

1880 v9/204
THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 6 DE SETEMBRO DE 1880

E perante ella sustentada em 18 de Dezembro do mesmo anno

POR

José Joaquim Monteiro de Castro

Doutor em Medicina pela mesma Faculdade ex-interno da Casa de Saude
dos Drs. Catta Preta, Mariano e Werneck.

FILHO LEGITIMO DO

Coronel José Joaquim Monteiro de Castro

E DE

D. Maria do Carmo Monteiro de Castro

(Natural de Minas Geraes)

RIO DE JANEIRO

Imprensa Industrial — DE JOÃO PAULO FERREIRA DIAS
75 — Rua da Ajuda — 75

1880

V9/205

DISSERTAÇÃO

Secção medica — Cadeira de pathologia interna

PNEUMONIA FIBRINOSA

PROPOSIÇÕES

Secção de sciencias accessorias — Das quinas

Secção de sciencias chirurgicas — Das indicações e contra-indicações
da lithotricia e da talha

Secção de sciencias medicas — Das hemorrhagias

v9/205v

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

PRIMEIRO ANNO

Cons. F. J. do Canto e Mello	} (1ª cadeira)	} Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.
Castro Mascarenhas		
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle.....	} (2ª cadeira)	} Chimica e mineralogia.
José Pereira Guimarães.....		
	(3ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá.....	(1ª cadeira)	Botanica e zoologia.
Domingos José Freire Junior.....	(2ª cadeira)	Chimica organica.
José Joaquim da Silva.....	(3ª cadeira)	Physiologia.
José Pereira Guimarães.....	(4ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

José Joaquim da Silva.....	(1ª cadeira)	Physiologia.
Cons. Barão de Maceió	(2ª cadeira)	Anatomia geral e pathologica.
João José da Silva.....	(3ª cadeira)	Pathologia geral.
Vicente C. Figueira de Saboia.....	(4ª cadeira)	Clinica externa. (3º e 4º anno)

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira Franca.....	(1ª cadeira)	Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva	(2ª cadeira)	Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Filho.....	(3ª cadeira)	} Partos, molestias de mulheres pedradas e paridas, e de crianças recém-nascidas.
Vicente C. Figueira de Saboia.....	(4ª cadeira)	

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva	(1ª cadeira)	Pathologia interna.
Claudio Velho da Motta Maia.....	(2ª cadeira)	} Anatomia topographica, medicina operatoria e apparatus.
Albino Rodrigues de Alvarenga....	(3ª cadeira)	
João Vicente Torres Homem.....	(4ª cadeira)	Clinica interna. (5º e 6º anno.)

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa....	(1ª cadeira)	Hygiene e historia da medicina.
Agostinho José de Souza Lima....	(2ª cadeira)	Medicina legal.
Cons. Ezequiel Corrêa dos Santos..	(3ª cadeira)	Pharmacia.
João Vicente Torres Homem.....	(4ª cadeira)	Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro.....	
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos.....	
.....	} Secção de sciencias chirurgicas.
Pedro Afonso de Carvalho Franco.....	
Antonio Caetano de Almeida.....	} Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	
Nuno Ferreira de Andrade.....	
José Benicio de Abreu.....	

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas.

v9/208

A' SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHA MÃE



Á

DE MEUS AVÓS



Á

DE MEUS IRMÃOS

V 9/209

A MEU BOM PAI

Eis-me chegado ao fim de minha vida academica e satisfeitos os vossos mais ardentos desejos.

Immensos sacrificios haveis feito por mim, por isso vos peço aceiteis este pequeno trabalho, fructo de minhas vigalias, não como recompensa, mas sim como tributo de verdadeiro amor que vos consagra vosso filho

José.

A MINHA MADRASTA

A Exma. Sra. D.

AMBROSINA DE CASTRO

Respeito e amizade.

Á

MINHA IDOLATRADA NOIVA

a Exma. Sra.

D. Maria Thereza Monteiro de Barros

Este trabalho vos pertence, porque foi a esperança do vosso amor que deu-me forças e coragem para não desanimar no meio da minha carreira, portanto recebei-o como prova do puro amor que vos consagro.

A MEUS IRMÃOS

Amor fraternal.

A MEUS CUNHADOS E CUNHADAS

Muita estima.

A MEUS SOBRINHOS

Sincera estima e amizade.

A MEUS TIOS E TIAS

Amizade e respeito.

A MEUS PRIMOS

Estima.

A MEU PRIMO

Lucas Augusto Monteiro de Barros

e a sua Exma. Familia.

Amizade e sympathia.

AOS DRS.

Catta Preta, Marinho e Werneck

Amizade e gratidão.

AOS SRS.

José Theodoro do Nascimento & C.

Reconhecimento.

A MEUS COLLEGAS E AMIGOS

Os Illms. Srs. Drs.

- José Pedro Drummond*
- Torquato de Sá Pinto Magalhães*
- Joaquim Rozendo Pinto*
- Antonio Pereira Gonçalves Leite*
- José Cesario de Miranda Monteiro da Silva*
- Joaquim Antonio Monteiro da Silva*
- Matheus Herculano Monteiro Nogueira da Gama*
- Antonio Pedro Cysneiro da Costa Reis*
- João Candido de Souza Fortes*

Grata recordação.

Aos Illms. Srs.

- Dr. Antonio Xavier Monteiro da Silva*
- Dr. Honorio da Cunha e Souza*
- Dr. Virgilio Fabiano Alves*
- Pharmaceutico Antonio de Valladão Catta Preta*
- Antonio Nicoláo da Silva Junior*
- Dr. Francisco da Cunha e Souza.*

Amizade sincera.

A MEUS MESTRES

Os Illms. Srs. Drs.

Torres Homem

Caetano de Almeida

K. Vinelli

Pereira Guimarães

Albino de Alvarenga

Alta consideração e respeito.

Ao Professor

G. W. Pockeles

Consideração.

AOS DOUTORANDOS DE 1881

Felicidades.

A FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

v9/212

PONTO PRIMEIRO

DISSERTAÇÃO

Sciencias medicas (Cadeira de Pathologia interna)

PNEUMONIA FIBRINOSA

Je désire que mes juges voient en moi
non l'homme qui écrit, mais celui qui est
forcé d'écrire.

(Montesquieu.)

Synonimia, definição e divisão

Peri-pneumonia, pneumonite, peri-pneumonia vera, febre pneumonica, fluxão do peito, pneumonia, etc., taes são as denominações que se tem empregado para exprimir a inflammação mais ou menos extensa do tecido pulmonar. Muitos ainda a designam pelo nome de pleuro-pneumonia, mas esta designação deve ser reservada para quando o pleuriz concomittante, por sua intensidade, constituir uma complicação.

Quanto a séde desta inflammação Andral é de opinião que seja exclusivamente sobre a membrana que reveste as vesiculas pulmonares, porém no estado actual, esta maneira de pensar não póde ser aceita, porque com os progressos da anatomia está hoje demonstrado que se esta inflammação póde ter sua séde sobre esta membrana, ella póde depois invadir as outras partes do pulmão.

Quando digo inflammação do tecido pulmonar, quero fazer comprehender que a séde da inflammação póde ser, ora na vesicula pulmonar propriamente dita, ora no tecido cellular inter-vesicular; e no correr deste imperfeito trabalho terei occasião de apreciar que, posto que a vesicula pulmonar seja sua séde de predilecção,

ella póde estender-se aos bronchios constituindo a pneumonia catarrhal, ou accommetter isoladamente o tecido conjunctivo inter-alveolar constituindo a pneumonia intersticial (sclerose do pulmão.)

A pneumonia se divide em aguda e chronica, ella póde ainda apresentar-se só e primitivamente pneumonia primitiva, idiopathica ou protopathica, ou pelo contrario complicar a marcha de uma outra molestia qualquer podendo modificar os seus symptomas e dificultar muito o diagnostico: pneumonia secundaria, consecutiva ou symptomatica.

A inflammação do pulmão divide-se ainda muito naturalmente em quatro categorias: 1.^a pneumonia croupal, fibrinosa, franca ou lobar, occupando um ou mais lobos do pulmão, e anatomicamente caracterisada por um exsudato fibrinoso e coagulavel que enche os alveolos pulmonares; 2.^a pneumonia catarrhal, lobular ou falsa pneumonia caracterisada pelo augmento de secreção da mucosa broncho-pulmonar, e formação abundante de novas cellulas, pela ausencia de exsudato coagulavel no interior dos alveolos, e por sua disposição topographica; visto como ella é diffusa, disseminada e occupa alguns lobulos isoladamente; 3.^a pneumonia intersticial, sclerose pulmonar, em que ha alteração de nutrição do tecido conjunctivo intersticial e inter-lobular; distinguindo-se por estes caracteres das duas outras primeiras fórmulas, onde o processo morbido se limita a superficie livre e interna dos alveolos e canaliculos respiratorios; 4.^a emfim a pneumonia caseosa que é caracterisada pelo aspecto caseoso do exsudato.

A pneumonia é uni-lateral ou dupla conforme occupa um ou ambos os pulmões ao mesmo tempo.

Eis a divisão da pneumonia geralmente admittida, porém como o nosso ponto escolhido é — pneumonia fibrinosa — deixaremos de parte todas as outras questões e della nos occuparemos exclusivamente.

Esboço historico — Bibliographia

O estudo da pneumonia tem chamado a attenção dos praticos desde a mais remota antiguidade: Hippocrates e em seguida Galleno e Areteo observaram e descreveram a molestia em ques-

tão, mas a confundiam com outras molestias thoracicas e principalmente com a pleurisia aguda. No seculo XVI Baillou tambem a confunde com a pleurisia.

Nos dous seculos seguintes os praticos procuraram distinguir as duas entidades morbidas: Sydenham, Valsava, Huxham, Morgagni e Borsière esforçaram-se para estabelecer a distincção entre uma e outra; Bichat dotado de genio investigador, delineou e separou as lesões anatomicas da pneumonia das da pleurisia, entretanto, o diagnostico clinico continuou obscuro.

Este estado continuou até que Avembrugger e Laennec lançaram o primeiro por meio da percussão e o segundo pela auscultação, as bases do diagnostico das molestias thoracicas.

Em épocas mais modernas appareceram diversos trabalhos, sobre differentes assumptos que dizem respeito a pneumonia ; ella hoje se acha descripta em todos os compendios de pathologia interna e de clinica, em varias monographias, e em differentes theses. Entre os trabalhos mais importantes notam-se : Grisolle que escreveu uma monographia immorredoura, onde as questões relativas a pneumonia são tratadas com muita proficiencia ; Ruz (journal des conn. méd. et chir.) Valleix (clin. des enfants nouv. nés) ; Barthez e Rilliet (traité des mal. des enfants). As primeiras observações sobre a pneumonia das crianças são devidas a Sydenham ; elle chamou a attenção dos praticos para o estudo das complicações do sarampão, não só sobre a gravidade do prognostico, como tambem sobre a frequencia da pneumonia no caso daquella febre eruptiva ; Graves (clin. méd) ; Trousseau (clin. méd.) ; Trousseau (de la pneumonie chez les enfants) ; Woillez (traité clinique des mal. aigues des organes respiratoires) ; Bergeron (sur la pneumonie des vieillards) ; Jaccoud (clinique medicale) ; Jaccoud (path. interne) ; Charcot (de la pneumonie chronique) ; Niemeyer (path. interne) ; Ad. Monthus (essai sur la pneumonie double) ; Behier (clin. méd.) ; Walsh (mal. de la poitrine) ; Andral (clin. méd.) ; Chomel (path. interna) ; Durand Fardel (maladie des vieillards) ; Dupont (de la pneum. ses formes et son traitement) ; J. V. Torres-Homem (das sangrias em geral e em particular na pneumonia e na apoplexia cerebral) ; Fortin (de la pneum. intermittente) ; Wunderlich (de la temperature) ; Costa Alvarenga (de la thermosémiologie et thermacologie) ; etc.

Etiologia

A pneumonia lobar ou fibrinosa é uma das molestias agudas mais frequentes do aparelho respiratorio.

No estudo que della vamos fazer dividiremos as suas causas em predisponentes e determinantes.

CAUSAS PREDISPOONENTES — *Idade*. — Ella accommette os individuos em todas as idades; na idade adulta, entre vinte e trinta annos, é que ella se manifesta mais vezes, sendo nesta idade menos mortifera. Os velhos em consequencia de modificações impressas no aparelho respiratorio, pagam grandemente o seu tributo a pneumonia. E' relativamente rara nas crianças acima de dous annos, mas nos recém-nascidos até dous annos ella é frequentemente observada, ora só, ora acompanhada de bronchite.

SEXO. — Nenhum dos sexos está isento dos insultos da molestia. Ella é mais frequente no homem do que na mulher, isto porém, não quer dizer que haja para esse sexo uma predisposição innata, mas que os homens, por seu genero de vida, estão mais expostos á acção dos agentes exteriores; é assim que nos lugares onde as mulheres exercem os mesmos trabalhos que os homens, a pneumonia observa-se do mesmo modo em ambos os sexos; ainda mais nos primeiros tempos, quando ainda não tem se manifestado as aptidões proprias a cada um dos sexos,, a pneumonia é tão commum nos meninos, como nas meninas.

CONSTITUIÇÃO. — Geralmente fallando ella não respeita constituição alguma; é mais frequente nos individuos fracos, collocados em más condições hygienicas, lymphaticos, assim como nos que, naturalmente fortes e robustos, se acham na convalescença de molestia mais ou menos graves.

ESTAÇÕES E CLIMAS. — Entre nós observam-se maior numero de pneumonias na estação invernososa, isto é, de Abril a Julho, havendo predominancia no começo do inverno. As mudanças bruscas de temperatura podem dar lugar a pneumonia, podendo nestas circumstancias accommetter grande numero de individuos e tomar o character epidemico. Ella accommette mais vezes os individuos que habitam a zona temperada e é muito mais rara nos climas quentes.

Diversas molestias geraes, como : a tuberculose, a scrofulose, e o alcoolismo, podem predispor o organismo para adquirir uma pneumonia.

CAUSAS DETERMINANTES. — *Traumatismo*. — O traumatismo póde produzir a pneumonia de duas maneiras, ou actuando mediatamente ou immediatamente. No primeiro caso a lesão pulmonar é consecutiva ás lesões das paredes do thorax, como seja uma contusão, no segundo caso o pulmão participa logo das violencias externas, como seja as feridas penetrantes do thorax, as fracturas das costellas, a introdução pelas vias respiratorias de um ar muito frio ou quente, de corpos extranhos, etc.

FRIO. — E' por certo a causa mais frequente da pneumonia; quasi todos os individuos accusam como ponto de partida de sua lesão pulmonar a exposição ao ar frio estando o corpo banhado em suor: porém esta causa por si só é impotente para produzir a pneumonia, é preciso que haja predisposição.

Quanto a acção do frio na produção da pneumonia até hoje ainda não appareceu uma explicação satisfactoria; entretanto uns appellam para a contracção dos capillares periphericos debaixo da acção do frio, dahi como consequencia, accumulo de sangue nos vasos profundos, congestão para os diversos órgãos internos, que seria seguida de inflammação; outros emittem a opinião seguinte: O frio actua sobre as extremidades periphericas dos nervos sensiveis, e por uma acção reflexa, que tem o seu ponto de reflexão na medula, esta é communicada aos nervos vaso-motores, que paralyssando-se dão em resultado a dilatação dos vasos a hyperemia seguida de inflammação. A congestão por acção reflexa é hoje admittida por quasi todos autores; quanto á inflammação pelo mesmo mecanismo não está ainda bem elucidada, nós pensamos como Jaccoud que por si só o frio é uma causa impotente para produzir a pneumonia, cuja manifestação depende da predisposição do organismo.

Anatomia pathologica

Encarada debaixo do ponto de vista anatomico a pneumonia póde apresentar tres periodos que são: 1.º o de fluxão e exsudação (engouement dos francezes); 2.º o de coagulação ou

de hepatisação em que ha accumulção dos exsudatos ; 3.º finalmente, o de resolução em que os productos da inflammação foram liquefeitos e por fim eliminados, voltando o tecido pulmonar ás condições physiologicas ; mas considerando-se que os exsudatos podem passar por diversas modificações que interessam o tecido pulmonar a ponto de modificar suas funcções physiologicas e causar mesmo a morte dos individuos, nós admittiremos, com os autores mais modernos, um 4.º periodo que denominaremos de terminação.

1.º PERIODO. — *Fluxão e exsudação.* — Neste periodo as partes affectadas do pulmão apresentam exteriormente uma côr vermelha escura ou livida, sua elasticidade é menor, crepita menos, e mais denso, sua consistencia e permeabilidade diminuem, mas persistem; lançado n'agua sobrenada incompletamente ; pela secção nota-se corrimento de uma serosidade avermelhada, espumosa e apresentando certa viscosidade que faz adherir as paredes das pequenas cavidades que a contém, e seu aspecto espumoso indica que bolhas de ar existem de mistura ; a compressão do tecido pulmonar feita por meio dos dedos o despedaça com nimia facilidade.

Pelo exame microscopio observa-se uma agglomeração dos globulos sanguineos produzindo dilatação dos capillares e no liquido fibrinoso observa-se, além dos elementos componentes do sangue, cellulas epitheliaes destacadas das paredes alveolares ; além disso nota-se algumas vezes, indicios de um processo parenchimatoso, isto é, as paredes das vesiculas apresentam-se turgidas e algum tanto rigidas, as cellulas o encontram entumescidas por um exsudato inter-cellular, e outras se acham em via de proliferação, por meio da divisão dos nucleos (Jaccoud).

2.º PERIODO. — *Coagulação ou hepatisação.* — Neste periodo o tecido pulmonar inflammado apresenta uma semelhança grosseira com o do figado, donde o nome de hepatisação vermelha.

O pulmão apresenta-se augmentado de volume e póde-se notar na superficie doente a impressão das costellas.

O tecido pulmonar apresenta-se duro e sem crepitação, não póde mais ser insuflado ; é impermeavel, o seu peso augmenta e sendo mergulhado n'agua ganha logo o fundo do vaso.

O pulmão apresenta uma côr vermelha intensa quer externa, quer internamente ; esta côr ora é uniforme, ora desigual a ponto

de imitar certos marmores ou granitos ; este aspecto é devido a presença de pontos tornados mais sombrios, em virtude de depósitos pigmentarios e de pontos mais claros que correspondem a secção de pequenos bronchios e dos vasos.

As granulações que se encontram na superficie de secção podem ter o volume de um grão de milho, são em geral, disseminadas e arredondados, podendo, entretanto, apresentar a fórmula lobular, o que é devido a desappareição de alguns septos e a união de coagulos correspondentes (Jaccoud). O liquido que se escorre da superficie seccionada é vermelho, não espumoso e muito menos abundante que no 1.º periodo.

Pelo exame histologico observa-se dentro das cellulas pulmonares um trama albumino-fibroso, amorpho, encerrando em suas malhas globulos vermelhos e leucocitos em quantidade variavel ; as paredes alveolares apresentam uma infiltração finalmente granulosa e em grande porção elementos cellulares.

A existencia desses elementos, como diz Jaccoud, não permite restringir ao periodo de hepatisação cinzenta a presença do pus, porque desde o começo da coagulação póde-se encontrar granulações purulentas e isso nos basta para não aceitar, como quer Laennec, a separação entre hepatisação vermelha e a cinzenta.

3.º PERIODO — *Resolução ou liquefação.* — A volta das cellulas pulmonares a seu estado physiologico não se passa tão rapidamente, como á primeira vista, se poderia pensar, a resolução se opera gradualmente ; em torno do coagulo constituinte do exsudado, isto é, das paredes alveolares que o contém, transuda um liquido seroso que o fragmenta e dissocia ; enquanto isso se dá para a massa em totalidade, as cellulas e a fibrina soffrem a metamorphose gordurosa, ficando desta maneira a massa solida assim transformada e finalmente reduzida a um liquido espesso, sem viscosidade, de apparencia muco-purulenta que tende a desapparecer ou pela reabsorpção *in loco*, ou pela expectoração.

O epithelio das paredes alveolares que fôra destruido é substituido por outro, as cavidades se esvasiam, voltando assim o pulmão ao seu estado physiologico.

4.º PERIODO — *Terminação.* — Neste periodo o pulmão con-

serva no principio os caracteres do periodo precedente, mas em breve a côr vermelha é substituida pouco a pouco por uma côr cinzenta, amarella côr de palha, que começa por pontos disseminados e que acaba por ser geral. O tecido pulmonar torna-se ainda mais friavel que precedentemente, basta muitas vezes uma ligeira pressão para o reduzir a uma polpa grisalha, e se fizermos uma secção vemos o corrimento de uma materia opaca tendo muita semelhança com o pus.

TERMINAÇÕES RARAS DA PNEUMONIA.— *Abcesso*. — Antigamente o abcesso do pulmão era considerado como uma terminação frequente da pneumonia, mas hoje todos os autores estão concordes em considerar como uma terminação rara. Grisolle no espaço de trinta annos só observou um só abcesso do pulmão consecutivo a uma pneumonia aguda e primitiva. O tecido pulmonar é destruido, pois que sem essa destruição dos septos inter-alveolares e lobulares não poderia haver a colleção de pus e a formação de abcessos.

Unicos ou multiplos, de grandes ou pequenas dimensões, superficiaes ou profundos, elles occupam, de preferencia a outro qualquer ponto, o apce do pulmão; seu volume é muito variavel, alguns não excedem de cinco ou sete millimetros, outros têm 15, 18 ou mais centimetros de extensão; suas cavidades são em certos casos forradas por falsas membranas; em outros não havendo essas falsas membranas, as suas paredes são irregulares e formadas pelo proprio orgão; o pus que enche as cavidades ora é cremoso, bem ligado, com todos os caracteres de pus de boa natureza, ora é um pus sanguinolento, floconoso, de côr cinzenta avermelhada e cheiro fetido e nauseoso.

O abcesso pulmonar pôde ter as seguintes terminações: pôde, provocando uma pneumonia intersticial, ser enkystado, e, havendo absorpção da parte liquida ou das substancias organicas, dar em resultado a encrustação calcarea ou a degenerescencia gordurosa; outras vezes abre-se ora nos bronchios constituindo a vomica pulmonar e a ulceração chronica do pulmão que acabam fatalmente pela tísica pulmonar, ora na pleura constituindo um pyopneumo-thorax.

GANGRENA. — E, uma terminação ainda mais rara que a precedente; não obstante ella pôde manifestar-se desde o segundo

periodo, invadindo irregularmente grande parte ou a totalidade de um lóbo ou um pulmão inteiro.

Não se póde estabelecer limites entre o tecido são e o alterado, este se acha espalhado no meio daquelle, que em geral se acha ædematoso ou hepatisado; a estructura normal já não existe, em seu lugar se encontra uma massa preta, putrida, saniosa e friavel:

Na maioria dos casos a gangrena é o cunho do estado geral máo, que domina a evolução da molestia.

ESTADO CHRONICO. — Guardamos o seu estudo para quando tratarmos da terminação da pneumonia.

LESÕES CONCOMITANTES. — Nas circumvisinhanças da porção hepatisada nota-se uma hyperemia mais ou menos extensa, e como essa hyperemia produz um embaraço na circulação do pulmão hepatisado, encontramos no pulmão são uma hyperemia compensadora; como consequencia do embaraço circulatorio surge o ædema, que é, na maioria dos casos, a causa immediata da morte.

Nas pneumonias superficiaes a pleura não fica isenta, e nos cadaveres encontram falsas membranas antes que derramamento. O embaraço da circulação pulmonar faz com que o coração direito se encha e ao passo que o coração esquerdo fica vasio; é esse mesmo mecanismo que explica a turgencia da cava, as estases venosas do figado, craneo, rins e baço.

O exame do sangue denota maior quantidade de fibrina que se eleva ao duplo e ao triplo da cifra normal.

Para o lado do pericardio encontram-se, as vezes, vestigios de uma pericardite que é devida a propagação da inflammção quando a pneumonia se assenta no pulmão esquerdo; outras vezes póde ser devida a mesma causa que deu lugar a pneumonia ou a alteração do sangue pela absorpção dos productos inflammatorios emanados do pulmão.

SÉDE. — Na Europa a pneumonia é mais frequente no pulmão direito; entre nós, porém, isso não se dá, pelo menos é o que nos affirmam alguns praticos distinctos e d'entre elles se destaca o nosso mestre Dr. Torres Homem.

As pneumonias uni-lateraes são mais communs que as duplas. A séde é ordinariamente nos lóbos inferior e médio, podendo dahi se propagar ao superior. A pneumonia ora tem sua séde

nas camadas superficiaes do pulmão (peri-pneumonia), ora é profunda (pneumonia central).

A pneumonia do apice se observa nos velhos e cacheticos.

Symptomatologia e marcha

No estudo que vamos fazer da symptomatologia, admittiremos na pneumonia aguda, a divisão classica que estabelece tres periodos: ascensão, estado e terminação, correspondentes as tres phases de lesões anatomicas.

1.º PERIODO. — *Ascensão.* — De ordinario a pneumonia franca apresenta-se bruscamente; casos ha, porém, em que ella póde manifestar-se por phenomenos prodromicos, assim o professor Grissolle em 205 pneumonicos observou essa fórma de começo em 50 individuos.

Máo estar vago e indefinido, maior ou menor sensibilidade ao frio, diminuição do appetite, etc., e as vezes phenomenos de bronchite mais ou menos intensa, taes são os prodromos que se póde ordinariamente notar antes de apparecer a pneumonia.

Quer haja ou não prodromos é o calefrio que abre a scena, ordinariamente elle é unico e que rarissimas vezes falta, ora é intenso constituindo o rigor dos antigos, ora pouco apreciavel não passando de uma simples horripilação. Duas ou quatro horas depois do calefrio o doente accusa um calor interno que muito o incommoda, um ou ambos os pommos apresentam-se corados e quentes, factos estes, diz Jaccoud, que traduzem a perturbação dos vaso-motores e da calorificação.

A columna thermometrica se eleva 39 grãos e alguns decimos durante o calefrio, que póde nas crianças ser substituido por convulsões. Pouco depois apresentam-se todos os symptomas proprios de uma febre intensa; assim, sêde, temperatura elevada, dôres vagas pelo dorso e membros, cephalalgia, o doente fica ora agitado, ora abatido; a face torna-se animada e rubra; ha perda de appetite, a lingua apresenta-se coberta de uma saburra branca. Podem apparecer um ou dous vomitos que não se repetem depois do primeiro dia.

A temperatura continúa a elevar-se; chega ao seu maximo

no segundo ou o mais tardar no fim do terceiro dia; no primeiro dia o thermometro marca 39 grãos e alguns decimos; no segundo para o terceiro dia á noite o mais tardar a columna thermometrica já attinge a 40 grãos, oscilando mesmo entre 40°,8 e 41°,2 até que por fim pára, isso denota que o trabalho exsudativo vai ser substituído pelo de coagulação (hepatisação).

De par com a temperatura caminha o pulso; existe uma relação quasi sempre constante entre a ascensão thermometrica e o numero das pulsações arteriaes; assim, como para á temperatura, bastam 48 horas para o numero das pulsações subir a 100, 120 e mais.

A excreção urinaria acha-se em relação inversa da temperatura e do pulso durante o periodo febril da pneumonia; a urina apresenta os caracteres da urina febril. Segundo Jaccoud ha uma diminuição dos elementos chimicos da urina que vão reaparecendo a proporção que a febre vai diminuindo e a defervescencia fôr se estabelecendo. As materias extrativas nada offerecem de fixo, encontram-se algumas vezes principios de bile e albumina.

No fim de 24 a 48 horas apresentam-se tres symptomas que por si sós bastam para que o pratico acredite que a molestia tem sua séde no apparelho respiratorio, estes symptomas são: dôr do lado ou pontada, dyspnéa e tosse.

DÔR DE LADO OU PONTADA. — E' um dos symptomas mais constantes e que na ausencia do calefrio marca a invasão da molestia, é entretanto menos frequente nos velhos, nos cacheticos e nas crianças, mas nestas ou porque deixe de existir a pleurisia, ou por não poderem demonstrar a sua existencia pela impossibilidade de exprimir seus soffrimentos e nós por não os poder avaliar pela percussão, o certo é que, ao passo que a idade vai se augmentando, este symptoma torna-se mais frequente e mais apreciavel.

Ella é ordinariamente viva e lancinante, tem sua séde de predilecção ao nivel do bico do peito e concavo auxiliar, podendo se irradiar para outros pontos do thorax. A tosse, o espirro, os movimentos respiratorios e a pressão exasperam-a; neste periodo da pneumonia ella persiste com uma intensidade mais ou menos igual para depois diminuir; Andral, Grisolles, Béhier e outros dizem ser ella devida ao pleuriz concomitante, opinião esta aceita

V9/217V

pelo nosso illustrado mestre Dr. Torres Homem, segundo outros a uma nevralgia ou nevríte inter-costaes.

DYSPNÉA. — A dyspnéa ora se manifesta com a pontada, ora depois della. A não existencia da pontada acarreta como consequencia, não a ausencia total da dyspnéa, mas a sua menor intensidade. A dyspnéa de um pneumonico differe da de um individuo accommettido de bronchite capillar; neste tem o caracter de suffocação, naquelle a respiração é accelerada, breve e incompleta, não havendo suffocação. No estado normal o numero de inspirações é, no adulto, de 12 a 18 por minuto, porém na pneumonia pôde elevar-se a 40 e mesmo a mais nas crianças; a inspiração torna-se instinctiva e quasi authomatica em virtude da modificação do rythmo physiologico do acto respiratorio; o doente encontra grande difficuldade em respirar; vê-se forçado a fazer intervir no acto respiratorio musculos que nos casos ordinarios não são postos em acção (elevadores das azas do nariz). A dilatação das narinas reunida a animação e a vermelhidão do rosto caracteriza o facies pneumonico. A dyspnéa vai augmentando de intensidade no correr do periodo ascendente da molestia e persiste no maximo attingindo durante o periodo de estado. Como causas da dyspnéa Jaccoud cita as seguintes: 1.^a a congestão phlegmasica e a exsudação; 2.^a a hyperemia e o oedema collateraes estas duas condições, diz elle, estreitam o campo da hematose; 3.^a a pontada obrigando o doente a diminuir a amplitudão dos movimentos respiratorios; 4.^a a alteração do sangue em que havendo augmento de fibrina, ha uma diminuição relativa aos globulos vermelhos; 5.^a finalmente, a combustão febril que faz augmentar o gasto do oxygeno, havendo portanto diminuição absoluta de oxygeno no sangue e augmento de acido carbonico. O sangue sobrecarregado de acido carbonico produz sobre a medulla alongada uma excitação anormal que dá em resultado a acceleração dos movimentos respiratorios; bem que diz Jaccoud, a respiração não mereça a qualificação de dyspnéa, ella é sempre mais frequente e mais breve que no estado physiologico. A dyspnéa é pois proporcional á intensidade do movimento febril e não a extensão da lesão, porque as suas causas como já vimos são mecanicas.

TOSSE. — Este symptoma se manifesta desde as primeiras

V9/218

horas da invasão ; a principio quando não existe complicação, é fraca, mas secca, ferina e dolorosa ; mas a proporção que a phlegmasia progride torna-se humida e seguida de uma expectoração tão característica que muitas vezes basta observal-a para se reconhecer a existencia da molestia. No começo a expectoração é quasi nulla e no fim de 24 a 48 horas ella vai-se tornando mais abundante. Os escarros são viscosos e semi-transparentes e com difficuldade se despegam do vaso que os contém, tomando a consistencia de geléa, mais ou menos amarellados, esverdeados, côr de ferrugem e finalmente vermelhos. Essas diversas côres dependem da maior ou menor quantidade de sangue combinado com o liquido albumino-fibrinoso. Nos velhos os escarros são menos caracteristicos que nos adultos e nas crianças quasi não ha expectoração.

SIGNAES PHYSICOS.— *Inspeção.*— A inspeção, até certo ponto, serve para nos fazer conhecer que alguma cousa de anormal se passa no pulmão ; bastam alguns movimentos respiratorios para vermos que um dos lados do thorax se dilata mais do que o outro, e é na parte superior do thorax que esta dilatação se torna mais patente se a pneumonia tem sua séde na base de ambos os pulmões ; é pela falta de contractilidade do diaphragma que se póde appellar para explicar a immobilidade das paredes do ventre. Esse exame que só é apreciado quando a pneumonia accommette as camadas periphericas do pulmão, é de pouco valor, tendo-se em vista a importancia dos outros que se seguem.

APALPAÇÃO.— Por esse exame reconheceremos a existencia de um exagero das vibrações vocaes, o que se explica pela maior densidade do tecido pulmonar.

MENSURAÇÃO.— Ella póde nos mostrar uma ampliação do thorax, ampliação que condiz com a marcha crescente da pneumonia, mas que nada tem de distincta da que póde ser produzida pela simples congestão e pela bronchite, segundo Vaillez.

PERCUSSÃO.— A percussão quando convenientemente praticada é um dos meios que nos fornece maior somma de signaes importantes que muito nos auxiliam no diagnostico da pneumonia neste e nos periodos seguintes. O processo pathologico por que tem passado o tecido pulmonar, dando lugar a um pequeno augmento de densidade, é claro que a resistencia que encontra

V9/278V

o dedo explorador deve ser diversa da que se observa no estado physiologico, e o som deve necessariamente resentir-se por gradações indicativas da maior ou menor formação de exsudato no interior dos alveolos ; assim pois, ao passo que o dedo encontra uma sensação de resistencia particular, como Grisolles pôde observar, o som pôde ser tympanico ou obscuro ; no primeiro caso ao trabalho hyperemico tem succedido uma exsudação não sufficiente para expellir totalmente o ar das vesiculas pulmonares, por conseguinte ha tympanismo, porque as condições phisicas dos alveolos são as mesmas que as de uma bexiga mal cheia de fluido gazoso ; no segundo caso como os exsudatos têm mais tendencias a preencher a capacidade dos alveolos, o som transmittido tende a tornar-se mais obscuro, em virtude de condições oppostas as do primeiro caso, mas não completamente obscuro como no periodo de hepatisação ; eis a razão por que a primeira variedade é fugaz, passageira, por isso que coincide com o periodo anatomico inicial, e o segundo um pouco menos, porque marca o começo do segundo periodo — o de coagulação — mais observado na pratica.

ESCUITA.— A escuta nos revela, no principio da molestia, um enfraquecimento do murmurio respiratorio ; 12 ou 24 horas depois esta modificação é substituida pelo stertor crepitante. Este stertor é caracterizado por uma successão rapida de bolhas muito pequenas, ignaes, seccas, em numero variavel que existem durante a inspiração e que produzem um estalido analogo ao produzido pelo sal commum quando é lançado sobre brazas.

A crepitação pneumonica pôde se apresentar com outros caracteres : assim, pôde dar-se o facto das bolhas serem em maior numero, desiguaes e sobretudo muito grossas e humidas ; nestes casos a crepitação se assemelha a que é observada em certas bronchites, sobretudo na bronchite capillar (stertor sub-crepitante fino). Esta especie de crepitação é observada nos velhos e com mais frequencia na infancia.

Qualquer que seja o caracter, o stertor crepitante pôde ser observado em toda a duração ou só na ultima parte da inspiração. Entretanto, diz Monthus, elle pôde, se bem que raras vezes, ser observado durante a expiração. Elles são mais sensiveis quando fazemos o doente inspirar fortemente ou tossir ;

parece mesmo, estamos de acordo com autores de boa nota, que para a sua producção não concorre senão o descollamento rapido das paredes alveolares adherentes pelo exsudato após a expiração, por isso que são bem apreciados no segundo tempo da inspiração.

SEGUNDO PERIODO.— *Estadio*.— Este periodo, cuja duração média é de tres á nove dias e que corresponde a hepatisação vermelha, póde ser considerado como o periodo proprio de pneumonia (Woillez), visto que os phenomenos que o caracterizam são observados com toda a clareza. Neste periodo a pontada é menos accusada quando não desapparece de todo; a tosse e a expectoração não apresentam modificação; a dyspnéa é mais fraca, mesmo porque diminuindo um pouco ou cessando uma das causas que a provoca, como seja a dôr, os doentes respiram, embora com dificuldade, porém mais livremente do que antes o faziam; demais a reacção febril não se tem incrementado; ella apresenta um gráo de intensidade que, como já vimos, póde marcar 39°,5 e 40°,5, havendo uma pequena remissão matutina. Mantendo-se, pois, a temperatura proxima a 40°, offerece oscillações que, visto algumas particularidades interessantes, merecem menção especial; assim notam-se remissões matutinas e exacerbações vespertinas, a variação oscilla entre meio e dous e meio grãos. Se houver uma só variação quotidiana de dous a tres decimos de gráo, a febre é dita sub-continua; se houver uma oscillação de cinco decimos a um gráo a febre é dita sub-remittente; se exceder a um gráo é francamente remittente.

O pulso ora conserva-se identico ao que era no primeiro periodo, isto é, frequente, forte, amplo, ora torna-se pequeno, concentrado, não resistente. Quando ha pequenez do pulso, isso é devido, ora a uma adynamia e se nestes casos escutarmos o coração do doente observaremos uma fraqueza na impulsão cardiaca, ora a uma repartição viciosa do sangue nos dous corações, constituindo a oppressão de forças ou a falsa fraqueza dos antigos.

Nestes ultimos casos ha repleção sanguinea das cavidades cardiacas direitas, ao passo que as cavidades esquerdas e as ramificações arteriaes são relativamente menos cheias; a circulação arterial é pois embaraçada pela circulação venosa.

V9/279 v

Para o tratamento é muito importante distinguir-se o pulso fraco devido á debilidade do organismo do pulso fraco devido á oppressão de forças ; no primeiro caso coincide com uma impulsão cardiaca forte, no segundo caso com uma impulsão cardiaca igualmente forte ; ainda para distinguir-se estas duas especies de pulso fraco vem em nosso auxilio a recurrencia palmar : se comprimirmos a arteria radial no seu terço inferior, de sorte que ella fique completamente obliterada e se tactearmos abaixo da parte comprimida, sentiremos uma pulsação que, sem duvida, será devida a onda sanguinea retro-gada que do cubital passou pelas arcadas palmares ; esta pulsação será fraca ou mesmo deixará de existir na adynamia verdadeira, e pelo contrario rapida e identica a pulsação cardiaca na adynamia dos antigos.

Entre as perturbações cerebraes que a pneumonia póde acarretar neste periodo, não fallando da cephalalgia, agitação, insomnia, calorificação ou vermelhidão da face, delirio, expressão da reacção febril chegada ao seu auge, destaca-se o delirio devido a ischemia arterial ; este delirio apresenta o caracter de sub-delirio, isto é, manso, tranquillo e accommette as pessoas debeis, cacheticas e excitaveis ; é mais frequente no sexo feminino do que no masculino (Trousseau) ; no homem e sobretudo naquelles que abusam dos alcoolicos, é commum observar-se o delirio agitado, furioso, loquaz e de acção.

O nome de delirio alcoolico dado por alguns autores, nos parece improprio, porque neste caso é elle devido a falta de alcool, a que ficam sujeitos os individuos durante a molestia, por isso chamaremos — delirio por falta de alcool. Algumas vezes nestes ultimos casos este symptoma, apar de outros symptomas nervosos, torna-se tão preponderante a ponto de caracterisar a molestia considerada sob a fórma ataxica.

O delirio é, então, ora violento e acompanhado de vociferação, gritos e desordens, nos movimentos, ora é manso, alterado ou não, com um estado commatoso, podendo além disto notar-se a face animada ou apatetada, movimentos convulsivos e sobresaltos de tendões, ao passo que, como observa Trousseau, a respiração é sem frequencia extraordinaria, a febre não é excessiva e a não julgar pelo estado local, a pneumonia pouca gravidade offerece, e no entretanto o estado geral vai se abatendo e o doente succumbe.

A impermeabilidade de uma parte do pulmão dá em resultado um augmento de pressão venosa que estende os seus effeitos a todos o systema venoso por intermedio do coração direito. As desordens da circulação venosa se traduzem pela côr icterica dos tegumentos, pela existencia de albumina nas urinas, e pelo catarro intestinal na esphera de veia cava inferior; e pela turgecencia e côr violacea do rosto sobretudo dos labios e pomos, pela injecção das veias do pescoço e pela extase venosa para o lado do encephalo em virtude do entumecimento das veias encephalicas na esphera da veia cava superior.

A côr icterica que se observa nos pneumonicos, não tem sempre a mesma causa, assim, algumas vezes pôde ella ser devida a uma hepatite diffusa concomitante, outras vezes é devida a um catarro gastro-duodenal; neste ultimo caso pôde tornar-se epidemica, em virtude da constituição medica reinante.

A excreção urinaria nada offerece de importante, a não ser que é neste periodo, sobretudo, que se tem notado a ausencia de chlorureto de sodio que vai decrescendo a partir do começo da ascensão até diminuir completamente quando a hepatisation é estabelecida; neste periodo. Roger dá 1.024 a 1.030 para peso especifico da urina.

SIGNAES PHYSICOS. — *Inspecção.* — Por este exame podemos chegar ao conhecimento da existencia de uma pequena dilatação do thorax; essa dilatação, entretanto, pôde deixar de existir; a existencia ou não da dilatação thoracica não depende como quer Walshe, da maior ou menor intensidade da pontada, mas sim da falta da elasticidade de que se resente o orgão affectado, é esta a opinião de Grisolle; a diminuta elevação das paredes thoracicas que se pôde observar, acha-se subordinada não só a esta falta de expansão pulmonar, como tambem o da sua contractilidade.

MENSURAÇÃO. — Por este exame pôde-se notar, no lado doente, uma ligeira ampliação, e Grisolle cita dous casos de peneumonia do apice em que elle pôde notar uma elevação dos orgãos subclaviculares; se percutirmos, nestas condições, o sternum como pondera Walshe, poderemos encontrar som mais obscuro que no estado normal, indicando que o pulmão tem-se estendido até a região mediastina; o coração pôde mesmo soffrer um desvio lateral, desvio que indo al' m de uma pollegada dá indicio da existencia de liquido,

porque a pneumonia só não póde produzir uma dilatação geral de um lado.

APALPAÇÃO. — Ao nível da lesão pulmonar, quando se manda o doente fallar, nota-se augmento das vibrações vocaes. Grisolle não liga grande importancia clinica a este facto, porque diz ter observado ora um augmento, ora uma diminuição e mesmo ausencia de vibrações; entretanto admittimos que haja um augmento de vibrações vocaes e acreditamos que este signal seja de grande importancia para diagnosticar-se o periodo da lesão.

O facto de haver exagero das vibrações vocaes se explica facilmente; a par da perda de elasticidade que tem soffrido os pulmões, marcham as vibrações que as cordas vocaes imprimem as paredes da trachea e dos bronchios, as quaes não tendo de atravessar meios differentes, como sejam o ar, as paredes alveolares, etc., se transmittem mais completamente ás paredes thoracicas; o mesmo se dá para os batimentos ou impulsões do coração ou dos vasos pulmonares, que podem ser mais presentidos por este meio de exploração.

PERCUSSÃO. — Se percutirmos o thorax ao nível da lesão observaremos um som obscuro e vasio, pouco intenso e agudo de Traube e além disso os dedos experimentam a sensação de uma resistencia anormal devida a falta de elasticidade.

A obscuridade do som e a ausencia de elasticidade serão tanto mais salientes quanto mais espessa e volumosa fôr a camada hepatisada. Entretanto estas modificações do som não são observadas quando a pneumonia fôr central.

ESCUITA. — Applicando-se o ouvido ao nível da lesão observa-se o sopro bronchico; ruido que produz o ar atravessando a trachea e os bronchios e não achando meios heterogeneos (ar, paredes alveolares, etc.), chega mais pronunciado as paredes toracicas.

Já existindo durante a expiração, quando a hepatisação se declara ou quando entra em resolução, este ruido de sopro torna-se mais distincto quando a hepatisação chega ao seu auge e então é ouvido durante a inspiração e a expiração. Mandando-se o doente fallar ouve-se o augmento anormal da voz ao nível dos bronchios (broncophonia); algumas vezes a voz é ouvida como que articulada, voz soprada de Woillez ou pectoriloquia; muitas vezes o som parece ser transmittido por meio de tubos amplos, de paredes metallicas, constituindo o sopro tubario; o mesmo se dá com a voz

(voz tubaria). A voz e o sopro tubario podem momentaneamente ser cavernosas, faltando, porém, o gargarejo que tambem existiria se houvesse cavernas.

A voz as vezes é tremula, entrecortada e cabritante, diz-se que ha egophonia, phenomeno este que indica derramamento concomitante ou que se trata de individuos que tem naturalmente a voz aguda, cabritante, como os velhos. Nas vizinhanças do ponto hepatisado, em virtude de uma hiperemia e edemas collateraes, podem-se ouvir ruido sub-crepitante, ronchus e stertores sibilantes, de bolhas mais ou menos grossas, se anterior ou conjunctamente, se desenvolve uma bronchite.

TERCEIRO PERIODO. — *Resolução ou liquefação* — Este periodo, tambem chamado de defervescencia, é caracterisado pela cessação da febre. A cessação da febre póde manifestar-se de modos diversos: assim na passagem da molestia do segundo para o terceiro periodo póde acontecer que a columna thermometrica que doze horas antes marcava 39 ou 40 grãos de temperatura, soffra agora um abatimento de 1°,5; dous dias depois o mais tardar a columna thermometrica se conserva a 39°,5, podendo vir aquem da normal; as vezes a defervescencia é precedida ora por uma remissão matutina muito mais consideravel do que ao que até então se tem observado, ora de uma exacerbação exagerada, de sorte que a columna thermometrica poderá marcar 41° e alguns decimos. Este periodo da molestia póde começar no 5.°, 9.° ou 10.° dia não havendo nada de fixo. Com a queda da temperatura coincide a do pulso; o numero das pulsações se abaixa á 100, á 60 e algumas vezes vem aquem desse numero.

Se apesar de cahir a temperatura, o pulso fica no mesmo estado ou acima, deve-se esperar um prolapso, senão uma terminação fatal.

A urina tem soffrido uma modificação para mais na parte aquosa, na uréa e acido urico; os chloruretos, representados pelo chlorureto de sodio, retomam não só a sua cifra normal, como podem ir além na defervescencia (15 ou 20 grammos). Quando a crise é annunciada por uma diaphorese mais ou menos abundante, a parte aquosa da urina deve ser em pequena quantidade, sem que, entretanto, isso indique phenomeno grave. A albumina que se nota nesse periodo, e que tem uma causa muito diversa nos periodos prece-

V9/221v

dentes, é devida a absorpção dos principios albuminoides existentes nos alveolos pulmonares.

A physionomia do doente torna-se expansiva, o somno e o appetite voltam, em pouco tempo as forças, abatidas pelos desperdícios operados pelas combustões organicas se recuperam. O estado local não fica indifferente ás modificações geraes; o exsudato se liquefaz e a permeabilidade do pulmão é revelada pela presença de estertores humidos ou bolhas mais ou menos finas denominadas de retorno; a dyspnéa e a pontada cessam; a tosse só persiste; para favorecer a eliminação dos productos que devem ser expellidos pela expectoração; esta torna-se facil e abundante; os escarros são menos viscosos, parcialmente differentes, opacos, divididos em pequenos fragmentos isolados, misturados com mucus de consistencia variavel; o seu colorido varia entre o amarello e o verde, algumas vezes são constituídos por leucocytes e granulações gordurosas, outras vezes contém fibrina retendo epithelio e granulos de pus; este ultimo facto póde ser tambem observado na terminação do periodo defervescente. Por occasião da defervescencia podem-se notar verdadeiros phenomenos criticos e são: suores mais ou menos abundantes, movimentos derivativos para os intestinos, constituídos por dijecções alvinas liquidas e nimiamente fetidas; hemorrhagias, taes como o epistaxio, a hematenia; e a erupção herpética dos labios sobretudo no superior.

SIGNAES PHYSICOS.— *Inspeccão.* — Por este meio observamos os movimentos de elevação e abaixamento do thorax; isto nos indica que o orgão vai ganhando a elasticidade e contractilidade por algum tempo perdidas.

MENSURAÇÃO.— Logo que o pulmão vai voltando ao seu estado normal, a não ser alguma complicação, a caixa thoracica que se achava algum tanto ampliada, vai cedendo até voltar as suas dimensões physiologicas; esta retracção do thorax é, entretanto, negada por alguns autores; necessita pois de um estudo mais apurado.

PERCUSSÃO.— Por este exame póde-se chegar a conhecer a volta gradual do som pulmonar, pela menor resistencia que o dedo explorador vai encontrando e menos obscuridade do som; quando para o lado da pleura ao nivel da lesão pulmonar exis-

tir algum espessamento os dados fornecidos permanecem por algum tempo obscuro.

APALPAÇÃO.— Por este exame chegaremos a conhecer a diminuição do exagero do fremito vibratorio, quando não exista alguma causa que o obscureça.

ESCUITA.— Neste periodo é a existencia de stertores humidos que indica a liquefação dos exsudatos; são comparados aos stertores crepitantes do periodo inicial dos quaes comtudo differem-se; os stertores da resolução formam um gráo abaixo da crepitação, são antes sub-crepitantes, de bolhas humidas, mais grossas, e a proporção que o trabalho de liquefação progride as bolhas vão se tornando mais volumosas e humidas até perderem o character crepitante; são ouvidos nos dous tempos da respiração, embora o sejam um pouco mais na inspiração; Laennec os determinou — crepitans redux.

O stertor de retorno é devido a passagem do ar atravez de tubos mui finos, mas contendo um liquido menos adherente do que aquelle que se encontra no periodo de exsudação; em algumas circumstancias, dizem os autores, o stertor sub-crepitante de retorno falta, opinião esta contestada por Fonsagrives que considera que em alguns casos sua existencia foi muito fugaz ou não foi bem observada.

Os stertores bronchicos ouvidos durante o periodo do estadio perdem pouco a pouco este character metallico e passam a tornar-se mais sonoros para depois desapparecerem; quando ao nivel da lesão primitiva existir um espessamento da pleura póde-se ouvir quando o individuo falla ou respira uma aspereza e mesmo um ligeiro sopro.

CONVALESCENÇA.— A convalescença na pneumonia fibrinosa, aguda e primitiva, comquanto seja de pouca duração nos individuos fortes e robustos, podendo mesmo começar no terceiro dia depois da queda da febre, póde comtudo prolongar-se por mais ou menos tempo, já nos individuos depauperados, já em consequencia de complicações que perturbam a sua marcha.

Não devemos descuidar do doente durante a convalescença, porquanto existindo ás vezes alguma tosse, diminuição da expansão thoracica e alguns stertores revelados pela escuta, o

descuido pôde acarretar consequencias desagradaveis para o pulmão, como por exemplo — a pneumonia chronica de fórma caseosa. Algumas vezes a pneumonia fibrinosa se apresenta no curso de certas affecções, como sejão: o sarampão, febre typhoide e tuberculose pulmonar sendo neste caso considerada como molestia secundaria.

Terminação

SUPPURAÇÃO DIFFUSA.— A suppuração diffusa* se caracteriza pela falta de defervescencia. Algumas vezes, porém, um exagero da remissão matutina seguido de um abaixamento consideravel da columna thermometrica, sem que para isso haja motivos, faz suppôr a existencia da defervescencia; basta notarmos que o abaixamento da columna thermometrica é de pouca duração e tambem que o doente nenhuma melhora apresenta durante este abaixamento, para conhecermos que a defervescencia não se dá. Além disso neste ultimo estado ao qual poderemos chamar — uma pseudo-defervescencia, notamos maior frequencia na respiração, assim como uma adynamia mais consideravel; a lingua apresenta-se secca e fuliginosa; a face, cyanotica; o pulso, pouco sensivel, intermittente e desigual. O sub-delirio apresenta-se algumas vezes como signal prodromico do coma terminal; ao mesmo tempo que a pelle se cobre de suores viscosos, os traços phisionomicos se alteram, vindo augmentar o cortejo de symptomas graves a existencia de evacuações involuntarias.

Nesses casos ou não notamos expectoração, ou a observamos modificada; os escarros de viscosos tornam-se diffuentes, serosos, muito abundantes, de côr acinzentada, ou mais ou menos escura contendo cellulas gordurosas em grande quantidade. A' obscuridade do som e do sopro bronchico, que já notamos no periodo de estadio, vêm-se juntar stertores sub-crepitantes de grossas bolhas. O estado do doente se aggravando, os musculos das paredes bronchicas tornando-se impotentes para expellir os productos secretados, manifesta-se o stertor tracheal que os doentes apresentam nas proximidades da morte. Estes symptomas que

acabamos de descrever podem-se apresentar no primeiro ou no segundo periodo quando a pneumonia tende a fórma adynamica. A séde do mal e a idade do individuo tem mais ou menos alguma influencia sobre a terminação da pneumonia pela suppuração; nem sempre a suppuração diffusa é seguida de morte, ha casos (raros) em que a pneumonia póde se resolver e o pulmão voltar ás suas funcções physiologicas.

SUPPURAÇÃO CIRCUMSCRIPTA.— *Abcessos pulmonares*. — Uma das terminações mais graves da pneumonia é pela formação de abcessos pulmonares. Se o abcesso se enkystar o diagnostico torna-se difficil; se, porém, o abcesso communicar com um dos bronchios os symptomas tornam-se semelhantes aos das excavações pulmonares: assim, os escarros são escuros, fusiformes e apresentam strias elasticas com a mesma disposição que elles têm no pulmão. O marasmo e a febre hetica vêm pôr termo a vida do doente pela continua suppuração; comquanto, bem que raras vezes, um trabalho de cicatrização (durando semanas ou mesmo mezes) póde dar uma terminação favoravel a molestia.

TERMINAÇÃO PELA GANGRENA.— Comquanto seja uma das mais raras terminações da pneumonia, comtudo pela gravidade que apresenta traçaremos os seus principaes symptomas. O doente accommettido de gangrena pulmonar torna-se excessivamente abatido, seus dentes e labios cobrem-se de fuliginosidades, uma diarrhéa quoliquativa e fetida se apresenta, e escarros escuros ou pretos e de cheiro nimiamente fetido e penetrante vêm juntar-se ao cortejo dos symptomas da gangrena pulmonar.

TERMINAÇÃO PELO ESTADO CHRONICO.— *Caseificação*. — Nos individuos depauperados e cacheticos a pneumonia aguda póde passar ao estado chronico conhecido pelo nome de caseificação quer no primeiro quer no segundo periodo de sua marcha. Ha uma degenerescencia gordurosa das cellulas e do exsudato fibrinoso que enche os alveolos. A transudação serosa é insufficiente para liquefazer esse exsudato; essas massas gordurosas seccam-se, transformam-se em uma substancia semi-solida, amarellada, parecendo com fragmentos de queijo condensados, caseosos. Em seguida a essa infiltração caseosa, fundem-se os diversos productos que, ou são expellidos, e neste caso não se reproduzem mais e o doente póde se restabelecer no prazo de tres ou quatro

mezes, ou então apparece a necrose das paredes alveolares, subsequentemente a formação de cavernas, suppuração e ulceração do pulmão e finalmente a morte. Estas ulceras são pequenas e multiplas semelhantes aos da tuberculose, porém differem-se por não apresentar granulações.

A pneumonia caseosa representa um grande papel na tuberculose pulmonar, por ella hoje se explica uma grande parte de lesões que erão attribuidas as modificações do tuberculo.

Vêm-se nos individuos predispostos apparecer, muitas vezes, granulações tuberculosas em seguida ao estado caseoso. Nota-se que ha ausencia de defervescencia de phenomenos criticos quando a pneumonia termina-se pela degenerescencia gordurosa; e neste caso a febre apresenta-se algum tanto diminuida, mas ha exacerbção para noite sendo seguidas de suores pouco abundantes.

Os escarros são escuros e muco-purulentos sem caracteristicos proprios. Nos casos de formação de cavernas os doentes são atormentados por uma febre hectica, tornam-se magros e cada-vericos, ha transformação da molestia em verdadeira tísica pulmonar e neste estado succumbem.

A tísica pneumonica ou caseosa, admittida pela maioria dos clinicos e pathologistas, é mais commum e mais grave do que a tuberculose pulmonar. Os seus symptommas physicos variam segundo o estado do pulmão; assim primeiro periodo—o de infiltração—ha condensação e impermeabilidade do pulmão e os outros signaes são identicos aos da hepatisação; no segundo—o de fusão—, ha stertores de bolhas mais ou menos volumosas e os symptommas proprios das excavações pulmonares, gargarejo, sôpro cavernoso, etc.

SCLEROSE. — Na sclerose do pulmão, que é uma outra variedade da terminação pelo estado chronico, ha inflammação do tecido conjunctivo inter-alveolar e inter-bolbular que se prolifera exuberantemente com tendencia sempre a occupar e invadir uma grande extensão do parenchyma pulmonar, e sem haver exsudato livre. Os elementos do tecido conjunctivo inter-alveolar e as paredes alveolares se acham infiltrados de um liquido opalescente; ahi encontram-se cellulas puriformes e redondas fazendo desaparecer a capacidade interna das visiculas pulmonares. Nos ultimos periodos da molestia encontramos as seguintes lesões: grande proliferação de tecido conjunctivo comprimindo as capillares,

invadindo o interior dos alveolos e fazendo desaparecer a congestão ; o parenchyma pulmonar torna-se rígido, resistente exangue e com uma côr cinzenta, constituindo o endurecimento cinzento. O pulmão diminue de volume em consequencia da retractibilidade do novo tecido ; no interior do thorax ha formação de um vacuo que é compensado, de um lado pela depressão das paredes thoracicas e do outro pela dilatação dos bronchios que é auxiliada pela pressão do ar de dentro para fóra. Quando a lesão fôr extensa observa-se mais : — o coração direito se dilata e hypertrophia por causa do embaraço na circulação do pulmão, o coração é vencido depois de alguma resistencia e torna-se impotente contra o embaraço da circulação ; ha stase sanguinea e phenomenos cyanoticos para os labios e face principalmente ; congestão hepatica e phenomenos de hydropsia se declaram.

Complicações e fórmias

As molestias que de ordinario perturbam a marcha da pneumonia são : a bronchite, a pleurisia, a hyperemia pulmonar, a pericardite, e segundo alguns observadores a aortite.

BRONCHITE. — E' mais commum observar-se a bronchite complicando a pneumonia dos velhos do que a dos adultos ; esta complicação quando existe é, de ordinario, a continuação da que precedeu a invasão da pneumonia, neste caso o diagnostico é dos mais difficeis, porque os signaes physicos da pneumonia podem ser mascarados ou mesmo occultos pelos da bronchite ; a dyspnéa póde augmentar-se consideravelmente.

PLEURISIA. — A pleurisia, que, quando fôr pouco intensa, póde passar desapercibida, ora é secca, ora é seguida de derramamento.

A pleurisia secca ordinariamente é presentida no periodo resolutivo da pneumonia, e então de mistura com os stertores de retorno se póde descobrir o attrito ; quando existe derramamento póde-se observar, ou ausencia das vibrações vocaes, ou, se elle fôr pouco consideravel, retumbancia da voz attingindo mesmo o character de egophonia.

V9/224V

HYPEREMIA PULMONAR.—A hyperemia pulmonar póde segundo Woillez, complicar algumas pneumonias graves, assim, diz elle, “ algumas vezes tambem sobrevem uma exacerbação subita que depende de uma recrudescencia accidental da congestão pulmonar, como o demonstra a rapida melhora que produz um tratamento adequado ”.

PERICARDITE. — Quando uma pneumonia se complica com uma pericardite, esta se conserva latente no curso daquella.

No periodo de estadio, principalmente, os caracteres do pulso são de grande importancia para denunciar a pericardite: assim o facto da existencia de um impulso desigual, irregular e, sobretudo, intermittente, deve-nos fazer desconfiar da existencia de uma pericardite.

ICTERICIA. — A ictericia que é subordinada ao embaraço da circulação pulmonar não póde ser considerada como uma complicação; aquella porém, que é devida a um catarro gastro-duodenal e a que é devida a uma hepatite diffusa constituem gravissimas complicações da pneumonia.

MENINGITE. — Ella se manifesta por uma cephalaria muito intensa e delirio; algumas vezes se apresenta isso de notavel: o pulso é pouco frequente e até o momento fatal ha conservação das faculdades intellectuaes.

PAROTIDITE. — Esta complicação de ordinario agrava o estado do doente e a terminação da pneumonia neste caso é quasi sempre fatal.

ERYSIPELA. — E' uma complicação tambem grave e a sua gravidade será tanto maior quanto mais debeis e enfraquecidos forem os individuos.

IMPALUDISMO. — Os accessos intermittentes simples ou perniciosos podem complicar tambem a pneumonia; entre nós frequentemente se observa esta complicação.

FÓRMAS. — A pneumonia apresentando-se com symptomas das febres graves diz-se — de fórma typhoide. O elemento typhoide póde manifestar-se desde o começo da molestia ou depois de passada a phase aguda; ora predomina adynamia e então temos a pneumonia de fórma adynamica; ora predomina a ataxia, isto é, delirio manso ou furioso, coma, convulsões, depressão profunda das forças — é a pneumonia de fórma ataxica.

A pneumonia chama-se biliosa quando ha predominancia do elemento bilioso e então nota-se os seguintes symptomas: a face e todas as partes do corpo apresentam-se amarelladas; ha cephalalgia; bocca amarga; a lingua apresenta-se coberta de uma saburra amarellada; existem nauseas e vomitos biliosos; ora ha uma diarrhéa biliosa, ora ha constipação de ventre.

Quando a febre na pneumonia se apresenta com o caracter intermittente ou remittente, marchando a febre de par com os outros symptomas, a pneumonia é dita intermittente ou remittente.

Ella é traumatica quando é o resultado de um traumatismo.

Ella é symptomatica, secundaria ou consecutiva quando apparece complicando outras molestias.

São estas as fórmias mais importantes da pneumonia.

Diagnosticio

O diagnosticio da pneumonia, considerada em sua totalidade, em cada um dos seus periodos e de seus modos de terminação basea-se nos symptomas que forão estudados precedentemente.

Nenhum dos symptomas póde ser considerado como pathognomonicos; ha casos, porém, em que os escarros podem ser considerados como taes, como soe acontecer nas pneumonias centraes.

Diagnosticio differencial

Ha algumas molestias que podem simular a pneumonia, taes como a pleurisia a bronchite, etc.; vamos pois tratar do seu diagnosticio differencial.

PLEURISIA. — Ha alguns symptomas que são communs a ambas as molestias, como: a pontada, a dyspnéa a oppressão, a tosse, a obscuridade de som, o sopro, a bronchophonia e a febre; estes symptomas não são sufficientes para se estabelecer o diagnosticio differencial, é preciso que a elles se reunam outros que são especificos a cada uma dellas; estes symptomas são: a vibração thoracica que

na pneumonia póde ser normal ou exaltada e não existe na pleurisia com derrame; percutindo-se, pois, o thorax de um individuo que soffre de pleurisia, o som será obscuro e sem elasticidade, ao passo que na pneumonia o som será muito menos obscuro e a elasticidade em parte conservada; além disso na pneumonia a obscuridade será sempre conservada qualquer que seja a posição que se dê ao doente e na pleurisia a obscuridade do som variará com a posição que se der ao doente.

A escuta tambem nos fornece dados importantes, assim: na pleurisia o ruido de sopro é brando, na pneumonia é rude e tubario; ao nivel do derramamento, no pleuriz, não se ouve o murmurio respiratorio, ao passo que na pneumonia este ruido é substituido por stertores; no pleuriz ha egophonia e na pneumonia, bronchophonia. Se a pneumonia se complicar com um pleuriz secco a par de stertores humidos ouvir-se-ha o ruido de attrito que póde ser apreciado na occasião da resolução ou mesmo durante o periodo de estado.

Nas pleuro-pneumonias com derrame pouco extenso o diagnostico se torna assaz difficil, visto que os signaes da pneumonia podem ser mais ou menos mascarados; nestes casos, porém, existem á maior parte das vezes, escarros caracteristicos, coincidindo com a diminuição das vibrações thoracicas; se o derrame fôr consideravel, além dos escarros, existe febre intensa podendo a columna thermica elevar-se 40 grãos e mais.

BRONCHITE CAPILLAR.— Apneumonia póde confundir-se com a bronchite capillar, mas o diagnostico differencial é, em geral, facil de estabelecer se.

Na bronchite notam-se stertores sibillantes, sonoros subcrepitantes que são ouvidos em toda a extensão da região thoracica e que existem em toda a duração da bronchite; na pneumonia observa-se ora o stertor crepitante, ora o sopro tubario, a branchophonia, etc., conforme o periodo da molestia; accresce uma outra circumstancia, é que o stertor crepitante nunca é ouvido em toda extensão da região thoracica. Na bronchite os escarros podem ser viscosos, pegajosos e tintos de sangue, porém nunca apresentam a côr de ferrugem, propria dos escarros pneumonicos. A marcha da temperatura muito nos auxiliará na distincção: na bronchite a maior elevação thermo-

metrica de 39 grãos, ao passo que na pneumonia, algumas horas depois do calefrio inicial, póde a columna thermometrica elevar-se acima de 40 grãos.

CONGESTÃO PULMONAR SIMPLES. — A febre, o sopro a dôr de lado, a obscuridade, etc., podiam nos fazer crer na existencia de uma pneumonia; estabeleçamos pois a differença entre as duas molestias.

A febre não cahe definitivamente, na pneumonia, em menos de seis a nove dias e não póde ser dissipada mesmo por um tratamento energico; na congestão a febre é ephemera, dissipando-se no terceiro no quarto dia, quando muito tardar, a sua queda póde ser anticipada por meios antiphlogisticos ordinarios.

O mesmo se dá com o sopro, a obscuridade de som, os stertores sub-crepitantes que desapparecem de um dia para outro e não offerecem a persistencia dos que caracterisam uma phlegmasia pulmonar.

A tosse na congestão é rara ou quasi nenhuma; os escarros, quando existem, são transparentes, não pegajosos e tintos de sangue sem o caracter dos escarros pneumonicos.

As vibrações thoracicas augmentadas na pneumonia, não o são na congestão; a retumbancia da voz, não se nota nesta ultima. A cura é gradual na pneumonia e mais rapida na congestão.

APOPLEXIA PULMONAR. — Ella differe da pneumonia: porque na pneumonia ha sempre elevação de temperatura, ao passo que na apoplexia observamos um abaixamento da columna thermica, principalmente se a hemorrhagia tiver sido abundante; na pneumonia os escarros são côr de ferrugem, na apoplexia são pretos e algumas vezes avermelhados; na pneumonia observa-se crepitação fina e secca, na apoplexia o stertor sub-crepitante; finalmente algumas vezes se observa na apoplexia, obscuridade e mesmo sopro, mas nunca se observa pontada, escarros caracteristicos e febre intensa.

EDEMA PULMONAR. — Distingue-se o edema da pneumonia pelos signaes seguintes: o edema pulmonar é quasi sempre symptoma de outra affecção; elle não terá, nestes casos, uma estrêa tão brusca como a da pneumonia, o edema é raras vezes seguido de um cortejo de symptomas agudos, com a condição, porém de que com elle não subsiste estado algum phlo-

gístico. No edema não ha pontada, os escarros não apresentam nada de especial; a escuta e a percussão nos revelam ser as partes mais declives a sua séde de predilecção, com isso de notavel: os stertores sub-crepitantes são ouvidos durante todo o tempo da molestia, o sopro bronchico, a bronchophonia e a obscuridade de som não são observados.

PHTHISICA AGUDA. — A phthisica aguda não tem como a pneumonia um principio brusco e anunciado por um unico calefrio e estado febril; na phthisica a febre vem, quasi sempre, no começo com o typo intermittente e só mais tarde é que o typo se torna verdadeiramente continuo ou remittente, mas aqui por mais elevada que seja a temperatura, o thermometro nunca attinge a 40° e a mais como na pneumonia; antes que o exame do thorax nos doentes nos revele, de ordinario para o apice, diminuição de elasticidade apreciada pela percussão, e estalidos seccos ou humidos, stertores de gróssas bolhas ou mesmo finas para o resto do pulmão, em individuos que apresentam um gráo de magreza já pronunciada, os doentes accusam, algum tempo antes, cansaço, máo estar ao menor movimento e tosse que muitas vezes datam de quinze dias ou mais, e predisposição a tuberculose pulmonar.

PHTHISICA PULMONAR CHRONICA. — Esta molestia se confunde com a pneumonia; ambas apresentam o mesmo quadro symptomatico com pequenissimas modificações; como, pois, estabelecer o diagnostico differencial entre estas duas affecções? Só recorrendo-se aos antecedentes e a marcha que levam estas affecções. No caso de pneumonia em resolução o doente nos fallará de um estado agudo recente, que um calefrio deu começo e desenvolveu-se subitamente, seguido de pontada, tosse, etc., e sem que anteriormente nada sentisse. Na phthisica pulmonar chronica os doentes accusarão febre lenta e exacerbando-se para certas horas do dia, tosse datando de ha tempos atrás e o estado local longe de se modificar agrava-se cada vez mais. O mesmo se póde dizer dos phenomenos cavitarios. A historia do doente nos fará acreditar na existencia de cavernas em consequencia de massas caseosás que foram eliminadas, e se pouco tempo antes se derem phenomenos de pneumonia e se os doentes forem abandonados, o estado geral offerece um certo gráo de resistencia em opposi-

ção a aquelles individuos que apresentam phenomenos cavitarios provocados pela eliminação de massas tuberculosas e nos quaes se desenha o cunho da molestia chegada ao seu ultimo periodo; febre letica, edema das moleolas, suores noturnos, etc., isto é, signaes de uma cachexia mais ou menos adiantada.

FEBRE TYPHOIDE. — Quando a pneumonia se reveste da fórma adynamica a confusão pôde-se dar, mas o diagnostico differencial é facil de fazer-se; assim na febre typhoide a columna thermica chega ao seu maximo no quarto dia da molestia, ao passo que na pneumonia este facto se observa no fim de 36 ou 48 horas; além disso observa-se na febre typhoide accidentes mais ou menos caracteristicos para o lado do abdómen e signaes de hyperemia bronchica, emquanto que na pneumonia existe o stertor crepitante seguido de sopro tubario e quasi nunca accidentes abdominaes identicos aos da febre typhoide.

DILATAÇÃO BRONCHICA. — A dilatação bronchica só poderá ser confundida com o pneumonia aguda quando ella se complicar de uma congestão pulmonar febril intercurrente e que se visse o doente no principio dessa complicação, mas a anamnese e a marcha da molestia esclarecerão o diagnostico.

Apresentamos em seguida um excellente resumo do diagnostico differencial extrahido da importante obra do Dr. Woillez.

CONGESTÃO PULMONAR SIMPLES

Febre ephemera com defervescencia no terceiro ou quarto dia o mais tardar, mas podendo ser obtida desde o primeiro dia por um tratamento apropriado.

Tosse nenhuma e rara.

Escarros nullos ou transparentes, não adherentes, manchados algumas vezes de sangue vermelho não misturado intimamente com elles.

Som obscuro, sopro e estertores crepitantes (quando ha estes estertores) desapparecendo muitas vezes de um dia ao dia seguinte; não ha bronchophonia nem vibrações thoracicas muito exaggeradas.

Cura muito rapida.

PNEUMONIA FRANCA

Febre persistente com defervescencia do sexto ao nono dia, não podendo ser obtida nos primeiros dias pelo tratamento mesmo o mais energico.

Tosse frequente.

Escarros viscosos, adherentes, diversamente coloridos pelo sangue que ahi existe intimamente combinado.

Som obscuro, sopro e estertores crepitantes; bronchophonia manifesta com exaggeração das vibrações thoracicas.

Cura gradual.

V9/227V

BRONCHITE AGUDA FRANCA
 Febre menos forte.
 Nenhuma dôr thoracica habitual.
 Estertor sub-crepitante nas duas bases dos pulmões, sem sopro nem bronchophonia.
 Escarros muco-purulentos fluidos não sanguinolentos.

DILATAÇÃO BRONCHICA COM HYPERIMIA ACCIDENTAL
 Febre ephemera.
 Existencia de tosse anterior com expectoração muco-purulenta abundante.
 Escarros não pneumonicos e podendo somente ser misturados de pouco sangue.

PHTHISICA PULMONAR EM TERCEIRO PERIODO
 Febre lenta com exacerbações a tarde.
 Começo mais ou menos antigo, e tosse datando de muito tempo.
 Persistencia ou augmento dos mesmos signaes sub-claviculares durante muito tempo.

PNEUMONIA AGUDA FRANCA
 Febre ordinariamente intensa.
 Dôr constante do lado affectado nos primeiros dias.
 Estertores crepitantes ordinariamente de um só lado, em um ponto qualquer com sopro e bronchophonia.
 Escarros viscosos intimamente misturados de sangue, semi-transparentes.

PNEUMONIA AGUDA
 Febre persistente.
 Anteriormente nenhuma tosse nem expectoração abundante.
 Escarros pneumonicos caracteristicos.

PNEUMONIA DO APICE EM RESOLUÇÃO
 Ausencia de febre, mesmo a tarde.
 Tosse recente, sem tosse anterior.
 Obscuridade sub-claviculares, estertores humidos e sopro nos dias seguintes.

Prognostico

O prognostico da pneumonia é muito variavel; assim elle é mais aggravado no sexo feminino do que no sexo masculino; o estado de prenhez torna-o prognostico, porque a maior parte das mulheres succumbem, umas conservando o producto da concepção, outras abortando.

As pneumonias que accommettem os recém nascidos e os velhos acima de 60 annos de idade, são quasi sempre mortaes, nas crianças maiores de 6 annos e no adulto a molestia é menos grave.

Os individuos enfraquecidos por um vicio constitucional ou por excessos de todo genero apresentam prognostico desfavoravel. As pneumonias devidas a recahidas são mais graves do que as primitivas.

E' facto averiguado que a pneumenia dupla é mais grave do que a pneumonia simples e que a gravidade é relativa a extensão da pneumonia quando ella fôr unilateral, entretanto convem notar que algumas vezes, em virtude de uma ediosyncracia inexplicavel, uma pequena phlegmasia é mortal (Andral). O lado affectado não parece exercer influencia alguma sobre o prognostico; não obstante uns dizem que a unilateral direita é mais grave do que a esquerda (Chomel); outros dizem que a unilateral esquerda é mais grave que a direita em virtude das relações que guarda o pericardio com o pulmão e a pleura desse lado.

A pneumonia começando pelo apice é mais grave do que a que invade primitivamente a base. A pneumonia traumatica é menos grave. A marcha da temperatura offerece dados importantes para o prognostico: a columna thermometrica excedendo de 41 grãos, centigrados é um signal de gravidade; mas para que este signal tenha valor, é preciso que outros phenomenos coincidam com elle, como bem diz Monthus, que teve occasião de observar doentes nos quaes a temperatura chegou a 41°, 7 e se curaram; da mesma maneira uma queda de temperatura, que é um bom signal, algumas vezes apenas denota uma falsa defervescencia, porque com ella não tem coincido outras melhoras.

As respirações muito frequentes nem sempre indicam prognostico grave. Grisolle observou pneumonias em que o numero dos movimentos respiratorios se elevou á 48 e á 50, e entretanto os doentes se restabeleceram; se bem que não indique sempre signal fatal é, porém, um dado precioso para o prognostico, quando o medico prestar attenção a outros phenomenos concomitantes. Stoll liga mais importancia a frequencia dos movimentos respiratorios que a do pulso.

Na pneumonia ataxica observa-se muitas vezes a falta de concordancia de respiração com o pulso e a temperatura; ao passo que o pulso e a temperatura se elevam, os movimentos respiratorios não seguem o periodo de ascensão do curso do pulso.

Se, passada a época da defervescencia o numero das ins-

pirações fôr além do que era, não havendo diminuição dos outros symptomas, a terminação está proxima (Monthus).

As pulsações radiaes frequentes, irregulares e pequenas, coincidindo com uma impulsão cardiaca fraca e por conseguinte com a ausencia da recurrencia palmar, tornam o prognostico grave. Diz Andral que a frequencia do pulso annuncia o perigo da molestia, e é raro, continúa elle, quando o numero das pulsações arteriaes se eleva acima de 140 por minuto, que o restabelecimento tenha lugar. Se na defervescencia, apesar do abaxamento da temperatura, o numero das pulsações arteriaes se mantem elevado, o prognostico deve ser grave.

Monthus cita um caso no qual a temperatura se baixou a 38°,7 e o numero das pulsações arteriaes sendo de 104 por minuto, a pneumonia passou ao estado caseoso e o doente succumbio. Se no começo de uma pneumonia sobrevier delirio, o prognostico não é em geral dos mais graves; quando com o delirio coincide a frequencia do pulso e outros symptomas de febre intensa o prognostico não será muito grave.

O prognostico varia segundo o doente em que se observa o delirio; assim elle não é muito grave nos individuos que, anteriormente á molestia, abusavam dos alcoolicos.

Quando o delirio sobrevem no periodo de estadio, quando o pulso e a respiração fôr demorados, o prognostico é grave.

Se com o delirio coincide exacerbações notaveis de temperatura e calefrios brandos, o prognostico é dos mais desfavoraveis.

Um outro dado não menos precioso para o prognostico é a expectoração: a ausencia de expectoração no começo da pneumonia ou na sua defervescencia, coincidindo com a existencia de stertores, roncos, etc., é um signal de gravidade; esta supressão indica o estado de atonia e de fraqueza dos bronchios, edema do pulmão, etc., e o accumulo de escarro nos bronchios e mais ramificações é uma causa poderosa de asphyxia (Andral). Uma expectoração muito abundante, edematosa é de máo agouro.

A côr dos escarros tambem nos póde fornecer dados importantes; assim, os escarros com a côr de succo de ameixas indicam sempre uma terminação desfavoravel, ainda os outros symptomas na apparencia apresentam benignidade. A ausencia de

expectoração não dá um prognostico grave á pneumonia ; em 14 casos observados por Grisolle só um doente succumbio. A pneumonia que complica as molestias do coração, a tuberculose pulmonar, o mal de Bright, ou a que é complicada pela endocardite, pericardite, é quasi sempre mortal.

As terminações por gangrena, abscessos, metamorphose caseosa do exsudato são de muita gravidade.

Tratamento

Diversos methodos de tratamento têm sido propostos para combater a pneumonia, mas sendo ella uma molestia de cyclo definido; é claro que não podemos contel-a em sua evolução. Impedir os progressos inflammatorios ou attennal-os, combater os symptomas principaes, pondo impecillo a um delles para que não tome tal preponderancia que esgote o enfermo a ponto de não poder supportar o periodo resolutivo da molestia, taes são as indicações que o medico deve ter em vista perante um caso de pneumonia. O tratamento deve ser todo symptomatico, será pois, com o fim de abrandar este ou aquelle symptoma que o medico deve intervir.

Vamos tratar dos differentes meios que tem sido empregados afim de obter este desideratum.

INDICAÇÕES DA SANGRIA. — Nos individuos robustos accommetidos de dyspnéa intensa a sangria será indicada com o fim de diminuir o elemento mecanico producto deste estado ; quando a praticamos só temos em vista desengorgitar o coração direito e a arteria pulmonar, e é o que póde nos explicar a melhora temporaria que se manifesta após a sangria, voltando de novo a oppressão.

Um pulso cheio, amplo e forte nem sempre indica sangria, porque nem sempre este caracter do pulso é indicador de força ; um pulso pequeno e concentrado muitas vezes exigirá a sangria se coincidir com uma impulsão cardiaca forte e o individuo fôr de constituição forte e vigorosa.

Quando se trata de depletar o individuo, a recurrencia palmar não deve ser desprezada.

As emissões sanguineas geraes podem ser empregadas com vantagem nos casos de pneumonia dupla em que existe grande elevação

V9/229V

de temperatura, dyspnéa intensa e phenomenos asphyxicos e cerebraes ; a mesma cousa acontece quando a congestão supplementar e o edema são preponderantes.

Nos individuos fracos e debeis a sangria não tem utilidade. Fóra destes casos, ha um, posto que raro, póde exigir a sangria e que vem a ser os signaes de stase cerebral, caracterisados por somnolencia, turgencia das jugulares, côr cyanica da face, torpor e formigamentos dos membros.

Nos individuos depauperados por excessos de todo o genero e nas crianças a sangria é sempre contraindicada.

As emissões sanguineas locaes são indicadas quando a dôr local fôr muito aguda ; uma ou duas applicações de ventosas sarjadas são de grande recurso, visto que exercem, *in loco dolendi*, um effeito revulsivo salutar, diminuindo muitas vezes uma dôr que póde concorrer para augmentar a dyspnéa.

Tratemos agora do emprego dos antimoniaes no tratamento da pneumonia.

Rasori considerando o tartaro emetico como o typo dos hyposthenisantes ou contra-stimulantes, começou a prescrevel-o em altas doses ; começava por seis decigrammas e elevava a dose até duas grammas ou mais, segundo a tolerancia dos doentes. Hoje não podemos admittir semelhante tratamento, pois que Rasori fazia do tartaro emetico a unica medicação ; elle não o empregava como actualmente administramos, ora como vomitivo para remover um embaraço gastrico que ordinariamente complica a pneumonia, ora como contra-stimulante, porém em doses muito menores (25 á 50 centigrammas).

Grisolle, Laennec, Monneret, etc., sectarios das doses rasorianas, tiveram de restringir o seu emprego, visto os effeitos perniciosos que resultaram para os doentes. O tartaro emetico é indicado todas as vezes que, em um individuo robusto, a columna thermometrica attingir ou exceder de 40 grãos ; nestes casos o empregamos com o fim de fazer baixar a temperatura e prevenir um enfraquecimento notavel do doente. Elle deve ser empregado na dose de 15 á 25 centigrammas em uma poção que o doente deve tomar de hora em hora ou de duas em duas horas.

O emetico, além do abaixamento de temperatura, provoca a diminuição das pulsações radiaes, um estado nauseoso mais ou

menos intenso, activando a secreção renal e cutanea. Convem não empregar o emetico senão nos individuos robustos, cujas funções intestinaes não estejam alteradas, porque o tartaro emetico tendo uma acção hyposthenisante que póde tornar-se rapidamente mortal em virtude do estabelecimento da adynamia stibiada, produz facilmente diarrhéa e algumas vezes vomitos rebeldes; em condições oppostas, diz Jaccoud, a digitalis deve ser preferida ao emetico, ella produz o abaixamento de temperatura muito mais rapidamente do que o emetico.

E' inutil e mesmo perigoso prolongar-se a administração do emetico além de 36 ou 48 horas.

O professor Trousseau prefere o kermes ao emetico no tratamento da pneumonia; o kermes, diz o mesmo professor, é menos irritante do que emetico e produz menos vezes a inflamação das vias digestivas. Trousseau aconselha o emprego do kermes sob a fórma pillular com o fim de evitar os accidentes irritativos sobre a lingua, pharynge e esophagc. As pillulas são assim formuladas:

- Kermes mineral 1 centig.
- Extracto de digitalis unido ao sabão medicinal. . . 1 centig.

Para uma pillula. O doente deverá tomar 10, 20 ou 25 por dia com intervallos mais ou menos approximados.

Quando sobrevem vomitos, diarrhéa, elle emprega conjuntamente com cada pillula uma gotta de laudano de Sydenham.

O oxydo branco de antimonio póde ser empregado com muito proveito no tratamento da pneumonia e principalmente na pneumonia das crianças (Trousseau): este medicamento precisa ser empregado em doses elevadas, o professor Trousseau o substitue pelo kermes. O professor Grisolle contesta a utilidade do kermes e do oxydo de antimonio no tratamento da pneumonia; assim, diz elle, o kermes é um remedio de tal sorte infiel, tão variavel em seus effeitos que o clinico não póde fiar-se nelle, o oxydo branco de antimonio é uma substancia quasi inerte. Em uma molestia, continúa elle, em que a marcha é tão rapida, como a da pneumonia, deve-se preferir ao contra-stimulante que são

de uma composição sempre a mesma e de um effeito por consequente certo; em caso algum nenhuma preparação antimonial é preferivel ao tartaro stibiado.

Depois das observações de Gallard, Traube, Hirtz, Wunderlich não se póde duvidar da acção antipyretica da digitalis.

Foi no principio deste seculo que se empregou a digitalis no tratamento da pneumonia; porém data de pouco tempo o seu emprego methodico no tratamento das molestias thoracicas e principalmente da pneumonia e pleurisia agudas. Baseado em suas propriedades contra-stimulantes, Rasori empregou a digitalis contra as phlegmasias pulmonares. Homolle e Quivene, Hardy e Béhier e outros não acreditam na efficacia da digitalis contra a pneumonia; sendo esta substancia um anti-thermico por excellencia o seu emprego deve ser exigido quando a temperatura na pneumonia se elevar o ponto de pôr a vida do doente em perigo. (Jaccoud, Monthus, etc.)

Trousseau, Pidoux aconselham a digitalis nos casos em que a sangria apresentar perigo. Quando o individuo fôr robusto e houver alterações para o lado do funcionalismo do apparelho digestivo, a digitalis deverá ser preferida ao tartaro emetico com o fim de combater a febre.

Jaccoud a aconselha em todos os casos em que o emetico fôr indicado, mesmo a prefere quando houver alterações intestinaes.

Sendo o individuo de constituição regular convem fazer preceder ao emprego da digitalis o dos tonicos, taes como: o vinho de quina, etc., póde-se mesmo empregar conjunctamente a digitalis e os tonicos (Jaccoud). Ella poderá ser ainda empregada com vantagem nas pneumonias dos alcoolicos e no delirium tremens dessas pneumonias. A digitalis póde ser empregada sob a fórma de infusão, de pó, de tintura ou de extracto hydroalcoolico ou o seu alcaloide — a digitalina.

Si se quizer obter um effeito mais rapido e prompto é a primeira fórma que deve ser preferida (60 centigrammas á um gramma para 125 ou 200 grammas d'agua).

Uma vez obtido o fim a que se empregou a digitalis não será conveniente continuar o seu uso além de 36 ou 48 horas.

Foi Aran que empregou, pela primeira vez, a veratrina no tratamento da pneumonia; ella goza das mesmas propriedades

que a digitalis e o emetico, isto é, abaixa a temperatura, o numero das pulsações radiaes e provoca um estado nauseoso; bastam seis horas para que a diminuição seja de 1°,5 á 1°,9 (Prevost). Ella deve ser empregada na dóse de 25 á 30 milligrammas divididas em cinco ou seis pillulas.

Para fazer caminhar a molestia temos necessidade de fornecer indirectamente meios que activem a circulação cardio-pulmonar: as bebidas estimulantes (infusão de polygala, de hera-terrestre, etc.) e as bebidas alcoholicas (vinho e aguardente) são indicados.

O alcool é um excitante do systema nervoso, um refrigerante do organismo e um elemento de facil combustão; o seu emprego deve ser muito proveitoso no tratamento da pneumonia. Quando houver delirio e este fôr devido a uma falta de estímulo cerebral em virtude da schemia, o alcool deverá ser empregado. Quando o individuo que se acha accommettido de pneumonia, em seu estado de saude abusou das bebidas alcoholicas, a intervenção do alcool se tornará muito necessaria; nestes casos Jaccoud emprega a aguardente na dóse de 100 grammas por dia; quando o delirio fôr muito violento o mesmo professor aconselha que se renna a poção alcoolica 20 ou 30 gottas de laudano. Nos casos em que o delirio se apresenta em individuos muito excitaveis, não estando a lesão pulmonar em relação com o delirio o professor Jaccoud aconselha o alcool reunido ao almiscar em doses fraccionadas, porque neste caso o delirio é devido a schemia cerebral e ao estado ataxico do doente.

O emprego dos alcoholicos será necessario nos casos de adynamia consideravel e nestas circumstancias o seu emprego será exigido ora no começo da molestia se a prostração fôr tão consideravel que desconfiamos que elle não possa resistir ás differentes phases da molestia, ora em qualquer de seus periodos se a adynamia fôr muito intensa. O alcool actuando como anti-thermico o seu emprego será reclamado quando a temperatura fôr muito elevada.

O emprego dos tonicos (quina, vinho, alimentos de facil digestão, etc.,) é de grande vantagem no tratamento da pneumonia; assim nos casos de adynamia consideravel, pulso fraco e depressivel, dyspnéa, impulsão cardiaca fraca, devemos lançar

mão dos tónicos com o fim de levantar as forças do doente e estimular suas funções vasculares e nervosas.

Nas pneumonias adynamicas, diz Gairdner, devemos lançar mão de uma boa alimentação, isto é, uma alimentação que esteja em relação com o estado do doente. Os licores fortes só devem ser empregados quando o individuo é dado ao uso ou abuso do alcool; devem ser empregados em doses moderadas, não como alimento, mas com o fim de favorecer a alimentação pelos meios ordinarios.

Em 132 casos de pneumonia Bennet empregou só e exclusivamente a medicação tónica e obteve para 100 casos uma mortalidade de 3,10.

Os ferruginos podem ser empregados com vantagem na pneumonia, excepto o caso em que haja diarrhéa.

O professor Strahl (de Strasbourg) nos diz ser de grande vantagem, no tratamento da pneumonia nos velhos, o acetato neutro de chumbo, podendo mesmo ser empregado com vantagem em todas as idades.

Elle o emprega na dose de 30 á 60 centigrammas e mesmo mais; debaixo de sua influencia, diz Strohl, a frequencia do pulso diminue, a temperatura baixa no sexto dia de tratamento, devendo o seu emprego ser suspenso logo que se manifestar a resolução.

O almiscar é empregado nos casos de grande delirio e sobretudo nas pneumonias ataxicas; mediante dous ou tres grammas de almiscar obtem-se, ordinariamente, uma sedação prompta do systema nervoso.

Quando houver excitação viva, delirio ruidoso será bom addicionar 5 ou 6 centigrammas de opio; o alcool nestes casos nos presta muitos serviços. O almiscar póde ser empregado debaixo da fórma pillular ou ainda melhor em poção.

Empregam communmente os revulsivos no tratamento da pneumonia; elles não devem ser empregados no principio, mas sim quando a escuta nos revelar a existencia de stestores de retorno e principalmente quando o sopro tubario nos indicar, por sua persistencia, que o endurecimento pulmonar segue uma marcha anormal.

Para obtermos resultados satisfactorios dos revulsivos (vesicatorios) é preciso que elles sejam amplos, isto é, que abranjam por exemplo toda a face anterior ou posterior do lado correspondente a lesão.

Nos casos de endurecimento chronico dos pulmões, schlerose ou caseificação, podemos lançar mão dos sedenhos, moscas, etc., e internamente podemos empregar o iodureto de potassio, o calomelanos em doses fraccionadas.

O sulphato de quinina diminuindo a temperatura e augmentando a pressão vascular pôde ser empregado no tratamento da pneumonia; o seu emprego é reclamado nas fórmulas intermitentes e remittentes da pneumonia e nos casos em que a molestia se complicar de um accesso intermittente ou remittente.

O frio tem sido empregado, na Allemanha, no tratamento da pneumonia. Niemeyer e Smoler dizem que a applicação de compressas frias e mesmo de gelo no ponto correspondente a pontada, faz com que em certos casos o doente sinta um bem estar em virtude da diminuição do calor.

A maioria dos praticos allemães empregam os vomitivos no tratamento da pneumonia das crianças, fazendo preceder ao seu emprego as emissões sanguineas.

Elles empregam por muitos dias, não só no primeiro periodo, como tambem em uma época mais adiantada da molestia e sobretudo quando a inflammação, depois de haver desaparecido, tende de novo a ostentar-se.

Quando a hepatisação persiste depois de ter desaparecido a febre a administração dos calomelanos e da digitalis é muitas vezes seguida de successo, depois dos vomitivos. O emprego destas medicações deve ser continuado enquanto a hepatisação não passar ao periodo resolutivo; no caso em que o restabelecimento tende fazer esperar, será bom que recorramos ao emprego da scylla, da polygala, etc.

Animados pelos successos que os sectarios de Hahnemann pretendiam obter de seu methodo de tratamento, muitos medicos submeteram seus doentes a expectação (Dietl de Vienna, Niemeyer de Greifswald, Schmidt, Balfour na Inglaterra); estes

medicos nos affirmam que o pneumonico póde se restabelecer, auxiliado pela força medicatriz da natureza, e que a mortalidade é igual a obtida pelos outros methodos de tratamento.

O medico nunca deverá cruzar os braços diante de um pneumonico, mormente sendo o seu fim alliviar os soffrimentos dos individuos que o reclamam.

E' verdade que elle não póde sustar a marcha desta molestia, mas possui meios que podem attenuar este ou aquelle symptoma; sua intervenção, pois, é sempre necessaria em casos desta ordem. O methodo exptante, em absoluto, no tratamento da pneumonia não deve ser admittido.



V9/233

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

CADEIRA DE PHARMACIA

DAS QUINAS

I

Chama-se quina a casca de algumas arvores da familia das Rubiaceas.

II

No meiado do seculo passado foi que as virtudes da quina chamaram a attenção dos europeos residentes no Perú.

III

Das quinas as mais apreciadas são: a calyssaia ou amarella e a vermelha.

IV

Dos alcaloides das quinas os mais empregados são: a quinina e a cinchonina no estado de sulphato.

V

As quinas amarellas são as mais ricas em quinina e tem menos tannino e cinchonina.

VI

As quinas cinzentas encerram mais tannino e cinchonina que quinina.

VII

As quinas vermelhas têm menos quinina que as amarellas e mais ricas em cinchonina que as cinzentas.

VIII

A quina é um medicamento heroico, é o primeiro dos febrifugos conhecidos.

IX

A quina é empregada principalmente contra as febers intermitentes.

X

A quina é ao mesmo tempo tonico e antiseptico.

XI

A quina amarella é muito mais empregada e é preferivel a cinzenta na preparação do vinho de quina.

XII

A quina, quando empregada em dóse exagerada em lugar de ser um tonico, é um irritante.

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

CADEIRA DE ANATOMIA TOPOGRAPHICA, MEDICINA
OPERATORIA E APPARELHOS

DAS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES DA LITHROTRICIA E DA TALHA

I

A lithrotricia tem por fim reduzir os calculos a pequenos fragmentos para que possam ser expellidos pela urethra sem operação sanguinolenta.

II

A talha é uma operação que consiste em fazer-se uma ferida na bexiga para ir-se a procura de um calculo.

III

Quando a urethra offerecer facil introduccão do lithrotridor e o estado geral do operando fôr satisfactorio, a lithrotricia será sempre preferivel.

IV

Nas crianças e todas as vezes que o doente apresentar irritabilidade exagerada da mucosa vesical e estiver depauperado a talha será preferivel.

V

A pluralidade dos calculos, seu enkystamento e sua grande consistencia reclamam a talha.

VI

A idade avançada, as affecções chronica dos rins, da bexiga e prostata contraindicam a lithrotricia.

VII

A pequena extensão e direcção da urethra, sua facil dilatibilidade na mulher fazem que a lithrotricia seja indicada sempre que a natureza do calculo não a contraindica.

VIII

Se pelo exame exploratorio reconhecer-se a existencia de um calculo molle e friavel praticar-se-ha a lithrotricia de preferencia.

IX

Se a presença do calculo der lugar a cystite interna, a nephrite, a pyelo-nephrite e em summa á uma affecção grave por si mesma e se verificar a hypertrophia, a paralysis da bexiga, se a introduccção da sonda provocar dôr excessiva com convulsões e accidentes taes que possam trazer a morte, a lithrotricia será formalmente contraindicada.

X

Desde que corpos extranhos, taes como: fragmentos de ins-

V.9/236

trumentos não possam ser reduzidas pelo lithrotridor, recorrer-se-ha a talha.

XI

Em paridade de indicações tentar-se-ha em primeiro lugar a lithrotricia por ser menos dolorosa e aterradora.

XII

As estatísticas não servem de base para mostrar a preferencia de uma ou de outra destas operações.



v. 9/237

SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

HEMORRHAGIAS

I

Hemorragia é o corrimento de sangue para fóra dos vasos que o contém.

II

Ha duas grandes classes de hemorragias a saber: traumáticas e espontaneas.

III

A hemorragia que se faz em um ponto qualquer do corpo e no curso de uma molestia e coincidindo com a sua cura é considerada critica.

IV

As hemorragias que substituem o fluxo menstrual ou hemor-

rhoïdal supprimido, são raras e são consideradas como supplementares.

V

A herança, o excesso de calor ou de frio, a diminuição de pressão atmosphérica, o augmento de sangue em consequencia de um regimen muito substancial, são causas de hemorragias activas.

VI

A velhice que concorre para o enfraquecimento dos vasos, encrustando-os de saes, a perda de plasticidade do sangue pela dissolução da fibrina nas febres graves, e as molestias organicas que ulceram os tecidos, são causas de hemorragias passivas.

VII

Qualquer que seja a causa occasional de uma hemorragia, para que o sangue saia dos vasos é preciso que haja uma ruptura dos grossos conductos ou vasos capillares.

VIII

Quando as hemorragias são muito abundantes, ou se reproduzem muitas vezes, deixam após si uma pallidez do semblante e do corpo acompanhada de fraqueza, dyspepsia, palpitações, vertigens, tendencias a syncopes e nevralgias da cabeça.

IX

Os symptomas das hemorragias differem segundo o orgão em que ellas se fazem.

X

Nas hemorragias das arterias o sangue é vermelho e sahe em jactos intermittentes (saccadé).

XI

Nas hemorragias venosas o sangue é vermelho escuro, e corre em jacto continuo, na dos capillares corre lentamente em fôrma de nappe.

XII

As hemorragias subitas e muito consideraveis podem trazer a morte instantanea (hemorrhagia fulminante).

V.9/239

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile.

(*Sect. I, Aphor. I*)

II

Morborum acutorum non omnino tutæ sunt præditiones, neque mortis, neque sanitatis.

(*Sect. II, Aphor. XIX*)

III

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit.

(*Sect. V, Aphor. XXXII*)

IV

Mulieri menstruis deficientibus, e naribus sanguinem fluere, bonum.

(*Sect. V, Aphor. XXXIII*)

V

Mulieri menses decolores, neque secundum eadem (tempus et modum) semper prodeuntes purgatione opus esse significant.

(*Sect. V, Aphor. XXXVI.*)

VI

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

(*Sect. VIII Aphor. VI*)

115

1234

Esta these está conforme os Estatutos.— Rio de Janeiro, 9 de Setembro de 1880.

Dr. Martins Teixeira.

Dr. Ferreira dos Santos.

Dr. Benicio de Abreu.