

Aos meus queridos Paes.

*Offereço-vos a minha ultima prova academica
como penhor do muito amor e veneração que vos
consagro.*

*Quizera-a mais rica, mais bella, digna de vós;
infelizmente, porem, ella é pobre como o cerebro
que a gerou.*

*Recebei-a, e abençoai vossa filha que, mesmo
distante, está sempre convosco pelo pensamento.*

Porto Alegre, 19 - 12 - 1904.

Aos meus charos Irmãos

Tributo de fraternal amizade.



*Aos meus Parentes
e aos meus Amigos*

Amizade, consideração e respeito.

*Aos bom parente e amigos
Motta*

lembrança de

Arthur

Piro, 18-1-05

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

Bosquejo historico

Perquirindo os annaes da medicina antiga, pode o observador curioso encontrar traços esparsos da auscultação em todos os tempos e edades.

Com Hyppocrates, o velho pae da medicina, ella já existia.

Refere-se francamente a ella quando procura estabelecer o diagnostico differencial entre o hydro-thorax e o pyo-pneumo-thorax :

« *Si aure ad latera ad hibita, audire tentaveris, ebullit intrinsecus velut acetum.* »

Mais adiante allude claramente ao attrito pleuritico.

E' por demais conhecido o phenomeno que desde então se chamou ruido de succussão hyppoeratica.

Foi Harvey, na Inglaterra, quem primeiro usou da auscultação, depois de Hyppocrates ; tal se deprehende do seu livro : *De motu cordis*, onde assignala a audição das bulhas cardiacas, comparadas por elle ao ruido de deglutição do cavallo.

Em uma contestação ás obras de Harvey, Emilius Parisanus, medico de Veneza, impugna a existencia desses ruidos e diz que só são percebidos em Londres.

Provém, talvez, o erro do illustre veneziano, como judiciosamente observam os tratadistas, de não ter elle practicado a auscultação no sentido verdadeiro do termo e se limitado a *ouvir de longe*.

O mathematico Grimaldi, assignalou o ruido da contracção muscular, que mais tarde se chamou ruido rotatorio por elle attribuido ao vae e vem perpetuo dos espiritos animaes.

Muitos auctores, ainda depois destes, se referiram á auscultação, mas, de um modo vago, sem lhe ligarem muita importancia.

Celcius Aurelianus dizia a respeito do pleuriz:

« *Gutturis stridor, vel sonitus interiús resonans aut sibillans in eá parte quae patitur.* »

Ambroise Paré, a proposito dos signaes percebidos pela escuta, descreve indubitavelmente os estertores sub-crepitantes e gargarejos.

Racciborski cita um trecho do medico allemão Quarin em que este procura distinguir ruidos que considera como provenientes do desdobraimento das vesiculas pulmonares, de outros resultantes da obstrucção dos bronchios por secreções viscosas.

Segundo Eichhorst, já no tempo de Newton, Robert Hooke, medico inglez, preconisava a auscultação como meio de diagnostico.

No serviço de Corvisart, onde era companheiro de Laennec, Bayle iniciou o emprego da auscultação no diagnostico das affecções cardiacas.

Devemos citar ainda a contastação feita por Mayor de Genebra, em 1817, das bulhas do coração fetal durante a prenhez.

Estes ensaios ligeiros ficaram perdidos e ignorados no meio das obras de seus auctores sem merecerem a devida attenção do mundo scientifico.

Data do começo do seculo passado a instituição da auscultação como meio de diagnostico e a Laennec cabe a gloria immareescivel dessa obra immensa.

Eis como elle proprio desereve o facto que deu origem á descoberta que tantos e tão grandes beneficios trouxe para a humanidade, riscando dos annaes da medicina moderna a phrase de Baglivi;

« *O quantum difficilem est curare morbos pulmonum! O quanto difficiliús eosdem cognoscere!* »

Eu fui consultado, diz o grande mestre, por uma doente que apresentava os symptomas geraes de molestia do coração e na qual a applicação da mão e a percussão davam pouco resultado em virtude da sua gordura (embompoint). A idade e o sexo me vedando a auscultação immediata, eu lembrei-me de um phenomeno acustico muito conhecido: si se applica o ouvido á extremidade de uma barra se ouve muito distinctamente uma alfinetada vibrada na outra ponta.

Imaginei que se podia tirar partido, no caso presente, d'essa propriedade dos corpos.

Tomei um caderno de papel e fiz um cilindro muito apertado, appliquei uma das extremidades na região precordial da doente e, collocando na outra o ouvido, fiquei tão surprehendido quanto satisfeito de ouvir os batimentos do coração de uma maneira muito mais nitida e mais distincta do que tinha até então conseguido pela applicação immediata do ouvido. Presumi desde logo que este meio podia tornar-se um methodo util e applicavel não só ao estudo dos batimentos do coração, como tambem ao de todos os movimentos que podem produzir ruidos na cavidade peitoral e, por consequencia, á exploração da respiração, da voz, do estertor, e, talvez mesmo, da fiuctuação d'um liquido derramado nas pleuras ou no pericardio. »

Foi no decurso do anno de 1816 que este facto se passara; em 1819 Laennec illuminava o mundo medico com a publicação do seu «Tratado de auscultação mediata.»

Como uma placa photographica ao sahir dos banhos reveladores mostra com nitidez admiravel os traços completos da imagem e só necessita que o artista lhe dê alguns retoques ligeiros, assim a obra de Laennec sahiu, pode-se dizer, quasi perfeita.

Nella estão descriptos com admiravel maestria os signaes percebidos pela escuta, e estão interpretados e classificados tão exactamente quanto possivel.

Pelo caminho largamente desbravado por Laennec, enveredou a pleiade illustre dos seus discipulos.

Desde então a auscultação não fez senão aperfeiçoar-se.

Outros signaes foram descobertos, algumas theorias renovadas, e dentro em pouco tornou-se o principal meio de diagnostico.

Com o advento da bacteriologia a auscultação soffreu um ligeiro abalo, mormente quando conheceu-se o bacillo da tuberculose; julgaram alguns que com um microscopio e algumas laminulas poder-se-hia fazer com segurança e rapidez os mais complicados diagnosticos. Em breve, porém, o enthusiasmo arrefeceu e o velho methodo continua o *primus inter pares*.

Podemos ainda hoje repetir com H. Barth: «Les procédés de laboratoire, utiles pour parfaire á loisir un diagnostico, ne dispensent pas le médecin d'avoir une bonne oreille et de savoir s'en servir.»

«... et si le clinicien pressé peut quelquefois omettre, sans inconvénient sérieux, l'inspection ou la palpation de la poitrine, il s'exposerait aux pires erreurs en négligeant l'auscultation.»



CAPITULO II

Do murmurio vesicular e suas modificações pathologicas

Para bôa comprehensão dos phenomenos pathologicos, torna-se necessario o couhecimento previo dos physiologicos.

Por este motivo começaremos pelo estudo do murmurio vesicular em estado normal para chogarmos as suas variações morbidas.

Sob os iitulos de murmurio vesicular, respiratorio ou alveolar distingue-se o ruido que se percebe auscultando o pulmão de um individuo em estado hygido que respira placidamente.

Doce, suave, musical, assemelhando-se ao ruido que produz uma pessoa adormecida, ou ao de um folle cuja valvula não faz barulho algum, o murmurio compõe-se de duas bulhas distinctas, que se succedem rhythmicamente; a primeira, mais longa, mais forte e mais baixa, corresponde á inspiração, a segunda, mais curta, mais fraca, ligeiramente sopproide, pertence á expiração. Em sua duração a primeira sobrepuja a segunda na razão de tres para um.

São continuas, uma vez iniciadas vão até o fim sem interrupção alguma.

O murmúrio vesicular varia em intensidade, segundo a região em que se o escuta.

Mais forte nas regiões sub-clavicular e axilar, attinge o termo medio nas porções postero-inferiores do pulmão e dahi elle diminue de baixo para cima na proporção de cinco para um, excepção feita da visinhança do hilo, onde se assemelha á respiração rude, de que trataremos adiante.

Incluso nas raias physiologicas diversifica-se de um individuo para outro, segundo a intensidade dos movimentos respiratorios, segundo a espessura das paredes thoraxicas, e, ainda, segundo causas que escapam ao observador, inherentes a cada pessoa, podendo-se dizer que cada qual tem seu typo que lhe é proprio.

E' forte nas creanças cujos movimentos respiratorios são mais amplos e acelerados e cujas paredes thoraxicas são mais delgadas; á medida que augmenta a idade, vae-se enfraquecendo, sendo bastante fraco no velho.

Algumas vezes, porém, estes apresentam uma respiração aspera e ruidosa, o que é excepção.

Fraco nas pessoas gordas ou muito musculosas, é mais forte, ao contrario, nos magros e pouco musculosos.

Comparado de um lado para outro do thorax em pontos homologos, é sensivelmente igual, excepção feita dos apices do pulmão, onde é mais intenso á direita que á esquerda, especialmente na expiração, sem comtudo ser grande a differença.

Muito debatida tem sido a questão da genese do murmúrio vesicular; diversas theorias têm sido expendidas, amparadas por vultos salientes no mundo medico.

Não sendo possivel discutil-as todas, o que exorbitaria dos nossos designios, limitar-nos-hemos a enumerar algumas e dizer qual a mais corrente no estado actual da sciencia.

Laennec pensava que era o attrito do ar nas paredes dos bronchios e dos alveolos a causa productora do murmúrio respiratorio.

Chomel foi quem primeiro poz em duvida a veracidade desta theoria. Em 1827, a proposito da respiração bronchica, elle dizia: « Laennec pense que le bruit de respiration bronchique est dû á ce que l'air inspirés'arrête dans les bronches comprimées et aplaties par l'épanchement pleurétique. Mais alors comment ce même bruit s'entendrait-il dans l'expiration? N'est il pas plus vraisemblable qu'il est produit dans le larinx et l'arrière-bouche, et qu'il est transmis á l'oreille de la même manière que la voix qui est produite et articulée dans les mêmes organes? »

Pouco tempo depois, Beau procurou demonstrar que o murmúrio vesicular era devido á repercussão dos ruidos formados nas vias respiratorias superiores.

Spittal, adoptando a hypothese formulada por Beau, restringiu ao orificio superior do laringe a sede geradora dos ruidos e fez diversas experiencias comprobatorias da sua asserção.

Mais tarde, Beau, ao publicar o seu tratado de auscultação, localizou no orificio glotico aquelle ponto.

Barth e Roger, baseados na persistencia do murmúrio vesicular nas creanças operadas de tracheotomia e em cães, nos quaes elles tinham feito a secção transversal da trachéa, impugnaram a theoria de Beau e procuraram dar uma genese complexa ao murmúrio vesicular, fazendo delles a resultante dos ruidos produzidos pelo attrito do ar nas paredes dos bronchios e sua vibração de encontro ás divisões dos mesmos, pelos turbilhões que forma o ar ao passar do vestibulo dos bronchios para os alveolos e finalmente pelo desdobraimento destes.

Beau, cuja obra ainda ler-se-ha com proveito, refutou efficazmente, não só os ataques á sua theoria, como tambem á genese complexa do murmúrio respiratorio.

Outras theorias ainda appareceram como as de Woillez, Chauveau et Bondet, Niemeyer, etc., mas nenhuma resistiu aos embates da critica.

A unica que tem passado até os nossos tempos sustentada pela maioria dos mestres é a do soppro glotico de Beau, tal como nos é exposta por Eichhorst: « o murmurio vesicular não é mais que a respiração bronchica transmittida do laringe aos bronchios: que se propagando aos pulmões perde o seu character bronchico e se transforma em murmurio vesicular. »

Cumpre dizer, para terminar o estudo do murmurio vesicular, que nem sempre o facto d'elle ser percebido com os seus caracteres normaes quer dizer que o pulmão esteja são; póde dar-se o facto de haver uma lesão profundamente situada, pequena e cercada de parenchima pulmonar, são: « que abafa os gemidos do orgam doente. »

Wintrich observou o murmurio vesicular ao nivel das cavernas.

Abandonando o circuito physiologico o murmurio vesicular póde alterar-se em sua força, em seu rhythmmo e em seu timbre. Dahi as especies classificadas da seguinte maneira:

- | | | |
|-----------------------|---|-------------------------|
| Anomalias de força... | { | Respiração forte |
| | | Respiração fraca |
| | | Respiração nulla |
| Anomalias de rhythmmo | { | Respiração systolica |
| | | Respiração intercadente |
| | | Expiração prolongada |
| Anomalias de timbre.. | { | Respiração rude |
| | | Respiração bronchica |
| | | Respiração cavernosa |
| | | Respiração amphorica |

ANOMALIAS DE FORÇA. — RESPIRAÇÃO FORTE. — Da maior intensidade dos movimentos respiratorios e consequente augmento de velocidade da columna aerea que circula na arvore bronchica depende o exaggero do murmurio vesicular, que torna-se semelhante ao das creanças, donde a denominação dada por Laennec de respiração pueril. Observa-se

a respiração forte na tachipnéa, qualquer que seja a sua causa. Reduzida a um só pulmão ou a certa parte de um delles a respiração forte, tambem chamada supplementar ou hyper-vesicular, adquire maior importancia; ella indica a existencia de uma lesão, não naquelle ponto, mas, além, e que essa porção trabalha para supprir a falta das outras.

A respiração supplementar pode, até certo ponto, guiar o clinico na senda perigosissima do prognostico: si o ruido respiratorio é exaggerado, mas conserva sua doçura, poder-se-ha concluir que o parenchima pulmonar continua com toda a sua elasticidade, apezar do maior trabalho; si, porém, a respiração é ao mesmo tempo forte e rude indica maior congestão que a supplementar e que o pulmão começa a cançar-se, não tardando o apparecimento dos ruidos adventicios confirmadores da supposição.

RESPIRAÇÃO FRACA. — Em sentido inverso pode alterar-se o murmurio respiratorio produzindo a respiração fraca.

De duas causas geraes origina-se esta anomalia; ora da formação, em menor escala, dos ruidos normaes, ora de uma difficuldade em sua transmissão.

Não tem grande valor semeiologico, por isso que se a encontra em numerosas affecções, e estas as mais diversas, quer pertencentes ao apparelho broncho-pulmonar, quer outras.

Observa-se a respiração fraca nas syncopes, nos estreitamentos do larynge, sejam espasmodicos, cicatriciaes ou inflammatorios, na pleurodinia, nas fracturas de costella e outros traumatismos do thorax, nos tumores do abdome, nas esplenoehepato-megalias, na ascite, na tympanite intestinal, nas estenoses bronchicas, nas broncbites, no emphysema pulmonar, nos derramens da pleura, na tuberculose em principio, etc.

De todas as affecções acima enumeradas só as tres ultimas merecem nos prender a attenção por algum tempo, as demais se revelando por signaes outros de muito maior

relevancia, que collocam em ultimo plano o que ora nos occupa.

No emphysema alveolar a inelasticidade do parenchima pulmonar, impedindo a retracção do orgam, torna a expiração difficil e deficiente, retarda o transito aereo, resultando o enfraquecimento das bulhas. Nesta affecção a fraqueza do murmurio coincide com o augmento de sonoridade á percussão e diminuição de vibrações á apalpação.

Nos derramens liquidos da pleura é a difficuldade de transmissão dos sons através da camada liquida que rege a producção desta anomalia. Ella é ordinariamente encontrada nos derramens pouco abundantes, sem que, comtudo, se possa aferir, pelo gráo de enfraquecimento, o volume do liquido derramado, pois, tem se observado, desde Laennec, casos em que a fraqueza da respiração é mais accentuada no principio da affecção que posteriormente quando o liquido augmentou.

A' respiração fraca allia-se nos derramens pleuríticos a matidez e a diminuição do fremito thoraco-vocal; tudo isso nas bases do thorax, salvo nos raros casos de pleuriz enquistado.

E' no segundo periodo de sua evolução que a tuberculose se revela pela respiração fraca. (Occorre aqui dizer que adoptamos para a tuberculose a divisão do professor Grancher em quatro periodos). Nestas condicções ella é limitada ao vertice do pulmão, permanente e acompanhada de sub-matidez e augmento do fremito vocal; pode haver conjuntamente um augmento de tonalidade, tornando-se a respiração fraca e alta ao mesmo tempo.

Relativamente ao prognostico o enfraquecimento da respiração adquire grande valor nos pleurizes exsudativos quando percebido acima do nivel do liquido, especialmente na fossa sub-clavicular. Ordinariamente acima do liquido extravasado na pleura percebe-se a respiração suplementar; outras vezes, porém, ha diminuição da respiração, de parceria com o *skodismo* e augmento do fremito thoraco-

vocal, o que revela a existencia de congestão bronchica, indicio vehemente de uma tuberculose até então ignorada.

Não se deve todavia confundir este phenomeno com a respiração fraca que se observa, nas mesmas condições, com *skodismo*, mas com diminuição do fremito thoraco-vocal, porquanto esta traduz a compressão dos grossos bronchios por um derramem consideravel, sem haver lesão do parenchima pulmonar.

Aquella corresponde ao schéma segundo de Grancher: S + V + R — e esta ao terceiro S + V — R —.

E' opportuno tratar de uma variedade da respiração fraca: aquella em que, a uma grande ampliação thoraxica, corresponde um murmurio muito enfraquecido, é a respiração fraca discordante.

Esta anomalia se encontra sem modificação do som de percussão, nem do fremito á apalpação nas symphises pleuraes extensas e pouco expessas, corresponde ao schéma: S = V = R —. Incursão thoraxica + de Grancher. Tambem ella subsiste no apice do thorax, com submatidez e augmento do fremito na tuberculose. No emphysema ella é acompanhada da maior sonoridade e diminuição do fremito vocal.

RESPIRAÇÃO NULLA. — No extremo da que acabamos de descrever insere-se a respiração nulla.

Todas as causas que produzem a primeira podem engendrar a segunda.

Das affecções capazes de produzir o silencio respiratorio, é o pleuriz exsudativo a mais frequente; por esse motivo elle adquire grande importancia no diagnostico desta affecção.

A espleno-pneumonia de Grancher, se assestando habitualmente nas regiões inferiores e dando logar á respiração nulla com matidez absoluta e suppressão do fremito vocal, póde confundir-se com o pleuriz e a tal ponto que, só a punccão exploradora permitta o diagnostico.

ANOMALIAS DE RHYTHMO. — Devemos dizer antes do mais, que não trataremos aqui de todas as perturbações do rhythmo e sim somente das que são percebidas pela escuta, deixando de lado aquellas que se revelam commumente á inspecção e a apalpação.

RESPIRAÇÃO SYSTOLICA. — Nas bordas anteriores do pulmão, nas visinhanças do musculo cardiaco, póde a respiração ser influenciada pelas suas revoluções, reproduzindo-se sob a forma de um soppro á cada systole. Estando esta anomalia ligada a pathologia cardiaca, não iremos além do seu estudo, bastando accrescentar que ella pertence aos soppros extra-cardiacos tão bem estudados por Potain.

RESPIRAÇÃO INTERCADENTE. — Um dos caracteres normaes do murmúrio vesicular é sua continuidade.

Quando essa continuidade se rompe em um ou ambos os tempos respiratorios tem-se a respiração intercadente ou intercisa.

E' a inspiração que mais commumente se fracciona, fazendo-se por degráos successivos.

A respiração intercisa póde ser ocasionada pela irregularidade dos movimentos respiratorios, não tendo no caso importancia semeiologica.

De grande valor é quando existe, apesar da regularidade dos movimentos thoraxicos no apice do pulmão e permanente; reflete então uma tuberculisação incipiente e é, quasi sempre, acompanhada de expiração prolongada.

Reside a causa physica desta anomalia na obliteração parcial de alguns bronchiolos, impedindo o livre accesso do ar nas vesiculas por elles servidas, até a pressão externa tornar-se muito maior que a interna, emquanto as outras, cujos conductos estão permeaveis, se enchem mais cedo. Dahi a producção do phenomeno acustico.

EXPIRAÇÃO PROLONGADA. — Exprime esta anomalia que o ruido expiratorio, em lugar de ser mais curto que o inspiratorio, eguala-o ou o sobrepuja.

A expiração prolongada é um bom signal de tuberculose em principio, si bem que appareça tambem no emphysema alveolar. O professor Barão de Torres Homem ligava-lhe extrema importancia,

Mais notavel torna-se naquella affecção, porque, á medida que se allonga a expiração fracciona-se a inspiração.

E' a theoria de Beau que nos dá cabalmente a explicação da genese da expiração prolongada.

Normalmente a expiração é mais longa como movimento que a inspiração, mas manifesta-se ao ouvido que escuta mais curta, em virtude das difficuldades de transmissão, que só permitem a audição de seu terço ultimo. Quando, porém, as paredes bronchicas se espessam, tornam-se melhores conductoras dos sons e então o ruido do segundo tempo se faz perceber por inteiro, ultrapassando o do primeiro.

ALTERAÇÕES DE TIMBRE. — RESPIRAÇÃO RUDE. — A respiração rude consiste na perda da suavidade do murmúrio vesicular e num augmento de sua tonalidade.

« Ella dá ao ouvido a sensação de uma columna de ar que passa attrictando-se sobre uma superficie desigual e estreitada. »

Limita-se á inspiração. Apresenta-se em diversos gráos, pelo que tem sido chamada respiração secca, dura, granulosa e rasposa.

Exprime a tumefacção da mucosa dos finos bronchios. Tambem é o signal de congestão bronchica, e na bronchite persiste muito tempo depois de sua cura.

Permanente e limitada ao apice do pulmão é o primeiro signal da tuberculose, apparece antes das modificações do som e das vibrações vocaes.

O tuberculo, se formando no vestibulo do bronchio acinoso, estreita-o e provoca uma congestão de visinhança, o que da lugar a esta anomalia.

RESPIRAÇÃO BRONCHICA. — Da precedente se passa insensivelmente, por escala crescente, á anomalia que nos vae occupar, havendo alguns pathologistas que as descrevem conjunctamente.

A respiração bronchica, tambem denominada soppro bronchico, soppro tubario, assemelha-se ao ruido que se ouve auscultando-se a trachéa. E' mais forte e mais longa na expiração que na inspiração.

A respiração bronchica se ouve todas as vezes que ha endurecimento do parenchima pulmonar com permeabilidade dos bronchios medios. Resulta da transmissão directa dos ruidos gloticos á parede thoraxica atravez do parenchima obliterado, sem se transformar em murmurio vesicular.

A impermeabilidade dos alveolos provém ou da sua infiltração por exsudatos fibrinosos ou de compressão exterior.

Fora dos casos em que a respiração bronchica é ouvida normalmente (ao nivel da trachéa e do hilo do pulmão), se a observa principalmente na pneumonia lobar e nos derramens da pleura.

Na pneumonia ella attinge o maior gráo, é aguda, francamente tubaria; aparece no segundo periodo e sua intensidade é proporcional á extensão da lesão; é fixa, persistindo emquanto dura a hepatisação e cercada por uma corôa de estertores crepitantes.

No pleuriz exsudativo o soppro é menos nitido, mais doce, algumas vezes tremulo, egophonico, mostra-se menos frequentemente em um ponto limitado.

Só nos derramens medios se o encontra, porque os pouco abundantes não produzem compressão sufficiente e os que o são muito, geram o silencio respiratorio, pela compressão que exercem sobre os canaes bronchicos.

E' acima do nivel do liquido derramado que o soppro se percebe, habitualmente nas costas, na região infra-esca-

pular, podendo deslocar-se com a mudança de posição do doente.

Mais raramente a respiração bronchica se observa nas neoplasias pulmonares, no infareto e no cedema do pulmão, porém, seu valor semeiologico fraqueia pelo dominio de outros sygnaes.

RESPIRAÇÃO CAVERNOSA. — Semelhante á anterior, a respiração cavernosa se distingue por ser mais grave e predominar na inspiração. Tambem diversa é a sua genese.

A respiração ou soppro cavernoso forma-se na inspiração pela passagem do ar dos bronchios medios para o interior da caverna, dando logar a turbilhões sonoros; na expiração os mesmos turbilhões se geram, porém, dentro do bronchio afferente ao sahir o ar pela sua embocadura estreitada. Como o ambito em que o ar rodopia é menor na expiração que na inspiração, predomina o soppro no primeiro tempo.

Da propria denominação infere-se a existencia da respiração cavernosa nas escavações pulmonares, provenham da fusão de tuberculos, de um abcesso pneumonico ou de um foco gangrenoso; todavia não o é sempre, torna-se necessaria a livre comunicação com um bronchio de medio calibre. A superficialidade da lesão é outra condição indispensavel á audição do phenomeno.

Na broncho-ectasia sacciforme, affecção rara alias, acham-se reunidas as condições geratrizes do soppro cavernoso, por isso se o encontra sempre. O mesmo succede na pneumonia lobar quando o foco hepaticado se assesta na visinhança de um grosso bronchio, comprimindo-o em alguns pontos.

RESPIRAÇÃO AMPHORICA. — As respirações bronchica e cavernosa adquirem, reforçando-se no interior de uma grande caverna ou da cavidade pleural cheia de gazes, algumas vezes, o timbre amphorico.

Reproduz-se facilmente a respiração amphorica sopprando no gargalo estreito de um grande frasco.

Não se faz necessario, para a producção do amphorismo, que o ar penetre na cavidade resonante, basta a interposição desta com o ouvido do observador.

Conforme a modalidade da respiração que se transforma em soppro amphorico, este predomina num ou n'outro tempo da respiração. Si é a respiração bronchica que se reforça na visinhança de uma caverna ou de um pneumothorax fechados, a intensidade é maior no expiratorio; o inverso occorre quando se trata de uma caverna ou pneumothorax abertos.

São requisitos necessarios para a producção do soppro amphorico nas cavernas: a configuração geometrica, a rigidez e lisura de suas paredes, a impermeabilidade do parenchima circumvisinho e a vastidão della.

No pneumothorax aberto, o diametro da fistula rege a qualidade do soppro amphorico: quando é largamente aberta em communicação com um bronchio medio, o soppro é forte, intenso, semelhante ao « ruido de um folle sopprando em uma amphora metallica », é o soppro amphoro-fistular de Chaussier; si o orificio é muito estreito o soppro reduz-se a um sibilo enfraquecido.

Além das duas lesões acima, a respiração amphorica ainda pode manifestar-se no pleuriz exsudativo, na sclerose do pulmão, nas adenopathias trachéo-bronchicas; nestas circunstancias é na propria cavidade dos bronchios que os ruidos laryngéos se reforçam e, si a sua transmissão é facilitada por qualquer motivo, o amphorismo se exteriorisa.

CAPITULO III

Dos ruidos adventicios

No apparelho respiratorio geram-se ruidos anormaes que, aggregando-se ao murmurio vesicular ou a qualquer das suas modificações pathologicas, o mascaram ou o abafam completamente: são os ruidos adventicios.

Classificam-se em intra e extra-pulmonares; os primeiros, que nascem na arvore bronchica ou no interior do parenchima pulmonar — são os estertores; os ultimos que tem sua origem na pleura — são os attritos.

Ha ainda um grupo, o dos estalidos, que participa de ambas as origens, ora de um ora de outro, não podendo constituir uma classe autonoma.

Os ruidos adventicios, si bem que não nos dêem o diagnostico preciso de uma affecção, contudo têm um grande valor semeiologico porque nos dão indicação certa, precisa, da séde do processo morbido.

« Sob este ponto de vista elles são pathognomonicos » (Grancher).

ESTERTORES. — « São todos os ruidos contra a natureza que a passagem do ar durante o acto respiratorio pôde

produzir, quer atravessando liquidos que se acham nos bronchios ou no tecido pulmonar, quer em razão de um estreitamento parcial dos conductos aereos.» Assim define Lâennec os estertores.

Para que essa definição fosse completa bastaria acrescentar: quer descollando bruscamente as vesiculas pulmonares achatadas.

Bifurcam-se os estertores em seccos e humidos.

Os primeiros sub-dividem-se em sonoros ou vibrantes e crepitantes; os ultimos comprehendem o grande grupo dos sub-crepitantes e os cavernosos.

ESTERTORES SONOROS. — Os estertores sonoros se originam nos bronchios pela passagem do ar em pontos estreitados formando, ao penetrar em espaços mais amplos, turbilhões sonoros.

A coarctação dos conductos aereos provém ou do deposito de secreções viscosas no seu interior, ou da tumefacção da mucosa, ou da contracção dos musculos de Reissessen, ou ainda, o que é mais raro, de uma compressão exterior.

Variaveis de tonalidade, podem ser graves ou agudos; dahi a sua deseriminação em ronchos os primeiros e sibillos os ultimos.

Aquelles se passam nos grossos bronchios e estes nos finos.

Assemelham-se respectivamente ao rosnar de um gato, á vibração de uma corda de contra-baixo, ao perpassar da ventania na fresta de uma porta ou ao pio de certas aves.

Permanentes ou fugazes são percebidos nos dous tempos da respiração, predominando no segundo; algumas vezes só nesta ultima phase se deixam perceber.

Sua intensidade varia em extremo, podendo se incrementar até serem sentidos pela apalpação, constituindo o fremito bronchico.

Ordinariamente os extertores sibillantes são em muito maior numero que os estertores roncantes.

Apparecem em ambos os lados do thorax, quasi sempre acompanhados dos estertores sub-crepitantes, mórmente nas bases, nas bronchites em principio, nas congestões broncho-pulmonares agudas e chronicas e na asthma.

Quando a bronchite é dependente de um processo tuberculoso os estertores se localisam no vertice do pulmão, em um ou ambos os lados.

ESTERTORES CREPITANTES. — Esta especie tem sido classificada por muitos auctores no grupo dos estertores bolhosos. Esta maneira de ver tinha cabimento no tempo em que se admittia a genese dada por Lâennec; hoje, porém, que a hypothese formulada por Cornil e Grancher não encontra contradictores, a collocação do estertor crepitante entre os estertores seccos se impõe.

Assim o fizeram alguns mestres, assim o fazemos nós.

Póde-se dizer que elle representa o traço de união entre uns e outros.

O estertor crepitante nasce no interior dos alveolos e é produzido pelo despegamento brusco das paredes alveolares achatadas.

Se o imita facilmente attritando junto ao ouvido um anel de cabellos.

Formado de ruidos seccos, finos e eguaes é audível somente na inspiração, umas vezes em toda ella, outras na metade e algumas vezes só no fim.

Do momento em que apparecem os estertores, pode-se concluir a extensão do processo morbido: quando ouvidos durante todo o tempo inspiratorio elle espelha uma lesão que occupa todo o lobulo pulmonar do pediculo até a base; a medida que a lesão vae se tornando menos espessa os ruidos se retardam e, quando elles só se deixam perceber nos ultimos momentos da inspiração, exprimem que a parte mais superficial do lobulo é a unica attingida. A ultima especie constitue a crepitação sub-pleural de Bouillaud.

A confusão entre o estertor crepitante, o sub-crepitante fino e o attrito pleurítico é algumas vezes possível; quando tratarmos deste ultimo procuraremos salientar os caracteres que os separam e estabelecer o diagnostico differencial.

Em estado physiologico o estertor crepitante é perceptível na região posterior do thorax de um individuo que esteve em decubito dorsal durante algum tempo; desapparece depois das primeiras inspirações; o mesmo acontece na creança ao nascer.

Fóra dahi, no dominio pathologico, se observa na pneumonia lobar, na congestão pulmonar activa ou passiva, na apoplexia, no edema chronico (si é apenas inter-alveolar).

Fazemos excepção do edema agudo porque ahi a exsudação é mais intra-alveolar e o estertor percebido é o sub-crepitante fino.

E' na pneumonia, no seu primeiro periodo, que elle sóe manifestar-se mais a miudo, a ponto de ser considerado pelos antigos como pathognomonic; occupa toda a extensão da lesão e dá logar ao sopro bronchico, persistindo todavia em torno da zona hepaticada, nos pontos em que o parenchima é apenas congesto.

Não ha mais razão de considerar-se como crepitante o estertor de retorno; este é, em verdade, um estertor humido.

Não só militam em favor desta opinião os seus caracteres, como tambem a sua genese.

O estertor de retorno é formado de bolhas mais grossas e mais deseguaes; passa-se nos dous tempos da respiração e só se mostra quando os exsudatos se liquefazem.

ESTERTORES HUMIDOS. — Todos os estertores humidos ou bolhosos têm uma genese commum, o que os diversifica é o ponto em que se processam.

São produzidos pela passagem do ar atravez de secreções liquidas.

Soprando num tubo mergulhado em um liquido viscoso, reproduz-se facilmente os estertores bolhosos, e, variando o calibre do tubo, se obtem as suas diversas modalidades.

Segundo se originam nos grossos, nos medios ou nos finos bronchios, ou em uma caverna se os nomeiam estertores sub-crepitantes grossos, medios e finos, os tres primeiros e estertores cavernosos os ultimos.

ESTERTORES SUB-CREPITANTES. — Os estertores sub-crepitantes se deixam perceber em ambos os tempos da respiração, mais na expiração: sua séde habitual é a base do peito; podem desapparecer após um accesso de tosse para voltar depois com a reproducção do exsudato; acham-se habitualmente misturados grossos, medios e finos, e podem adquirir tal intensidade que sejam percebidos a distancia.

Elles são o apanagio das bronchites quando as secreções fluidas se formam; succedem aos estertores sonoros e a elles se misturam.

Na sua fórmula mais fina apparecem na broncho-pneumonia, no terceiro periodo da pneumonia lobar, e no edema pulmonar agudo.

Nesta ultima fórmula uma «verdadeira chuva de estertores sub-crepitantes finos invade o ouvido do observador em onda ascendente.»

Tambem o diagnostico se impõe.

ESTERTORES CAVERNOSOS. — Semelhante ao estertor sub-crepitante grosso, o estertor cavernoso se separa pela sua origem no interior de uma excavação pulmonar.

Quasi sempre de grossas bolhas pode tambem ser constituido por bolhas medias, maxime nas pequenas cavernas, constituindo o estertor «cavernuloso».

O que foi dito a proposito dos sub-crepitantes pode ser applicado aos estertores cavernosos.

Para sua producção torna-se necessaria a existencia de uma caverna contendo liquidos em communicação com

um bronchio permeavel e que a embocadura deste esteja abaixo do nivel do liquido.

A obstrucção do bronchio ou a expulsão das secreções pela tosse suprime os estertores cavernosos.

E' o estudo da respiração sub-jacente, tão preconizado por Lasègue, e o dos phenomenos plessimetricos e apalpatorios que permittem o diagnostico dos estertores cavernosos.

Os estertores bolhosos, em geral, são susceptiveis de reforçarem-se no interior ou na vizinhança de uma grande caverna ou da pleura contendo gazes e adquirirẽm o timbre metallico.

Quando os estertores consonantes são em pequeno numero, nitidamente separados uns dos outros, simulando o cahir de gottas d'agua em uma amphora de crystal, constituem o phenomeno da *gutta cadens* ou *tinido metallico* de Lænnec.

ATTRITOS PLEURITICOS. — No duplo movimento de ampliação e restricção da caixa thoraxica as duas laminas pleuraes escorregam uma contra a outra em sentido opposto. Emquanto a sorosa se acha em seu estado normal esse resvalamento se executa sem ruido algum.

Uma vez que, em seguida a um processo morbido, a superficie da pleura torna-se rugosa, faz-se ouvir um ruido: é o attrito pleuritico.

Percebido nos dous tempos da respiração, o attrito pleuritico varia segundo a região em que é ouvido; é na região infero-lateral do thorax que apparece mais communmente e com maior intensidade, graças a extrema mobilidade do pulmão nesse ponto; na vizinhança do hilo é quasi nullo.

Salvo os casos raros de symphises pleuraes extensas, o attrito apresenta direcção vertical, é ascendente ou descendente na expressão de Lænnec.

Quando o attrito se localisa na região vizinha do musculo cardiaco, pode confundir-se com o attrito pericardico,

maxime, o que não é raro, quando ha concumitaneamente uma pericardite.

Neste caso, segundo Stokes, pode-se distinguir cinco ruidos, dous pertencentes á pleura, dous ao pericardio e um resultante do choque do coração contra aquella membrana.

No caso de duvida sobre um attrito na vizinhança do coração, isochrono com os movimentos deste, é á parada da respiração que se deve recorrer para estabelecer o diagnostico, o attrito pleuritico cessa com ella ao passo que o pericardico continua.

Sêe distingue, segundo a intensidade, tres especies de attrito: o grosso attrito, o attrito doce e o attrito-estertor.

O primeiro, que é o mais frequente, é secco, aspero e intercadente; assemelha-se nos casos extremos á crepitação dos fragmentos de um osso fracturado. Pode adquirir tal intensidade que seja percebido pela apalpação; o doente ouve-o e é encommoado por elle.

O segundo, de mais difficil percepção, ouve-se só quando existem falsas membranas molles, pouco resistentes, é similhavel ao ruido de fricção da seda.

O ultimo, descripto por Damoiseau e por Trousseau, « simula umas vezes o estertor sub-crepitante obscuro, de bolhas irregulares, pouco numerosas, audiveis nos dous tempos da respiração, outras vezes é o estertor crepitante o imitado, predominando então na inspiração.»

E' esta ultima variedade que se presta á confusão com os estertores crepitantes e sub-crepitantes.

Si recorrermos a prova da tosse e nella procurarmos um meio de distinguir os tres ruidos, vemos: que o estertor sub-crepitante desaparece ou diminue, o estertor crepitante augmenta e o attrito conserva-se immutavel.

O estertor crepitante passa-se somente na inspiração, o sub-crepitante nos dous tempos, predominando na expiração, e o attrito attinge o seu maximo entre a inspiração e a expiração, no momento de maior ampliação da area thoraxica.

Os estertores são moveis, o attrito é fixo e augmenta quando se comprime o thorax com o ouvido ou o esthetoscopia.

ESTALIDOS. — Na tuberculose pulmonar, quando começa a fusão dos tuberculos, ruidos deseguaes, descontínuos, apparecem e desapparecem com irregularidade aqui e ali, são os estalidos.

Estes ruidos são ora um attrito pleurítico, ora um estertor crepitante, ora sub-crepitante.

A principio seccos e raros, elles, a medida que o processo avança, tornam-se humidos e confluentes, e, se são em grande numero, formam o «ruído de fritada».

Elles são substituidos em breve tempo pelos signaes cavitarios.

CAPITULO IV

Ausculção da voz

Os sons emmittidos durante o acto phonatorio propagam-se atravez da arvore respiratoria até a parede thoraxica onde podem ser percebidos pela ausculção.

Diversas modificações soffre a voz antes de chegar á parede do thorax, provenientes da difficuldade de transmissão em meios de consistencia differente e em direcção opposta á da corrente aerea.

As primeiras alterações passam-se logo ao nivel do laringe e consistem em uma perturbação da articulação das palavras, que torna-se indistincta, com diminuição da intensidade e augmento da altura da voz.

A medida que se desce auscultando a trachéa essas mudanças se accentuam e a voz torna-se cada vez menos distincta até a raiz dos bronchios.

Dahi por diante não se percebe mais que um sussurro ligeiro acompanhado de leve vibração do thorax, vibração que tambem se sente á apalpação.

Ainda em toda area pulmonar a intensidade da ressonancia vocal não é a mesma, cresce debaixo para cima attingindo o maximo junto ao angulo interno do omoplata.

Egual em ambos os lados, em pontos correspondentes, faz excepção no apice onde é mais forte á direita.

A voz percebida no nivel da trachéa e da raiz dos bronchios constitue a bronchophonia normal.

A voz auscultada no pulmão, soffre variações de accordo com o estado do parenchima, dahi a sua importancia como meio auxiliar no diagnostico das affecções desse organo.

Descrevem-se as seguintes modalidades pathologicas da voz auscultada: bronchophonia, pectoriloquia, amphorophonia e egophonia.

BRONCHOPHONIA. — A bronchophonia é, como seu nome indica, a resonancia vocal bronchica, percebida nas regiões occupadas pelo parenchima pulmonar.

Revela a obliteração das vesiculas pulmonares seja por exsudatos ou seja por compressão.

Variando desde um pequeno exaggero do som normal até a fórma mais intensa com o gráo da lesão que a gera, ella é sempre acompanhada de sopro bronchico e de augmento das vibrações thoraco-vocaes.

A pneumonia lobar, as neoplasias pulmonares, os tuberculos conglomerados e o pleuriz são as affecções, que communmente se acompanham de bronchophonia.

Nesta ultima a bronchophonia se acha abaixo do nivel do liquido si este não está em uma camada de mais de quatro centimetros de espessura ou si ha symphise pleural, no caso contrario é acima que ella apparece.

PECTORILOQUIA. — Quando a bronchophonia se reforça no interior de uma exevação pulmonar a voz chega nitidamente articulada ao ouvido do observador parecendo sair de dentro do peito.

Eis em que consiste a pectoriloquia ou voz cavernosa.

Ordinariamente circumscripta ao apice do pulmão a pectoriloquia subsiste de parceria com a respiração cavernosa, de cuja significação participa.

As condições que determinam o apparecimento ou desapparecimento desta influem da mesma fórma sobre aquella.

A *pectoriloquia aphonica* é uma variedade da voz cavernosa que funda-se na transmissão nitida das palavras pronunciadas em voz baixa.

Bacelli, que foi quem a assignalou primeiramente, considerava-a pathognomica dos derramens pleuríticos serofibrinosos.

Hoje, porém, está demonstrado que a voz cochichada se observa não só naquella affecção, como nos derramens purulentos, nas cavernas acompanhadas de symphise pleural, no segundo periodo da pneumonia, no pneumo-thorax enkistado e mesmo em individuos sãos.

AMPHOROPHONIA. — A voz cavernosa é susceptível de adquirir o timbre metallico constituindo a amphorophonia.

A consonancia amphorica se gera nas vastas cavernas de paredes lisas e cercadas de parenchima impervio e no pneumothorax.

Aqui como para o sopro amphorico perfilhamos a doutrina de Skoda que não considera a existencia de livre communição dos bronchios com a cavidade resonante como absolutamente necessaria á producção do phenomeno.

A significação da amphorophonia é a mesma da respiração amphorica.

EGOPHONIA. — A voz bronchica quando mais aguda e tremula constitue a egophonia ou voz caprina.

Assemelha-se ao balido das cabras ou á voz de um individuo que falla com uma moeda entre os dentes.

Sua causa é o achatamento dos bronchios, que funcionam como as palhetas de certos instrumentos de madeira.

Se encontra a egophonia nos derremens liquidos da pleura medianamente abundantes; seu ponto de eleição é o angulo inferior do omoplata, podendo deslocar-se com as mudanças de posição do doente.

Na esplenopneumonia e na pleurocongestão tambem ella apparece, porém seu timbre é mais grave, approximando-se mais da bronchophonia; ha, neste caso, *broncho-egophonia*.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CHIMICA MEDICA

I

A urina normal apresenta reacção acida devida á presença de phosphato acido de sodio.

II

A fermentação da urina é primitivamente acida.

III

Posteriormente dá-se a fermentação alcalina com precipitação de phosphato ammoniaco magnesiano.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A capacidade respiratoria varia em extremo na escala zoologica.

II

Dahi a diversidade dos apparatus destinados a prehen-
cher esta funcção.

III

Nos seres inferiores a respiração faz-se unicamente
pela superficie cutanea.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Duas ordens de vasos arteriaes se encontram no pul-
mão: os vasos de hematose ou de secreção e os vasos de
nutrição.

II

Aquelles provêm da arteria pulmonar e estes das ar-
terias bronchicas.

III

Parece haver independencia completa entre estes dous
systemas.

HISTOLOGIA

I

Os grossos bronchios são revestidos de epithelium ci-
lindrico de cilios vibrateis.

II

A medida que se avizinham dos pequenos bronchios as
cellulas epitheliaes perdem os cilios e transformam-se em
cellulas cubicas.

III

No interior dos alveolos o epithelium é pavimentoso.

PHYSIOLOGIA

I

A tosse, phenomeno ordinariamente reflexo, é consti-
tuida por uma expiração espasmodica, violenta atravez da
glote estreitada.

II

Na maioria dos casos o ponto inicial do reflexo tussi-
geno acha-se na esphera do nervo vago.

III

Outras vezes a excitação pode partir de territorios ner-
vosos differentes ou ter origem central.

BACTERIOLOGIA

I

O calor é o melhor meio de esterilisação.

II

Empregam-se ordinariamente as temperaturas acima de
cem grãos.

III

Quando os corpos não supportam as altas temperatu-
ras o methodo de Tyndall é o empregado.

MATERIA MEDICA,
PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Ha substancias que não podem ser pulverisadas dire-
ctamente.

II

Para se as obter em estado pulverulento lança-se mão dos intermedios.

III

Na pulverisação por intermedio este pode ser solido, liquido ou gazozo.

CLINICA OPHTHALMOLOGICA

I

A irite é a inflammação do iris.

II

A irite é ordinariamente a repercussão de um estado morbido geral.

III

O rheumatismo e a syphilis são as causas mais comuns desta affecção.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A variedade mais frequente das manifestações da syphilis pulmonar é a *syphilose esclero-gommosa*.

II

Os seus symptomas assemelham-se aos da tuberculose pulmonar.

III

A pesquisa dos bacillos de Koch nos escarros e o tratamento-prova pelo mercurio são os meios seguros de diagnostico.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Na pathogenia do edema agudo do pulmão a vaso-dilatação representa um papel predominante.

II

A acção nervosa, seja solicitada por peri-aortite, seja por intoxicação renal, é indispensavel á producção do edema.

III

A hemi-systolia de Leyden é uma utopia.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

As contusões do thorax podem ser acompanhadas de ruptura do pulmão.

II

Nestas condicções a formação de um hemo-pneumothorax é a regra.

III

Apezar da lesão pulmonar o prognostico é bom.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A pericardite é uma complicação frequente da pneumonia lobar.

II

Pode ser secca, sero-fibrinosa ou fibrino-purulenta.

III

Ordinariamente evolue silenciosa, só a auscultação systematica do coração permite desvendal-a.

CLINICA CIRURGICA (2ª cadeira)

I

Os abscessos frios do thorax provêm muitas vezes do folheto parietal da pleura.

II

Elles podem evoluir sem lesão das costellas.

III

No caso de invasão do tecido osseo a resecção se impõe.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A anesthesia pelo ether é contra-indicada nas phlegmasias broncho-pulmonares.

II

E' á acção irritante do ether que se deve a sua prescripção nesses casos.

III

Mesmo em individuos são essa acção irritante se manifesta por accessos de tosse no começo da narcose.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Da altura da apophyse espinhosa da terceira vertebra dorsal partem as scisuras inter-lobares do pulmão.

II

Uma á esquerda e duas á direita dividem os pulmões em dous e tres lobos respectivamente.

III

A divisão do pulmão direito em tres lobos só se encontra posterior e lateralmente, porque a scisura inferior termina na linha mamillar.

THERAPEUTICA

I

A digitalis é o melhor tonico cardiaco.

II

Ella tambem é diuretica nos casos de hydropisias de de origem cardiaca.

III

Quando não ha edemas a acção diuretica não se produz.

CLINICA PEDIATRICA

I

A coqueluche attinge de preferencis as creanças na idade de dous a sete annos.

II

O micro-organismo productora da coqueluche ainda não é conhecido, comtudo os seus carateres clinicos indicam sua natureza infecciosa.

III

Um ataque de coqueluche confere geralmente immuidade.

CLINICA CIRURGICA (1.^a cadeira)

I

Uma violenta contração do triceps femoral pôde produzir a luxação da rotula.

II

A luxação faz-se quasi sempre para fóra.

III

A luxação para dentro tem-se observado raras vezes.

CLINICA MEDICA (1.^a CADEIRA)

I

Não ha medicação especifica para a pneumonia.

II

A diminuição da temperatura e a tonificação do organismo, eis as indicações primordiaes.

III

Dous medicamentos são especialmente uteis para este fim: a digitalis e o sultato de quinina.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A auscultação é o melhor meio para o diagnostico do primeiro periodo da tuberculose pulmonar.

II

A medida que a enfermidade avança a apalpação e a percussão adquirem preponderancia no diagnostico.

III

Sò tardiamente é que o exame bacteriologico dos es-carros dá resultado.

HYGIENE

I

O exercicio, augmentando a actividade cellular, concorre muito para a conservação da saúde.

II

Um augmento da resistencia organica é a primeira consequencia de exercicio regular.

III

Si o exercicio não é alternado com o repouso sufficiente, o surmenage com o seu cortejo de symptommas se estabelece.

MEDICINA LEGAL

I

Segredo medico é tudo que chega ao conhecimento do medico no exercicio da proffissão ou por força della.

II

A auctorisação da pessoa interessada não isenta o medico da obrigação de guardar o segredo.

III

O segredo medico é não só a garantia da sociedade, como tambem uma honra para a classe medica.

CLINICA MEDICA (2ª cadeira)

I

No edema agudo do pulmão o estado bronchoplegico com abaixamento da tensão arterial pôde se estabelecer desde o principio.

II

Nestas condições ha ausencia de expectoração.

III

« Seria um erro crer que esta seja um phenomeno necessario, pathognomonic da fluxão edematosa. »

OBSTETRICIA

I

A auscultá presta relevantes serviços no diagnostico da gravidez.

II

Ella nos deixa perceber ruidos que pertencem a mãe e ao feto.

III

O exame do pulso permite a differenciação dos sopros fetaes e maternos.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A audição dos ruidos do coração fetal affirma a existencia do feto vivo.

II

Da ausencia desses ruidos não se pode concluir a morte do feto.

III

A sede do maximo das bulhas cardiacas do feto auxilia o diagnostico da posição deste.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A allucinação e a illusão constituem o delirio sensorial.

II

« A allucinação é o movimento centrifugo do aparelho central dum nervo, segundo um adequado estímulo ideal, até adquirir a força duma intuição sensitiva (Krafft-Ebing). »

III

A illusão está para a allucinação, como a maledicencia está para a calumnia. A illusão apoia-se sobre a realidade, porém ella a floreira, amplia; a allucinação crêa todas as peças, não diz uma palavra de verdade (Lasègue).

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina e
Pharmacia de Porto Alegre, em 30 de Setem-
bro de 1904.

O secretario,

F. Carvalho Freitas.

