

DISSERTAÇÃO

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Das condições pathogenicas, diagnostico e tratamento da pneumonia

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Agosto de 1887

PARA SER SUSTENTADA

POR

Augusto Gonçalves de Souza Moreira

NATURAL DE MINAS GERAES (Sant'Anna de S. João acima)

Afim de obter o grau de Doutor em Medicina.

RIO DE JANEIRO

Typ. G. Leuzinger & Filha, Rua d'Ouvidor 31

1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro BARÃO DE SABOIA.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro BARÃO DE S. SALVADOR DE CAMPOS.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.



LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
José Benício de Abreu.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peganha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Barão de S. Salvador de Campos.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia	Anatomia cirurgica medicina operatoria e appa- relhos.
Conselheiro Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem.....	Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa.....	} Clinica cirurgica de adultos.
Conselheiro Visconde de Saboia.....	
João da Costa Lima e Castro.....	} Clinica ophthalmologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....	
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica de moléstias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica.

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bullhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
--	-----------------------

ADJUNTOS

.....	Physica medica.
.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica e zoologia medicas.
Genúino Marques Manoel.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Foutes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e appa- relhos.
.....	Materia medica e therapeutica, especialmente bra- zileira.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	} Clinica medica de adultos.
Eduardo Augusto de Menezes.....	
Bernardo Alves Pereira.....	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	
Francisco de Paula Valladares.....	} Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Severiano de Magalhães.....	
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	Clinica de moléstias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica ophthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica psychiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprisa as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas

DISSERTAÇÃO

HISTÓRICO

Pelo estudo que fizemos d'este estado morbido, julgamos poder dividir a sua evolução historica desde os tempos hippocraticos até os nossos dias, em quatro periodos, caracterisados pelo predomínio de certas doutrinas.

No primeiro periodo, denominado hippocratico, a pneumonia é considerada como uma molestia geral com localização pulmonar, sendo a lesão pulmonar effeito e não causa da affecção. Esta doutrina reinou na sciencia até os fins do seculo passado.

Com o começo do seculo actual, nasceu o segundo periodo, caracterisado pelos progressos realisados em anatomia pathologica, que vierão derrocar a antiga concepção hippocratica, creando uma doutrina inteiramente opposta: a lesão do pulmão é a verdadeira molestia, é a lesão primitivamente local, que é considerada pela escola organicista, a causa da febre e dos symptomas geraes concomitantes.

Esta doutrina, tendo á sua frente os maiores vultos d'esse tempo, não era, pois, para admirar que ella chegasse a supplantar, ainda que por algum tempo, a velha doutrina hippocratica, como de facto aconteceu.

Com os estudos realisados n'estes ultimos annos em França e principalmente na Allemanha por Traube, Jurgensen, Klebs, Cohnheim, Bernheim de Nancy e muitos outros, nasceu o terceiro periodo que considera a pneumonia como uma molestia geral com localização pulmonar, voltando, assim, á antiga doutrina hippocratica. Esta doutrina recebeu ultimamente uma nova confirmação com a descoberta do microbio elliptico de Friedlander considerado por grande numero de medicos e experimentadores como condição pathogenica unica da pneumonia lobar.

Entre estas doutrinas extremas nasceu, assignalando o quarto

periodo, uma outra doutrina intermediaria, que admitte a dualidade pathogenica da pneumonia lobar fibrinosa. Este modo de pensar de grande numero de medicos illustres dimana do facto seguinte: que ninguem pode hoje admittir seriamente que só o frio pode produzir a pneumonia, como acreditavão os antigos, e que por outro lado, não se podendo ainda acceitar como definitivos os estudos experimentaes emprehendidos n'estes ultimos annos, com o fim de provar a natureza microbiana da pneumonia lobar franca, por isso julgamos dever collocarmo-nos ao lado d'estes medicos illustres, que acceitão a theoria eclectica.

O tratamento da pneumonia tem acompanhado as diversas doutrinas reinantes. Assim os anatomo-pathologistas, ligando á inflammção a causa unica da molestia, instituirão contra esta uma medicação heroica com o fim de a debellar. Este meio de tratamento, que podemos chamar sangüinario, tinha por base as sangrias geraes e locaes. Ainda veiu ajuntar-se a este meio o tratamento pelo tartaro emetico em dóses colossaes, como contra-estimulante.

Finalmente da Allemanha partiu o allivio para os infelizes pneumonicos; Skoda e seu discipulo Dietl, por meio da observação clinica, demonstrárão as vantagens da medicação expectante sobre a medicação antiphlogistica, derrocando assim a escola sangüinaria de Broussais, que causou tantas desgraças, assim como a escola italiana representada pelo illustre Rasori, que tinha por base de sua therapeutica o tartaro emetico em dóses colossaes.

Das condições pathogenicas, diagnóstico e tratamento da pneumonia

DEFINIÇÃO, SYNONIMIA E DIVISÃO

Dá-se o nome de pneumonia á phlegmasia do parenchyma pulmonar.

Este estado morbido tem sido ainda designado pelas denominações seguintes: peripneumonia por Hippocrates e Aretêo; febre pneumonica por Hoffmann e Huxham; fluxão do peito por Cullen. Alguns autores, julgando que sempre havia conjuntamente com a molestia que tratamos, um pleuriz, ainda a denominavão pleuro-pneumonia, denominação que só deverá ser acceita quando houver conjuntamente pleuriz e pneumonia.

A pneumonia pode ser aguda ou chronica.

Ella pode ainda ser primitiva ou secundaria; é primitiva ou essencial quando accommette um individuo em pleno gozo de saúde; secundaria, consecutiva, quando manifesta-se no curso de outra molestia.

Seguindo a maioria dos autores, nós a dividiremos em lobular, lozar e intersticial.

A pneumonia lobular, tambem conhecida pelos nomes de broncho-pneumonia, pneumonia catarrhal, é caracterisada por um exsudato catarrhal, não coagulavel, que occupa alguns lobulos isoladamente no meio do tecido são, d'ahi lhe vem a denominação de lobular.

A pneumonia lozar, tambem denominada fibrinosa, tem por caracteristica anatomica um exsudato fibrinoso, coagulavel, que

occupa um lobo inteiro ou um conjuncto de lobulos de uma mesma região pulmonar, d'ahi a sua denominação de lobar.

A pneumonia interticial é caracterisada por uma lesão que occupa o tecido conjuntivo interticial.

A pneumonia pode ainda occupar um só pulmão ou os dous ao mesmo tempo, constituindo a pneumonia unilateral ou dupla.

Deixando de lado as outras variedades de pneumonias, trataremos somente da fibrinosa ou lobar; e, na descripção symptomatologica que fizermos descreveremos, ainda que succintamente, os symptomas principaes que caracterisão as diversas fórmas ou variedades admittidas pelos autores, taes como: a lobular, palustre, biliosa, adynamica, ataxica, etc.

ETIOLOGIA

Para dar mais clareza ao estudo importantissimo das causas da pneumonia, nós as dividiremos nos dous grupos seguintes: predisponentes e occasionaes.

CAUSAS PREDISPOENTES. — *Idade.* — A phlegmasia pulmonar não é apanagio de uma só idade, ataca indistinctamente a todas as idades, não com o mesmo gráo de frequencia, porém, tendo predilecção para os dous extremos da vida: infancia e velhice.

Ha varios factos consignados na sciencia de pneumonias desenvolvidas na vida intra-uterina, e que á autopsia revelárão-se pelas collecções purulentas do pulmão.

Segundo o professor Jaccoud esta molestia é rara nos meninos maiores de dous annos, mas, nos recém-nascidos até á idade de dous annos ella é frequentemente observada, quer só, quer acompanhada de bronchite.

Na primeira infancia, diz o illustre professor Torres Homem, a pneumonia catarrhal é a molestia que concorre com maior contingente para a mortalidade.

Sexo. — Nenhum dos sexos estão isemptos dos insultos da phlegmasia pulmonar, entretanto, o sexo masculino é o mais das vezes atacado, como acontece em muitas outras molestias, porém, isto não depende de uma predisposição innata, mas porque os homens, pelo seu modo de vida, expõem-se mais ás causas d'esta molestia.

Constituição. — Os individuos de constituição fraca e debil são os mais predispostos a pneumonia, assim como os individuos enfraquecidos por molestias anteriores, pelos trabalhos, pela miseria, embriaguez e excessos de todo o genero.

Raça. — O professor Grisolles cita uma estatistica ingleza, na

qual nota-se que, entre as tropas coloniaes, os soldados negros erão mais frequentemente atacados de pneumonia que os soldados brancos. Esta estatistica está de accordo com a observação de Rodman, na epidemia de Francfort, que dá sobre 25 casos fataes, 24 negros e um só branco.

Estação e clima. — É durante o inverno, isto é, de Abril a Julho, que entre nós observa-se mais casos de pneumonia, havendo, entretanto, predominancia na entrada do inverno. As mudanças bruscas de temperatura, que se nota communmente entre nós, podem ser uma causa importante de pneumonia. Esta molestia tem sido observada quasi igualmente em todas as partes do globo, salvo nas latitudes extremas, é, pois, desconhecida ou muito rara nas regiões polares e nas regiões equatoriaes.

Estado hygrometrico do ar. — Segundo Jurgensen o estado de humidade do ar exerce uma influencia notavel sobre o desenvolvimento da pneumonia. O Sñr. Ellissen affirma mesmo uma relação certa, entre a frequencia da pneumonia e a quantidade de agua contida no ar.

Miasma putrido, gaz dos esgôtos. — O ar viciado pelas emanções putridas, tem sido apontado como causa de pneumonia, especialmente, na etiologia de certas epidemias. Grimshaw e More dão grande valor ao miasma putrido desprendido do sólo por uma evaporação rapida, e referem muitas observações de pneumonias em individuos que tinham uma habitação insalubre e exposta directamente ás emanções dos esgôtos. Estes factos provão de um modo claro que, o germen da pneumonia póde misturar-se com os germens da putrefacção, e que cultivado em um meio putrido adquira por este facto, talvez, um gráo mais elevado de virulencia. As emanções putridas tem sido apontadas para explicar o desenvolvimento de muitas epidemias, como: as de febre typhoide, cholera-morbus, etc., e, com certeza, ellas independentes de qualquer outro germen não podem produzir molestias tão diversas.

CAUSAS OCCASIONAES. — Entre estas causas citaremos as seguintes:

O traumatismo. — A pneumonia póde-se manifestar ás vezes,

sobre a influencia de um traumatismo, que póde ser mediato ou immediato. Na primeira hypothese a lesão pulmonar é consecutiva ás lesões da parede thoracica, como nas contusões. Na segunda hypothese o parenchyma pulmonar participa directamente das violencias externas, como as feridas penetrantes do thorax, fracturas de costella, introdução pelas vias uraereas de gazes irritantes, poeiras diversas que se encontram em suspensão no ar atmosphérico, como: carvão, particulas metallicas e muitos outros corpos estranhos que, atravez das vias aereas chegam ao parenchyma pulmonar, e ahí determinão uma inflammção. N'estes casos a pneumonia toma o nome de traumatica.

Resfriamento. — Entre as causas de pneumonia, figura inquestionavelmente o frio, como uma das mais importantes pela sua frequencia. Assim todos os casos de pneumonia observados por nós durante os annos de 1886 a 1887, nas enfermarias de clinica do hospital, os doentes accusárão como ponto de partida de sua molestia um resfriamento mais ou menos intenso. As mudanças bruscas de temperatura que tão frequentemente determinão, entre nós, bronchites, corysa e muitas outras molestias, podem mui provavelmente produzir a pneumonia, pois, não podemos attribuir a outra causa a pneumonia que accommette os individuos ao sahirem dos theatros, bailes, etc., assim como os cozinheiros, ferreiros e outras profissões, que expõem-se ás mudanças bruscas de temperatura.

Para provar, porém, que grande numero de casos de pneumonia, o resfriamento por si só, não póde ser considerado como causa unica de seu desenvolvimento, nós citaremos as observações seguintes: Grisolle, sobre 205 doentes, encontrou sómente 49 casos em que a impressão do frio pode ser considerada como causa do desenvolvimento da pneumonia, Gehhardt, sobre 166 pneumonicos, encontrou sómente 33 casos em que houve resfriamento. Ziemssen, em 106 casos, sómente observou o resfriamento em 10. Griesinger, em 212 casos, sómente 4 vezes notou o resfriamento.

Estes Algarismos são sufficientes para se fazer uma idéa exacta sobre a acção pathogenica do frio.

Se a causa real da pneumonia é o resfriamento, como pode-

remos explicar estes casos tão numerosos, em que a molestia manifestou-se sem a intervenção d'esta causa. Não negamos ao resfriamento toda a influencia pathogenica; mas, julgamos que, ao menos, em certos casos de pneumonia elle actúa, como em muitas outras molestias, como causa predisponente, occasional, mas não como causa unica e essencial.

Acreditamos que, em certos casos, a acção do frio perturbando mais ou menos o equilibrio vascular e nervoso dos pulmões, diminue d'este modo a resistencia que o parenchyma pulmonar offerece á invasão do germen productor da pneumonia, realizando assim uma das condições favoraveis á germinação do microbio pathogenico d'esta molestia.

Actualmente procede-se na Europa a respeito do microbio, considerado por alguns medicos illustres como pathogenico da pneumonia lobar, estudos interessantissimos que têm occupado a attenção dos medicos mais distinctos de todos os paizes do velho mundo, e principalmente pelos allemães, francezes e italianos; pelo que julgamos ser de nosso dever apresentar o estado actual d'esta importante questão pathogenica, o que faremos no capitulo seguinte.



Natureza microbiana da pneumonia lobar

Os estudos experimentaes realizados n'estes ultimos annos, principalmente na Allemanha, França e Italia, com o fim de provar a natureza microbiana da pneumonia, tem tomado grande impulso, graças aos esforços de Eberth, Koch, Friedlander, Talamon, Cornil, Afanassiew, Fraenkel e muitos outros.

Billroth foi o primeiro que, em 1873, demonstrou a presença de um micro-organismo nos catarrhos pneumonicos, ao qual elle proprio não ligou grande importancia.

Em 1876, Klebs diz ter encontrado no liquido bronchico, no exsudato das partes hepatisadas, no sangue, etc., um micro-organismo, que elle denominou-o de — monas pulmonale. Este micro-organismo, que Klebs considerava productur da pneumonia, tinha por caracter distinctivo sua mobilidade e fórma espherica.

Eberth, em 1881, descreveu um microbio encontrado no exsudato pulmonar, e na pia-mater de um doente morto de pneumonia com meningite. Este micro-organismo apresentava a fórma espherica geralmente grupados em diplococcus.

N'este mesmo anno, Koch encontrou, em um caso de pneumonia secundaria, micrococcus nos capillares dos pulmões e dos rins, e foi o primeiro, segundo os professores G. Sée e Cornil que indicou a sua fórma ovoide.

Em 1882, Friedlander publicou o resultado de suas pesquisas. Diz este experimentador ter encontrado em 8 autopsias de pneumonia franca, microbios no exsudato pneumonico e nos lymphaticos do pulmão. Estes organismos apresentavão a fórma ellipsoide e erão, ordinariamente, dispostos 2 a 2. Friedlander não abandonou as suas pesquisas experimentaes, e, em 1883 communicou á Sociedade de Medicina de Berlin os resultados de suas novas experiencias. Para este autor, o que caracterisava o seu micro-organismo

era a capsula que o cercava. Esta capsula era 2, 3 ou 4 vezes maior que os micrococcus e tomava uma côr azul ou avermelhada pelo violête de genciana. Friedlander cultivou estes microbios, segundo o methodo de Koch, na gelatina-peptonada até a oitava geração. O producto d'estas culturas, dissolvido em agua distillada e esterilisada foi injectado em pulmões de coelhos, ratos, porquinhos da India e cães; o resultado foi o seguinte: negativo em todos os coelhos; positivo em um cão sobre cinco; na metade dos porquinhos da India e em todos os ratos. Estes ultimos morrião no espaço de 18 a 36 horas depois da injectão, apresentavão pela autopsia os pulmões mui congestos, e com nucleos de endurecimento vermêlho.

Friedlander ainda fez uma outra serie de experiencias, fazendo os ratos inalarem os liquidos de cultura pulverisados. Muitos d'estes animaes morrêrão e a autopsia, diz Friedlander, provou o desenvolvimento da pneumonia, assim como a presença de micrococcus capsulares nos pulmões, baço, sangue e liquido pleural.

Os resultados d'estas experiencias forão acceitos por um certo numero de clinicos, que se preoccupárão de procurar o parasita por meio de puncções capillares feitas sobre o vivo. Leyden e Gunther observárão, no mesmo anno, o micrococcus ellipsoide descripto por Friedlander.

Salvioli e Zastein encontrárão em 14 casos de pneumonia, micrococcus ovoides, moveis, e não fallão na capsula de Friedlander.

Em 1883, Talamon communicou á Sociedade de Anatomia os resultados de suas pesquisas. O microbio descripto por elle é caracterisado pela sua fórmula elliptica, lanceolada, e não apresenta capsula. É, em virtude d'essa apparencia especial, que Talamon propôz a denominação de coccus lanceolado. As inoculações feitas por Talamon com a cultura do seu coccus lanceolado, deu os seguintes resultados: a inoculação feita no tecido pulmonar de dous porquinhos da India não deu resultado. Os cães mostrárão-se tambem refractarios ás inoculações. Nos coelhos as inoculações forão feitas de duas maneiras. Em seis coelhos fez-se a inoculação debaixo da pelle da côxa. Nenhum d'elles apresentárão abcesso local

nem perturbação pulmonar de sorte alguma. Dos vinte coelhos inoculados por injeção directa no pulmão do liquido de cultura, Talamon observou o seguinte: 4 coelhos curáram-se, depois de estarem doentes durante 4, 5 e 6 dias, com elevação de temperatura e cura pela queda da febre. Sobre os coelhos que morrerão, Talamon observou oito vezes as lesões da pneumonia fibrinosa, semelhantes ás observadas no homem, occupando ora toda a extensão do pulmão, ora a parte média ou o lobo inferior. A pneumonia coincidia em todos os casos com uma pleurisia da mesma natureza, e em muitos casos com uma pericardite fibrinosa. O exame do sangue d'estes coelhos apresentavão grande quantidade de coccus ellipticos.

A descripção resumida que acabamos de fazer em relação ás experiencias de Friedlander e Talamon, devemos dizer que, a presença de nucleos de endurecimentos nos pulmões congestos observados por Friedlander, não são sufficientes para caracterisar a pneumonia fibrinosa.

As lesões, porém, observadas por Talamon em suas experiencias sobre coelhos, não apresentam differença alguma entre as lesões produzidas nos coelhos e as produzidas na pneumonia do homem, assim é que o pulmão do coelho pesava 3 a 4 vezes mais que o são, apresentava uma cor azul amarellada, e ia ao fundo, quando lançado em um vaso contendo agua. Pelo exame microscopico notava-se que os alveolos estavam cheios de filamentos de fibrina.

Afanassiew repetio no laboratorio do professor Cornil, as experiencias de Friedlander e de Talamon, pela cultura na gelatina-peptonada do exsudato pneumonico, e obteve duas especies de organismos, micrococcus esphericos e ovoides. Sómente estes ultimos pareceu-lhe ter uma actividade pathogenica.

Afanassiew e Cornil não ligão nenhuma importancia á capsula de Friedlander. Afanassiew não obteve resultado algum com as inoculações dos micrococcus esphericos. Os coccus ovoides cultivados e injectados no pulmão determinárão, em porquinhos da India, uma pleurisia dupla sero-fibrinosa ou purulenta. Em cães a

injecção de um centimetro cubico e meio de cultura do microbio ovoide não determinou a morte dos cães, porém, elles tinham febre no primeiro dia e restabelecição do segundo ao terceiro dia. Com a injecção de dous centimetros cubicos, os symptomas da pneumonia accentuavão-se mais; assim, Afanassiew demonstrou 60 movimentos respiratorios por minuto, uma temperatura de 41°, sôpro tubario á auscultação; mas, no fim de quarenta e oito horas, o cão começava a melhorar. Um d'estes cães sacrificados, no segundo dia da inoculação revelou hepatisação manifesta e coccus ovoides em pequeno numero no exsudato pneumonico e no liquido pleural.

O professor Jaccoud, em suas lições de clinica medica de 1885 traz um caso de broncho-alveolite fibrinosa hemorrhagica, diagnosticado pelo proprio professor e confirmado pela autopsia. O illustre professor encarregou o Sñr. Netter para procurar o microbio pneumonico nas diversas partes do aparelho respiratorio. Assim, em uma concreção fibrinosa vomitada pelo doente um dia antes de sua morte, Netter encontrou um numero prodigioso de microbios ovoides, unidos, as mais das vezes, dous a dous, correspondendo exactamente ao microbio typico, depois de Friedlander, á pneumonia.

Netter, ainda encontrou estes microbios nas concreções da trachéa, nos exsudatos membraniformes dos bronchios, e nos vasos sanguineos e lymphaticos do pulmão affectado. O illustrado professor Jaccoud, como elle proprio o diz, não pode ser accusado de entusiasta pelas theorias microbianas, mas nem por isso elle pode deixar de reconhecer a acção pathogenica do microbio de Friedlander. Ainda o distincto professor vai mais adiante que os outros observadores que acabamos de citar, quer que se attribua ao microbio de Friedlander a acção pathogenica tanto da pneumonia lobar como da broncho-pneumonia; e assim se exprime: « Je dois vous signaler avant de quitter ce sujet un enseignement péremptoire fourni par cette étude; on a dit, on a répété avec insistance que le microbe pneumonique est exclusivement propre à la pneumonie fibrineuse lobaire, et ne se rencontre dans aucune autre forme d'inflammation pulmonaire. Notre fait prouve que cette assertion doit être rejecté;

la preuve qu'il fournit est double; en premier lieu la pneumonie n'est point lobaire; c'est une broncho-pneumonie lobaire, — en second lieu le microbe existait dans les concretions fibrineuses des bronches, et jusque dans celles de la trachée. Il est donc certain que ce microbe n'est point lié à la pneumonie lobaire, mais bien au caractère fibrineuse de l'inflammation, abstraction faite de sa disposition topographique.»

De todos estes trabalhos que resumidamente acabamos de citar, sobresahe um certo numero de resultados similhantos, provindo de observadores differentes, que trabalhavão isoladamente, devendo por isso ter certo valor. O microbio de Friedlander parece-nos ser o mesmo observado por Leyden, Gunther, Kock, Talamon, Afanassiew, Cornil, Netter, etc.

A presença de um micro-organismo nos pneumonicos não pode ser hoje posta em duvida, porém, quanto á sua acção pathogenica especifica, unica, as pesquisas experimentaes são ainda em numero mui pequeno, e por isso não podemos actualmente attribuir ao microbio ellipsoide de Friedlander toda a accção pathogenica.

Condições pathogenicas da pneumonia

Desde épocas as mais remotas que uma phalange de medicos considerava a pneumonia como uma molestia geral, localisando-se depois no pulmão.

Sendo para estes a lesão pulmonar o resultado da febre pneumonica, que é a verdadeira molestia.

Eis a theoria que reinou na sciencia como expressão da verdade até o fim do seculo passado.

No começo do seculo actual, porém, debaixo da impulsão impetuosa, que apoderou-se dos observadores de então, sobre os progressos espantosos realizados sobre os estudos de anatomia-pathologica, absorvendo toda attenção dos observadores, fizeram com que elles só se occupassem da lesão pulmonar e considerassem a pneumonia lobar, franca, primitiva como uma molestia local, sendo a febre e os outros symptomas concomitantes consequencia d'esta e como taes rigorosamente subordinados á lesão.

Esta doutrina essencialmente localisadora chegou a conquistar terreno e assim supplantar, ainda, que, por algum tempo a doutrina hippocratica, que só teve por sustentadores, no meio d'esta inundação operada pelo o entusiasmo e exaltação dos anatomopathologistas, a escola de Montpellier e seus discipulos; e, nem era para causar admiração, visto ella conter em seu gremio, os maiores vultos d'aquella época; taes como: Bayle, Broussais, Laennec, Andral, Bouillaud e muitos outros.

A antiga concepção da febre pneumonica soffreu muito, pois, fóra da escola de Montpellier, ella não contava nenhum defensor, até que, n'estes ultimos annos, na Allemanha sobretudo, manifestou-se uma reacção decidida contra estas vistas puramente organicistas, tendo logar o revivamento da antiga doutrina hippocratica que hoje parece erguer-se altiva, tendo por defensores, na Alle-

manha : Traube, Jurgensen, Cohnheim, Klebs, Koch, Friedländer, Fraenkel e muitos outros. Em França: Bernheim, Talamon, Cornil, etc.; e entre nós Martins Costa.

Este revivamento accentuou-se, principalmente, quando Traube formulou, em favor de suas idéas, os argumentos seguintes: 1.º a molestia tem prodromos; 2.º a febre pode preceder ao apparecimento dos symptomas locais; 3.º terminação por crise; 4.º a marcha da febre pneumonica é muitas vezes analogá á da erysipela; 5.º os signaes locais persistem depois da quédá da febre; 6.º a pneumonia tem uma marcha regular, cyclica, o que não se observa nas inflammações de origem traumatica. Traube fazendo considerações sobre estes argumentos, conclue considerando a pneumonia como sendo uma molestia geral com localisação pulmonar.

Bernheim, professor em Nancy, diz em seu livro de clinica o seguinte: « A febre pode preceder, e creio que, na maioria dos casos, ella precede á inflammação; não é uma febre inflammatoria. Quando em seguida a uma ferida, uma inflammação se desenvolve, o tumor, rubor, calor local precedem á reacção febril e o calafrio apparece sómente para indicar a suppuração. É, pelo contrario, proprio das molestias infecciosas, das pyrexias, da erysipela, que é uma molestia infecciosa geral ou local, principiarem pela febre ou por symptomas geraes; o calafrio assignala a entrada espontanea ou experimental de uma substancia putrida ou fermentessivel no sangue. »

Esta hypothese de considerar a pneumonia como uma molestia geral infecciosa, tomou grande desenvolvimento depois que Klebs annunciou a descoberta de um micro-organismo por elle denominado — *monas pulmonale* —, ao qual elle attribue o papel principal na pathogenia d'esta molestia.

Apezar do micro-organismo de Klebs não ser, hoje, considerado pelos adeptos da theoria microbiana, como o microbio pathogenico da pneumonia, comtudo a sua descoberta teve grande merecimento, pois, foi ella que veio iniciar essa serie de pesquisas que derão logar á descoberta do microbio elliptico de Friedlander,

considerado hoje por grande numero de medicos, como o verdadeiro microbio pathogenico da pneumonia lobar franca.

N'estes ultimos tempos, em virtude dos progressos realizados em bacteriologia, e sobretudo depois dos interessantissimos trabalhos de Eberth, Koch, Friedländer, Talamon, Cornil e Fraenkel, trabalhos que ainda estão sendo feitos na Europa, tendem a estabelecer a natureza parasitaria da pneumonia, e a chegar a seguinte conclusão: que, todas estas fórmulas de pneumonias são variedades symptomaticas de uma mesma entoxicação; esta unidade da pneumonia é confirmada pelos illustres professores: Jaccoud, em suas lições de clinica de 1885; G. Sée, molestias especificas do pulmão; Cornil, tratado das bacterias.

Tendo-se em consideração os importantes trabalhos experimentaes realizados por diversos experimentadores allemães e francezes, que succintamente referimos no capitulo antecedente, nós não podemos, por emquanto, ligar ao microbio encontrado por Friedländer ou por Fraenkel, toda acção pathogenica, visto haver divergencia entre os proprios observadores.

Assim é que, ultimamente, Fraenkel nega a especificidade do microbio de Friedländer considerado antes d'elle, como especifico, por grande numero de observadores eminentes, para attribuir toda acção pathogenica ao seu microbio, que, segundo a propria opinião de Fraenkel, distingue-se do de Friedländer pela sua fórmula, pelo processo de cultura e mesmo pela sua actividade pathogenica.

Em vista d'estes factos e de outros que já descrevemos no capitulo antecedente, julgamos não dever, por emquanto, accitar como definitivos estes trabalhos, até que, novas pesquisas venhão coroar, como esperamos, os esforços d'esta pleiade brilhante de novos combatentes da sciencia.

Pelo lado clinico, porém, nos parece que a existencia das pneumonias infecciosas não póde seriamente soffrer contestação.

A febre pneumonica é sempre produzida por um germen infeccioso como queria uma parte da escola allemã, e deve-se rejeitar completamente da etiologia da pneumonia o resfriamento?

No estado actual da sciencia parece-nos muito difficil a resolução d'este problema. Parece-nos que devemos collocar ao lado d'esta escola eclectica, que admitte; como: Jaccoud, Hallopeau, Denmler, Giscaro, Grinshaw, Moore, Torres Homem e tantos outros clinicos distinctos; uma pneumonia lobar franca produzida, sobretudo, pelo frio, e uma outra provocada por um germen infeccioso de natureza provavelmente especifica. Pertencem a esta nova doutrina medicos dos principaes paizes da Europa e America.

Este nosso modo de pensar admittindo a dualidade pathogenica da pneumonia é baseado nos factos seguintes: tendo-se em consideração as diversas epidemias observadas por grande numero de clinicos illustres, e, mesmo pelo facto de já se ter encontrado em diversos productos pneumonicos, um micro-organismo, que cultivado e inoculado em diversos animaes, têm diversos experimentadores notaveis conseguido reproduzir a pneumonia com todos os seus caracteres anatomo-pathologicos; em virtude d'estes factos não podemos deixar de aceitar a classe das pneumonias infecciosas, microbianas. Por outro lado, quando consideramos o facto de um individuo, que recebe um ferimento penetrante no peito, e é accommettido de uma pneumonia, não achamos razão para se appellar para um microbio especial afim de explicar esta inflamação. Ainda não podemos deixar de attribuir ao resfriamento as pneumonias que accommettem os individuos ao sahirem do theatro, baile, etc.; assim como as pneumonias que accommettem os cosinheiros, ferreiros, etc., e outras profissões que expõem-se ás mudanças bruscas de temperatura. Ainda vem em auxilio do nosso modo de pensar, a frequencia maior da phlegmasia pulmonar entre nós, assim como no estrangeiro, durante a estação do anno em que o thermometro marca a temperatura mais baixa, e a sua diminuição ou desaparecimento com o augmento da temperatura.

Para explicar a genese da pneumonia que se desenvolve debaixo da influencia do frio, algumas explicações têm sido emittidas por medicos notaveis, que summariamente vamos expôl-as. Alguns appellarão, para explical-a, á contracção dos capillares periphericos debaixo da acção do frio, e d'ahi accumulo de sangue para os vasos

profundos e congestão dos órgãos splanchnicos, e em seguida a inflamação d'estes órgãos.

Baseada em dados de physiologia e pathologia experimentaes, nasceu uma outra theoria muito engenhosa e seductora com pretenções de explicar a genese da pneumonia; assim, Claude Bernard e Brow-Sequard, estabelecendo a existencia de acções reflexas no systema nervoso humano, chegarão estes illustres physiologistas a provocar hypersecreção, congestão e mesmo inflamação em animaes enfraquecidos; e, ainda mais, o illustre physiologista Claude Bernard descobriu o antagonismo entre os nervos sensitivos e as emanções do grande sympathico. Conclue-se d'estes factos que, uma excitação actuando sobre os nervos sensitivos periphericos, póde ella trasmittir-se á medulla espinal e d'ahi reflectir-se sobre os vasos motores de um órgão, os quaes experimentando uma especie de paralytia ou collapse, determinão a dilatação dos vasos, e como consequencia a congestão, e, dadas certas circumstancias, talvez, a inflamação. A congestão reflexa nervosa é admittida por quasi todos os pathologistas modernos, porém, a inflamação produzida por tal mechanismo é contestada por muitos.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Depois de Laennec, cujo nome se immortalisára pelas suas maravilhosas descobertas legadas ás sciencias medicas, os anato-pathologistas têm admittido tres periodos na inflammação do parenchyma pulmonar, á saber: 1.º congestivo ou de engorgitamento; 2.º de hepatisação vermelha; 3.º de hepatisação cinzenta.

Hoje, porém, depois dos importantes trabalhos anatomo-pathologicos, parece-nos mais racional e mais scientifica a classificação apresentada pelo professor Jaccoud que tem por base a propria evolução do exsudato. A classificação de Jaccoud tem vantagem sobre a de Laennec, porque esta não menciona a terminação mais commum da pneumonia que é a resolução ou a terminação favoravel.

Aceitamos, pois, a classificação de Jacoud, á saber:

1.º fluxão ou exsudação; 2.º coagulação; 3.º liquefação ou eliminação; 4.º transformação purulenta.

FLUXÃO E EXSUDAÇÃO.— N'este periodo, em virtude das variadas modificações que o trabalho phlegmasico imprime ao ponto affectado, o pulmão apresenta-se com uma côr vermelha escura ou violacea, torna-se mais denso, mais pesado, menos crepitante e menos elastico que no estado physiologico, sendo comprimido, crepita apenas, deixando a impressão digital como em um tecido edemaciado; lançado na agua sobrenada menos que no estado normal e seccionado deixa transudar pela solução de continuidade, um liquido fibrinoso, avermelhado, turvo e espumoso, o qual apresenta certa viscosidade que faz adherir ás paredes das pequenas cavidades que os contém, de sorte que a insuflação é ruidosa, o aspecto espumoso do liquido que se trata é devido a sua mistura com bôlhas de ar; a compressão do tecido pulmonar feita com os dedos o despedaça com grande facilidade. Observa-

se, ainda, pelo exame histologico que, os capillares achão-se distendidos e engorgitados de sangue, deixando transudar um plasma fibrinoso, globulos vermelhos e leucocytos extravasados dos vasos, além d'estes elementos observa-se, tambem, cellulas epitheliaes destacadas das paredes alveolares. O processo, ás vezes, é mais intenso, as paredes das vesiculas, em consequencia de um exsudato intra-cellular, tornão-se turgidas e augmentadas de volume.

Este periodo tem ordinariamente uma duração de 24 a 48 horas.

COAGULAÇÃO OU PERIODO DE HEPATISAÇÃO VERMELHA. — O tecido pulmonar n'este periodo torna-se homogeneo e compacto, em virtude da coagulação dos exsudatos e apresenta a resistencia do tecido do figado; não crepita mais por causa da sua impermeabilidade e sendo lançado em um vaso cheio d'agua vai immediatamente ao fundo. N'este periodo o pulmão apresenta-se exteriormente mais vermelho, que no primeiro periodo. Se seccionarmos um pulmão, n'estas condições, encontraremos uma côr vermelha escura semelhante á da parte externa, mas, raramente encontra-se o aspecto granitado, descripto por Laennec, e que é devido á secção dos bronchiolos, dos vasos e dos septos lobulares.

Estas granulações que, ás vezes, encontramos na superficie da secção podem ter o volume variavel desde o tamanho da cabeça de um alfinete até o tamanho de um grão de milho.

O liquido que corre da superficie seccionada é vermelho, porém, mais turvo e muito menos abundante que no primeiro periodo.

A côr que toma o pulmão no segundo periodo, o peso maior que adquire, a dureza, a maior densidade e o aspecto granuloso de sua superficie dão-lhe uma grande semelhança com o tecido do figado, e, é sem duvida por estas razões que Laennec deu a este periodo, o nome de hepatisação vermelha.

Andral deu a este periodo o nome de amollecimento vermelho, tendo em vista a friabilidade do tecido pulmonar hepatisado que, apesar de mais denso e compacto, deixa-se facilmente penetrar

pelo dedo. O pulmão hepatisado é mais pesado e mais volumoso que o são.

Pelo exame microscopico nota-se n'este periodo uma substancia fibrino-albuminosa, amorpha, contendo em suas malhas globulos vermelhos e leucocytos em quantidade variavel. Depois de uma duração de tres a cinco dias, a hepatisação vermelha dá logar a resolução ou a transformação purulenta.

LIQUEFAÇÃO E ELIMINAÇÃO OU PERIODO RESOLUTIVO DA PNEUMONIA. — A fibrina dos alveolos torna-se granulosa, os globulos de pús soffrem a degeneração gordurosa e liquefeitos são absorvidos pelos vasos veinosos ou lymphaticos ou são expellidos pela expectoração, e assim se resolve pela cura a pneumonia.

TRANSFORMAÇÃO PURULENTA OU HEPATIZAÇÃO CINZENTA DE LAENNEC. — N'este periodo a côr violacea do periodo precedente succede á côr cinzenta, que começa por pontos dessiminados a principio, tornando-se, depois cada vez mais confluentes. Estes pontos cinzentos annuncião a passagem do periodo de hepatisação vermelha para a transformação purulenta, e são produzidos pelo pús que se infiltra no pulmão, o qual torna-se, n'este periodo mui friavel, despedaçando-se á menor pressão, a superficie incisada apresenta uma côr uniformemente cinzenta, menos granulosa, deixando escorrer um liquido purulento.

Nota-se que n'este periodo o acto pathologico se passa no interior das vesiculas aerias, sendo respeitado o tecido pulmonar, pelo menos é o que a histologia nos revela. Além das terminações pela resolução e transformação purulenta, que acabamos de descrever a pneumonia póde, ainda que, rarissimamente, terminar-se por um abcesso, por uma gangrena ou pelo estado chronico.

SYMPTOMATOLOGIA

Seguindo os autores mais modernos, nós aceitaremos na descrição symptomatologica da pneumonia tres periodos : ascensão, estadio e terminação.

Primeiro periodo. — Ascensão. As mais das vezes a pneumonia accommette o individuo no goso da mais florescente saude, outras vezes, porém, ella é precedida de signaes prodromicos geralmente constituídos por mal estar geral, abatimento, inapetencia, sensibilidade maior ao frio, cephalalgia, etc.

Quer haja ou não prodromos; é o calafrio violento, unico e prolongado que abre a scena morbida. A columna thermometrica se eleva logo depois do calafrio a 39° e alguns decimos, progredindo á ascensão com grande rapidez, pois, dous a tres dias depois do calafrio inicial a columna thermometrica attinge o seu auge 40° 41° e mais.

Na pneumonia lobar é muito raro, é mesmo excepcional, encontrar durante a evolução da molestia um calor febril inferior a 40°, sobretudo depois das cinco horas da tarde, época em que ordinariamente apparecem as exacerbações vespertinas. Torres Homem.

Nas crianças em lugar do calafrio inicial, que é uma convulsão reflexa, pode-se observar um verdadeiro accesso de convulsões geraes. Jaccoud.

Pouco depois surgem todos os symptommas proprios a uma temperatura elevada; como : dôres vagas pelos membros, sêde intensa; cephalalgia, o doente apresenta-se ora abatido ora agitado, a face torna-se animada e rubra. O pulso acompanha geralmente par e par a temperatura, apresentando-se cheio, fôrte e frequente. A urina diminue consideravelmente, apresentando-se espessa, acida e corada

O começo brusco da pneumonia só encontra semelhante nas febres intermittentes palustres, e o que se torna notavel é a sua elevação rapida da temperatura, chegando a 40° e alguns decimos em um individuo que 48 horas antes gozava de perfeita saude.

Depois do calafrio inicial, no fim do primeiro dia ou começo do segundo dia, surgem tres symptomas que por si sós fazem com que o pratico acredite que a molestia se assesta no aparelho respiratorio; estes são: a dôr do lado ou pontada, a dyspnéa e a tosse.

DÔR DE LADO OU PONTADA. — Entre os symptomas de pneumonia aguda, é por sua frequencia um signal de grande valor, que na ausencia do calafrio marca o começo da molestia, porém este symptoma não é infallivel, diz Torres Homem, pois, em nove casos observados por este illustre professor, seis tiveram a pontada e tres não apresentárão este symptoma.

A pontada é constituída por uma dôr viva pungitiva, tendo ordinariamente por séde de predilecção o lado affectado em geral ao nivel do mamelão ou um pouco para fóra d'este; mas, ella póde occupar tambem a base do thorax ou ainda a região supra-espinhosa com irradiações para a espadua correspondente. Esta ultima séde é habitual nas pneumonias do lobo superior. G. Sée.

A pontada adquire algumas vezes uma intensidade insolita pela pressão, pelos movimentos de inspiração e principalmente nas respirações fortes, como na tosse e no espirro. Este symptoma falta muitas vezes nos velhos, cacheticos, nas crianças e nas pneumonias do apice. Este phenomeno dissipa-se logo, sendo raro que persista por mais de dous a tres dias com a mesma intensidade. Para explical-o muitas opiniões têm sido emittidas a respeito da dôr do lado; assim, Beau julga ser a pontada produzida por uma nevrite intercostal; segundo Jurgensen, ella é proveniente da distenção inflammatoria do pulmão e da pressão exercida sobre a serosa pleural. Andral, Grisolle e Behier, attribuem-na a um pleuriz concomittante; é esta a explicação adoptada pelo nosso illustrado professor Torres Homem e nós a adoptamos por parecer-nos mais razoavel, attendendo-se á frequencia do pleuriz concomittante na

pneumonia. No Rio de Janeiro, diz Torres Homem, a pontada se apresenta na pneumonia na proporção de 75 por cento.

DYSPNÉA. — A dyspnéa ora se apresenta conjuntamente com a pontada, ora depois d'ella; é um symptoma quasi constantemente observado na pneumonia.

Sendo o numero médio das respirações, no adulto em estado physiologico de 18 por minuto, póde-se elevar a 30, 40, 60 e a mais ainda nas crianças.

Com este augmento exagerado dos movimentos respiratorios, os doentes tornão-se offegantes, queixão-se de suffocação e fazem supremos esforços para respirar; a palavra é breve e entrecortada.

Como causas de dyspnéa, cita Jaccoud as seguintes: 1.^a, a congestão phlegmasica e a exsudação; 2.^a, a hyperemia e o edema collateraes: estas duas condições, diz elle, limitão o campo da hematose; 3.^a, a pontada, forçando o doente a diminuir a amplitão dos movimentos respiratorios; 4.^a, a alteração no sangue, no qual havendo augmento de fibrina, ha tambem uma diminuição relativa de globulos vermelhos; 5.^a, finalmente, a combustão febril que faz com que augmente o gasto de oxygeno, determinando diminuição absoluta de oxygeno no sangue e o augmento de acido carbonico.

Tosse e expectoração. — A tosse pode manifestar-se desde o começo da pneumonia: porém, é geralmente observada no fim de doze a vinte e quatro horas. É quintosa e penosa, pois n'este acto a dôr pleuritica se exaspera. A principio secca, é seguida no fim do segundo dia ou começo do terceiro da expulsão de escarros considerados pathognomonicos por todos os autores que têm tratado da pneumonia, desde Hippocrates até os nossos dias. Estes escarros apresentam diferentes grãos de consistencia e coloração, são sanguinolentos, viscosos, adherem aos vasos que os contém e apresentam uma côr, que varia desde o vermelho carregado até a côr amarella pallida. A côr mais commum dos escarros é a da ferrugem.

A tosse, assim como a expectoração, podem faltar completa-

mente na pneumonia do apice do pulmão e na pneumonia dos velhos e dos individuos debilitados.

Febre. — No fim do segundo dia ou mais tardar do terceiro, a columna thermometrica chega ao seu auge; esta ascensão rapida da temperatura é um dos melhores caracteristicos da febre pneumonica no primeiro periodo. O maximo da temperatura na pneumonia fica comprehendido entre $40^{\circ},8$ e $41^{\circ},2$, segundo o professor Jaccoud. É geralmente á tarde do terceiro dia que a febre pneumonica subindo desde o calafrio inicial até esta época, attinge o seu mais alto gráo, começando d'ahi a defervescencia que termina em crise ordinariamente no setimo dia. A pneumonia é, pois, uma molestia de cyclo febril perfeitamente determinado.

SIGNAES PHYSICOS. — *Apalpação.* — N'este periodo, a apalpação do thorax na região correspondente ao foco inflammatorio, revela apenas uma pequena exaggeração das vibrações da voz, facto perfeitamente explicavel pela maior densidade do tecido pulmonar.

A percussão é um dos meios que nos fornece grande somma de signaes importantes, principalmente, quando a lesão é superficial. N'este periodo da pneumonia, a percussão do thorax, nas immediações das partes affectadas, denota algumas vezes menor resonancia do que normalmente; o que é facil de verificar percutindo-se comparativamente o lado são com o ponto correspondente. Á proporção que o tecido pulmonar vai perdendo a sua permeabilidade normal, a seu turno vai-se tornando o som mais obscuro; a obscuridade torna-se, finalmente, completa na hepatisação vermelha. Segundo o professor Jaccoud pode-se encontrár o som tympanico n'este periodo.

Auscultação. — Pela auscultação o clinico pode no estudo da pneumonia recolher certos signaes correspondentes aos diversos estados por que passa o orgão affectado. No começo da molestia a auscultação nos revela um enfraquecimento do murmurio respiratorio, que é logo substituido pelo estertor crepitante fino.

Este estertor é caracterizado por uma successão rapida de bôlhas mui pequenas, iguaes, seccas, em numero variavel, e que se ouve durante a inspiração. Este estertor tem ainda sido com-

parado ao estalido produzido pelo chlorureto de sodio, quando lançado sobre as brazas ou ainda ao attrito de uma mecha de cabellos junto ao ouvido.

Muitas vezes o estertor crepitante não se patenteia nas inspi-rações ordinarias, é preciso que o doente tussa ou inspire forte-mente para que elle torne-se perceptivel.

Algumas explicações tem sido dadas para explicar o mecha-nismo do estertor crepitante; assim, alguns autores attribuem o estertor crepitante á passagem do ar através do liquido contido nas vesiculas pulmonares; outros explicão appellando para a sepa-ração rapida das paredes alveolares aglutinadas durante a expiração pelo liquido exsudado, que é viscoso.

Esta ultima explicação parece-nos mais razoavel e é mais ra-cional, porquanto tambem explica-nos o facto de dar-se o estertor crepitante durante a inspiração.

Segundo periodo ou periodo de estadio. — Este periodo, que corresponde a phase anatomica constituida pela coagulação ou hepa-tisação vermelha de Laennec, pode ser considerada como o periodo proprio da pneumonia.

N'este periodo a pontada diminue de intensidade ou pode mesmo desaparecer completamente; a tosse e a expectoração con-servão-se no mesmo gráo de incremento, assim como a dyspnéa, pois, as combustões organicas continuão a se effectuar em alta escala, em consequencia da febre que se conserva n'este periodo, de sorte que a quantidade de acido carbonico augmenta-se no sangue, ao passo que o oxygeno diminue, tornando-se cada vez mais embara-çosa a pequena circulação; assim, pois, as causas da dyspnéa augmentão-se em vez de diminuirem. Só em casos excepçionaes a dyspnéa deixará de augmentar na razão directa da phlegmasia pulmonar.

A febre conserva, n'este periodo, a intensidade adquirida no primeiro periodo, assim a columna mercurial continúa a marcar 39°,5 a 40°,5 e ás vezes mais. A temperatura conserva durante alguns dias estes Algarismos elevados, havendo entretanto pequenas re-missões matutinas e exacerbações vespertinas.

O pulso, ordinariamente, segue par e par a marcha da temperatura, é frequente, cheio e forte, como no primeiro periodo; outras vezes apresenta-se pequeno e concentrado.

A pequenez do pulso póde ser devida a uma adynamia ou a uma repartição viciosa do sangue nos dous corações, constituindo a oppressão de forças ou a falsa fraqueza dos antigos. O numero das pulsações varia no adulto de 100 a 120 por minuto, e nas crianças de 140 a 180.

Pondo de parte os symptomas de uma reacção febril elevada, como a cephalalgia, agitação, insomnia e colorido na face, destaca-se entre as multiplas perturbações que podem accommetter os pobres pneumonicos no segundo periodo da molestia; o delirio, consequencia da eschemia cerebral, as mais das vezes manso e tranquillo, mas que se torna agitado, furioso e loquaz nos individuos que abusão das bebidas alcoolicas.

O embaraço circulatorio, em virtude da impermeabilidade do parenchyma pulmonar explica a coloração violacea da face e dos labios, a turgencia das veias do pescoço, a ictericia, a albuminuria e o catarrho intestinal, symptomas estes observados muitas vezes n'este periodo da pneumonia.

Passemos agora a tratar dos signaes physicos:

Apalpação. — Por meio da apalpação, em regra geral, nota-se ao nivel da lesão pulmonar, um augmento das vibrações vocaes quando manda-se o doente fallar. Griscolle não liga importancia a este signal, porque, diz elle, ter observado, ora augmento ora diminuição e algumas vezes ausencia completa das vibrações vocaes. Em nove casos de pneumonia lobar citados pelo professor Torres Homem, em seu importante livro de clinica medica, diz elle, ter encontrado em todos augmento das vibrações vocaes, tambem notamos este phenomeno nos casos de pneumonia lobar que este anno observamos.

A percussão, n'este periodo da molestia, feita na região thoracica correspondente á lesão, observa-se quasi sempre grande diminuição ou ausencia da sonoridade thoracica nas regiões correspondentes ao foco pneumonico. Foi o que observamos no doente

cuja observação adiante publicamos. Devemos, entretanto, observar que nas pneumonias centraes, estas modificações de som não são observadas.

Pela auscultação nota-se no nivel da lesão o sôpro bronchico, que torna-se mui distincto quando a hepatisação chega ao seu auge e, então, é ouvido durante a inspiração e expiração.

Fazendo-se o doente fallar, ouve-se a bronchophonia, isto é, o augmento anormal da voz ao nivel dos bronchios; outras vezes dá-se a pectoriloquia, em que a voz é percebida como que articulada, algumas vezes o som parece ser transmittido por meio de tubos amplos, de paredes metallicas, constituindo o sôpro tubario.

Terceiro periodo ou periodo de resolução ou liquefação. — Quando a pneumonia tende a terminar pela resolução, a temperatura desce de um modo brusco e rapido; assim, a temperatura achando-se no seu apogêo, em doze a quarenta e oito horas desce ao seu estado physiologico ou mesmo abaixo. Com a quêda da temperatura coincide a quêda do pulso, que de 90 a 100 desce a 60 pulsações por minuto. N'este periodo ainda se observa albumina nas ourinas, tendo, porém, uma causa diversa, aqui ella é devida á absorpção dos principios albuminosos existentes nos alveolos pulmonares. A physionomia do doente torna-se expressiva, o somno e o appetite reapparecem; as forças abatidas pelas perdas operadas pelas combustões organicas se reerguem de novo. O exsudato fibrinoso se liquefaz e a permeabilidade do pulmão é revelada pela presença de estertores de retorno, formados de bôlhas mais ou menos finas e humidas; a dyspnêa e a pontada desapparecem, a tosse só persiste, porém, indolor e concorre para favorecer a eliminação dos productos, que devem ser expulsos pela expectoração, que torna-se facil e abundante.

SIGNAES PHYSICOS. — Nota-se pela apalpação, n'este periodo, uma diminuição do fremito vibratorio.

A auscultação, n'este periodo, nos revela a presença de estertores humidos, que indicão a liquefação dos exsudatos; estes estertores são sub-crepitantes de bôlhas humidas e finas, que vão

se tornando cada vez mais volumosas e humidas á proporção que o trabalho de liquefação progride, até perderem o caracter crepitante. Este estertor é devido á passagem do ar através de tubos mui finos, contendo um liquido menos adherente do que aquelle que se encontra no periodo de exsudação.

Convalescença. — A convalescença da pneumonia aguda lobar e primitiva é de pouca duração. Sendo a sua duração de 5 á 8 dias, a convalescença, em um individuo forte e robusto, póde ter lugar francamente no 3.º dia depois da quéda da febre, porém, nos individuos depauperados, já por molestias anteriores já por excessos de topo o genero, já em virtude da grande intensidade da lesão pulmonar perturbada em sua marcha por alguma complicação, a convalescença póde ser demorada, uma semana ou mais, tempo necessario para a eliminação se effectuar.

DURAÇÃO E TERMINAÇÕES

Duração. — Grisolle toma por limites extremos da duração da pneumonia, o principio da febre, isto é, o calafrio inicial e a sua extincção e diz que é raro a sua duração exceder de 20 dias, ou que fique aquem do primeiro septenario; estabelece, pois, como termo médio da duração da pneumonia 14 ou 15 dias.

Monneret dá para a pneumonia aguda uma duração de 8 a 12 dias.

No Rio de Janeiro, diz o professor Torres Homem, a pneumonia percorre quasi sempre os seus tres periodos no intervallo de 5 a 8 dias; e só em casos raros a resolução começa no nono ou decimo dia; quando ella conserva-se estacionaria além d'este tempo, é porque ha alguma complicação que impede a sua resolução.

Terminação por supuração diffusa. — Algumas vezes a terminação favoravel da pneumonia, como acabamos de ver, não se dá, e ella póde ter uma terminação fatal; então, a defervescencia não se dá ou então, observa-se uma falsa defervescencia, seguida de um abaixamento consideravel da temperatura; as cousas passão-se n'este estado por algum tempo, no fim do qual a temperatura se

eleva de novo, a respiração torna-se mais frequente e a adynamia mais consideravel, a lingua secca, os dentes fuliginosos, a face cyanotica, o pulso pequeno, desigual e mui frequente.

Algumas vezes manifesta-se sub-delirio, suores viscosos cobrem a superficie cutanea; os traços physionomicos alteram-se e evacuações involuntarias podem apparecer. N'estes casos a expectoração pode existir ou não, quando existe ella apresenta-se modificada, os escarros de viscosos passam a ser serosos e de uma côr mais ou menos escura. Segundo o professor Torres Homem, no Rio de Janeiro, não se observa a expectoração semelhante ao succo de ameixas como symptoma do terceiro periodo da pneumonia.

Nota-se pela percussão som obscuro, sôpro tubario, bronchophonia e estertores subcrepitantes, que indicão começo de liquefação. Segundo Grisolle as pneumonias do apice, dos velhos e dos cacheticos são as que mais frequentemente terminão por supuração. Quando a supuração progride os doentes ordinariamente, do oitavo ao decimo segundo dia succumbem, ora em collapso com uma temperatura abaixo da normal, ora com uma temperatura hyperpyretica.

A transformação purulenta do pulmão é, sem duvida, a causa mais commum da morte dos infelizes pneumonicos, contudo, a terminação fatal pode ter logar antes da hepatisação cinzenta, assim, muitas vezes nota-se certos pneumonicos serem atacados de adynamia e collapso mortal desde o periodo de hepatisação vermelha, e outros podem succumbir á asphyxia, em virtude da extensão da phlegmasia pulmonar.

Abcesso. — O pús pode, tambem, apresentar-se em focos mais ou menos extensos formando os abcessos pulmonares. E' esta uma terminação bastante rara da pneumonia, mas, que pode-se dar algumas vezes.

Esta terminação começa, ordinariamente, por calafrios violentos e febre elevada.

Estes abcessos podem, em sua evolução communicar-se com os bronchios, rejeitando o doente uma quantidade de pús sanioso, ordinariamente fetido; continuando esta supuração o doente cahe em marasmo profundo e succumbe á febre hectica.

Nós pensamos com alguns autores que, embora mui raramente, os abcessos pulmonares são susceptiveis de terminar se pela cura, que effectua-se por cicatrisação da caverna pulmonar, após a eliminação do seu conteúdo; porém, é mais frequente ver-se o doente cair em marasmo e succumbir á febre hectica. Quando o abcesso não communica com os bronchios, a percussão revelará som obscuro, limitado, ordinariamente ao apice, onde os abcessos são mais communs. Quando a vomica apparece, formando uma excavação no parenchyma, manifestam-se os signaes cavitarios: sôpro cavernoso, gargarejo e pectoriloquia. As outras terminações do abcesso, em que o pús encaminha-se para a pleura e para o exterior são rarrissimas.

Gangrena. — E' esta, talvez, a mais rara das terminações da pneumonia. Esta terminação caracteriza-se por uma adynamia profunda, a face torna-se livida, o pulso apresenta-se pequeno, irregular e depressivel; os labios e os dentes cobrem-se de fuliginosidades, o halito dos doentes exhala um cheiro repulsivo, infecto bem como os escarros, que varião quanto a sua côr, á estes symptomas, ainda, vem ájuntar uma diarrhéa fetida, que vem deprimir, ainda mais as forças já prostradas do individuo.

A gangrena pulmonar ataca de preferencia os individuos enfraquecidos pelos excessos, pelos trabalhos e pela miseria.

Estado chronico. — Quando a pneumonia lobar franca passa ao estado chronico, terminação tão rara que Buhl e Jurgensen negão absolutamente; mas, que as observações de Grissolle, Andral e Charcot demonstrão a possibilidade d'esta evolução; nota-se que, os symptomas diminuem por tal fórma de intensidade que fazem acreditar na resolução da molestia, assim, a febre diminue ou cessa mesmo, os escarros perdem a côr e a viscosidade, a pontada desaparece e as vezes o appetite renasce. Esta melhora é sómente aparente, o doente começa a emmagrecer e a enfraquecer. N'estas condições, com effeito, a exploração do peito, prova-nos á evidencia que a resolução não progride, pela persistencia dos phenomenos locaes acompanhados de endurecimento pulmonar, como: matitez, sôpro bronchico, bronchophonia. O estado chronico estabelecido,

caracterisa-se pelos symptomas seguintes : pontada pouco intensa, tosse, dyspnéa, catarrhos mucosos ou mucopurulentos, febre hectica com suores, diarrhéa e consumpção. Os signaes physicos são : matitez absoluta, exagero das vibrações vocaes, sôpro bronchico, bronchophonia e estertores mucosos. Na fórma ulcerosa apparecem os phenomenos cavitarios, acompanhados em alguns casos de hemoptyses. A retracção do thorax quando se manifesta é pouco pronunciada. —Stokes, Wunderlich.

A marcha da pneumonia chronica é muito irregular; sua resolução só é possivel no caso de não ser muito profunda a alteração do tecido pulmonar; sua duração varia de dous mezes a um anno; a sua terminação é ordinariamente fatal.

Terminação por caseificação. — Esta terminação da pneumonia é, segundo o professor G. Sée, inadmissivel.

A pneumonia fibrinosa franca, continúa o mesmo autor, não termina por tuberculisação, os factos observados como taes, são erros de diagnostico, a inflammação considerada no começo como fibrinosa era desde o seu começo bacillar, o que prova isto é o exame dos catharros.

COMPLICAÇÕES E FORMAS

N'este capitulo procuraremos succintamente descrever sómente as molestias principaes que podem intercurrentemente complicar a marcha evolutiva da pneumonia.

N'este mesmo capitulo trataremos, ainda que de um modo mui summario, das principaes fórmas de pneumonia.

Pleuriz. — Segundo a maioria dos autores que têm tratado d'este assumpto, é esta uma complicação que sempre acompanha a pneumonia superficial. Alguns autores só considerão o pleuriz como uma complicação da pneumonia, sómente quando elle apresenta grande derrame, e dão então á molestia o nome de pleuropneumonia. O liquido pleuritico pode ser seroso ou sero-purulento, occupar os pontos declives e variar de séde, conforme a posição tomada pelo doente, o que é de grande valor para o diagnostico dif-

ferencial entre estas duas affecções, pois no pleuriz com derrame o doente deita-se de preferencia sobre o lado affectado.

Se a séde da pneumonia fôr differente da do pleuriz, serão então distinctos os signaes especiaes a cada uma das molestias. A percussão denota obscuridade completa ao nivel do derrame, e a auscultação revela-nos ausencia do murmurio respiratorio, e em certos casos pode-se observar egophonia e bronchophonia. A diminuição ou ausencia mesmo das vibrações thoracicas é um phenomeno constante.

A facil deslocação do liquido pleuritico pela mudança de posição do doente é um grande meio para o diagnostico d'esta molestia.

Pericardite. — A frequencia da pericardite como complicação da pneumonia, tem sido diversamente apreciada, assim é que Bouillaud a considera como uma complicação frequente, sobretudo da pneumonia esquerda.

Entretanto Bouillaud sómente observou dous casos d'esta complicação sobre vinte e seis pneumonicos. Grisolle indica tres casos sobre cincoenta e oito observações. Nas epidemias de Francfort e de Moringen, os Sñrs. Rodmann e Kuhn insistem sobre a frequencia das lesões do pericardio. É provavel que fóra dos casos de morte, a pericardite tenha escapado aos observadores, pois só por uma auscultação muito attenta é que se pode ouvir o attrito pericardico. O pulso irregular, intermittente e desigual tem grande valor diagnostico, pois estes signaes nos deve fazer suspeitar uma pericardite.

É esta uma complicação das mais graves e commum na pleuro-pneumonia do lado esquerdo, em virtude das relações de contiguidade da pleura com o pericardio.

A endocardite e a aortite são complicações tambem possiveis na pneumonia, porém mui raras.

Impaludismo. — Nos paizes onde reina o miasma palustre, a pneumonia, assim como muitas outras molestias, pode ser perturbada em sua marcha cyclica por este elemento especifico e apresentar os typos proprios ás febres intermittentes. A pneumonia

complicada pelo miasma palustre pode revestir a fórma remittente ou intermittente. Esta complicação embaraça a resolução da pneumonia, e deve ser combatida pelos meios especificos, os unicos que são capazes de debellal-a.

Fórmãs. — Pneumonia palustre. Esta fórma de pneumonia é constituída pela localisação pulmonar do miasma palustre, e reveste todos os caracteres da febre intermittente palustre. N'esta fórma de pneumonia a lesão pulmonar acompanha parallelamente a evolução febril. O calafrio é mais violento que na pneumonia lobar franca, sobrevem ao mesmo tempo uma dôr intensa do lado, grande anxiedade, pulso frequente e molle, emfim, apparecem todos os outros symptomas de pneumonia, como: escarros sanguinolentos e viscosos, crepitação fina, bronchophonia, sôpro tubario, etc. Para Grisolle a phlegmasia pulmonar e a febre são dous estados connexos ligados intimamente um ao outro, procedendo da mesma causa miasmatica.

Entre cada accesso de pneumonia palustre, a apyrexia é completa, e no periodo apyretico nota-se uma melhora do estado local. A dyspnéa, a dôr e a tosse desapparecem, os signaes phisicos melhorão de um modo evidente, de sorte que alguns autores acreditão no desapparecimento completo d'estes symptomas durante esse periodo, porém o que se deve admittir, segundo G. Sée, é que o processo local detem-se durante o periodo apyretico para progredir no accesso seguinte, o que prova de um modo evidente que os phenomenos locaes se achão intimamente ligados á causa productora do accesso febril. Ainda a influencia do tratamento pelos sães de quinina é uma prova evidente da natureza especifica da lesão pulmonar.

Pneumonia biliosa. — Esta fórma de pneumonia como o seu nome indica, é caracterisada desde o seu começo, por phenomenos biliares mui pronunciados, e que perturbão a sua marcha eyclica tornando-a extremamente grave. Esta fórma é caracterisada pelos symptomas seguintes: febre não muito elevada e acompanhada de uma prostração que não está em relação com a extensão da phlegmasia, lingua coberta de uma saburra amarellada, grande congestão

de figado, ora constipação de ventre, ora evacuações e vomitos biliosos; dôr epigástrica, emfim, um estado hepato-biliar mui pronunciado. Manifestão-se logo os symptomas nervosos, cephalalgia intensa, inquietação, delirio, etc. Eis os symptomas característicos d'esta fórma que ajuntão-se aos symptomas proprios da pneumonia lobar franca.

Apezar do elemento bilioso complicar muitas vezes a marcha da pneumonia no Rio de Janeiro, comtudo, os casos de pneumonia biliosa são rarissimos, segundo refere o nosso illustrado professor Torres Homem.

Pneumonia lobular. — Esta fórma é tambem denominada falsa pneumonia ou mais geralmente conhecida pela denominação de broncho-pneumonia é produzida pela propagação da inflammação dos bronchiolos pulmonares aos lobulos. Esta fórma da phlegmasia pulmonar é mais commum nas crianças que nos adultos, e manifesta-se as mais das vezes no decurso de outras molestias, taes como: a coqueluche, sarampão, variola, escarlatina, etc. Esta molestia começa, ordinariamente, por pequenos calafrios, horripilações e febre que se eleva logo a 39° e só excepcionalmente sobe além.

A tosse raramente falha, é frequente, forte, quintosa e seguida de escarros mucosos ou mesmo sanguinolentos. A pontada falta muitas vezes. A dyspnéa é um phenomeno frequente e apresenta grande intensidade. Observa-se n'esta molestia dôres externas e cephalalgia frontal. Phenomenos physicos. Nota-se pela auscultação phenomenos catarrhaes caracterisados por estertores mucosos, sibilantes e sonoros que são observados, ordinariamente nos dous pulmões, é sobretudo para as bases. Não se percebe sôpro tubario nem bronchophonia. Pela percussão nota-se diminuição da sonoridade normal. A marcha da febre é muito irregular e a sua defervescencia se faz em lysis.

Fórma adynamica. — Esta fórma de pneumonia caracteriza-se pela predominancia de certos symptomas que a tornão mui grave, taes como: face pallida e estúpida, decubito dorsal constante, e grande prostração de forças. A lingua torna-se secca e ennegrecida, uma diarrhéa infecta e sem colicas manifesta-se em certos

casos. O pulso torna-se pequeno, depressivel e em certos casos intermittente.

Fórma ataxica. — Esta fórma apresenta, além dos symptomas communs á pneumonia lobar simples, o seguinte quadro symptomatologico : delirio manso ou furioso, depressão profunda das forças, alteração dos traços physionomicos, a face apresenta o cunho do estupor, contracções musculares, sobresalto dos tendões, carphologia, e morte.

Fórma traumatica. — É, como o seu nome indica, produzida por um traumatismo ; succede, ora a uma contusão do peito, ora a uma ferida do pulmão ; começa geralmente no ponto ferido ; a phlegmasia parece desenvolver-se pouco tempo depois da acção traumatica e a sua symptomatologia não differe dos da pneumonia lobar franca. Esta fórma de pneumonia apresenta ordinariamente pouca gravidade, tem uma duração curta, uma terminação quasi sempre feliz ; parece, pois, que ella occupa geralmente uma extensão mui limitada do parenchyma pulmonar.

A pneumonia pode manifestar-se no decurso de certas molestias, taes como : a tuberculisação pulmonar, diabetes saccharina, variola, escarlatina, sarampão, febre typhoide, febre puerperal e muitas outras molestias. N'estes casos ella toma a denominação de secundaria, consecutiva.

A pneumonia lobar raras vezes manifesta-se secundariamente, o que não acontece com a pneumonia lobular, que frequentemente é observada secundariamente.

A pneumonia secundaria manifesta-se insidiosamente, e imprime á phlegmasia pulmonar maior gravidade, modificando a sua marcha e fazendo com que ella termine muitas vezes fatalmente.



DIAGNOSTICO

O diagnostico da pneumonia lobar, sobrevindo em um individuo em perfeito estado de saúde, não offerece, na maioria dos casos, dificuldade, porque a molestia, n'este caso, patenteia-se com todo o seu cortejo symptomatico; porém, dadas certas circumstancias, o diagnostico pode tornar-se embaraçoso e obscuro.

No primeiro periodo da pneumonia, antes da localização pulmonar estabelecer-se, o espirito do clinico vacilla entre as diferentes pyrexias. A anamnese é, então, um elemento poderoso para o diagnostico; assim, se o doente nos disser que resfriou-se e que pouco tempo depois sentiu um calafrio unico, intenso e prolongado; devemos suspeitar da existencia de uma pneumonia, porquanto, conforme já dissemos na symptomatologia, este calafrio é caracteristico; porém, mesmo assim, será impossivel fixar o diagnostico, porquanto o calafrio tem estes mesmos caracteres na febre intermittente palustre e na lymphatite perniciosa do Rio de Janeiro ou erysipela branca.

Depois de estabelecida a localização pulmonar, o diagnostico torna-se mais facil, em virtude do apparecimento de certos symptomas e da marcha da temperatura; todavia, muitas outras molestias podem trazer confusão ao espirito do clinico.

A thermometria é no diagnostico da pneumonia um poderoso auxiliar, que o clinico nunca deverá desprezar. Sabemos que n'esta molestia a temperatura attinge o seu auge antes das 24 horas ou logo depois, e que a pneumonia é uma das molestias em que a temperatura attinge o gráo mais elevado; assim é que notamos muitas vezes, 24 ou 36 horas depois do rompimento da molestia, uma temperatura de 40° e mais.

Não ha molestia alguma pulmonar que seja acompanhada de uma temperatura febril de 40°, principalmente nos dois primeiros

dias, senão a pneumonia. « Em um individuo muito velho, isto é, maior de 70 annos, diz o nosso illustrado professor Torres Homem, só a pneumonia pode determinar rapidamente uma temperatura de 40 e mais grãos. Comquanto um accesso de febre perniciosa possa produzir o mesmo resultado n'este periodo da vida, isto é tão raro, que podemos considerar como verdadeira excepção, assim como tambem é facto excepcional observar na mesma idade a variola e a escarlatina, molestias que fazem subir a columna thermometrica acima mesma de 40° nas primeiras 48 horas. Excluindo, pois, estas tres affecções, devemos attribuir o excessivo calor febril de um doente de idade muito avançada á pneumonia. Tenho observado alguns casos de febre perniciosa, de fôrmas variadas, em homens e mulheres maiores de 70 annos, tenho examinado os doentes quando a molestia está no seu apogêo, e o que tenho verificado é o seguinte: ou a temperatura se acha abaixo da cifra normal, ou attinge, quando muito, 38°,5 ou 39°. Em minha vida pratica ainda não encontrei um unico exemplo de exanthema febril na velhice confirmada. »

Depois da localisação pulmonar, o diagnostico esclarece muito; entretanto, em certos casos, o clinico ainda poderá hesitar entre diferentes molestias.

Quando um individuo apresentar o calafrio inicial caracteristico, seguido de elevação de temperatura e do conjunto symptomatico que já descrevemos na symptomatologia, como: pontada, tosse, expectoração sanguinea ou côr de tijôlo, estertores crepitantes finos, respiração bronchica ou bronchophonia, o diagnostico se impõe. Porém, em muitos casos, os signaes stethoscopicos, assim como os fornecidos pela percussão e apalpação são tão obscuros que o clinico, tendo somente os symptomas geraes que tornão provavel um caso de pneumonia, mas que o não pode justificar, o que acontece na pneumonia central, cujo diagnostico só poderá ser estabelecido quando a inflammação chegar á superficie do pulmão.

Deixaremos de narrar aqui os symptomas caracteristicos de cada periodo da pneumonia, porquanto já o fizemos de um modo

succinto quando tratamos da symptomatologia; vamos somente tratar do diagnostico differencial entre a pneumonia e as outras molestias com as quaes ella pode confundir-se.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL. — *Pleuriz.* — O diagnostico differencial entre o pleuriz e a pneumonia pode tornar-se difficil em razão da identidade de alguns de seus symptommas. Assim, estas duas molestias apresentam, no numero de seus symptommas communs, o calafrio, febre, pontada, dyspnéa, tosse, expectoração sanguinea, etc. Apezar, d'esta notavel analogia symptomatica, é ainda possivel estabelecer-se o diagnostico differencial, que se basêa em dados fornecidos pela auscultação, percussão e por outros symptommas peculiares a estas affecções. No pleuriz o calafrio inicial não é tão intenso e prolongado como na pneumonia; o calor febril não é tão elevado, quasi nunca excede de 39,5 grãos; a sua marcha é differente, pois no pleuriz agudo a temperatura não tem uma subida tão brusca como na pneumonia.

A pontada no pleuriz simples é mais intensa e duradoura assim como a dyspnéa. A tosse é sêca, penosa podendo ser acompanhada de escarros com estrias de sangue. Em lugar da crepitação pneumonica, ouve-se no pleuriz sêco o attrito fino particular das serosas. O lado affectado move-se com menos amplitão que o lado sã e a respiração é quasi exclusivamente diaphragmatica.

A ausencia das depressões intercostaes, immobilidade quasi completa do lado do thorax em que existe a affecção, ausencia das vibrações thoracicas e som obscuro pela percussão, enfraquecimento do murmurio vesicular e sôpro velado apresentando-se muito distante do observador são os symptommas que caracterisào o derrame pleuritico.

A mobilidade do liquido no pleuriz que torna instaveis os phenomenos stethoscopicos quando o doente muda de posição; a deslocação do figado, do coração e o abaulamento do thorax são signaes importantes para o diagnostico differencial entre estas duas affecções.

Quando o pleuriz caracteriza-se no começo por dôr violenta,

esta dôr impede que o doente se deite do lado affectado, porém, logo que apparece a collecção liquida na cavidade da pleura, é justamente d'este lado e só d'este lado que pode ter logar o decubito; só com estes dados, diz o professor Torres Homem, podeis presumir que se trata de um derramamento pleurítico.

Nos casos de pneumonia complicada de pleuriz com derrame, o diagnostico torna-se muito difficultoso e muitas vezes só depois da absorpção do derrame ou de sua extracção é que a existencia d'aquella molestia é reconhecida. Em todo o caso, os symptomas geraes esclarecem muito o diagnostico.

Pneumonia lobular. — A pneumonia lobular ou bronco-pneumonia se differencia da pneumonia lobar pelos caracteres seguintes; tirados de sua etiologia, marcha, symptomatologia, anatomia-pathologica e tratamento. A pneumonia lobular é muito mais commum nas crianças que a lobar; tem como condição etiologica o resfriamento e apresenta as mais das vezes secundariamente, isto é, o seu desenvolvimento pode ter logar no curso de outras molestias, taes como: a coqueluche, sarampão, escarlatina, febre typhoide, diphteria, etc. O começo da pneumonia lobular quasi nunca é tão brusco como o da pneumonia lobar; assim, em vez de um calafrio unico, intenso e prolongado, nota-se tremores, horripilações que se manifestão alguns dias ou algumas horas antes do rompimento da molestia.

A reacção febril que segue ao calafrio é menos intensa que na pneumonia lobar, n'esta a columna thermometrica sobe logo a 40°, 41° e mais; n'aquella raramente a temperatura excede de 39°.

A tosse nunca falta na pneumonia lobular, é quasi sempre forte, quintosa, seguida de escarros mucosos, apresentando, algumas vezes, uma ligeira côr de ferrugem. A pontada falta na maioria dos casos e a dyspnéa é ordinariamente intensa.

Pela escuta nota-se a principio um estado catharrhal, caracterisado por estertores sibilantes e subcrepitantes que predominão na base de ambos os pulmões e não se nota sôpro tubario e bronchophonia.

Pela percussão nota-se diminuição da sonoridade normal, porém, nunca som obscuro. Na pneumonia lobular, os signaes physicos são, em geral, observados em ambos os lados da columna vertebral e com certa symetria. Ainda a marcha da pneumonia lobular e a sua defervescencia podem vir esclarecer o diagnostico entre estas molestias; assim a marcha da pneumonia lobular é muito irregular e na lobar é regular. A terminação em lysis é propria d'aquella e a defervescencia em crise é propria d'esta.

Congestão pulmonar.— A congestão pulmonar apresenta muitos symptomas da pneumonia, porém, são estes em menor intensidade e menos persistentes. O calafrio inicial e a dôr do lado raramente são observados na congestão pulmonar.

A febre que na pneumonia offerece um certo gráo de duração, e dá logar á defervescencia entre o 6.º e 8.º dia; na congestão ella não é tão intensa, raramente attinge a 39º, o seu desapparecimento é mais rapido e tem logar quando muito no 3.º ou 4.º dia. Nota-se algumas vezes uma tosse sêca seguida da eliminação de escarros brancos, pouco viscosos ou estriados de sangue, estes escarros, pois, são muito differentes dos catarrhos pneumonicos caracteristicos, nos quaes o sangue combina-se intimamente com as mucosidades.

Nota-se na congestão pulmonar som obscuro pela percussão, diminuição do ruido vesicular, estertôres crepitantes que durão pouco, mas, não se observa sôpro tubario, bronchophonia, nem exaggeração das vibrações thoracicas tão pronunciadas como na pneumonia.

Edema pulmônar. — O edema pulmonar accomette, em geral, o individuo lentamente e coincide ordinariamente com uma anazarca symptomatica de uma lesão organica; as lesões concomitantes, pois, vêm em nosso auxilio para estabelecer o diagnostico differencial. O edema pulmonar não é acompanhado nem de pontada, nem de reacção febril; os doentes apresentam dyspnêa pouco intensa e tosse acompanhada de escarros aquosos. Os signaes physicos têm a sua séde nas bases de ambos os pulmões; ouvindo-se n'estes pontos estertôres sub-crepitantes, que não são substituidos como na pneumonia, pelo sôpro bronchico ou tubario e pela bronchophonia.

Por meio d'estes signaes poderemos distinguir facilmente a pneumonia do edema pulmonar.

Febre typhoide. — Quando a pneumonia apresenta-se sobre a fórma adynamica póde trazer ao pratico grande difficuldade para estabelecer o diagnostico differencial; n'este caso mesmo o diagnostico poderá ser feito desde que attendamos ao conjuncto symptomatico proprio a cada uma d'estas molestias.

Assim a invazão da febre typhoide é ordinariamente, precedida de periodo prodromico de muitos dias, caracterisada por dôres musculares, causaço, inapetencia, etc. A elevação thermica na febre typhoide é lenta, morosa, só no fim de quatro dias é que a temperatura chega a 40°; ao passo que, na pneumonia, como sabemos a temperatura sobe logo ao maximo em 24 a 36 horas. Além d'isto, os symptomas abdominaes, que se notão na febre typhoide, como: gargarejo na fossa illiaca direita, augmento de volume do baço, petechias e as manchas lenticulares vêm tirar a duvida sobre o diagnostico differencial.

Tuberculose pulmonar. — Parece á primeira vista impossivel que, a pneumonia lobar franca possa ser confundida com a tuberculose pulmonar.

Algumas vezes, entretanto, o diagnostico differencial entre estas duas affecções pode tornar-se embaraçoso; assim, se observarmos no apice de um pulmão, ruido de atrito circumscripto, acompanhado de sôpro, estertôres humidos e febre, poderemos vacillar entre a existencia de uma pneumonia do apice em periodo de resolução e uma tuberculose pulmonar, principalmente se tratar-se de um individuo magro e depauperado. Sómente os antecedentes do doente poderão esclarecer o diagnostico: assim se soubermos que a molestia começou recentemente que houve calafrio e febre na sua invazão, que o doente não tossia antes; o diagnostico esclarece em favor da pneumonia.

O começo insidioso da tuberculose, a herança, tosse sêca no começo, hemoptises, febre hectica, emmagrecimento rapido e suores nocturnos são symptomas caracteristicos da tuberculose.

PROGNOSTICO

Para formularmos o prognostico da phlegmasia pulmonar, devemos ter em consideração, a séde, extensão, gráo e as diversas fórmas que esta molestia póde revestir-se, assim como, o sexo, idade e constituição dos individuos atacados por esta molestia.

A pneumonia do apice, pelo facto de desenvolver-se, em um organismo depauperado e enfraquecido quer pela velhice quer por diversos estados morbidos dystrophicos, é mais grave que a pneumonia da base.

Quando um individuo vigoroso, robusto e moço é accommettido de uma pneumonia primitiva e uni-lateral em regra geral o seu prognostico não offerece gravidade alguma.

Em relação á pneumonia uni-lateral esquerda ou direita, os autores se achão divididos, assim, Chomel acredita ser mais grave a unilateral direita, e outros, pelo contrario, acreditam ser a unilateral esquerda mais grave. Tendo em vista as relações que guarda o pericardio com o pulmão e a pleura do lado esquerdo parece-nos mais acertada esta ultima opinião.

Quanto a extensão da phlegmasia pulmonar todos os autores estão de accôrdo que, a sua gravidade está em relação com a extensão da phlegmasia, assim, a pneumonia dupla é mais grave que a unilateral.

No segundo gráo a pneumonia é mais grave que no primeiro, e no terceiro gráo ella é gravissima, pois, n'este gráo a sua terminação é quasi sempre fatal. A terminação por infiltração purulenta é de um prognostico tão serio que Andral, Grisolle e Chomel dizem que n'estas condições, não existe um só caso bem verificado de cura.

A pneumonia é no sexo feminino mais grave que no mascu-

lino, e esta gravidade augmenta consideravelmente no estado de prenhez e puerperio.

Segundo a idade temos a dizer que, a pneumonia, que acomette os individuos nos dous extremos da vida, infancia e velhice, é quasi sempre fatal. A pneumonia, como muito bem diz Peter, é um modo de morrer e constitue o fim natural dos velhos.

O prognostico ainda é grave na pneumonia que ataca os individuos cacheticos e minados por um vicio diethesico qualquer.

Quando a pneumonia manifesta-se no decurso de uma phymatose, o prognostico é gravissimo, pois, n'este caso ordinariamente a phlegmasia pulmonar apressa a evolução dos tuberculos. Tambem é grave a pneumonia que acomette os individuos diabeticos, escorbuticos, brighticos, etc.

De todos os symptomas da pneumonia aquelle que offerece mais importancia é a febre, assim a elevação da columna thermometrica excedendo de 42° é um signal de gravidade. Quando a marcha da temperatura fôr irregular o prognostico será mais grave que, no caso contrario.

Nos casos simples, diz o nosso illustrado professor Torres Homem, a temperatura na pneumonia desce do quinto ao oitavo dia.

Quando no fim do oitavo para o nono dia não apparecer a defervescencia, é signal que um elemento novo veio embarçar a marcha da pneumonia, como seja, o embaraço gastrico, febre palustre, tuberculose que se conservou, até então, latente, ou finalmente indica a passagem da molestia ao periodo de suppuração, periodo gravissimo.

Quando as pulsações radiaes tornão-se frequentes, irregulares, principalmente quando o exame do coração denota fraqueza dos seus movimentos, devemos fazer um prognostico grave. A frequencia do pulso, segundo Andral, annuncia gravidade da molestia.

O valor prognostico do delirio na pneumonia varia, assim quando o delirio manifesta-se no começo ou no decurso de uma pneumonia, e é proporcional ao estado febril e está em relação com a idade do individuo, não apresenta gravidade; porém, quando o pulso, a temperatura e a respiração conservão-se moderados, e

o individuo apresenta delirio é um signal de prognostico grave, assim tambem é de prognostico grave o delirio que se manifesta no fim do periodo de estado, coincidindo com remissão e intermitência da reacção febril, pois, n'este caso devemos receiar a terminação purulenta.

A frequencia da respiração nem sempre indica gravidade, assim Grisolle diz ter observado muitas pneumonias terminadas favoravelmente em que elle observara 48 a 50 movimentos respiratorios por minuto, porém o incremento dos movimentos respiratorios no correr de uma pneumônia é, muitas vezes, signal de uma complicação, como : pleuriz, pericardite, etc.

Nos casos de orthopnéa, o prognostico é grave, porque em geral a frequencia extrema da respiração se acha em relação com a gravidade dos outros symptomas inflammatorios.

A expectoração, tambem pode nos servir para o prognostico : assim, a sua ausencia é um signal de gravidade, tanto no começo como na defervescencia, pois esta falta de expectoração denota um estado de fraqueza e atonia dos bronchios.

Se a côr da expectoração fôr mais ou menos escura, devemos guardar reserva sobre o prognostico, pois os escarros escuros são indicios da terminação purulenta.

TRATAMENTO

No estado actual da sciencia, não é possível admittir-se uma medicação uniforme no tratamento da pneumonia, pois, o clinico tem que attender os differentes caracteres com os quaes pode manifestar-se esta entidade morbida, segundo a idade, a constituição individual, as fórmias, as complicações, a constituição medica, etc.; devendo, pois, em cada caso particular variar as indicações therapeuticas.

Pensamos como Jaccoud e como quasi todos os pathologistas modernos que a intervenção therapeutica por mais energica que seja, não poderá abreviar o espaço de uma hora a evolução natural da pneumonia, que apresenta uma marcha cyclica fatal; mas, uma medicação racional poderá attenuar a intensidade de alguns de seus symptomas geraes e locaes, taes como: a febre, a pontada, a dyspnéa, etc., que poem muitas vezes em perigo a vida do infeliz doente. O tratamento da phlegmasia pulmonar, pois, deve ser todo symptomatico, será com o fim de attenuar este ou aquelle symptoma que o medico deverá intervir.

Vamos, agora, descrever resumidamente os diversos methodos empregados até hoje no tratamento da pneumonia.

EMISSÕES SANGUINEAS. — Sendo, outr'ora, esta molestia considerada como typo das inflammações foi, por isso, combatida por uma medicação activa e energica com o fim de a jugular, pois, só em virtude d'essa idéa é que se póde explicar o abuso que a escola de Broussais e Bouillaud fizera da lancêta no tratamento da pneumonia.

No principio d'este seculo, em virtude da influencia de Broussais, quasi todos os pneumonicos erão sangrados, era mesmo um dever imperioso do medico diante de um caso de pneumonia. Assim Sydenham tirava de seus pneumonicos 400 grammas á manhã e 400

grammas á tarde. Borsieri tirava 1,200 grammas por dia. Bouillaud seguindo a tradição de Broussais sangrava os seus doentes até á syncope. Em regra geral, dizia Bouillaud, sómente deve-se renunciar as emissões sanguineas quando a reacção febril fôr nulla ou quasi nulla e que a dyspnéa assim como a dôr, cessar completamente.

No Brazil estas idéas forão aceitas e observadas por todos os medicos d'esse tempo, assim a sangria por meio da lancêta, diéta rigorosa, constituia a base do tratamento da pneumonia entre nós. Foi o professor Valladão que, tendo adoptado as idéas de Broussais até 1863, epocha em que influenciado pelas idéas dos medicos allemães, inglezes e francezes, proclamou a seus discipulos, que a sangria geral como meio de tratamento da pneumonia, devia ser proscripta, e que só em casos especiaes devia ser empregada.

O nosso illustrado professor Torres Homem indica a sangria geral só nos casos em que o individuo atacado de pneumonia é moço e robusto, quando houver cyanose, injeção das jugulares, dyspnéa extrema, imminencia de asphyxia, n'estes casos a sangria pode prestar relevantes serviços.

Actualmente todos os medicos acreditão que a pneumonia tem um cyclo thermico perfeitamente estudado, e apresenta nos individuos moços e robustos natural tendencia a terminar pela resolução; n'estes casos propôz-se a expectação, estando o medico prompto a intervir desde que qualquer de seus symptomias tome uma intensidade insolita.

Tartano emetico. — Em seguida aos excessos da sangria, nasceu na Italia uma doutrina que fez tanto ruido como mal. Rasori, acreditando que toda a febre provinha de um excesso de estimulo, fundou nos fins do seculo XVIII a escola, chamada italiana, que tinha por base de seu tratamento, o tartaro emetico em altas doses.

Rasori procurava obter este estado particular denominado tolerancia, que permite os doentes supportarem, sem effeito vomitivo ou purgativo, doses mais ou menos consideraveis de medicamentos.

Esta escola chegou a ter grande numero de proselytos em

França, contando entre elles o illustre Laennec. O meio de combater o estímulo era o tartaro emetico em altas doses; é com effeito, um medicamento asthenisante, um veneno paralyzante do systema muscular. Este methodo de tratamento da pneumonia estendeu-se da França ao Brazil, aonde até poucos annos era ainda o methodo mais empregado no tratamento d'esta entidade morbida.

Rasori prescrevia ousadamente o tartaro emetico em doses colossaes, assim este medico chegava a administrar as elevadas doses de 12 decigrammas até 12 grammas em 24 horas, e que no curso da pneumonia, essa dose podia elevar-se á 62 grammas.

Este modo de applicar o tartaro emetico constituia o methodo therapeutico chamado contra estimulante. O methodo Rasoriano decahiu, e pode-se dizer mesmo que está hoje completamente bandido da pratica. O tartaro emetico é um medicamento preciosissimo no tratamento da pneumonia, assim como de todas as phlegmasias pulmonares, porém, é elle hoje empregado nas doses de 5 a 10 centigrammas como vomitivo, ou associado ao opio como descongestionante.

O nosso illustrado professor Torres Homem dá as seguintes indicações para o tartaro emetico: 1.º que a pneumonia não date de mais de tres dias; 2.º que não haja o menor indicio de abatimento de força nem de fraqueza do coração; 3.º que a séde da inflamação não seja o apice do pulmão; 4.º que o doente seja moço, robusto e bem constituido; 5.º que o aparelho digestivo esteja em perfeita integridade.

Expectação racional. — Desde 1847, que Skoda começou a abandonar gradualmente os tratamentos energicos da pneumonia, taes como: emeticos, ventosas e a sangria. Foi, porém, Dietl, discipulo de Skoda, o primeiro medico que ousou erigir este meio como methodo de tratamento da pneumonia; este ousado medico, firmado na observação provou com dados estatisticos, a vantagem da expectação sobre os outros methodos de tratamento até então empregados; com effeito, submettendo 89 pneumonicos ao tratamento feito pela sangria, Dietl teve uma mortalidade de 20,40

por cento; de 106 pneumonicos submettidos ao methodo contra-estimulante teve elle a grande mortalidade de 20,70 por cento; finalmente, de 189 pneumonicos que forão sujeitos a simples expectação, teve uma mortalidade relativamente pequena de 7,4 por cento; em vista, pois, d'esses esplendidos resultados que a expectação levava sobre os outros meios empregados, até então, para debellar esta molestia, fez com que este meio de tratamento da pneumonia se divulgasse entre os homens de sciencia. Na Inglaterra foi Balfour o primeiro a abraçar a theoria de Dietl e pôl-a em pratica, publicando dous annos depois um livro em que elle mostra o resultado de suas investigações. A idéa de Dietl diffundi-se immediatamente por toda a Europa medica, e fôra, abraçada pelos praticos mais eminentes, como : Trousseau, Graves, Niemeyer, Bennet, etc. Não devemos, em vista dos resultados apresentados por Dietl, concluir que a expectação pole e deve constituir o methodo exclusivo de tratamento da pneumonia, não. A medicação tonica aconselhada por Bennet e seguida por Todd em Londres deu uma mortalidade minima de 3 por cento. Do que nós devemos concluir que o methodo expectante unido com os meios auxiliares dos esforços da natureza, é o tratamento que deve ser applicado em todos os casos de pneumonia.

Kermes mineral. — O professor Trousseau prefere o kermes ao tartaro emetico no tratamento da pneumonia, assim, diz elle: o kermes tem a vantagem de ser menos irritante que o tartaro, por isso deve menos vezes produzir inflammação das vias digestivas.

O kermes é hoje empregado por quasi todos os medicos, não só estrangeiros como brasileiros, assim, na Italia os professores Cantani, Thomazzi e Guido Bacelli o empregão quotidianamente. Entre nós os illustres professores Torres Homem e Martins Costa o empregão ordinariamente nas dóses de 15 a 30 centigrammas em uma poção para os doentes tomarem ás colheres.

O kermes é empregado com grandes resultados na pneumonia, em virtude de suas propriedades expectorantes e descongestivantes.

Digitalis. — Esta substancia, empregada pela primeira vez por Traube no tratamento das phlegmasias, é indicada hoje, em virtude das suas propriedades anti-thermicas; assim, esta substancia deve ser empregada quando o calor febril fôr muito intenso e o pulso frequente. Concebe-se, diz Bernheim de Nancy, que a digitalis, abaixando a temperatura, regularizando os batimentos cardiacos e augmentando a força de suas contrações possa prevenir os perigos resultantes da febre de um lado e da fraqueza cardiaca de outro.

Traube administrava o pó das folhas de digitalis em infusão até as doses de 2 grammas e mais.

Hirtz a prescrevia na dose de 1 gramma a 1,5 em uma infusão. Segundo este autor a digitalis na pneumonia faz cair o pulso, baixar a temperatura, cessar a dyspnéa e tornar mais calma a respiração.

O professor Jaccoud aconselha o seu emprego em todos os casos em que o tartaro é indicado, dando-lhe preferencia, quando ha alterações intestinaes.

Emprega-se, ordinariamente a infusão do pó das folhas ou a digitalina.

Sulphato de quinina. — Em relação á calorificação animal e ao apparelho circulatorio o sulphato de quinina exerce a mesma acção que a digitalis, determina abaixamento da temperatura, abatimento das forças, por isso este meio therapeutico deve ser contra-indicado nas pneumonias de fórma ataxica ou adynamica e nas pneumonias dos velhos e das pessoas enfraquecidas.

Este medicamento é muito efficaç, pode-se dizer mesmo especifico da pneumonia palustre, pois, destruindo-se o bacillus malarie de Tommazzi Crudeli tido como seu agente productôr, a pneumonia segue a sua marcha natural.

O sulphato de quinina é empregado como anti-thermico no tratamento da pneumonia e como tal apresenta vantagens incontestaveis sobre todos os outros meios, exceptuando, talvez, a anti-pyrina e a thallina. Segundo G. Seé, o sulphato de quinina como anti-thermico deve ser administrado em doses elevadas, o que não

deixa de ter certos inconvenientes. Liebermeister emprega o sulphato de quinina na dóse de 1,5 a 2 grammas em uma hora; Jurgensen emprega-o até a dóse de 5 grammas. Com as doses menores de 1 gramma e 50 centigrammas, os effeitos refrigerantes são insignificantes. G. Sée.

Veratrina. — Ao lado do sulphato de quinina convém collocar, como antithermico, a veratrina. É uma substancia perigosa e difficil de manejar-se, produz nas doses de 10 a 15 milligrammas effeitos consideraveis, como nauseas, vomitos, diarrhéa, adynamia profunda, resfriamento das extremidades, etc. Segundo o professor Dujardin Beaumetz, o emprego da veratrina no tratamento da pneumonia não tem dado resultado vantajoso, em virtude do perigo de sua administração, que produz rapidamente vomitos, collapsos sem modificar de um modo sensivel a febre nem diminuir o periodo da pneumonia. Esta substancia é empregada em pilulas na dóse de 3 a 10 milligrammas em 24 horas, só ou associada ao extracto de opio.

Antipyrina ou dimithyloxiquinizina é o nome de uma substancia nova descoberta por Knorr. É uma substancia branca crystallina, de sabôr um pouco amargo e muito soluvel na agua. Todas ás vezes que notarmos uma temperatura consideravel, uma verdadeira hyperthermia, devemos intervir, e entre os antithermicos a antipyrina tem sido empregada com grande proveito por alguns, apesar de trazer certos inconvenientes, que adiante assignalaremos.

Filehne administra esta substancia do modo seguinte: dá a um adulto, no começo, 2 grammas de antipyrina, que determina um abaixamento de 1 a 2 grãos; no fim de quatro horas, quando a temperatura começa a subir, renova a dóse de 2 grammas, e depois, quando a temperatura começa a subir de novo, dá-lhe 1 gramma, e obtem assim um abaixamento thermico que pode se prolongar durante 24 a 48 horas.

Esta era a pratica seguida em França pelo professor Bouchardat, a qual este illustre professor diz que deve ser abandonada, sobretudo na tuberculose por causa dos suores abundantes que esta medicação produz.

Em virtude dos suores abundantes, calafrio, colapso mesmo e da erupção escarlatiniforme, que esta substancia produz, quando é administrada além de certa dóse, tem feito com que alguns medicos abandonem esta substancia.

Thallina é o nome de uma substancia nova descoberta por Skraup (de Vienna).

O seu nome chimico devia ser o seguinte: tetrahydroparame-thyloxiquinolina. Para evitar o emprego d'este nome tão extenso, Skraup teve a feliz idéa de dar a esta substancia o nome de thallina. Este nome é tirado da propriedade caracteristica que tem esta substancia de colorir em verde esmeralda pela addição de algumas gottas de perchlorureto de ferro.

O professor Jaccoud, quem melhor estudou os effeitos anti-thermicos d'esta substancia, diz não conhecer outra substancia que, em dóse tão pequena, produza effeitos tão assignalados. Assim, em um doente de febre typhoidé este illustre professor administrou esta substancia do modo seguinte: no oitavo dia da molestia, administrou-lhe 75 centigrammas de thallina e notou um abaixamento de 4°; no nono dia 50 centigrs., notou um abaixamento de 2°,8; no decimo dia 25 centigrs., notou um abaixamento de 1°,2.

Como antithermico, pois, parece-nos que esta substancia deve ser preferida á todas as outras e mesmo á antipyrina.

Convém, sómente, ser mui prudente na administração d'esta substancia, e não administral-a em doses maiores de 50 centigrs.; sendo mesmo de grande vantagem experimentar a tolerancia individual, começando por doses menores. Do estudo comparativo feito pelo professor Jaccoud sobre a thallina e a antipyrina, resulta que os saes de thallina devem ser preferidos aos de antipyrina, pela igualdade ou mesmo superioridade de effeitos com doses muito menores; pela constancia maior de seus effeitos; pelo facto de produzir suores menos abundantes; calafrio menos frequente e raramente exanthema.

Medicação alcoolica e tonica. — No fim do seculo ultimo o Sñr. Brown formulou a doutrina seguinte: que as molestias agudas erão produzidas pela falta de estimulo, d'ahi a necessidade de

despertar as funcções abatidas, atenuadas e excitar as forças individuaes durante toda a evolução da molestia. Esta doutrina inteiramente em opposição ás idéas reinantes de Rasori, que acreditava que todas as molestias agudas são produzidas por uma diathese de estimulo. A doutrina de Brown, que se poderia chamar vital, estava em completo esquecimento, quando Todd instituiu o alcool como tratamento unico e constante da pneumonia. Esta pratica foi censurada na Inglaterra, principalmente por Murchinson, que se revoltou contra as exageradas tendencias de Todd, demonstrando, sem desconhecer a utilidade d'esta medicação quando methodica e prudentemente empregada contra certas fórmulas d'esta affecção, os perigos a que conduzia o systema de Todd.

Na pneumonia, mais que em qualquer outra molestia, não convém as medicações systematicas exclusivas, porque, como muito bem faz notar Peter — il n-y-a pas un pneumonie, mais des pneumoniques. A pneumonia não comporta uma medicação uniforme, e a prova d'isto temos nos varios methodos de tratamento alternativamente propostos e alternativamente elliminados do seu quadro therapeutico. É necessario consultar a idade do doente, sexo, estado das forças, habitos do doente, etc. O methodo de Todd divulgou-se por toda a França, Inglaterra e America. Na pneumonia a medicação alcoolica tem sido empregada como anti-pyretica e sobretudo como tonica com o fim de sustentar as forças do organismo que enrobustecido poderá oppôr mais energicamente á molestia. Todos os autores estão de accôrdo sobre as propriedades tonicas do alcool, mas sobre as suas propriedades anti-pyreticas, as opiniões achão-se muito divididas. Para Todd, como para Behier, o fim da medicação sendo combater a influencia depressiva da molestia, a tendencia á adynamia, encontra naturalmente indicação principal nos alcoolicos. Quando os doentes forem velhos ou moços, porém enfraquecidos por excessos, miseria ou molestias anteriores, os alcoolicos são indicados e n'estas circumstancias elles operão melhoras sensiveis, assim como elles prestão grandes serviços nos individuos que abusavão das bebidas alcoolicas, na pneumonia adynamica, pois n'estes casos elles tonificão o doente

e estimulação o cerebro. Sobre 36 doentes tratados por Behier, 11 apresentarão os symptomas de adynamia a mais grave, e estes 11 doentes curárão-se pelo alcool.

Aos individuos acostumados ás bebidas alcoolicas, o illustre professor Torres Homem prefere o cognac ou a aguardente de canna, prescrevendo a fórmula seguinte:

Agua.....	} ãa 100 grammas.
Cognac.....	
Acetato de amonia.....	15 grammas.
Xarope de cascas de laranjas...	30 grammas.

Para tomar ás colheres de 2 em 2 horas.

Ao lado do alcool devemos incluir: os vinhos generosos, os tonicos amargos, como a quina, genciana, cannella, etc. e boa diéta. Nos casos de adynamia, pulso fraco e depressivel, impulsão cardiaca fraca, devemos em taes casos lançar mão dos meios tonicos capazes de reerguer o organismo e estimular as funcções vasculares e nervosas. Bennet empregou em 132 casos de pneumonia a medicação tonica exclusivamente e obteve a insignificante mortalidade de 3,10 por cento. Do que acabamos de citar, devemos concluir que, a expectação auxiliada com os alcoolicos e os tonicos é o methodo de tratamento da pneumonia que tem dado os melhores resultados, e é, com justa razão, o methodo de tratamento geralmente seguido por quasi todos os clinicos.

Almiscar. — Na pneumonia acompanhada de delirio, e sobretudo quando ella se reveste da serie de accidentes que caracteriza a fórma ataxica, a indicação d'esta substancia é de grande utilidade, pois obtem-se quasi sempre uma sedação prompta do systema nervoso. Esta substancia é, ordinariamente, administrada em pilulas nas doses de 50 centigrammas a 1 gramma só ou associada ao opio. Póde-se ainda administrar a tintura de almiscar na dose de 2 a 3 grammas em uma poção alcoolica.

Revulsivos. — A applicação dos revulsivos no tratamento da pneumonia tem sido desde a mais alta antiguidade discutida; assim, uns dizem ter obtido excellentes resultados com a sua applicação, outros a condemnão como inutil e mesmo prejudicial. Rasori,

Laennec e Rostan consideravam os vesicatorios como nocivos e Andral dizia que, longe de ser um allivio, o vesicatorio era as mais das vezes um tormento para os infelizes doentes. A causa d'estas discussões levantadas contra o valor real dos vesicatorios, depende da fixação do periodo da pneumonia em que convém a sua applicação. Parece-nos provado que, a applicação dos vesicatorios no periodo agudo da pneumonia é completamente inutil e podendo ser mesmo prejudicial pela agitação em que a sua applicação lança os pobres doentes. Assim pensando, seguimos os illustres professores Torres Homem e Dujardin-Beaumetz que, cantra-indicção a applicação dos vesicatorios no periodo activo da pneumonia e acreditão que, quando o trabalho phlegmasico é terminado, assim como a defervescencia, não ha meio mais poderoso para favorecer a reabsorpção dos exsudatos. A vantagem d'esse meio therapeutico é patente, pois as mais das vezes vê-se depois de sua applicação a temperatura abaixar, diminuir a pontada e a dyspnéa. Porém para obter-se estes resultados beneficos é necessario que elles sejam de grandes dimensões. Nos casos de endurecimento chronico dos pulmões, além dos revulsivos devemos empregar internamente o iodureto de potassio, que actúa como alterante e favorece a eliminação dos exsudatos.

Vomitivos e purgativos. — Estes meios podem prestar relevantes serviços no tratamento da pneumonia, principalmente quando houver embaraço gastrico, pois n'estas condições um vomitivo de ipeca faz com que a molestia que antes permanecia estacionaria siga a sua marcha e termine pela resolução; o mesmo poderemos dizer da medicação purgativa.

Quanto ás emissões sanguineas locaes, sanguesugas, ventosas escarificadas são meios heroicos empregados com grande proveito por quasi todos os medicos, e devem ser indicados nos casos de pontada intensa, dyspnéa exagerada, conseguindo-se ordinariamente com esta emissão sanguinea local diminuir ou mesmo cessar completamente estes dous symptomas que martyrisão os pobres pneumonicos.

1.ª Observação

CLINICA DO BARÃO DE TORRES HOMEM

Israel Ferreira da Rocha, brasileiro, de 30 annos de idade, solteiro, boiadeiro, residente em Santa Cruz, entrou para o Hospital da Misericordia no dia 10 de Junho de 1887, indo occupar o leito numero 10 da quarta enfermaria de clinica medica.

ANAMNESE. — Em vista do estado delirante em que este doente entrou para o hospital, não pudemos obter dado algum sobre o começo da sua molestia, só pudemos saber que, elle se expunha ao resfriamento, humidade, que abusava do alcool e que já teve febre perniciosa palustre.

Estado actual — 10 de Junho.

Trata-se de um individuo anemico, cachetico e depauperado.

Apparelho respiratorio. — Um symptoma funcional d'este apparelho a dyspnéa, 54 movimentos respiratorios por minuto, feria immediatamente a attenção do observador; além d'este symptoma accusava o doente uma pontada na parte antero-superior do pulmão esquerdo. Pela percussão notamos no apice do pulmão esquerdo, obscuridade maior que no direito. Pela apalpação notamos exagero das vibrações vocaes e pela auscultação, sôpro tubario, e bronchophonia, phénomenos que augmentavão de densidade do apice para a base. Ao lado d'estes phenomenos cumpre mencionar a febre de 39,°5 na tarde do dia 10, e 39,°2 na manhã de 11, dia em que examinamos o doente.

Apparelho circulatorio. — Notamos enfraquecimento da impulsão cardiaca, acompanhada de frequencia do pulso, 110 pulsações por minuto.

Apparelho digestivo e seus annexos. — Lingua coberta de uma saburra branca espessa, o figado e baço muito augmentados de volume e dolorosos á pressão. O exame das urinas nos revelou grande quantidade de albumina.

Diagnostico feito pelo professor Torres Homem — Pneumonia lobar infecciosa.

Tratamento — No dia 10, uma poção com digitalis.

No dia 11. — Administrou-se-lhe a poção de Todd com 4 grammas de tintura de almiscar; sulphato de quinina 2 grammas para tomar 1 gr. ás 11 horas e a outra ás 6 horas da tarde; um largo vesicatorio na face posterior do pulmão esquerdo.

Apezar do doente ter tomado 2 grammas de sulphato de quinina, elle falleceu á 1 1/2 hora da manhã do dia 12.

Eis o resultado da autopsia.

Apparelho respiratorio. — Adherencia da pleura direita com toda a parede costal, a pleura esquerda adheria, tambem, em grande extensão, adherencia da pleura esquerda com o pericardio por meio de bridas fibrosas. O pulmão esquerdo pesou 1,760 grammas, lançado em um vaso d'agua ia immediatamente ao fundo, os seus lobos estavam adherentes entre si. O lobo superior hepatisado em grande parte, o bordo anterior emphysematoso, o bordo posterior completamente hepatisado, hepatisação vermelha completa do lobo inferior, exsudato fibrinoso no seu parenchyma.

O pulmão direito fluctuava quando lançado na agua e pesou 630 grammas, o lobo inferior congesto assim como o apice, o resto do lobo superior normal.

Apparelho digestivo e seus annexos. — O figado enorme, estendia-se do hypocondrio direito ao esquerdo; peso 2,540 grammas, mui congesto e de consistencia friavel. O baço adheria com o diaphragma; peso 630 grammas, consistencia amollecida. O rim esquerdo, côr normal, peso 170 grammas, volume normal, a capsula destaca-se bem, a substancia medullar anemiada e a cortical ligeiramente congesta. O rim direito tinha uma côr violacea, peso 170 grammas, um pouco augmentado de volume, a capsula um pouco adherente, a substancia medullar e cortical muito anemiadas. Pericardio completamente adherente com todo o coração e coberto de exsudato fibrinoso.

2.ª Observação

CLINICA DO BARÃO DE TORRES HOMEM

Virgolino Vieira da Silva, brasileiro, de 20 annos de idade, solteiro, trabalhador, entrou para a enfermaria de Santa Isabel, no Hospital da Misericordia, em 14 de Junho de 1887.

Anamnese. — Nos referiu este doente que, no dia 11 de Junho esfriou-se e começou a sentir pequenos calafrios seguidos de uma pontada localizada na parte média da região thoracica esquerda, acompanhada de dyspnéa, tosse e febre. Entre os seus antecedentes encontra-se o impaludismo e bronchite.

Estado actual — 15 de Junho.

Apparelho respiratorio — Além da dyspnéa que feria immediatamente a attenção do observador, accusava o doente pontada e tosse quintosa acompanhada de escarros com estrias de sangue. Pela auscultação encontramos estertores sub-crepitantes em toda a extensão do pulmão esquerdo, attrito na parte média e posterior do mesmo pulmão e bronchophonia; no pulmão direito notamos, sómente, estertor sub-crepitante no apice. Ao lado d'estes symptomas encontra-se a presença de febre, 40,°1 á tarde do dia 14; 37,°8 na manhã de 15 e 38,°6 á tarde do mesmo dia.

Apparelho digestivo e seus annexos. — A lingua apresenta-se coberta de uma saburra esbranquiçada, figado augmentado de volume, anorexia.

Diagnostic. — Broncho-pleuro-pneumonia dupla.

Tratamento. — O tratamento a que foi sujeito o doente é o seguinte :

Uso interno :

Julepo gommoso.....	120 grammas.
Tartaro emetico.....	15 centigrs.
Chlorhydrato de morphina.....	5 centigrs.
Xarope de cascas de laranjas.....	30 grammas.
Para tomar 1 colher de hora em hora.	

Uso externo :

Um largo vesicatorio na região thoracica posterior esquerda. No dia 16. — Temperatura á manhã 37,°5, á tarde 38,°.

Notamos, ainda, os mesmos phenomenos do dia anterior.

No dia 17. — Temperatura 39,°3 á manhã e 39,°4 á tarde; pulso 84 pulsações por minuto. Pela auscultação notamos diminuição dos estertores e do attrito. O doente queixa-se de dyspnéa e

tosse. Foi-lhe prescripta a mesma fórmula com addição de 3 grammas de antipyrina.

No dia 19. — Temperatura á manhã 37,° á tarde 37,°.

No dia 20. — Temperatura á manhã 37,° á tarde 37,°.

Foi-lhe prescripta n'este dia a fórmula seguinte:

- Julepo gommoso..... 120 grammas.
- Kermes mineral..... 20 centigrs.
- Chlorhydrato de morphina..... 5 centigrs.
- Xarope de cascas de laranjas..... 30 grammas.

No dia 25 o doente teve alta completamente restabelecido.

3.ª Observação

CLINICA DO BARÃO DE TORRES HOMEM

Alcideo Miguel da Silva, brasileiro, de 19 annos de idade, solteiro, copeiro, entrou para o Hospital da Misericordia no dia 4 de Setembro de 1887, indo occupar o leito n.º 25 da quarta enfermaria de clinica medica.

ANAMNESE.— Não pudemos colher dados positivos a respeito do começo e da marcha da sua molestia, pois, elle apresentava, no dia em que nós o examinamos, uma adynamia tão profunda que só com muita difficuldade elle pronunciava algumas palavras. Pudemos, sómente, saber por intermedio de um collega nosso que elle fôra acommettido no dia 30 de Agosto de calafrio intenso e prolongado, seguido logo de febre elevada.

Estado actual. — 5 de Setembro.

Habito externo. — Trata-se de um individuo magro, depauperado, e que apresenta a face pallida e estúpida.

Apparelho respiratorio. — O nosso doente apresenta 70 movimentos respiratorios por minuto, e, o que causa maior admiração, é que á simples vista não se nota os soffrimentos porque o doente está passando. Quieto em seu leito, apenas, elle respira com frequencia extrema, o que se nota pelos movimentos exagerados das azas do nariz.

Pela percussão notamos augmento da obscuridade thoracica em toda a extensão do pulmão direito; e, pela auscultação notamos exagero das vibrações vocaes e sôpro tubario claro, manifesto e bronchophonia desde o apice até a base do mesmo pulmão. No esquerdo notamos, sómente, a respiração suplementaria. Cumpre-nos assignalar que, este doente não apresentou a pontada do lado, nem a tosse, nem os escarros caracteristicos.

Ao lado dos symptomas citados acusava o doente a presença de febre 39,°5 na tarde do dia 4; 38,°1 na manhã do dia 5, e 37,°3 na tarde do mesmo dia.

Apparelho cardio vascular. — Notamos diminuição e fraqueza dos movimentos cardiacos, acompanhada de 66 pulsações radiaes por minuto.

Apparelho digestivo e seus annexos. — A lingua bastante saburrosa, o figado e baço normaes.

Diagnostico. — Pneumonia lobar adynamica.

Tratamento. — No dia 5, um vomitivo de ipeca e um vesicatorio na região posterior direita do thorax.

No dia 6. Febre 37,°7 á manhã. Notamos alguns estêrtores de retôrno na base do pulmão affectado e persistencia, ainda, do sôpro tubario e bronchophonia.

Administrou-se-lhe a seguinte fórmula:

Cosimento forte de quina	100	grammas
Aguardente	50	»
Extracto molle de quina.....	10	»
Xarope de cascas de laranjas...	30	»

Tome 1/2 calice de 2 em 2 horas.

No dia 9. Temperatura normal 37,°. Achamos o doente bastante animado, não apresentava tosse, nem escarros, e pela auscultação não notamos bronchophonia nem estertôres.

No dia 15 o doente teve alta completamente restabelecido.



PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de physica medica

DA OSMOSE E DA DIALYSE

I

Os corpos solidos dissolvidos podem offerecer phenomenos de diffusão caracterisados pela passagem d'estes através de membranas porosas.

II

Os corpos cristalisaveis são capazes de atravessar as membranas organicas, e os amorphos não gozão d'esta propriedade; os primeiros são denominados cristaloides e os ultimos colloides.

III

O processo denominado dialyse de Graham funda-se sobre estas propriedades.

Cadeira de chimica mineral e mineralogica

DO MERCURIO E SEUS COMPOSTOS

I

O mercurio é o unico metal liquido na temperatura normal.

II

Apresenta uma côr branco-azulada, é insipido, inodor, tem por densidade 13,598, solidifica-se á 40° abaixo de zero e volatilisa na temperatura normal.

III

O mercurio fórma compostos numerosos, quotidianamente empregados em medicina, taes como: os oxidos, os sulphuretos e principalmente os chloruretos e ioduretos.

Cadeira de chimica organica e biologica

PILOCARPINA E SEUS SAES

I

A pilocarpina $C^{11} H^{16} Az^2 O^2$, é um alcaloide extrahido do pilocarpus pinnatus da familia das rutaceas.

II

É um alcaloide pouco soluvel n'agua e muito soluvel no alcool, ether e chloroformio e tem um sabor fracamente amargo.

III

Os seus saes mais empregados são: o nitrato e o chlorhydrato de pilocarpina.

Cadeira de botanica e zoologia medica

ESTUDO DOS VERMES INTESTINAES MAIS COMMUNS NAS CRIANÇAS

I

As ascarides lombricoides, oxyuras e as tenias são os vermes intestinaes mais communs nas crianças.

II

As ascarides lombricoides e as oxyuras pertencem á ordem dos nematoides; são fusiformes, allongadas ou mesmø filiformes, e não apresentão appendice locomotor.

III

As tenias pertencem á ordem dos cestoides, e são os mais imperfeitos de todos os animaes articulados.

Cadeira de anatomia descriptiva

MEDULLA ESPINAL

I

A medulla espinal é a parte rachidiana dos centros nervosos, estende-se desde o axis até o nivel da primeira vertebra lombar.

II

Ella tem a fórma cylindrica e apresenta em sua superficie externa sulcos longitudinaes anterior e posterior, que a dividem em duas partes symetricas.

III

Cada uma d'estas partes é, ainda, dividida por dous sulcos, formando tres cordões principaes denominados anterior, lateral e posterior.

Cadeira de histologia theorica e pratica

DA CELLULOGENESIS

I

Na formação das cellulas distinguem-se dous casos: seu nascimento livre, e formação por multiplicação de outras cellulas. Kölliker.

II

A theoria de Schleidin adoptada por Schwann e sustentada ainda hoje pelo Dr. Robin para explicar a formação livre das cellulas é seductora, mas não responde a todas objecções.

III

A theoria — omnis cellula cellulâ — tem grande aceitação na sciencia.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

IRRITABILIDADE MUSCULAR

I

A irritabilidade muscular é uma propriedade inherente ao proprio musculo.

II

Cabe á Claude Bernard a gloria de ter demonstrado a veracidade da proposição acima.

III

O curare torna os nervos motores inactivos, incapazes de transmittir uma irritação ao musculo, e n'estes casos os musculos excitados directamente passam do estado de repouso ao estado activo. C. Bernard e Kolliker.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

DA FILARIA SANGUINIS HOMINIS E DAS PERTURBAÇÕES QUE DETERMINA NO ORGANISMO

I

Filaria sanguinis hominis é o nome dado por Lewis a um parasita encontrado no sangue de doentes acommettidos de hematuria intertropical.

II

Segundo a opinião de Creveaux e Silva Lima, o parasita encontrado por Lewis é muito semelhante á filaria wuchereria descoberta por Wucherer na Bahia em 1866.

III

A presença d'este parasita no parenchyma renal altera profundamente a natureza da secreção urinaria provocando a ruptura dos vasos lymphaticos e sanguineos.

Cadeira de pathologia geral

DA ICTERICIA

I

Ictericia é um symptoma morbido caracterizado por uma coloração pigmentaria especial dos tecidos e dos liquidos do organismo, quer este pigmento venha do sangue ou no caso mais frequente da bilis.

II

D'ahi a sua divisão em hemapheica e bilipheica.

III

São as lezões do figado que mais commumente produzem este symptoma.

Cadeira de pathologia medica

RACHITISMO

I

É uma molestia propria da infancia.

II

Prefere a idade de 12 a 18 mezes.

III

Seus symptomas principaes referem-se: a uma nutrição e evolução viciosa do tecidos, que concorrem á formação dos ossos.

Cadeira de pathologia cirurgica

DO PAPO E SEU TRATAMENTO

I

Dá-se o nome de papo ou bocio á hypertrophia do corpo thyroide.

II

É endemico em certas localidades e sua etiologia tem sido attribuida ás condições geologicas d'esses logares; assim, uns appellão para a attitude, humidade athmospherica, outros para a natureza das aguas.

III

O seu tratamento divide-se: em prophylatico, therapeutico e cirurgico.

Cadeira de materia medica e therapeutica, especialmente brasileira

PAPAINA, SUA ACÇÃO PHYSIOLOGICA E THERAPEUTICA

I

A papaina é um producto novo, extrahido do mamoeiro, carica papaya.

II

A papaina digere rapidamente a fibrina e a transforma em peptona assimilavel: Wurtz, Bouchet e Dujardin Beaumetz; e segundo Constantin Paul, esta digestão artificial é mais completa que com a pepsina natural.

III

Pode-se empregar a papaina nas dyspepsias e nas molestias chronicas das vias digestivas, nos mesmos casos em que se emprega a pepsina animal.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

ESTUDO CHIMICO-PHARMACOLOGICO DAS CONVULVACEAS MEDICINAES

I

As convolvulaceas medicinaes mais importantes, são : a jalapa, — exogonium purga —; a scammonéa, —convolvulus scammonéa —; o turbith vegetal, — ipomœa turpethum.

II

Quasi todas as plantas d'esta familia são purgativas.

III

Estas substancias são ordinariamante empregadas em pilulas ou em pó.

Cadeira de hygiene e historia da medicina

ESTUDO HISTORICO DO BERIBERI NO BRAZIL

I

O apparecimento do beriberi no Brazil data, segundo alguns medicos, de 1630.

II

Segundo o illustrado professor Torres Homem foi só em 1864, que esta molestia começou a ser bem observada entre nós.

III

D'esta época para cá as nossas provincias do norte, como : Bahia, Pernambuco, Maranhão, Piauhy e Pará têm sido assoladas por esta terrivel molestia, que tem se tornado endemica em algumas, e revestido a fórma epidemica em outras.

Cadeira de anatomia cirurgica, medicina operatoria e aparelhos

TALHA HYPOGASTRICA

I

A talha hypogastrica é uma operação que tem por fim extrahir os calculos vesicaes, criando uma via artificial na região supra-pubiana.

II

É indicada hoje em todas as idades.

III

A talha hypogastrica, em virtude das modificações de Petersen tende a supplantar todos os outros métodos de extracção de calculos vesicaes.

Cadeira de obstetricia

ECLAMPSIA

I

A eclampsia é uma molestia, caracterisada por um ou muitos accessos convulsivos, seguidos de coma e perda mais ou menos completa das faculdades intellectuaes.

II

É a molestia mais grave, que acomette a mulher nos ultimos mezes de gravidez, durante o parto e o estado puerperal.

III

A primiparidade, infiltração do tecido celular e albuminuria persistente são phenomenos que devem fazer suspeitar o apparecimento da eclampsia.

Cadeira de medicina legal e toxicologia

DO INFANTICIDIO EM GERAL; CARACTERES DO RECEMNASCIDO E SIGNAES
MATERIAES DO CRIME

I

O infanticidio é o assassinato commettido em uma criança recém-nascida.

II

Pelo aspecto exterior do cadaver e pelo exame das modificações, que se passam nos órgãos profundos, pode-se chegar á conclusão de que a criança viveu e respirou.

III

O lugar em que fôr encontrado o pequeno cadaver, a sua nudez, a presença ou falta de lesões por violencias exteriores e o estado dos pulmões são dados que levarão o perito a julgar da verdadeira causa da morte.

Primeira cadeira de clinica medica de adultos

DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DO TABES DORSALIS

I

Dôres fulgurantes, crises visceraes, perturbações genito-urina-rias, auditivas, abolição de reflexo rotuliano, diminuição da sensibilidade, ataxia, etc., são phenomenos que permitem affirmar a existencia do tabes.

II

A lesão anatomica do tabes é representada por sclerose das zonas radicales posteriores.

III

A medicação d'esta affecção consiste na applicação de causticos, pontas de fogo ao longo da columna vertebral, e o iodureto de potassio internamente.

Segunda cadeira de clinica medica de adultos

ESTUDO CLINICO DAS PNEUMONOKONIOSES

I

Dá-se o nome de pneumokoniose ás pneumonias chronicas resultantes da introdução de particulas sólidas nas vias respiratorias.

II

Ella apresenta as seguintes fórmãs: anthracose determinada pela inalação de moleculas de carvão; chalicose determinada pela inspiração de particulas de sílica; siderose pelas poeiras de ferro; tabacose pela poeiras de tabaco; byssinose pelas poeiras de algodão e coffeose pelos pós da casca de café.

III

A anthracose é a mais frequente das pneumokonioses.

Primeira cadeira de clinica cirurgica de adultos

TRATAMENTO DA RETENÇÃO DAS URINAS

I

A retenção de urina póde ser devida: a um estreitamento organico da urethra, a uma hypertrophia da prostata, a uma phlegmasia da prostata ou do collo da bexiga e a um espasmo da urethra.

II

O tratamento d'esta especie nosologica pelos meios medicos tem pouca importancia.

III

Os methodos cirurgicos mais empregados são: o catheterismo evacuador, a dilatação gradual, a divulsão, cautherisação, urethrotomia, etc.

V. 56/369

Segunda cadeira de clinica cirurgica de adultos

DA ANKYLOSE DO JOELHO E SEU TRATAMENTO

I

Dá-se o nome de ankylose do joelho ao embaraço ou abolição dos movimentos d'esta articulação.

II

A ankylose do joelho pode ser completa ou incompleta.

III

O seu tratamento consiste: na mobilisação na fôrma incompleta e na ruptura, osteotomia e resecção na fôrma completa.



HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experimentia fallax,
judicium difficile.

(Sect. I, Aph 1).

II

Ex pulmonis inflammatione phrenitis malum denunciat.

(Sect. VII, Aph. 12).

III

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. II, Aph. 6).

IV

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum denunciant.

(Sect. II, Aph. 2).

V

Ubi delirium somnus sedaverit, bonum.

(Sect. II, Aph. 2).

VI

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum
non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia
existimare oportet.

(Sect. VII, Aph. 38).

Esta these está conforme os Estatutos.

Faculdade de Medicina, 5 de Setembro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.

Dr. Bernardo Alves Pereira.