

28 d'Oliveira Santos 7 J.

INDEXED



# THESE

DE

FRANCISCO JOAQUIM D'OLIVEIRA SANTOS.

1867.

ARMY  
MEDICAL  
JAN 18 1935  
LIBRARY



THESE

FOR THE

1807

*Av. Ex<sup>ma</sup> Sr<sup>a</sup> D. A. M.<sup>te</sup> Barbara e filha, an<sup>o</sup>  
de Saupar.*

# THESE

QUE DEVE SUSTENTAR EM NOVEMBRO DE 1867

PARA OBTER O GRÃO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

PELA

FACLIDADE DA BAHIA

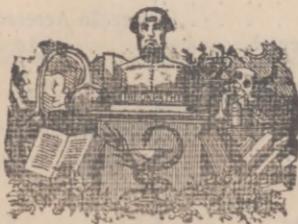
FRANCISCO JOAQUIM D'OLIVEIRA SANTOS,

(NATURAL D'ESTA PROVINCIA)

E filha legitima de Francisco Joaquim d'Oliveira Santos e D. Maria  
Ignacia Fernandes Santos.

Edidi quæ potui, non ut volui; sed ut  
me temporis angustioe coegerunt.

(CIC. DE ORAT.)



BAHIA:

TYP. DO—PHAROL—RUA DIREITA DA MIZERICORDIA N. 4.

1867.

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

## DIRECTOR

O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. JOÃO BAPTISTA DOS ANJOS.

## VICE-DIRECTOR

O EXM. SNR. CONSELHEIRO DR. VICENTE FERREIRA DE MAGALHÃES.

## LENTES PROPRIETARIAS,

OS SRS. DOUTORES	1.º ANNO.	MATERIAS QUE LECCIONÃO
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães.	}	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.		Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho		Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.	
Antonio de Cerqueira Pinto	}	Chimica organica.
Jeronimo Sodré Pereira.		Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	}	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho		Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.	
Cons. Elias José Pedroza.	}	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Siqueira		Pathologia geral.
Jeronimo Sodré Pereira	}	Physiologia.
		4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas.	}	Pathologia externa.
		Pathologia interna.
Mathias Moreira Sampaio.	}	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recém-nascidos.
		5.º ANNO.
	}	Continuação de Pathologia interna.
Joaquim Antonio d'Oliveira Botelho		Materia medica e therapeutica.
José Antonio de Freitas	}	Anatomia topographica, Medicina operatória, e apparatus.
		6.º ANNO.
Antonio José Ozorio.	}	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto.		Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	}	Hygiene, e Historia da Medicina.
		Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	}	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.
<b>OPPOSITORES,</b>		
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	}	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha		
Pedro Ribeiro de Araujo		
José Ignacio de Barros Pimentel.		
Virgilio Climaco Damazio		
José Affonso Paraizo de Moura	}	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins		
Domingos Carlos da Silva.		
Demetrio Cyriaco Tourinho	}	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos		
João Pedro da Cunha Valle		

## SECRETARIO

O SR. DR. CINCINNATO PINTO DA SILVA.

## OFFICIAL DA SECRETARIA

O SR. DR. THOMAZ D'AQUINO GASPAS.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

# DISSERTAÇÃO

VANTAGENS DA ESCUTAÇÃO E PERCUSSÃO PARA O DIAGNOSTICO,

## DIVISÃO

- I. Da escutação em geral.
  - II. Da percussão em geral.
  - III. Diagnostico de algumas molestias do apparelho respiratorio.
- 

## PROPOSIÇÕES

### SECÇÃO MEDICA

Contagio.

---

### SECÇÃO CIRURGICA

Fracturas em geral.

---

### SECÇÃO ACCESSORIA

Extractos em geral.





## DA ESCUTAÇÃO EM GERAL.

Savoir observer est le plus précieux talent du Médecin, puisque notre art est là presque toute entière.

( J. ARNOULD.)



ESCUAÇÃO é este poderosissimo meio de exploração, que consiste em applicar-se quer directa, quer indirectamente, o ouvido sobre uma parte sã ou doente do corpo com o fim especial de perceber-se os ruidos physiologicos ou pathologicos, que se dão no interior do organismo.

Descoberta em 1816 pelo illustrado e eminente Laennec a escutação é para nós uma das mais uteis e vantajosas producções, que tem apparecido no seculo desanove ao estudo da grande sciencia de Hippocrates, devendo entre as demais producções modernas occupar o primeiro lugar, por isso que deo nascimento á uma nova epocha para a medicina propriamente dita, fazendo desaparecer para sempre a dolorosa exclamação de de Baglivi, que até então echoava por todo o globo: «*O' quantum difficile est curare morbos pulmonum! O' quanto difficilius eosdem cognosceret*» E na verdade, se é exacto, como julgamos, que não ha tratamento racional sem verdadeiro diagnostico, a escutação, por isso que na grande maioria dos casos leva-nos á exactidão do diagnostico, faz com que tambem a therapeutica participe d'este melhoramento, e consequentemente ahi temolla prestando muitissima utilidade, directamente ao primeiro, e indirectamente á segunda.

Antes de seo completo descobrimento já muitos praticos, alias genios emprehendedores, como Cœlius Aurelianus, Paul d'Égine, Ambroise Paré, Corvisart e outros fazião uso da escutação immediata, servindo de base para isto as seguintes palavras de Hippocrates—«*Se applicardes o ouvido ao peito, ouvireis*»; porem que vacuo para nós, se nos fossemos guiar no diagnostico das molestias dos órgãos thoracicos pelas suas incompletas e improficuas observações, que não erão mais do que germens, que ficarião para sempre estereis, se pelo genio não tivessem sido fecundados!

Foi preciso, pois, que estas palavras de Hippocrates em verdadeira peregrinação atravessassem o immenso espaço de vinte e dois seculos, para que chegassem ao seo completo desenvolvimento; e na verdade marchava a medicina a passos lentos, quando apresentou-se o eminente Laennec com o seo precioso thesouro scientifico intitulado—Tractado da escutação mediata—fazendo-a progredir rapidamente, por isso que rasgou de chôfre o espesso véo, que encobria, o que até então havia de mais util e proveitoso na mais nobre das sciencias.

Quem ler esta obra monumental de Laennec, quem vir a verdadeira interpretação que elle soube dar ás palavras de Hippocrates, já ligando á cada lesão dos órgãos thoracicos os differentes e variados ruidos, que lhe descobria o seo ouvido, já creando uma linguagem toda nova para exprimir-os, já creando tambem e descrevendo o seo precioso instrumento acustico, já enfim formando uma sciencia toda especial, por certo que não duvidará da grande utilidade, quo na maioria dos casos nos presta este magnifico meio exploratorio, que conhecemos sob a denominação de escutação.

Qu'importa que estes descrentes da sciencia de Cós não lhe deem o apreço devido, quando para convencil-os temos as observações e os factos constantemente repetidos?

Laennec não contente com o estudo aprofundado que fez da escutação applicada aos órgãos thoracicos, indicou, se bem que accessoriamente, as vantagens que d'ella se poderia tirar no diagnostico da prenhez, certos casos de fractura, calculos vesicaes, aneurismas, abscessos do figado, etc.; e na realidade este meio de exploração foi depois convenientemente applicado aos casos acima mencionados, graças aos serios e aturados estudos de M. Mayor, Paul Dubois, Nœgelé filho, Depaul e outros.

Por termos dito a principiõ que a escutação devia occupar o primeiro

lugar entre as demais produções modernas, não se conclua que ella por si só nos poderá levar sempre á exactidão do diagnostico, porém o que é absolutamente incontestavel, é, que ella ás mais das vezes fornece-nos dados os mais precisos para reconhecermos as molestias dos orgãos thoracicos, e para distinguirmos umas das outras; podemos por ella diagnosticar lesões, que se não traduzem por nenhum dos symptômas racionaes; e finalmente faz-nos tambem descobrir molestias, que, sem o seo soccorro ficarião inteiramente desconhecidas para nós. Pelos symptomas ordinarios, que se julgava antigamente sufficientes tambem podemos, é verdade, diagnosticar algumas vezes certas molestias dos orgãos thoracicos, sendo porém absolutamente indubitavel, que elles adquirirãõ maior grão de probabilidade, se lhes ajuntarmos os signaes fornecidos pela escutação.

A escutação pode ser immediata ou mediata, conforme é praticada simplesmente com o ouvido, ou com este, armado de um instrumento acustico de forma especial, que conhecemos com a denominação de sthetoscopio. A proposito d'este instrumento não daremos sua discripção, por isso, que sendo por todos nós mui conhecido, escusado será que nos occupemos d'elle minuciosamente: entretanto diremos que cahindo em desuso o de Laennec pela complicação de sua composição, máos resultados obtidos, etc. adoptou-se o de M. Luiz não só pela simplicidade que apresenta, senão tambem pelos bellos resultados que com elle obtemos, conforme provão as observações de todos os praticos hodiernos.

Laennec ligava muita importancia ao emprego do sthetoscopio, e até entendia, que mui poucas vezes se deveria empregar a escutação immediata em vista dos máos resultados com ella obtidos; porém, posto que curvemos a fronte á sua alta e cultivada intelligencia, não achamos razão n'este seo modo de pensar, por isso que não, estando no emprego do sthetoscopio o merito da escutação, quer estudemo-la immediata, quer mediatamente, os resultados obtidos serão identicos, conforme tem exuberantemente provado as observações e os factos. Elle allega certas razões, que, sendo para nós pouco plausiveis, não emittiremos em nosso myrrhado escripto, não só por serem já muito sabidas, senão tambem para não nos tornar mui prolixo e fastidioso. Não devemos nem proscreever nem adoptar exclusivamente um ou outro modo de exploração, ao contrario nos devemos educar com ambos indistinctamente, por isso que elles tem

suas vantagens especiaes, cuja escolha depende de condições inteiramente differentes.

Em conclusão diremos, que a escutação mediata só levará vantagem sobre a outra, quando tivermos de observar um ruido anormal, que esteja circumscripto n'este ou n'aquelle ponto; quando os escrúpulos de pudor opponhão-se, a que o pratico applique o ouvido directamente sobre a região anterior do thorax de uma senhora; quando tivermos de escutar certos pontos em que o ruido não possa bem adaptar-se, como thorax mal conformado, axilla, regiões super e sub-claviculares, grossos vasos, e quando finalmente em certas partes do corpo houverem ulceras, soluções de continuidade, infiltrações, etc., e applicação de substancias medicamentosas, como visicatorios, cataplasmas, pelo que salvas estas condições deveremos ás mais das vezes empregar a escutação immediata.

REGRAS GERAES,—Como todos os outros meios de exploração, a escutação, quer immediata, quer mediata, tem suas regras que o pratico deverá sempre seguir, afim de com facilidade poder obter um resultado satisfactorio. Assim quando o clinico tiver de examinar um doente, que elle supponha ter uma molestia na caixa thoracica, logo que chegar á sua cabeceira, em quanto não passar a impressão mais ou menos forte de que este se apodera ordinariamente com a presença do mesmo, deverá primeiramente observar o cortejo de symptômas ordinarios, que quase sempre acompanhão a mesma, e depois examinando convenientemente os outros meios de exploração mais facéis, e bem conhecidos para nós, empregará a escutação como mais difficil, por isso que partindo do simples para o composto, com mais probabilidade chegará ao seu desideratum. Escusado será observar tambem, que todo o silencio possivel tornar-se-ha absolutamente indispensavel, e que todo a sua attenção deverá convergir para o que elle vai perceber.

A parte que o clinico tiver de examinar deverá melhor achar-se inteiramente descoberta, ou, dadas certas circumstancias, coberta com um panno fino, e bem flexivel, exceptuando porem a seda ou lã; os musculos que cobrirem o ponto que tivermos de explorar deverão tambem estar em completo estado de relaxamento, por isso que, pela sua contracção augmentando-se a espessura da parte explorante, os ruidos serão menos perceptíveis pelo grande espaço que terão de percorrer para chegarem ao ouvido do observador, e mesmo pelos ruidos proprios dos musculos em

contração, os quaes confundindo-se com os que elle deseja obter darão um resultado pouco satisfactorio.

Deverá tambem o practico estar exercitado com ambos os ouvidos egualmente; se porem acontecer (o que não é muito raro) que um ouvido seja mais delicado que o outro servir-se-ha do melhor, e tomará a posição mais conveniente.

Querendo escutar o peito, empregando o sthetoscopio, util se torna, que este seja collocado como uma penna de escrever, applicado perpendicularmente de modo, que a sua extremidade inferior se ache bem adaptada á parte explorante por todos os pontos de sua circumferencia, e a superior bem ajustada tambem com o pavilhão do ouvido, estando o conducto auditivo na mesma direcção que o do instrumento, que deverá ou estar abandonado e mantido somente pela única pressão da cabeça, afim de evitar todo o attrito possivel, ou então seguro com os dedos, sendo porem isto indifferente, e dependendo exclusivamente do habito do clinico.

O doente poderá estar no leito, ou assentado em uma cadeira. Se estiver no leito, para a exploração da parte anterior o practico fal-o-ha deitar-se sobre o dorso, ou assentar-se, conforme certas circumstancias relativas á aquelle, e ao doente, tendo tambem o cuidado de dispor o corpo d'este symmetricamente. Tomada que seja esta precaução escutará a região anterior dos dois lados comparativamente, e do vertice para a base, partindo sempre do lado que elle supuser são, afim de poder convenientemente apreciar as mais insignificantes modificações, que houverem, e melhor formar um juizo seguro. Se porem tiver de examinar os lados do thorax, deverá deital-o do lado opposto ao explorante, ou assental-o com o braço correspondente sobre a cabeça. Quanto ao exame da parte posterior convirá tambem que o doente esteja assentado com o dorso voltado para o practico; os braços deverão estar bem crusados, e o corpo inclinado para a parte anterior. O doente poderá mesmo estar deitado sobre o ventre, porem esta posição sendo muito incommoda para elle, melhor será que fique assentado, e, em certos casos, seguro por um ou dois ajudantes. Para a exploração de todas estas partes o practico deverá quasi sempre ficar do lado que tiver de explorar, e consequentemente applicar o ouvido correspondente.

Acontecerá tambem, que a respiração natural não seja sufficiente para tornar salientes os ruidos anormaes; n'este caso então o observador

fará o doente respirar mais fortemente: outrosim, nunca deverá satisfazer-se com um exame somente, por isso que, por alguma circumstancia que lhe passe desapercibida, o resultado não sendo concludente, é de restricta obrigação, que elle a pratique duas e mais vezes.

Quando o mesmo tiver de escutar uma pessoa de baixa estatura, ou uma criança, convirá pol-as em uma posição tal, que não se torne necessaria tambem uma posição difficultosa para aquelle, e mesmo que não abaixe muito a cabeça, por quanto, havendo affluxo de sangue para este ponto, não poderá ouvir claramente os ruidos anormaes que possam existir no doente.

Quer o practico empregue a escutação mediata, quer a immediata deverá observar as precauções acima ditas.

Quanto finalmente á escutação do coração e grossos vasos, salvas poucas circumstancias, as precauções acima mencionadas serão as mesmas.





## DA PERCUSSÃO EM GERAL.

Entre os meios de exploração que devem achar-se ligados á escutação, e que de concumitancia com ella ainda mais contribuem para a exactidão do diagnostico, como a pressão, palpação, inspecção, tacto, mensuração etc., um existe absolutamente inseparavel d'ella, o qual consiste em obter-se de uma parte qualquer do corpo a resonancia normal ou pathologica, que n'ella se encontra; queremos fallar da percussão.

Posto que alguém diga, que este magnifico meio de exploração da cta de poucos annos, encontramos todavia nos authores antigos trechos provando que a percussão já era empregada por Hippocrates, Aretée, Galeno, Paul d'Egine e outros. Verdade é, que não erão sinão factos inteiramente isolados, e que mui pouca utilidade podião prestar á estes e outros practicos, por isso que não estavam ainda ligados em corpo de doutrina.

Assim pois permanecia a sciencia de Cós n'este ponto, quando em 1762 Awenbrugger deo publicidade á sua importantissima obra intitulada —*Inventum novum ex percussione thoracis humani*—Apezar d'isto porem ainda teria ella ficado sepultada na obscuridade, se em 1808 Corvisart não a tivesse naturalizado francesa, e assim podesse vulgarisar-se entre os filhos de Hippocrates, como realmente aconteceu.

Estes importantes trabalhos, se bem que utilissimos, não deixavão de ter seos inconvenientes, e consequentemente de apresentar resultados pouco satisfactorios; muito faltava ainda para o seo completo desenvolvimento, quando em 1828 apresentou-se M. Piorry com grandes aperfeiçoamentos n'este meio de exploração, fazendo uso da percussão mediata. Foi elle quem applicou-a de uma maneira a mais precisa, e estendeo-a a um grande numero de casos, que até então havião passado desaperce-

bidos por Awenbrugger; finalmente foi elle tambem, quem fez, com que a percussão fosse presentemente uma das bases solidas para o esclarecimento do diagnostico de um grande numero de molestias, não tirando entretanto á Awenbrugger o direito de descobridor da percussão.

A percussão, como a escutação, pode ser immediata ou mediata, conforme queremos por meio dos dedos directamente apreciar a resonancia de uma parte do corpo, ou indirectamente, interpondo um corpo de natureza variavel aos dedos que percutem, e á parte que queremos percutir. Este corpo intermediario do qual acabamos de fallar é o que conhecemos sob a denominação do plessimetro, cuja discripção deixamos de apresentar, visto como é por todos nós bem conhecida.

Como a escutação, tambem a percussão mediata era antigamente mais empregada, por isso que, dizião os practicos, os seus resultados erão muito mais precisos; a applicação do plessimetro não martyrisava tanto o doente; o som que se percebia era muito mais claro etc., emfim só empregavão a percussão immediata, quando o doente estava em grande estado de magresa, quando havia deformação sensivel da parte, e finalmente nos casos em que o plessimetro não se podia bem adaptar com a parte á percutir, entretanto os factos comprovados pelas innumeradas observações demonstrão hoje inteiramente o contrario, pelo que salvos os casos em que tenhamos de percutir orgãos muito profundos, como o baço, rins etc., devemos dar preferencia á percussão immediata.

Sectario, pois, como somos, da percussão immediata, não podemos todavia proscreever a percussão mediata, se bem que em rarissimos casos seja ella empregada, ou melhor não se faça uso d'ella entre nós; devemos ao contrario nos familiarisar com um e outro modo de exploração, e com especialidade com o primeiro, por ser mais facil, mais commum, e dar-nos esclarecimentos mais precisos.

Para podermos bem practicar a percussão, e obter bons resultados, devemos, como na escutação ter certas precauções, que se tornão absolutamente indispensaveis para o seo bom exito.

Sendo ordinariamente o index ou o medio da mão esquerda os dedos que são empregados como plessimetro, devemos collocal-os indifferentemente na supinação ou pronação, segundo a posição do doente, preferindo todavia a ultima, porquanto a face palmar sendo mais molle e flexivel melhor se poderá adaptar aos intervallos costaes, e mesmo percutiremos

sobre um ponto mais resistente como a face dorsal. O index e o medio da mão direita collocados em uma posição tal, que suas extremidades estejam no mesmo nivel, servirão para percutir sobre um dos mesmos da mão esquerda. A mão que percute, é quem deve somente executar os movimentos necessarios á este acto, os quaes deverão ser limitados ao punho do practico, afim de que o choque seja muito secco e curto. Ha quem supponha que, quanto mais forte for o choque impresso pela mão que percute á parte percutida, maior sonoridade deverá esta sempre apresentar, porem julgamos o contrario; estamos de accordo n'este ponto com a theoria de M. Mailliot, que diz, que uma percussão leve permite apreciar melhor a sonoridade das camadas superficiaes, e que tornando-a progressivamente mais forte poder-se-ha apreciar a densidade dos pulmões em diferentes profundidades, pelo que em regra geral podemos afirmar, que sempre que tivermos de percutir um orgão qualquer da economia humana deveremos principiar por pequenos choques, e augmental-os progressivamente conforme a molestia esteja menos ou mais profundamente situada.

Sempre que tivermos de empregar a percussão, deveremos como na escutação principiar pelo lado supposto são para depois apreciarmos pela percussão da parte doente as mais leves modificações entre uma e outra, observando tambem que não deveremos nos contentar com uma exploração somente; duas e tres tornar-se-hão indispensaveis para o bom exito do diagnostico.

A parte submettida á exploração deve ser descoberta ou coberta com um panno fino e flexivel, como para a escutação. Outro sim cabe-nos tambem observar, que todo o silencio se faz muito necessario, como tambem toda a attenção do practico fixa para o ponto que elle vae explorar.

A posição a darmos ao doente será variavel, conforme o ponto, que quizermos percutir. Para o thorax o doente deverá estar assentado em uma cadeira, ou melhor deitado, variando mesmo n'esta parte, conforme tenhamos de percutir anterior, lateral ou posteriormente.

Quando tivermos de percutir a parede anterior o doente deverá estar com o dorso descansado no encosto de uma cadeira, ou melhor no decubito dorsal; o observador tambem ficará do lado que melhor lhe permittir o exercicio da mão que percutir; o dedo que serve de plessimetro estará collocado de preferencia paralellamente aos espaços intercostaes. Quanto á exploração das partes lateraes o practico fará, com que o doente esteja

assentado com o braço do lado á percutir descansado sobre a cabeça, ou se o seo estado não permittir, deitado sobre o lado opposto ao explorado. A percussão da parte posterior convirá ser feita, estando o doente assentado com os braços crusados. Faz-se necessario algumas vezes collocar o mesmo deitado ora sobre o ventre, ora sobre o dorso, afim de podermos apreciar, se um som observado, estando o doente deitado de um lado, persiste, estando do outro, ou soffre modificações, como acontece nos derramamentos pleuríticos, pericardicos, etc.

Se tivermos de percutir a parede anterior do abdomen, o doente deverá estar no decubito dorsal, e em posição symetrica, os braços estendidos ao longo do corpo, os joelhos levantados e dobrados, afim de que os musculos do abdomen fiquem em estado de relaxamento. Quanto ao lado do abdomen o doente deitar-se-ha do lado opposto.

Finalmente quer empreguemos a percussão immediata, quer a mediata as regras acima prescriptas serão as mesmas.





## DIAGNOSTICO DE ALGUMAS MOLESTIAS DO APPARELHO RESPIRATORIO.

Uma das molestias mais frequentes entre nós é a inflammação da membrana mucosa dos bronchios. No estado agudo apresenta-se ella com symptômas tão insignificantes, que melhor seria lhe darmos o nome de indisposição, que o de molestia, por isso que os seus symptômas são os seguintes; uma tosse mediocre, pouco dolorosa, expectoração de alguns catharros variando de côr, e um pouco de rouquidão; outras vezes porem não acontece assim, ao contrario é tão intensa, que pode até comprometter a vida do doente.

A bronchite, quando intensa, apresenta-se ordinariamente com um cortejo dos symptômas seguintes; tosse frequente, dôr viva, sensação de calor atraz do sterno, calefrios, oppressão as vezes muito pronunciada, febre mais ou menos intensa, cephalalgia etc. A tosse que, n'esta molestia é o mais notavel e frequente dos symptômas reproduz-se as mais das vezes sob a forma de accessos, que são acompanhados de vermelhidão da face, cephalalgia ainda mais intensa, dôres agudissimas no peito, vomitos, etc.; á principio secca, no fim de dois ou trez dias é acompanhada da expectoração de um muco tenue, espumoso, viscoso, e striado de sangue; mais tarde porem esta torna-se mais abundante, espessa, e ainda mais viscosa; finalmente no ultimo periodo os catharros são opacos, de côr amarella desmaiada, ou esverdinhada, e menos abundantes.

Sendo geralmente mui facil discernir a bronchite de qualquer outra affecção thoracica, casos ha porem, em que esta distincção torna-se difficillima, e até impossivel, se nos contentamos tão somente com o exame

dos symptômas, que acabamos de enumerar; vemos portanto, que entre elles um só não existe, que possamos considerar pathognomonic; assim pois a tosse é commum em quasi todas as molestias dos orgãos respiratorios; os catharros podem em alguns casos ser confundidos com os da pneumonia, ou phtysica pulmonar; finalmente a dôr, oppressão, febre, etc., encontram-se em muitas outras affecções. Se porem á estes symptômas, que acabamos de expor, reunirmos os importantissimos signaes fornecidos pela escutação e percussão, não só poderemos discernir a bronchite das outras affecções thoracicas. sinão tambem medir sua extensão, e apreciar seo maior ou menor gráo de gravidade, etc.

#### **Signaes physicos da bronchite aguda.**

Quando a bronchite é simples, por muito intensa que seja, a percussão dá um som claro em toda a extensão do peito. Este signal, se bem que de grande importancia em uma affecção acompanhada de tosse, e oppressão, não é entretanto tão interessante, quanto os que obtemos pela escutação.

Se applicarmos o ouvido directamente, ou armado do sthetoscopio sobre o peito de um doente, ouviremos um stertor, que apresenta modificações particulares, segundo a epocha em que fazemos este exame: no começo da molestia, quando a secrecção da mucosa bronchica é supprimida, este stertor é sonoro, grave, e algumas vezes sibilante; consiste em um ruido, que assemelha-se ao som, que produz uma corda de tripa, que se faz vibrar com o dedo, e quando sibilante ao grito de pequenos passaros. Este stertor que M. Andral designou sob a denominação de—stertor bronchico secco—parece-nos devido á difficuldade, que o ar experimenta em penetrar nos tubos bronchicos estreitados pela tumefacção da membrana mucosa; é tanto mais grave e mais sonoro, quanto mais consideravel é a tumefacção, e occupa os mais grossos ramos bronchicos.

O stertor sibilante pode igualmente depender do estreitamento de um pequeno bronchio, ou de sua obstrucção por uma pequena quantidade de muco muito viscoso.

A proporção que a secrecção mucosa se vae restabelecendo o stertor toma pouco e pouco o caracter, que Laennec descreveo sob a denominação de—stertor mucoso—; dá ao ouvido a sensação de uma successão de bo-

lhas, cujo numero e volume são muito variaveis, sendo estas formadas pela passagem do ar aavez das mucosidades accumuladas nos bronchios; assemelha-se muito ao ruido, que se produz soprando com um tubo n'agoa de sabão. Este stertor que M. Andral denominou—stertor bronchico humido—é mais ou menos abundante, segundo a quantidade de materias secretadas; quando a bronchite é muito passageira, este não se faz ouvir, sinão pela manhã, antes da expectoração, e desaparece depois durante o resto do dia. Finalmente differe do que observamos nas escavações tuberculosas, em que não é tão estrondoso, e mesmo permite-nos ouvir distinctamente o ruido natural da respiração, ou respiração vesicular. O gráo de intensidade da bronchite pode ser facilmente apreciado pelo stertor; esta é tanto mais grave, quanto maior extensão da mucosa bronchica occupa a inflamação; ora o estertor não se fazendo ouvir sinão no lugar affectado, claro está que a extensão do peito, em que o encontramos mede o espaço, que occupa a inflamação.

Accontece algumas vezes, quando escutamos o doente, que observamos a suspensão do ruido respiratorio no lugar affectado. Esta suspensão que é devida á obstrucção momentanea de algum ramo bronchico, apparece muitas vezes repentinamente, e cessa depois de alguns exforços de tosse ou da expectoração de alguns catharros; em alguns casos o ruido da respiração não deixa completamente de ser ouvido, ha somente uma diminuição notavel em sua intensidade, e o stertor mucoso torna-se muito obscuro. Alem d'isto concebe-se facilmente, que esta suspensão do ruido respiratorio, ainda mesmo que completa, não pode ser confundida com a que observamos no caso de impermeabilidade do pulmão, ou de derramamento na cavidade da pleura, á principio porque ella não é momentanea, depois porque a percussão dá um som claro em toda a extensão do peito.

#### **Da bronchite chronica.**

Os symptômas da bronchite chronica nflo differem dos que ella apresenta no estado agudo, sinão pela sua menor intensidade: consistem em uma tosse mais ou menos frequente, expectoração de catharros mucosos, um pouco de dyspnèa, e em alguns casos uma reacção febril pouco pronunciada. A percussão dá quasi sempre um som claro, se a molestia

não é complicada, e pela escutação observamos o stertor mucoso mais ou menos abundante.

A bronchite chronica nem sempre se apresenta tão benigna, quanto acabamos de expor. Em alguns casos, raros, é verdade, a expectoração augmenta, os catharros tornão-se puriformes, o doente emmagrece, a febre torna-se contínua com accessos durante a tarde, a pelle ardente e arida, sobrevem a diarrhea, o doente apresenta em summa um cortejo de symptômas, que teem a maior analogia com os da phtysica pulmonar. N'estes casos, como apresentarmos caracteres distinctivos para uma e outra molestia, se o simples exame dos symptômas racionaes não nos pode levar ao gráo de elucidação, que desejamos? Ficariamos portanto na duvida, se ao nosso alcance não tivessesmos os signaes distinctivos revelados pela percussão, e principalmente pela escutação, como abaixo se vê: o stertor mucoso na bronchite chronica é o unico signal, que nos revela a escutação e apesar da sua existencia ouvimos perfeitamente a respiração normal, sendo ella até muitas vezes mais energica que no estado normal, e adquirindo portanto o character pueril. Na phtysica pulmonar os signaes physicos são em maior numero, e apresentam algumas modificações, segundo a epocha em que examinamos o doente. Quando os tuberculos estão em estado de cruêsa, e teem sua séde no vertice do pulmão, observamos ordinariamente (o que não acontece na bronchite chronica) uma diminuição de sonoridade do peito nos pontos correspondentes ao engurgitamento tuberculoso; o ruido da respiração é muito mais fraco, que no estado physiologico, tornando-se o da expiração muito mais sensivel e prolongado, que o da inspiração; em epocha mais avançada da molestia, ou melhor, quando os tuberculos principião o seo trabalho de amollecimento ouvimos um stertor mucoso ou gargarejo produsido pela passagem do ar atravez da materia tuberculosa amollecida; emfim quando uma excavação se tem formado no tecido pulmonar a respiração e a tosse tomão o character cavernoso, e manifesta-se ao mesmo tempo a pectoriloquia. Portanto por este pouco que temos dito, podemos, sem medo de errar, afirmar as immensas vantagens dos signaes physicos revelados pela percussão e escutação, fazendo de chôfre desaparecer todas as duvidas, que nos pode trazer a reunião dos symptômas ordinarios.

Pode ainda acontecer, que uma dilatação dos bronchios exista conjunctamente côm a bronchite chronica, e n'este caso a distincção entre

ella e a phtysica pulmonar ainda mais difficil se torna. Na realidade nos pontos em que as mais fortes dilatações existem, ouvimos uma pectoriloquia mais ou menos perfeita, e um stertor de grossas bôlhas, semelhante ao stertor cavernoso dos phtysicos; a respiração e a tosse tambem apresentam o character cavernoso, porem n'este caso a combinação dos symptômas com os signaes physicos, e a marcha da molestia bastão ordinariamente para estabelecer a distincção; assim na bronchite chronica com dilatação dos bronchios a febre não é continua, a respiração não é embaraçada sinão quando o doente faz exercicios violentos, não ha emagrecimento bem pronunciado, e a expectoração sempre mucosa nada apresenta de caracteristico.

#### **Da pneumonia.**

A inflamação do parenchyma pulmonar é uma molestia, que observamos constantemente, e que se desenvolve em qualquer parte, e debaixo de qualquer estação, não poupando nem idade, nem constituição, e tendo muitas vezes terminação funesta. Se bem que descripta pelos authores os mais antigos, não foi entretanto bem conhecida sinão d'esde a descoberta da escutação.

A pneumonia apresenta ordinariamente os symptômas seguintes: dôr profunda em um dos lados do peito, ou em ambos, uma dyspnêa mais ou menos pronunciada, tosse, expectoração de catharros sanguinolentos, calefrios, rubefacção da face, febre, etc. Se encontrassemos sempre estes symptômas reunidos, nada seria mais facil, que diagnosticar esta molestia, porem assim não acontece sempre. Vejamos pois, examinando cada um d'estes symptômas em particular, que não só elles são muito variaveis, sinão tambem podem faltar em alguns casos.

Assim a dôr é algumas vezes tão pouco pronunciada, que o doente não a accusa; pode até faltar completamente, o que observamos principalmente, quando a pneumonia existe sem complicação. Segundo Andral, esta não existe, sinão quando a pleura participa d'este estado inflammatorio, alem d'isto como poderiamos affirmal-a em uma criança, que não falla, ou em um individuo que delira?

A dyspnêa não é um indicio sempre fiel da extenção da pneumonia; assim vemos casos, em que ella é pouco consideravel, ainda que se ache

hepatisada uma grande parte do pulmão; outras vezes porem a escutação nos demonstra, que a inflammação occupa uma pequena parte do pulmão, entretanto que a difficuldade da respiração é excessiva.

Quanto a tosse, não apresenta caracter algum notavel; sua frequencia e força raramente estão em relação com a intensidade da inflammação; secca á principio, torna-se depois humida, e dá lugar do segundo ao terceiro dia á uma expectoração, que apresenta muita importancia. Na verdade os catharros pneumonicos em alguns casos são tão caracteristicos, que basta vel-os para reconhecer-se a molestia. São viscosos, transparentes, e inteiramente misturados com pequenas bôlhas de ar, e muito adherentes ás paredes do vaso, que os contem; sua côr é amarella, esverdinhada, ferruginosa, ou avermelhada, entretanto esta diversidade de côres apresenta-se algumas vezes no mesmo catharro, e resulta da maior ou menor quantidade de sangue, que se acha de mistura com a materia expectorada.

Se encontrassemos sempre estes catharros na pneumonia nada seria mais facil, que o seo diagnostico, porem as vezes são tão differentes, que nada apresentão de caracteristico; umas vezes são pouco numerosos, e o doente não tem o cuidado de guardal-os, outras porem, como entre os meninos, e os velhos, é quasi impossivel observal-os, por quanto os primeiros fazem-nós passar ás vias digestivas, e os segundos expectorão muito difficilmente.

Posto que a pneumonia seja ordinariamente acompanhada de um movimento febril mais ou menos intenso, não é entretanto raro vermos doentes, que mui pouca alteração apresentão no pulso.

Depois do exame que acabamos de fazer, vê-se, que symptômas da pneumonia podem apresentar numerosas modificações, e que cada um d'elles pode faltar por sua yez, ou quasi todos ao mesmo tempo. Assim vemos muitas vezes nma pneumonia desenvolver-se no curso de uma affecção extranha aos orgãos da respiração, sem que sua existencia seja revelada por algum dos symptômas ordinarios. E como n'este caso poderiamos reconhecê-la, se não tivessesmos ao nosso alcance estes dois poderosissimos meios de exploração, que fazem o objecto de nosso escripto? Estamos pois bem convencidos, de que a pneumonia devia ter sido muitas vezes desconhecida, em quanto fundado o seo diagnostico somente sobre o exame dos symptômas ordinarios; hoje porem, d'esde que propagou-se o uso da escutação e percussão entre todos os practicos, d'esde que combi-

namos os signaes fornecidos por estes dois auxiliares poderosos com o exame dos symptômas, não só esta molestia é facilmente diagnosticada na grande maioria dos casos, sinão tambem podemos ainda acompanhar sua marcha, medir seo gráo de intensidade, e assim prevermos sua terminação favoravel ou fatal.

### **Signaes physicos da pneumonia.**

**SIGNAES FORNECIDOS PELA PERCUSSÃO.**—Depois de termos enumerado todos os symptômas que revestem a entidade morbida acima descripta, vemos que nem sempre podemos affirmar a sua existencia, por isso que em muitos casos, ou faltão alguns d'estes sxmptômas, ou quasi todos; n'estas condicções porem em que o practico fica vacillante, como affirmal-a? recorrendo tambem aos importantes meios exploratorios de que dispomos, graças aos seus eminentes e illustrados descobridores: assim é que o peito de um individuo affectado de pneumonia no primeiro gráo (engouement) resôa bem em toda a sua extensão; algumas vezes porem n'esta epocha já encontramos menos som nos pontos correspondentes ao engurgitamento pulmonar; a proporção que este augmenta, o som torna-se de mais á mais obscuro; finalmente quando a pneumonia tem passado ao gráo de hepatisação obtemos no lugar correspondente um som completamente massiço. Devemos entretanto observar, que quando a inflamação do pulmão é disseminada (pneumonia lobular) e quando mesmo occupa a base, o centro, ou a raiz d'este orgão a percussão não nos offerece signal algum preciso; o peito n'estas circumstancias apresenta uma sonoridade igual em todos os pontos.

**SIGNAES QUE OBTEMOS PELA ESCUTAÇÃO—PRIMEIRO GRÁO—ENGOUEMENT.**  
—O stertor crepitante é o signal o mais precoce da pneumonia; manifesta-se d'esde os primeiros momentos da inflamação, e dá-nos ao ouvido a sensação de uma multidão de bôlhas mui pequenas, e eguaes, e cujas paredes delgadas rompem-se subitamente, produzindo um ruido, que Laennec comparou com o que produz o chlorureto de sodio sobre o fogo, e ainda melhor com o que apresenta o tecido pulmonar são e cheio de ar, quando comprimol-o entre os dedos. Este stertor resulta evidentemente da penetração do ar nas vesiculas pulmonares, que estão n'esto epocha cheias de uma serosidade sanguinolenta. E' o signal o mais importante da

pneumonia; não só elle faz reconhecê-la d'esde o seo começo, como até mede a sua gravidade, e indica precisamente a sua séde. Assim o stertor crepitante é tanto mais abundante, quanto mais grave é a molestia; não se faz ouvir sinão na base ou vertice do pulmão; é portanto n'estes pontos, que a molestia existe sempre.

SEGUNDO GRÃO—HEPATISAÇÃO VERMELHA.—Se escutamos o peito de um doente n'este periodo, nem ouvimos mais o stertor crepitante, nem o murmurio da expansão vesicular; e assim deve ser, por isso que as vesículas pulmonares estão obstruidas, porem em substituição ouvimos um ruido muito forte produsido pela passagem do ar aavez dos tubos bronchicos, phenomeno este, que foi designado por Laennec sob a denominação de respiração bronchica, o que outros authores teem denominado—sôpro bronchico, ou sôpro tubario,—por quanto apresenta a maior semelhança com o ruido que se produz, quando soprmos em um tubo de madeira, ou arame. A causa principal da respiração bronchica consiste, em que o ar não podendo mais penetrar nas vesículas pulmonares acha-se brusca-mente detido na extremidade dos tubos bronchicos, e vibra mais fortemente contra suas paredes; forma-se então este ruido particular que é transmitido ao ouvido do observador pelo pulmão hepatisado, que mais denso, que no estado normal torna-se melhor conductor do som.

Um outro phenomeno designado por Laennec sob a denominação de bronchophonia acompanha a respiração bronchica. Só podemos apreciar-o, quando mandamos o doente fallar; consiste em uma resonancia particular da voz, e esta resonancia que se forma nos bronchios é transmittida pelo pulmão hepatisado ao ouvido do observador.

A bronchophonia é tanto mais manifesta, quanto se passa nos tubos bronchicos mais volumosos, e approximados das paredes thoracicas. Entre os individuos magros, e principalmente nos meninos existe no angulo superior e interno do omoplata uma bronchophonia natural, que não devemos confundir com a que sobrevem no caso de molestia, e que melhor podemos denominar bronchophonia morbida. A tosse apresenta tambem n'esta epocha alguma coisa de caracteristico; se escutamos o doente em quanto ella tem lugar ouvimos um retumbamento particular, que parece passar-se nos grossos bronchios; temos neste caso a tosse bronchica ou tosse tubaria.

Os signaes physicos dos dois primeiros grãos da pneumonia achão-se

algumas vezes reunidos no mesmo individuo, e no mesmo pulmão; assim observamos em um ponto o som massiço, e ausencia completa do ruido da expansão vesicular; não muito distante d'este ponto existe o stertor crepitante, e a percussão dá um som claro ou pouco obscuro. Finalmente se, quando o grão de hepatisação é bem caracterizado, escutamos o pulmão do lado são, vemos que a respiração ahi se dá com mais força que no estado normal, e na verdade este pulmão supprime o outro, que tem deixado de ser permeavel, e consequentemente a quantidade do ar que n'elle penetra em um tempo dado sendo mais consideravel, o ruido respiratorio ahi deve ser mais forte.

TERCEIRO GRAO DA PNEUMONIA—HEPATISAÇÃO PARDA; SUPPURAÇÃO PULMONAR.—Os signaes que acabamos de indicar para a pneumonia no segundo grão são ainda os que observamos n'este periodo. Se o pus infiltrado no tecido pulmonar apresenta-se nos bronchios, ouvimos alem d'isso o stertor mucoso; se ao contrario forma uma collecção, então, diz Laennec, o stertor mucoso toma o caracter cavernoso, a bronchophonia que existia precedentemente transforma-se em pectoriloquia, a respiração e a tosse tornão-se cavernosas, observamos em summa todos os signaes physicos, que revelão e existencia de uma caverna no tecido pulmonar. E' porem difficil de concebermos, que phenomenos cavernosos possuão manifestar-se em uma pneumonia isempta de toda complicação, por isso que não se tem observado a expectoração purulenta coincidindo com estes phenomenos, e não sabemos até hoje, que se tenham encontrado, em consequencia de uma simples pneumonia, focos purulentos do pulmão communicando com os bronchios, e semi-vasios; ora é claro, que, se a collecção purulenta não communica com os bronchios, não pode ahi haver nem pectoriloquia, nem stertor cavernoso. Finalmente os abscessos do pulmão são muitissimo raros.

SIGNAES DA RESOLUÇÃO DA PNEUMONIA.—Se a resolução da pneumonia principia á dar-se antes que o pulmão esteja hepatisado, o stertor crepitante torna-se de dia em dia menos sensivel, e finalmente o ruido natural da respiração acaba por se fazer ouvir só. Se ao contrario a resolução não principia sinão, quando a pneumonia tem attingido o segundo grão, então o desengorgitamento das vésiculas pulmonares é annunciado pela volta do stertor crepitante, rhonchus crepitans redux de Laennec. Este stertor, que reaparece é a principio miudo, muito fino, e accommodado á pequena

capacidade das vesículas pulmonares, porem de dia em dia torna-se mais volumoso, e menos abundante, até que se confunde por gradações insensíveis com o murmúrio natural da respiração. Finalmente, se empregamos a percussão n'este periodo da molestia, achamos que o som massiço diminue á proporção que effectua-se o desengurgitamento, e desaparece inteiramente, quando o ruido da expansão vesicular se faz ouvir.

De tudo que temos dito podemos concluir que o stertor crepitante é o signal o mais preciso, que nos apresenta a pneumonia, e na realidade temos observado que é elle quem nos indica a invasão da molestia, antes que se apresente qualquer outro symptôma; que é elle o verdadeiro thermometro de sua intensidade, e séde, e finalmente que é elle, quem nos faz apreciar a marcha da molestia, e sua terminação favoravel ou funesta. Convem observar que este stertor, se bem que se encontre quasi constantemente no primeiro gráo da pneumonia, cremos todavia com M. Andral, que não deve ser considerado como um signal pathognomónico d'esta molestia. Observamol-o em muitos casos, em que só existe uma simples bronchite, quando esta inflammção occupa as pequenas ramificações bronchicas, e que um liquido viscoso e difficilmente permeavel ao ar enche estes conductos aereos.

Os signaes physicos da pneumonia apresentam-se sempre de uma maneira a mais concludente, quando uma grande extensão do tecido pulmonar é occupada pela inflammção; encontramos ao contrario difficuldade em perceber-os, quando a inflammção é circumscripta; emfim podem mesmo faltar em alguns casos de pneumonias centraes, ou lobulares; n'estas circumstancias porem é tão pouco pronunciada a inflammção, e consequentemente tão passageira a molestia, que quasi nunca se nos offerece occasião de sentirmos tel-a desconhecido.

#### **Da pleuresia aguda.**

Os practicos antigos designavão sob o nome de pleuresia toda a especie de dôr de lado, e principalmente a que era aguda, e acompanhada de reacção febril; era n'esta accepção geral que Hippocrates mesmo empregava a palavra pleuresia em seus escriptos. D'esde este author até o fim do século passado tem se suscitado a questão de saber se esta dôr tinha sua séde na pleura ou no pulmão, e se consequentemente a pleura podia

ser inflammada independentemente do pulmão, e vice-versá. Estas tão renhidas questões teem sido decididas pelos trabalhos de Pinel, que classificou a pleuresia entre as inflamações das membranas sorosas, e a pneumonia entre as phlegmasias parenchymatosas; d'esde então a palavra pleuresia só foi empregada para designar a inflamação da pleura.

Sanou-se, é verdade, quasi toda difficuldade, porque toda ella não consistia em distinguir-se theoreticamente a pleuresia da pneumonia; faltava ainda um auxiliar seguro para distinguir-se estas duas molestias practicamente. Pois bem, este auxiliar, alás mui poderoso, foi offerecido a sciencia pelo sempre lembrado Laennec d'esde a publicação da sua immorredoura obra sobre a escutação, pelo que podemos affirmar, que por meio dos signaes physicos fornecidos por este meio de exploração podemos quasi sempre reconhecer a pleuresia, e differençal-a das outras molestias, dos órgãos thoracicos.

Uma dôr em um dos lados do peito, uma difficuldade mais ou menos pronunciada da respiração, uma tosse secca, febre, etc., taes são os symptômas, que mais ordinariamente a pleuresia apresenta. Se bem que quasi sempre encontremos estes symptômas reunidos, todavia não podemos chegar á certeza do diagnostico; casos ha em que poucos d'estes symptômas se nos apresentam, e as vezes mesmo mui pouco pronunciados; e vejamos pois como cada um por sua vez pode apresentar modificações notaveis.

A dôr do lado (*point pleurétique*) é um dos symptômas mais constantes, augmentando pela respiração, tosse e pressão. Quanto a sède é mais ordinariamente abaixo do mamillo, podendo entretanto existir em outros pontos do thorax. Relativamente a intensidade ella é variavel; em alguns doentes é tão viva, que o menor movimento para elles torna-se impossivel; em outros porem só se manifesta nas grandes inspirações, e é pouco augmentado pela pressão.

Finalmente ha certos casos de pleuresia designadas sob a denominação de latentes, por isso que não são reveladas por symptôma algum manifesto, ainda mesmo no momento de sua invasão, nem durante sua marcha; estas pleuresias erão difficillimas de diagnosticar-se antes da descoberta da escutação e percussão.

A respiração é ordinariamente curta, frequente, e algumas vezes entrecortada no momento da respiração. Em quanto não existe derrama-

mento na cavidade da pleura, a dyspnéa não é devida sinão á dôr, que oppondo-se a contracção dos musculos inspiradores, impossibilita a dilatação livre do peito; d'esde porem que o derramamento se apresenta, a dyspnéa é proporcionada á quantidade do liquido contido na cavidade da pleura. Convem entretanto observar, que esta dyspnéa não está sempre em relação com a intensidade da inflammação; em alguns casos ella é tão pouco pronunciada, que não é accusada pelo doente. Finalmente M. Andral apresenta em sua clinica medica observações de individuos que não tinhão difficuldade na respiração, posto que um dos lados do peito fosse a séde de um derramamento consideravel.

A tosse na pleuresia aguda é pouca, secca, e nunca tem lugar por accessos. E' algumas vezes tão dolorosa, que os doentes exforção-se o mais que podem para comprimil-a; outras vezes ao contrario, não é acompanhada de dôr alguma, entretanto que a inflammação é bastante intensa. Finalmente ha casos em que ella falta completamente. A impossibilidade do toque sobre o lado doloroso tem sido observada por alguns authores; como um signal proprio da pleuresia, porem isto é muito variavel, e podemos affirmar que o decubito, que se observa as mais das vezes, é o dorsal.

A febre é mais ou menos intensa, segundo o gráo de inflammação da pleura. Não persiste ordinariamente, sinão poucos dias, e desaparece com os symptômas, de que acabamos de fallar, ainda mesmo que haja um derramamento consideravel na cavidade da pleura.

Que erro palpavel não commetteriamos pois, se nos contentassemos com o simples exame dos symptômas, que acabamos de expor, e variaveis como são? Teriamos como curado um individuo, que tivesse um derramamento abundante na pleura, derramamento este, que se não dissiparia sinão no fim de um tempo muito longo, suppondo mesmo que nenhum incidente viesse perturbar a absorpção. Estes erros pois, que indubitavelmente devião ter sido commettidos, quando desconhecidas a escutacão e percussão, podem presentemente ser com muita facilidade evitados; e na verdade, como mostramos abaixo, por meio dos valiosos signaes fornecidos pela escutacão e percussão podemos não só reconhecer a pleuresia d'esde o seo começc, sinão tambem seguir os seus progressos dia por dia, e apreciar a quantidade de liquido contido na cavidade da pleura, etc.

**Signaes physicos da pleuresia.**

**SIGNAES REVELADOS PELA PERCUSSÃO.**— D'esde que um derramamento começa á formar-se, a sonoridade das paredes thoracicas diminue no lado correspondente; a proporção que elle augmenta, o som que se obtem pela percussão torna-se de mais á mais massiço. Este signal é algumas vezes tão precoce, que por si só pode-nos fazer suspeitar a existencia de uma pleuresia; e na verdade um som obscuro muito estendido, apparecendo de chôfre no espaço de dose a vinte e quatro horas, como acontece frequentemente, não pode depender sinão de um derramamento na pleura. O som obscuro não existe, sinão na parte inferior e posterior do peito, em quanto o derramamento é pouco consideravel, por isso que o liquido tende sempre a occupar a parte mais declive, porem, a medida que o derramamento augmenta, encontra-se em uma extensão de mais á mais consideravel. Convem entretanto observar que a sonoridade das paredes thoraxicas não é diminuida em alguns casos de pleuresias interlobulares e diaphragmaticas; o mesmo acontece, quando a inflammação é limitada á porção da pleura, que forra a face do pulmão, e os mediastinos.

**SIGNAES STHETOSCOPICOS DA PLEURESIA.**— Se escutamos o peito de um individuo affectado de pleuresia observamos o seguinte; no começo da molestia, quando o derramamento não se tem ainda formado, o ruido natural da respiração é mais fraco do lado affectado, que do lado são, se todavia a dôr é intensa; na verdade o doente não pode dilatar amplamente a parede thoracica do lado doloroso, e consequentemente a quantidade do ar que penetra no pulmão d'este lado sendo menor o ruido respiratorio deve ahi ser menos forte. D'esde que o derramamento começa a formar-se, o ruido respiratorio torna-se de mais á mais obscuro. Finalmente quando o derramamento é muito pronunciado, a respiração deixa de se fazer ouvir no lado affectado, excepto ao longo da columna vertebral, lugar, para o qual o pulmão é ordinariamente recuado.

Se, quando o derramamento é pouco abundante, fazemos fallar o doente, sua voz, que não offerece modificação alguma para os assistentes, apresenta, ao que escuta, uma mudança notavel; é aguda e entrecortada, tremula, como a voz de uma cabra; temos n'este caso a egophonia. Este phenomeno é devido, segundo Laennec, á resonancia natural da voz nos tubos bronchicos, transmittida ao ouvido do practico por intermedio de

uma pequena porção de liquido. A egophonia apparece, quando o derramamento começa a tornar-se um pouco notavel; deixa-se de se fazer ouvir, se este derramamento torna-se mais abundante, e finalmente reaparece, quando este vae diminuindo. Encontramol-a mais frequentemente no espaço comprehendido entre a columna vertebral, e o bordo interno do omoplata.

A respiração bronchica ou sôpro tubario manifesta-se muitas vezes na pleuresia com derramamento, ainda mesmo pouco pronunciado. Vimos que este phenomeno encontra-se egulmente na pneumonia no segundo gráo, porem o mecanismo, que o produz nos dois casos, é muito diverso. Na pneumonia no segundo gráo a respiração bronchica tem lugar, porque o ar percorre os bronchios sem penetrar nas vesiculas pulmonares, e na pleuresia com derramamento ella é devida a condensação toda mecanica, que o liquido contido na cavidade da pleura faz experimentar ao tecido pulmonar, condensação esta, que apresenta de alguma sorte a hepatisação do pulmão; o ar não penetra mais nas vesiculas pulmonares, não porque ellas estejam obstruidas, como na pneumonia, porem porque se achão comprimidas, e achatadas pelo liquido derramado.

**SIGNAES DA REABSORÇÃO DO DERRAMAMENTO.**—Quando o liquido contido na cavidade da pleura começa a ser absorvido, o ruido respiratorio torna-se mais forte ao longo da columna vertebral, lugar em que elle inteiramente nunca tinha deixado de se fazer ouvir; começa-se logo á perceber-o na parte anterior e superior do thorax; alguns dias depois ouve-se abaixo do omoplata, e finalmente elle reaparece pouco e pouco nas partes inferiores do peito. Se a egophonia tinha existido no começo da molestia, e tinha desaparecido em consequencia da abundancia do derramamento, reaparece, quando este tem diminuido por effeito da absorção: n'este caso temos a egophonia de volta, ou egophonia redux de Laenkec. Finalmente se n'este periodo da molestia practicamos a percussão, observamos que o som massiço torna-se pouco e pouco consideravel, entretanto que a sonoridade do peito, e o ruido respiratorio não reaparecem, sinão muito lentamente, e mesmo é raro observar individuos, que, em consequencia de uma pleuresia, apresentem uma diminuição notavel do ruido respiratorio, e um som massiço mais ou menos pronunciado no lado do peito, que muitos annos antes tinha sido o signal do derramamento.

Para completarmos o estudo dos signaes physicos da pleuresia, resta-nos fallar do ruido de attrito, dados estes que podemos obter pela applicação da mão sobre o peito, e da mensuração d'esta cavidade. O ruido de attrito observa-se todas as vezes que a face interna da pleura torna-se desigual e rugosa; dá então a sensação de dois corpos, que se chocão um contra o outro nos movimentos de inspiração e expiração. Este ruido designado por Laennec no emphysema interlobular do pulmão, e nos casos de rugosidades da pleura foi depois convenientemente estudado por M. Reynaud. Encontramol-o na pleuresia, quando não existe, ou ha pouco derramamento, e quando a pleura é coberta por falsas membranas. Existe ainda, quando o derramamento é um pouco abundante, e que antigas adherencias não impedem o pulmão, em certas posições do corpo, de elevar-se acima do nivel do liquido, e de vir bater contra as paredes thoracicas, nos pontos correspondentes ao em que escutam.

O ruido de attrito ascendente ou descendente é algumas vezes tão pronunciado, que pode ser ouvido em uma certa distancia das paredes thoracicas, e percebido mesmo pelo doente. Deixa porem de se fazer ouvir, quando o derramamento torna-se muito consideravel, para de novo reaparecer, quando elle diminue. Em alguns casos elle não persiste, sinão muito pouco tempo, em outros porem dura muitos mezes.

A applicação da mão sobre as paredes thoracicas fornece dados uteis na pleuresia. M. Reynaud demonstrou, que se pode por este meio reconhecer em que lado do peito existe um derramamento, a altura a que este eleva-se, e as variações de nivel que elle pode apresentar. Na realidade, quando um individuo pleuritico falla, sua voz produz nas paredes thoracicas um leve tremido, que se pode bem distinguir pela applicação da mão; ora este tremido não existe, sinão quando ha um derramamento na cavidade da pleura, logo a sua ausencia pode fazer reconhecer, em que ponto ou pontos o mesmo existe, e a que altura pode elevar-se. Devemos porem observar, que este signal, para que mereça algum valor, deve ser acompanhado dos que são fornecidos pela escutação, por isso que ou pode elle resultar de um derramamento pleuritico, ou de um engorgitamento inflammatorio do pulmão.

### Da pleuresia chronica.

Raramente primitiva, esta affecção succede ás mais das vezes á pleuresia aguda, e tem por symptômas communs, dôr obscura em um ponto do thorax, tosse ligeira, ás vezes secca, outras porem acompanhada de expectoração mucosa, oppressão, quando o doente faz o menor exercicio, decubito sobre o lado affectado, febre, etc. Não poderia haver a menor difficuldade no seo diagnostico se se apresentassem sempre os symptômas acima mencionados; nem sempre porem assim acontece; em muitos casos a maior parte das funcções não apresentam perturbação alguma notavel; ha tão somente indisposição da parte do doente, e este pode até entregar-se aos seus trabalhos. Os signaes fornecidos pela percussão e escutação são os principaes meios de diagnostico na pleuresia chronica; não differem dos que encontramos no estado agudo, senão pela falta quasi constante da egophonia, por isso que o derramamento é quasi sempre muito abundante, o som massivo é muito pronunciado, e até encontramol-o em alguns casos d'esde a clavicula até a base do thorax, e a ausencia do ruido respiratorio é completa, excepto na parte posterior, aos lados da columna vertebral.

Aqui fazemos nosso ponto final, por quanto causas moraes e materiaes actuando de chôfre a isso nos obrigárão. Esperamos por tanto indulgencia da parte dos nossos illustrados Mestres, visto como apesar d'isto julgamos ter provado mais ou menos as vantagens da escutação e percussão para o diagnostico.



# SECÇÃO CIRURGICA.

## FRACTURAS EM GERAL.

### PROPOSIÇÕES

I.—Fractura é toda solução de continuidade de um osso, dando lugar a sua completa ou incompleta separação em duas ou mais partes.

II.—Conforme a direcção do osso fracturado, a fractura pode ser transversal, obliqua, etc.

III.—Em relação ás partes lesadas pode tambem a fractura ser simples, composta ou complicada.

IV.—Segundo as causas que as produzem, as fracturas são traumaticas, quando resultão de uma violencia exterior, esforço, ou queda.

V.—Podem estas tambem ser espontaneas, quando uma necrose, carie, tumor, ou amolecimento se manifesta em um osso, e n'este caso ellas apparecem debaixo da influencia de um movimento o menos pronunciado, ou pela acção mesmo do pêsso do corpo sobre o osso doente.

VI.—Todas as fracturas traumaticas são acompanhadas de contusão em diversos grãos.

VII.—Os ossos esponjosos são quasi sempre esmagados, os longos são fracturados obliqua ou transversalmente, e com dentaduras mais ou menos irregulares.

VIII.—As fracturas transversaes dos ossos longos se dão mais frequentemente nos moços.

IX.—As causas das fracturas podem ser directas, e resultantes consequentemente de violencias levadas immediatamente sobre o ponto fracturado, ou indirectas e resultantes de choques levados sobre um ponto do osso mui distante da fractura.

X.—Um derramamento de sangue com ou sem ecchymose, deformação das partes, encurtamento ou tumefacção limitada de um osso, a dôr pela pressão ou movimento, a crepitação, mobilidade anormal, e saliencia dos fragmentos, taes são os signaes anatomicos das fracturas.

XI.—A dôr, a impossibilidade do movimento da parte fracturada, movimentos anormaes do membro, relação entre o traumatismo, e a lesão produzida, taes são os signaes physiologicos das fracturas.

XII.—A compressão e a ferida das partes molles pelos ossos fracturados, contusões superficiaes sobre o membro ferido, complicações inflammatorias são os signaes pathologicos das fracturas.

XIII.—Todas as fracturas, excepto as do craneo, se manifestão por este grupo de symptômas.

XIV.—Como todas as contusões as fracturas podem complicar-se de phlegmasias suppurativas e gangrena.

XV.—Uma fractura da extremidade de um osso pode ser confundida com uma contusão, torcedura, ou luxação, porem a integridade do osso sempre apreciada, e a reunião de todos os symptômas que caracterisão uma fractura fazem desaparecer incontinentemente todas as duvidas.

# SECÇÃO MEDICA.

---

## CONTAGIO.

### PROPOSIÇÕES.

I.—A propriedade, que tem certas molestias de transmittir-se directa ou indirectamente de um individuo a outro constitue o contagio.

II.—O contagio pode ser virulento, miasmatico, etc. quando produzido por um virus, miasma, etc.

III.—Directamente se pode dar o contagio quer pelo toque, quer pela inoculação, como na syphilis, variola, vaccina, etc. ou indirectamente pela influencia dos miasmas espalhados na athmosphera, como na mesma variola, anginas gangrenosas, typho, etc.

IV.—Ora evidente e incontestavel, o contagio torna-se ás vezes duvidoso, porque a inoculação, que experimentalmente demonstra o facto para certas molestias, como a syphilis, etc. não é acompanhada de resultado algum nocivo nos typhos, anginas gangrenosas, etc. que aliás são molestias contagiosas.

V.—O contagio se dá quer pelo contacto da pelle intacta, ou escoriada com um agente contagioso (virus, pus, miasmas), quer pelo contacto dos mesmos agentes com as mucosas gastro-intestinal, pulmonar, genital, etc. precisando ordinariamente para a sua manifestação, que a absorpção faça levar á torrente circulatoria o principio contagioso morbifico.

VI.—Os principios contagiosos teem uma actividade muito variavel, que lhes é inherente, ou que depende da idiosyncrasia dos individuos á sua influencia.

VII.—Os agentes do contagio são fixos e inoculaveis, como o virus vaccinico, rabico, etc. ou volateis e não inoculaveis como os miasmas da scarlatina, etc.

VIII.—Podem tambem ser solidos ou liquidos como as crostas da variola, ou o pus da bleunorrhagia; mortos ou vivos como o pus da ophtalmia purulenta, e os epizoarios das molestias parasitarias.

IX.—A acção dos agentes contagiosos depende da idiosyncrasia e immundade dos individuos, que natural ou accidentalmente, por inoculação anterior ou por familiaridade com o veneno morbido são refractarios á sua acção prejudicial.

X.—Em muitas circumstancias os agentes contagiosos exercem sua acção local antes de serem absorvidos e só depois de alguns accidentes de inflamação tegumentar circumscripta elles produzem a infecção da economia.

XI.—Entre as molestias contagiosas umas são a principio localizadas, e só se tornão geraes depois de algum tempo, como a syphilis, carbunculo, etc.; outras porem são logo de principio molestias geraes, como a variola, typho, etc.; outras finalmente são sempre locaes como a bleunorrhogia, ophtalmia purulenta.

XII.—Salvos os agentes contagiosos parasitarios, que são seres vivos, os virus e miasmas são fermentos, que, sendo collocados no organismo, reproduzem-se provocando um estado constitucional mais ou menos grave,

XIII.—Em geral os agentes contagiosos não produzem duas vezes o mesmo effeito no mesmo individuo.



# SECÇÃO ACCESSORIA.

## EXTRACTOS EM GERAL

### PROPOSIÇÕES.

I.—Extractos são medicamentos, que se obtêm, tractando substancias animaes ou vegetaes pela agoa fria, quente ou em ebullição, alcool quente ou frio, ou ether, fazendo-se depois evaporar o vehiculo até a consistencia molle, pillular, ou solida.

II.—Segundo o vehiculo empregado na preparação dos extractos, estes podem ser aquosos, alcoolicos, ou ethereos.

III.—As partes que servem para a sua extracção, os vehiculos empregados, e modo de applicação dos mesmos offerecem differenças mui notaveis no modo de preparação dos extractos.

IV.—Obtida que seja a dissolução, o processo empregado para a evaporação do vehiculo é commum em qualquer circumstancia.

V.—Para evitar-se a alteração dos licores, que devem fornecer extractos, convem obtel-os em grande estado de concentracção, evaporal-os em baixa temperatura, e apressar tanto, quanto possivel for, esta evaporação.

VI.—Um dos melhores methodos empregados consiste em agitar-se continuamente os licores aquecidos ao banho-maria, servindo-se para isto de um aparelho especial.

VII.—Duas operações se tornão indispensaveis para a preparação de

um extracto; a primeira consiste na preparação do licor que deve fornecel-o, e a segunda na concentração d'este pela evaporação.

VIII.—Quando para a preparação de um extracto empregão-se as plantas frescas, deverá o succo ser obtido sem addição d'agoa, afim de expol-o pouco tempo ao fogo; se ao contrario emprega-se a planta secca recorre-se a lixiviação, maceração, digestão, ou infusão.

IX.—A preparação dos extractos seccos feita no vasio previne, é verdade, a sua hygrometicidade, porem a complicação do apparelho empregado, e o seo difficil manejo tem feito com que os pharmaceuticos proscrevão-na.

X.—Quanto á consistencia que se deve dar ao extracto, varia conforme a substancia empregada.

XI.—Alguns extractos contem sães ou materias resinosas, que lhes dão um aspecto grumoso, ainda que estes sejão bem preparados.

XII.—Para não augmental-os com a addição de outros contidos no vehiculo, convem dar preferencia á agoa distillada para a sua preparação.

XIII.—Os extractos attrahem na maioria dos casos a humidade do ar, qualquer que seja o seo modo de preparação, não só porque a materia empregada gosa d'esta propriedade, como tambem porque contem sães deliquescentes.

XIV.—Para evitar-se este mal convem conserval-os em vasos hermeticamente fechados.

XV.—Dada uma substancia, que deve servir para a preparação de um extracto, o processo á seguir será determinado pelo conhecimento da substancia em questão.

XVI.—Os extractos, apezar da sua variedade de composição, são medicamentos muito empregados, e de muita utilidade, porquanto reúnem em si todos os principios activos da substancia, que os compõe, e em mui pequeno volume.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.—Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile.

II.—Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

III.—Vulneri convulsio superveniens, lætale.

IV.—Quicumque aliqua corporis parte dolente, dolcrum ferè sentiunt, iis mens ægrotat.

V.—Mulieri menses decolores, neque secundum eadem prodeuntes purgatione opus esse significant.

VI.—In morbis acutio extremarum partium frigus, malum.



Remettida à Commissão revisôra. Bahia e Faculdade de Medicina 5 de Setembro de 1867.

Cincinnata Pinto.

Está conforme aos Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 20 de Setembro de 1867.

Dr. José Affonso de Moura.

Dr. Cunha Valle.

Dr. Virgilio C. Damasia.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 30 de Outubro de 1867.

Dr. Baptista.



