervenção e tanto

assim que a temperatura baixou para de novo se elevar no dia 10.

Isto provava que continuava o derrame e portanto no dia 14 fiz nova punção e ao mesmo tempo uma lavagem da cavidade pleural com agua iodada; para isto tirara approximadamente 100 grammas de pus e injectava egual quantidade de agua ligeiramente iodada.

Apesar de tudo o doente não melhorou e nestas circumstancias foi destinado para o dia 20 do mesmo mez, fazer-se a pleurotomia.

Restava-nos fazer o esvaziamento d'essa cavidade, mas uma hemorragia que sobreveio, obrigou-nos a suspender a operação tamponnando o orificio feito.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—O pae tinha 55 annos quando falleceu, não sabe de quê.

A mãe succumbiu após um parto; tem ainda dois irmãos saudaveis.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Nunca teve doença alguma de que se recorde, a não ser uma blenorragia no mez de novembro de 1909.

Usara e abusava de bebidas alcoolicas.

PROGNOSTICO.—Attentas as forças de que dispunha o doente que nunca havia soffrido doença alguma, affigurara-se-me que o prognostico seria favoravel a não ser que surgisse alguma complicação como infelizmente surgiu.

É o caso, que os pulmões, especialmente o direito, estavam completamente splenizados, como se reconheceu pela autopsia o que passou despercebido durante a evolução da doença, porque o derrame contido na cavidade pleural nada deixava ouvir; a hemorragia que appareceu accidentalmente durante a operação, fez-me suppôr, antes da autopsia, que o doente era um hemophilico em que alguma caverna bacillar existente no pulmão se tivesse rompido em virtude dos movimentos bruscos de defeza do doente e que pela incisão aberta fizesse uma hemoptyse.

Tal não succedeu, foi o pulmão que estando completamente splenizado se lacerou dando a hemorragia.

O doente falleceu no mesmo dia 20.

TRATAMENTO.—Além das poções de acetato de ammoniaco e de aconito dadas ao doente quando em tratamento na enfermaria 3, foi o doente ainda medicado pela seguinte fórmula:

Terpina	1 gram.
Benzoato de soda	2 "
Jalepo gommozo	120 "
Tres colheres de sopa por dia.	

Poção cordeal:

Vinho tinto do Porto	100 gram.
Alcooleo de canella	5 "
Xarope de quina	15 "
Dissolva.	

Gargarejo:

Acido salycilico	} ãa	2 gram.
Borato de soda.		
Agua fervida.		200 "

Tonicardiaco:

Sulfato de strychnina. . .	0,01 centigram.
Agua distillada	10 gram.

Dissolva. Para injeccão hypodermica.

Prescreveu-se ainda a cataplasma sinapisada.

AUTOPSIA. — Cavidade thoraxica:

Adherencias pleuraes ao esterno e paredes.

Retirando o pulmão direito, viu-se que estava completamente splenizado e tinha pus com infiltração.

O pulmão esquerdo começava a esplenizar-se e estava fortemente congestionado e friavel na base.

O coração envolvido em tecido cellular gorduroso, parecia hypertrophiado.

CAVIDADE ABDOMINAL. — Estomago normal.

Intestino normal.

Baço, com rugosidades no bôrdio anterior.

Rins, direito congestionado, esquerdo congestionado e sclerosado.

Resumo historico

A historia da pneumonia deve ser dividida em tres grandes periodos, pois, tantas são as phases porque tem passado o estudo d'esta doença.

O primeiro periodo ou hippocratico, ou ainda denominado periodo clinico, é caracterizado pela falta de conhecimentos anatomo-pathologicos, baseando os auctores as suas observações sobre a symptomatologia e mesmo nesta só raros symptomas, a pontada sobretudo, lhes mereciam attenção, pois que foi impossivel aos clinicos do periodo de Hyppocrates e Areteu discernir a peripneumonia, como elles a designavam, da pleurisia, bronchite e broncho-pneumonia.

O segundo periodo é caracterizado por uma revolução completa. Laënnec personifica e inspira este periodo.

Com o apparecimento do seu «Tratado de auscultação», em que faz uma descripção magistral, conjungando os dados da investigação clinica, dotado por elle com a auscultação, com as descobertas anatomicas, principia este periodo em que os trabalhos de Andral, Chomel, Stokes, Grisolle, Rokytansky, Virchow, Skoda, Wunderlich, etc., vieram completar e aperfeiçoar o estudo d'esta entidade morbida.

Em 1874 Jürgensen apresenta esta doença como geral e não local, infecciosa e especifica. A constatação de meningites, endo-pericardites e albuminurias no decurso das pneumonias, as relações de verdadeiras epidemias pneumomonicas veem apoiar estas concepções e fazer o prenuncio do terceiro periodo.

Este é marcado pela descoberta do *coccus da pneumonia* por Talamon em 1883, que d'elle fez culturas.

Fränkel confirma e completa estes resultados.

Estava assim descoberto o agente microbiano da pneumonia, o *pneumococco*.

Já em 1881, Pasteur, Roux e Chamberland, tinham descoberto em coelhos mortos, por inoculação com saliva de creanças mortas de broncho-pneumonia, um bastonete em 8, cercado d'uma zona translucida.

Em seguida os trabalhos de Fränkel, Friedländer, Weichselbaum, Netter, etc., vêm demonstrar que é uma pneumococcia localisada no pulmão e que portanto a pneumonia não é uma simples doença local.

Assim o pneumococco produz pleurisias, arthrites, meningite e peritonite, sendo estas duas ultimas localisações de maior gravidade.

Em 1883 Grancher descreve uma fórmula de pneumonia que tomou o seu nome e tambem designada por esplenopneumonia e a que Woillez anteriormente já se referira e posteriormente Queirat, Bourdel, Alfara, Chantemesse, Carrière e outros auctores tem consagrado estudos especiaes.

Breve estudo sobre as fórmias clinicas da pneumonia.

Antes de entrarmos na descripção dos varios typos clinicos que constituem o assumpto do nosso trabalho, vamos apresentar a disposição porque são enumerados e as razões que nos levaram a escolher essa ordem.

A pneumonia na sua fórmula pura atacando um individuo robusto e são, é uma doença eschematica, com o seu agente especifico, o pneumococco, reacções anatomicas, marcha thermica e signaes estethoscopicos caracteristicos; cyclo com periodo critico, crise de cura e um conjuncto de reacções dos humores do organismo convergindo tudo para a cura, a *restitutio ad integrum* dos auctores antigos.

Por isto descrevemos primeiro as fórmias da pneumonia aguda nos individuos normaes, nas varias phases da sua evolução, e se antepomos a do adulto

á da creança, é porque aquella é a norma, sobre que todas as outras se moldam.

Incluimos ainda nesta parte a relação entre a pneumonia e a gravidez, porque esta não é mais que uma phase especial da physiologia da mulher.

Em seguida tratamos das fórmias irregulares da pneumonia aguda nos individuos anteriormente sãos e como d'estes se approximam as que sobreveem nos estados infecciosos anteriores, descrevemol-as em terceiro logar, pondo em capitulo especial as dos individuos portadores de dyscrasias d'origem toxica ou diathesica.

Finalmente incluimos no nosso trabalho as escleroses pulmonares e as pneumokonioses, porque são, afinal, pneumonias devidas, quer ás condições de resistencia dos individuos seus portadores, quer ás condições sociaes d'esses individuos.

TYPO CLASSICO DA PNEUMONIA NO ADULTO. — EVOLUÇÃO CLÍNICA. — Um individuo é atacado bruscamente, no estado hygido ou no decurso d'um ataque ligeiro de grippe, d'um arrepio solenne com ranger de dentes, durando d'uma a duas horas.

Apenas este arrepio termina, sobrevem um calor intenso, o thermometro accusa 40°, o abatimento é intenso, juntando ainda a esta anciedade uma pontada dolorosa e lancinante.

A respiração accelera-se, a dyspnêa é intensa (30 a 40 movimentos respiratorios por minuto) intercortada por uma tosse penivel e fatigante.

A lingua dá uma impressão de seccura, os labios e as azas do nariz, apresentam muitas vezes erupções herpeticas, as urinas são raras e carregadas de uratos.

No segundo dia a tosse determina a expulsão d'escarros caracteristicos, escarros avermelhados e viscosos, podendo voltar-se o vaso que os contém sem recelo de os destacar.

As noites são agitadas, a vista perturba-se, muitas vezes o doente cobre-se de suores, a vermelhidão das maçãs do rosto accentua-se, coincidindo com a elevação do thermometro acima de 40° e maior rapidez do pulso.

O cortejo impressionante, quasi dramatico de symptomas funcçionaes e geraes, vem-se sobrepôr a um conjunto de signaes estethoscopicos dos mais caracteristicos.

A bassidez localisada á percussão; a exaggeração das vibrações thoraxicas á palpação; os ruidos das ralas crepitantes inspiratorias (mais finas e mais secas de todas as ralas Laennec), o sopro tubar, a bronchophonia á auscultação, são como as testemunhas, do reflexo clinico da evolução anatomica pulmonar subjacente.

Este estado dura de 6 a 9 dias progressivamente, em lysis ou bruscamente; a febre cae, a difficuldade respiratoria diminue, o doente encontra-se melhor, dorme, tem uma sensação de bem estar, entrando em franca convalescença, completando-se a cura dentro em pouco, não obstante a persistencia durante um certo tempo de alguns signaes estethoscopicos, como ralas sub-crepitantes, chamados ralas de retorno e que se percebem nos dois tempos da respiração.

A crise de defervescencia acompanha-se dos seguintes phenomenos: bradicardia, hypothermia, polyuria com hyperchloruria e a cura revela-se pelo retorno do equilibrio sanguineo, leucocytose normal e trocas physiologicas dos chloretos.

PNEUMONIA DAS CRIANÇAS. — A pneumonia é frequente na infancia, sendo o seu maximo de frequencia aos 4 annos; a mortalidade em creanças entre os 2 e 6 annos é de 20 por cento; acima d'esta idade a frequencia vae diminuindo e a partir dos 12 annos a frequencia é tão grande como no adulto. Na creança de peito a pneumonia é rara, mas a broncho-pneumonia é muito frequente.

A symptomatologia differe pouco na creança e no adulto.

O mesmo inicio brusco com febre intensa; a evolução cyclica comporta os mesmos 6 a 9 dias; apresenta a mesma defervescencia em crise e a auscultação e percussão fornecem-nos os mesmos dados.

Ha, comtudo, algumas differenças que vamos apresentar.

No inicio da pneumonia, o calafrio é tanto menos intenso quanto mais nova é a creança, mas em compensação, os vomitos alimentares e consecutivamente biliosos são de regra na infancia, ao passo que faltam, geralmente, no adulto, excepto nas formas biliosas.

Nas creanças nervosas a invasão da pneumonia acompanha-se de convulsões, que se apresentam nas mesmas condições em que se apresenta o delirio nos adultos e nas creanças mais edosas.

Epistaxis frequente contrapondo-se á herpes que é rara.

A tosse falta completamente ás vezes; e a expectoração ferruginosa só pode ser constatada depois

dos 7 ou 8 annos; antes d'esta idade a creança, geralmente não expelle a expectoração.

O estado geral é caracterisado pela prostração, a creança está abatida, não se sentando no leito e cahindo pesadamente sobre o travesseiro se se levanta; maçãs do rosto córadas, narinas seccas, olhos vivos e um tanto angustiados. A's vezes ha periodos de agitação.

O pulso é vivo, forte, frequente batendo de 120 a 150 pulsações por minuto.

A respiração torna-se accelerada (polypnêa — 60 movimentos por minuto) com movimentos das azas do nariz. E' raro que a creança soffra de asphyxia, procurando ar.

Quando a creança está em idade de localisar os soffrimentos, accusa a pontada. Mas quanto mais nova é a creança tanto mais baixo é o ponto de que se queixa e os mais novos localisam-na no ventre.

E' preciso, pois, não desprezar nem esquecer esta pontada abdominal no flanco, no lado direito para evitar confusão com a appendicite ou com a colica-appendicular.

A localisção loabar não influe nada sobre a situação da pontada.

Quanto aos symptomas physicos são muitas vezes mais reduzidos na creança que no adulto.

As vibrações vocaes são, as mais das vezes, difficeis de perceber na creança, tanto do lado doente como do lado são.

A bassidez é nitida, de ordinario; mas pode faltar por completo, havendo casos em que a percussão apenas revela uma elevação de tonalidade e um som claro sob a clavicula: este eskodismo indica a existencia d'um fóco pneumonico ou pleuretico.

A auscultação é menos typica que no adulto, podendo faltar a rala secca crepitante dos primeiros dias; apenas se ouvem alguns roncões ou rudeza respiratoria ou ainda algumas crepitações finas quando a creança grita ou tosse.

O sopro tubar póde ter os mesmos caracteres que no adulto. O grande sopro em A ou em O é então typico; ás vezes attenua-se, é longinquo, velado, sómente expiratorio; é necessaria muita attenção para o perceber nos casos em que elle está reduzido ao minimo.

As ralas crepitantes de retorno são egualmente menos typicas que no adulto; são, de ordinario, mais grossas, mais humidas e misturadas de ruidos bronchicos.

Estes signaes physicos ouvem-se umas vezes na base das costas, outras vezes no vertice, atraz e adeante e algumas vezes ainda na axilla.

A pneumonia do vertice é tão frequente na creança como a lobo inferior. Ao passo que no adulto offerece uma significação particular, porque nelle a pneumonia não affecta esta localisação senão nos individuos cançados, debilitados, intoxicados, outro tanto não acontece na creança; a pneumonia do vertice não apresenta, na creança, gravidade especial nem se

acompanha de symptomas mais intensos que quaesquer outras localisações.

A temperatura sobe desde o primeiro dia a perto de 40° e assim se mantem durante 5 a 6 dias, findos os quaes se dá uma queda, por vezes definitiva, de 2 ou 3° como no adulto; mas neste, as mais das vezes, nota-se uma defervescencia em 2 tempos quer desça a temperatura, de manhã a 38°,5 e no dia immediato sómente a 37°, quer tendo cahido de manhã a 37°, volte á tarde a 38°,5 ou 39°,5 para voltar definitivamente a 37° no dia immediato.

Ha casos em que ao fim de 2 ou 3 dias todos os symptomas diminuem e em breve tudo se normalisa; é a pneumonia *abortiva* ou *rudimentar*; mas casos ha, tambem, em que a doença se prolonga por 20 a 30 dias.

As recahidas são frequentes na creança, dando-se ao nivel do mesmo foco anterior; a evolução é então mais rapida e a intensidade do mal menor.

A recahida póde dar-se desde 2 até 18 dias depois da defervescencia, mas 8 dias depois a recahida não tem logar no foco primitivo.

Como complicações que o pneumococco póde accarretar no organismo temos a pleurisia purulenta ou serosa, arthrites, peritonites, meningites, otites é endocardites que embora possam surgir como doenças primitivas, as mais das vezes são secundarias.

A ictericia é rara; a albuminuria é frequente no periodo febril, mas desaparece com elle. Por vezes dá-se uma nephrite hematurica, apresentando uma

certa gravidade, mas, em geral, facilmente curavel pelo regimen lacteo.

PNEUMONIA SENIL. — Caracterisada, sobretudo pela rapidez, a pneumonia senil apresenta-se com os seguintes symptomas: pulso a 100 por minuto. Dispnea ligeira, tosse não frequente, expectoração escassa raras vezes sanguinea. Temperatura relativamente baixa, não excedendo no termo da doença 40°, e apenas constatada no recto.

Os dados da percussão e auscultação faltam por vezes, outras apenas se podem perceber ralas crepitações circumscritas.

Se a doença se arrasta por muito tempo accentuando-se a prostração e enfraquecimento cardiaco, que frequentemente apparece de improviso, é caso para receiar pela vida do doente.

Tambem a therapeutica d'estes casos se resume em diminuir o affluxo sanguineo no pulmão, em calmar a respiração, tonificar o coração e as forças geraes. É importante do uso de strychnina e noz vomica, porque actuando com rapidez sobre o tecido muscular, facilitam a expectoração.

A morte é geralmente inesperada, attenta a pouca intensidade dos symptomas.

Osler, de New-York, diz que a pneumonia é uma causa frequente de morte nos velhos. De 10:000 individuos com idade superior a 74 annos, 95 são victimas de pneumonia.

É uma forma latente decorrendo, mesmo as formas

mais rapidas sem symptomas alarmantes e revelando na autopsia uma phase de suppuração, o que fez dizer a William Gull que os velhos morriam de pneumonia, as mais das vezes, sem soffrimento.

Algumas vezes sobrevem um ictus apoplectico com hemiplegia ou não, terminando no coma.

PNEUMONIA E GRAVIDEZ.—A pneumonia na mulher grávida, não apresenta na sua etiologia e na sua symptomatologia, nenhuma particularidade, é porém notavel pela expulsão prematura do feto que se dá na metade dos casos e durante muito tempo attribuida á tosse.

Duas são as causas que exercem essa acção nefasta: a sobrecarga de acido carbonico no sangue, resultante do funcionamento imperfeito do pulmão doente e sobretudo a presença de toxinas no sangue, derivadas do pneumococco, que vão infectar o feto e determinar lesões placeutarias e d'ahi o abôrto.

Estas expulsões prematuras são fataes para a mãe em 60 por 100 casos.

(*Acção da gravidez sobre a pneumonia*). A pneumonia n'uma mulher grávida é grave; a febre é mais intensa, o pulso mais rapido, dyspnêa consideravel d'origem mechanica, resultante da projecção do diafragma levantado pelo utero desenvolvido.

(*Acção da pneumonia sobre o producto de concepção*).—O feto póde nascer sob duas condições: in-

demne ou infectado, durando assim muito pouco tempo.

No feto as lesões generalisam-se ás meninges, coração, etc., dando até logar a uma scepticemia.

PNEUMONIA TYPHICA—PNEUMONIA ASTHENICA.—Designam-se typhicas as pneumonias, que independentemente dos symptomas locaes mais ou menos accentuados, apresentam tambem phenomenos geraes de uma gravidade particular.

Ordinariamente estes não começam tão bruscamente, como nas pneumonias communs, mas antes fazendo a sua invasão insidiosamente como na febre typhoide.

Logo de principio se vê predominar sobre os symptomas pulmonares, manifestações d'ordem geral, taes como: uma profunda prostração, anorexia, cephalalgia, etc.

Quando o doente chega ao paroxismo, existe um estado typhico pronunciado, estupor, delirio, seccura da lingua, enfraquecimento profundo, tumefacção do baço, por vezes ligeira ictericia, albuminuria, etc.

Todos estes casos devem ser considerados como pneumonias derivadas d'uma infecção geral pouco commum (intoxicação).

Ás vezes declaram-se sob fórmias endemicas.

A experiencia mostra-nos, que a pneumonia do vertice tem mais tendencia a produzir estados nervosos graves do que a da base.

A cura d'esta pneumonia typhica ou asthenica,

cuja duração póde ir até duas semanas ou mais, faz-se as mais das vezes sob a fórma de lysis.

A pneumonia typhica não é uma entidade morbida rigorosamente circumscripta. Este termo serve simplesmente para designar uma doença grave.

Não ha tambem em clinica meio de encerrar num quadro preciso, a pneumonia emigradora, a pneumonia biliosa, etc.

Só a bacteriologia póde decidir se é um agente morbido especial, que determina a marcha grave d'esta doença. Foi em face d'isto que Finkler foi levado a considerar como pneumonias com streptococos, certas pneumonias particularmente graves, que se declaram por vezes com um caracter endemico ou contagioso.

É comtudo preciso distinguir a pneumonia typhica do pneumotypho, apesar que sob o ponto de vista clinico não é facil semelhante distincção.

Por pneumotypho, nós comprehendemos uma febre typhoide com localisação de bacillos typhicos no pulmão; apesar que uma febre croupal póde sobrevir accidentalmente como complicação da febre typhoide.

PNEUMONIAS DE RESOLUÇÃO TARDIA.—Como se sabe, acabada a crise da pneumonia a resolução d'esta dá-se de 7 a 8 dias; porém, casos ha em que esta resolução se torna tardia.

Algumas vezes, pneumonias graves, terminada a crise, as lesões anatomicas desaparecem rapida-

mente; noutras de fôrma benigna, a resolução dá-se lentamente, quasi desesperando o clinico.

Nestas condições, regra nenhuma se pode estabelecer.

A causa intima de que depende a rapidez ou lentidão d'esta resolução, ainda não é conhecida.

E assim muitas vezes acontece que as constituições desfavoraveis (anemia, debilidade geral, etc.), parecem tornar a resolução menos rapida. Noutros casos, estas circumstancias nenhuma acção teem. Ora nestas condições o que pensar?

Em muitos casos de resolução tardia, uns acreditam que se trata de doenças consecutivas, d'infeções secundarias no pulmão, ás quaes as pneumonias fibrinosas anteriores, nada mais fizeram que preparar o terreno.

É d'este modo que se concebem os detalhes dos phenomenos clinicos da resolução tardia, dizendo, pois, que elles podem affectar differentes fôrmas; comtudo ha pneumonias, cuja crise se fez normalmente, mantendo-se a temperatura no quadro habitual.

Muitas vezes os doentes sentem um bem-estar queixando-se apenas d'um pouco de embaraço respiratorio, presistindo as ralas crepitantes e o sôpro bronchico, durante alguns dias mais.

Outras vezes é frequente vêr-se, que depois da crise, o sôpro bronchico e a bassidez persistem, deixando de subsistir as ralas crepitantes assim como a expectoração.

O exudato pneumonico parece não se liquefazer nem se reabsorver senão mui lentamente. Noutros casos não é nitida, persistindo contudo a febre, embora em pequeno grau.

Geralmente, todos estes signaes phisicos são sempre perceptíveis em maior ou menor extensão. No fim de duas ou tres semanas e ás vezes mais tarde ainda, a febre extingue-se gradualmente e só então a sonoridade thoraxica e o murmurio vesicular se tornam normaes.

Outros casos ainda ha em que os doentes depois d'apparição da crise, conservam-se alguns dias sem febre, não obstante a pneumonia não se ter resolvido ainda.

Pois uma febre a mais das vezes moderada (entre 38° e 39,5) resolve-se, enquanto que a bassidez, ralas crepitanes e expectoração persistem.

Nestas condições temos o direito de suppor que sobre um terreno de pneumonia compacta se desenvolvem uma erupção secundaria provavelmente uma broncho-pneumonia secundaria.

Existe ainda um outro modo de resolução um pouco differente dos que acabamos de citar e que temos encontrado por varias vezes com caracteres perfeitamente identicos.

Depois da crise os doentes ficam em geral perto de uma semana sem febre. Entretanto neste espaço de tempo a bassidez e a respiração bronchica, de ordinario pouco soprada, não variam.

Declara-se depois uma febre typhoide, typo li-

geiramente intermittente e cujas exacerbações podem ir até 39° e 39,5.

Esta febre pode demorar de 2 até 4 semanas e mesmo mais.

Pois nunca, salvo raras excepções, se perceberam ralas crepitantes ao nível da parte doente.

Pouco a pouco o lado affectado se retrahé progressivamente.

Então a sonoridade restabelece-se gradualmente e o ruido respiratorio torna-se mais nitido. A febre cahe e a cura faz-se depressa.

Nestes casos a distincção da pleurisia secundaria, é realmente difficil, impondo-se a punção exploradora para rectificação de diagnostico.

Todavia não é raro ver coincidir no mesmo doente uma resolução tardia e uma pleurisia secundaria.

• ESPLENO-PNEUMONIA — DOENÇA DE GRANCHER. — O inicio é geralmente o de uma pneumonia lobar: arripio solemne, pontada, dyspnêa e tosse.

A pontada é constante, ora nevralgica, ora pleurodynica, localisada as mais das vezes a toda a altura do peito.

A dyspnêa que pode ser aggravada pela persistencia da pontada é variavel. A tosse é secca, difficil, por accessos e com expectoração gommosa arejada, mas que pode faltar.

A temperatura attinge logo cerca de 40° e o pulso torna-se frequente, pouco amplo e pouco tenso.

Á inspecção podemos notar immobillidade do thorax do lado doente, por vezes com augmento de volume, mas sem apresentar desvio do appendice xyphoideo e do esterno para o lado affectado, signal este de grande importancia para o diagnostico differencial com a pleurisia.

Á percussão obtem-se som basso, variavel em extensão podendo abranger toda a superficie d'um hemi-thorax, mas apresentando o limite á mesma altura, na região anterior e posterior.

O espaço de Traube conserva o som normal, o que não se dá nas pleurisias com derrame.

Pela palpação da zona de bassidez as vibrações vocaes são nullas e vão apparecendo gradualmente á maneira que avançamos para a zona sã.

A auscultação revela-nos coisas differentes segundo a phase da doença.

No primeiro periodo ha desappareição do murmurio vesicular; crepitações finas, sobretudo na base e sopro grave, como o da broncho-pneumonia.

Desapparecem depois as crepitações, tornando-se aspero o sopro e evidenciando-se a egophonia.

O sopro tubar, semelhante ao da pleurisia resalta logo ao ouvido, com a mesma intensidade em toda a altura da zona interessada.

Porém distingue-se do da pleurisia, porque nesta o sopro ouve-se tanto melhor quanto mais perto se está do hilo do pulmão, e na base o sopro é ligeiramente perceptivel nas inspirações forçadas.

A auscultação da voz dá egophonia e pectoriloquia aphona.

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

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

Depois num ultimo periodo (periodo de declinação), os phenomenos physicos modificam-se, pouco a pouco, o sopro torna-se bronchico, as ralas reapparecem, discretas e seccas primeiro, depois mais numerosas e mais humidas, formando ralas sub-crepitanes com bolhas medias; ao mesmo tempo a bassidez diminue, as vibrações reapparecem.

A todos estes phenomenos succede um enfraquecimento de murmurio vesicular que pode persistir mezes; do mesmo modo o enfraquecimento das vibrações e a sub-bassidez.

A resolução da esplenopneumonia é em geral extremamente lenta.

Grancher descreve o cyclo thermico da esplenopneumonia nos seguintes termos.

No primeiro dia, a temperatura póde attingir e

exceder 40°, nos dias seguintes, ella oscilla de ordinario entre 39° e 40°, com differença de 1° e algumas vezes entre a tarde e a manhã. Isto dura quatro, cinco ou seis dias, mas a média thermica se abaixa para 38,° com grandes oscillações de 1° a 2°, entre os numeros da manhã e da tarde. Ao fim duma semana, dá-se nova queda que desce de manhã a 37° ou abaixa e sóbe a 38° de tarde; por fim a febre cée completamente.

PNEUMONIA DE RECIDIVA COM REPETIÇÃO. — Certos individuos, as mais das vezes debilitados, têm todos os annos, ou de dois em dois annos uma pneumonia. O primeiro ataque não os immunisou. A recidiva póde-se produzir ao nivel do fóco anterior ou suas proximidades ou em parte que ainda não fôra atacada.

O prognostico é mais ou menos severo segundo o estado de debilidade do individuo, segundo a sua idade e conforme a frequencia da sua repetição.

Certas formas podem evolucionar para a bacillose ou para esclerose do pulmão.

PNEUMONIA DE RECAHIDA. — É no decurso da convalescença, algumas vezes mesmo em seguida á crise da defervescença que se dá este caso. O individuo apresenta de novo todos os signaes d'uma segunda hepatisação.

PNEUMONIAS DEVIDAS A ACCIDENTES DE TRABALHOS.—

E' certo que os traumatismos no thorax predispoem á localisação virulenta do pneumococco.

Claro está que é preciso attender-se aos antecedentes do individuo, á intensidade e natureza do traumatismo.

PNEUMONIA TRAUMATICA. — Tem os mesmos caracteres e symptomas que a pneumonia dos adultos, á excepção do delirio que é mais intenso e aos symptomas do choque traumatico que podem vir juntar-se aos da pneumonia.

No mesmo caso está a pneumonia devida aos anesthesicos geraes (cuja acção sobre o organismo póde ser considerada como um traumatismo), empregados para as grandes intervenções chirurgicas.

Tanto com o ether como com o chloroformio se póde dar como complicação post-operatoria, o apparecimento d'uma pneumonia, denominada, por esta razão post-operatoria, e que entra como uma das causas de mortalidade (J. Mikulicz) nas complicações post-operatorias, sobretudo nas laparotomias.

TUBERCULOSE. — Os tuberculosos são susceptíveis, sobretudo no principio da sua tuberculose pulmonar, de arranjar uma pneumonia legitima.

Porém quando as lesões bacillares são intensas, a dyspnêa é enorme e o doente succumbe com phenomenos asphixicos.

PALUDISMO. — Um paludico póde morrer d'uma pneumonia regular, que é preciso não confundir com a pneumonia palustre, que é justificada por uma therapeutica chimica e que se caracteriza pela existencia simultanea d'accessos de febre typo intermitente ou remittente coincidindo com os signaes egualmente intermittentes da hepatisação do fóco.

DOTHIENENTERIA. — Como o paludico, o typhico póde ser attingido de duas variedades de hepatisação pulmonar, quer no principio quer no decurso da dothienenteria.

A pneumonia no principio parece ser a mais interessante. Ella será nalguns casos, devida não aos pneumococcos, mas sim ao bacillo d'Eberth.

Estas mesmas considerações servem para a pneumonia pestosa que é devida ao bacillo de Yersen.

PNEUMONIA GRIPPAL. — Consecutivamente a um ataque de gripe surge a pneumonia, algumas vezes, que toma o typo da espleno-pneumonia, geralmente, apresentando symptomas habituaes, descriptos no capitulo proprio; a cura faz-se muito lentamente, havendo exacerbações da temperatura até 39° durante a primeira semana após a queda dos outros symptomas.

Póde ainda tomar a fôrma broncho-pneumonica.

DOS ALCOOLICOS.—A pneumonia croupal é d'uma frequencia notavel nos bebedores. A diminuição de resistencia que apresentam em face da doença os órgãos enfraquecidos explicam a sua evolução, muitas vezes grave, com ameaça de morte.

O delirio tremens que se apresenta desde o inicio caracteriza a marcha clinica. Os doentes tornam-se incoherentes, agitados, procurando constantemente levantar-se e apanhar dia e noite as roupas do leito.

O tremor das mãos e da lingua e o cunho as mais das vezes jocoso das concepções delirantes são característicos.

Estas ligam-se sempre com as occupações habituaes do doente, om os seus companheiros, etc., acompanhada de loquacidade.

Às vezes vociferam, enfurecem-se e batem nos objectos e pessoas que os cercam, etc., outras julgam-se embrenhados nas disputas da taberna. O delirio alcoolico é sempre acompanhado de allucinações, e nas visuaes são características as pequenas

sombras negras em movimento; umas vezes são animaes (ratos, escaravelhos), outras vezes pequenos homens negros que giram constantemente em volta do doente.

No entretanto os symptommas pulmonares subjectivos passam despercebidos, o doente com delirio, não tosse nem se queixa de pontada ou embaraço respiratorio: mas apresenta viva hyperthermia.

Só o exame objectivo tem de impôr o diagnostico.

Muitas vezes estes delirantes servem para divertir as pessoas que o cercam, mas em breve sobrevem a somnolencia e os doentes succumbem com os signaes do edema pulmonar.

Prognostico muito grave.—Ao fim de 4 a 5 dias o pulso torna-se irregular e desigual e o doente cahe num torpôr que annuncia o apparecimento do cõma terminal quando não succumbem em collapso, sem delirio.

A localisação é geralmente no vertice.

DIABETICO.—A pneumonia é uma complicação muito frequente da diabetes.

A sua marcha é muitas vezes fatal, de um a dois dias se faz a sua evolução mortal, e a autopsia mostra-nos todos os signaes de hepatisação cinzenta (infiltração purulenta) com os escarros classicos, cõr de sumo de ameixoas.

A pneumonia dos diabeticos em geral não é acompanhada d'uma temperatura elevada; a taxa do asucar urinario baixa-se ao mesmo tempo que des-

apparece a polyuria, a polydypsia e a polyphagia. A dyspnêa reveste o typo de Kussmaul.

GOTTOSO. — A pneumonia pôde evolucionar nos gottosos segundo a fôrma classica. Pôde entretanto existir uma influencia reciproca da gôttta sobre a pneumopathia.

Assim ella revella a crise gottosa articular ou ser uma consequencia da articulação attingida (arthritis gottosa infectada pelo pneumococcus).

Egualmente o accesso de gôttta sollicita a infecção pneumococica do pulmão; nestes ataques de gôttta é tomado como duração e intensidade.

EPILEPTICO BROMURADO. — A pneumonia que ataca um epileptico nestas condições, é uma pneumonia de fôrma grave. A adynamia e o cômá terminal sobrevem rapidamente.

É evidente que o brometo deve ser suspendido aos primeiros symptomas pulmonares e que as injeções de cafeina, sparteina, oleo canforado são immediatamente indicadas.

CACHETICO. — Se se trata d'um canceroso, d'um cyrrhotico hepatico, d'um brightico, d'um cardiaco, a pneumonia é sempre mais grave devida ao estado cachetico do individuo, sendo a reacção do organismo fraquissima.

As pneumonias dos paralyticos vèlo-palatinos — entram no quadro das broncho-pneumonias.

PNEUMONIAS CHRONICAS E PNEUMOKONIOSES—CONSIDERAÇÕES GERAES.—O pulmão póde ser atacado de sclerose, quer dizer, póde ser invadido por um tecido duro e lenhoso, semelhante ao tecido cicatricial de retracção inodular.

Esta sclerose póde ser localisada ou generalisada.

Localisada, quando se dá á volta d'uma espinha irritativa qualquer bem limitada num ponto do pulmão e desempenhando o officio de um corpo extranho, como uma gomma unica, um kysto, a bala d'um revolver, etc.

Á volta d'este corpo uma reacção do tecido conjunctivo apparece como processo de defeza e ahi se localisa.

Generalisada, quando a sclerose invade todo o pulmão.

SCLEROSE PULMONAR POR PNEUMONIA CHRONICA.—

Supponhamos um individuo attingido por varias vezes de pneumonia no mesmo ponto do parenchima

pulmonar. A resolução não se faz; o exudato persiste indefinidamente.

O tecido visinho sobe ao longo da transformação fibrosa com as suas quatro phases anatomicas: induração vermelha, induração amarella, induração cinzenta e retracção pulmonar, com ou sem ulcerações necrobioticas.

Os symptomas clinicos são, no principio, unilateraes e lobares; bassidez, exaggeração das vibrações vocaes, ralas sub-crepitantes, respiração bronchophonica em um ponto limitado da caixa thoraxica, acompanhado de alternativas thermicas, anorexia, dyspnêa, emmagrecimento e suores nocturnos.

Progressivamente, a retracção unilateral thoraxica sobrepõe-se ás lesões, o estado geral torna-se mau, o coração direito cede, o farfalho e albumina apparecem e dentro de mezes a um anno sobrevem a morte.

SCLEROSE PULMONAR POR BRONCHO-PNEUMONIA CHRONICA COM DILATAÇÃO DOS BRONCHIOS. — Este typo foi descripto por Corrigan.

São broncho-pneumonias que apparecem no decurso d'uma doença infecciosa, d'uma febre eruptiva, causas de indurações chronicas persistentes.

O processo é bronchitico e peri-bronchitico, atacando em regra geral os dois pulmões e acompanhando fatalmente a dilatação dos bronchios. Os signaes esthetoscopicos são muitas vezes negativos durante alguns annos.

SCLEROSE PULMONAR D'ORIGEM PLEURAL.—É no principio unilateral e, succede ás pleurisas sero-fibrinosas com recidivas, mas sobretudo á pleurisia purulenta, pela retenção d'este liquido na pleura.

É nesta fôrma que o pulmão se retrahê o maximo no hilo ou no vertice. Clinicamente a deformação e retracção thoraxica attingem o seu apogeu, assim como o deslocamento dos órgãos ahi alojados.

As visceras abdominaes são projectadas para o mediastino, o coração é desviado para a direita soffrendo a tracção das pregas fibrosas, a sclerose estende-se ao pericardio e ao mediastino.

A duração d'esta doença é variavel; pôde existir durante annos ou sómente mezes.

SCLEROSE PULMONAR D'ORIGEM TUBERCULOSA — PHTYSICA FIBROSA. — São duas as tendencias (fibrosas e caseosas) da evolução tuberculosa, porém só na primeira se manifesta este typo.

Consiste anatomica e clinicamente na formação da sclerose por pneumonia hyperplasica ou por broncho-pneumonia.

SCLEROSE PULMONAR D'ORIGEM SYPHILITICA. — É muito rara no recém-nascido, e encontra-se as mais das vezes no adulto no decurso da tuberculose.

SCLEROSE PULMONAR D'ORIGEM CARDIACA. — Encontra-se em geral nos velhos, onde ha insufficiencia do myocardio e é acompanhada de edema.

SCLEROSE PULMONAR NA CRIANÇA. — Observa-se sobretudo aos tres annos e nos adolescentes é consecutiva á broncho-pneumonia da coqueluche, sarampo, variola, etc.; quasi sempre se acompanha de formação hyppocratica dos dedos.

PNEUMOKOSNIOSOS. — Lencher descreveu sobre este nome as pneumonias chronicas que são devidas á inalação de poeiras atmosphericas, na qual estão ex-postos os individuos de certas profissões.

Anthracose (carvão).

Siderose (ferro).

Chaliose (silica).

Byssinose (pennugem).

Gypsose (sulfato de cal).

Não entramos nas descripções d'estes typos mor-bidos porque levar-nos-hia a considerações que nos desviaria do plano do nosso trabalho.

Terminamos, pois, com a enumeração d'essas doenças, ficando aqui archivado o assumpto para um novo trabalho que muito poderá ter de util e inte-ressante.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — O conhecimento do systema lymphatico é tão importante ao medico como a disposição venosa.

Hystologia — A fibra muscular lisa é uma cellula.

Physiologia — O volume d'um musculo é invariavel quer em repouso, quer em contracção.

Therapeutica — Não ha therapeutica de doenças, mas de doentes.

Pathologia externa — O que em pathologia se chama angina de Ludvig, nem é angina nem é de Ludvig.

Pathologia interna — Todos os individuos deviam possuir uma caderneta com o seu cadastro sanitario desde a vida intra-uterina.

Operações — Em casos de epithelioma do recto, prefiro o anus iliaco definitivo, á ressecção do recto.

Partos — Uma boa sutura uterina na operação cesariana obsta á ruptura do utero em subsequente gravidez.

Pathologia geral. — As lesões do rachitismo são tanto mais pronunciadas quanto mais intenso fôr o amolecimento osseo.

Hygiene. — Com a actual organização, condemno os exercicios de canto coral, nas escolas primarias.

Medicina legal. — As funções do medico-perito só deviam ser exercidas por medicos habilitados com curso especial, e bem exercitados nesta especialidade.

Anatomia pathologica. — A intensidade de produção de adherencias nas serosas está na razão inversa da idade.

Visto.

Dias d'Almeida,
Presidente.

Póde Imprimir-se.

El. Brandão,
Director interino.