

PÚRPURA HEMORRÁGICA

— DOIS CASOS CLÍNICOS —

161/1 F.M.F.

Domingos Alves Pimpão

Púrpura Hemorrágica

== DOIS CASOS CLINICOS ==

—————>OC<—————

Dissertação inaugural
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

————— 92 —————

1915

————— 96 —————

161/1 FNP

————— TIP. PORTO-GRAFICO —————

————— R. DOS BRAGAS, 156 —————

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

CANDIDO AUGUSTO CORREIA DE PINHO

PROFESSOR-SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

1.a classe — Anatomia . . .	{	Luís de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.a classe — Fisiologia e Histologia	{	António Plácido da Costa José de Oliveira Lima
3.a classe — Farmacologia .		Vaga
4.a classe — Medicina legal e Anatomia patológica	{	Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga.
5.a classe — Higiene e Ba- cteriologia	{	João Lopes da Silva Martins Junior Alberto Pereira Pinto de Aguiar .
6.a classe — Obstetrícia e Ginecologia	{	Cândido Augusto Correia de Pinho Álvaro Teixeira Bastos
7.a classe — Cirurgia . . .	{	Roberto Belarmino do Rosário Frias Carlos Alberto de Lima António Joaquim de Sousa Junior
8.a classe — Medicina . . .	{	José Dias de Almeida Junior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria.		António de Sousa Magalhães e Lemos

Professores jubilados

José Augusto de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(*Regulamento da Faculdade*, de 23 de Abril de 1840, art. 155.º).

À MEMÓRIA

DE

MEU PAI

A alegria que teríeis ao vêr as vossas
aspirações realizadas, seria tam
grande, como grande é a dôr que
que me dilacera a alma, por não
poder compensar o vosso trabalho
insano, e o vosso inolvidável amôr
de pae. Como tributo

SAUDADE ETERNA.

A

MINHA QUERIDA MÃE

Devo-vos tanto que uma tão humilde oferta nunca
representará a menor recompensa, mas sim
o meu profundo reconhecimento e eterna
gratidão, pelo vosso sacrosanto amor.

ÀS

MINHAS QUERIDAS IRMÃS

Jámais deixarei esquecer os vossos
sacrifícios e a vossa dedicação.
Por tudo imensamente grato.

A

Meus dedicados irmãos

Obrigado por todo o bem que me haveis feito.

Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos

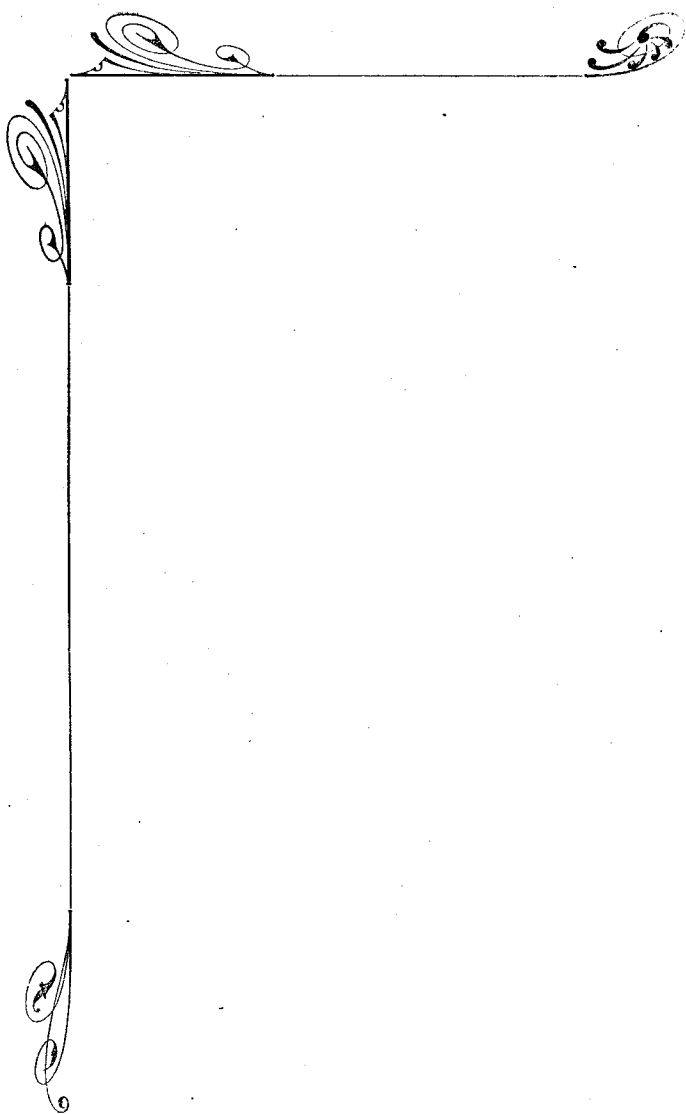
Ao ilustre Corpo Docente

DA

Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao meu ilustre Presidente
de tese

Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida



PRÓLOGO

Atravez duma longa vida académica deparámos quási sempre com surpresas inúmeras ao ideal das nossas aspirações, motivadas talvez pela pouca concepção do pessimismo, ou antes então pela facilidade com que julgamos resolver, durante a nossa mocidade, todos os problemas da vida.

Falamos assim, porque contando apenas com a transposição da barreira dos nossos labores escolares, além da qual alvejávamos o diploma desejado, surgiu-nos mais tarde a grande dificuldade de conseguirmos uma

mesada suficiente, que nos garantisse num meio movimentado, onde éramos obrigados a permanecer, visto que pretendíamos educar o nosso espírito.

¿Que fazer então em frente de tamanho obstáculo ¿Vacilar? Não, porque comprometeríamos o nosso futuro; trabalhar porque o trabalho é a divisa dos que pretendem vencer.

Vencemos por fim, embora sacrificando-nos muito e sacrificando também os nossos deveres profissionais.

E' agora que, apresentada a causa, vimos a todos que nos conhecem e principalmente àqueles que contribuíram para a nossa educação moral, pedir não só o esquecimento de qualquer falta havida no cumprimento dos nossos deveres, mas também benevolência na apreciação dêste tam modesto trabalho, que mais satisfará à lei do que a nós, porque desejaríamos apresentá-lo com mais minúcias, visto que a isso se prestava o assunto que escolhemos para dissertação.

Sôbre este assunto fêz o nosso ilustre professor Dr. Tiago de Almeida uma prelecção magistral, que pela sua proficiência e correcção de método, conseguiu, como sempre, despertar a maior das atenções no espírito daqueles que pretendem saber.

Foi esta uma das principais causas que me levaram ao estudo dêste assunto, que de interessante tinha não só a raridade, como a sintomatologia.

Verdade é, que do nosso estudo e das nossas observações não colhemos novidades

que viessem surpreender a sciência, mas nem por isso esta deixou de ser menos beneficiada, porque obtivemos conclusões, que em harmonia com as dos grandes autores, veem certificar que esta afecção está subordinada a principios bem definidos.

Compreendendo assim, procurámos dar a êste assunto da nossa dissertação inaugural, intitulada Púrpura Hemorrágica, a melhor orientação possível, capaz de mostrar a todos que nos apreciarem, a boa vontade de os não aborrecer.

Dividiremos portanto o assunto em vários capítulos, tratando no primeiro, da púrpura e suas relações com outras doenças, no segundo, da sua história; no terceiro, da púrpura e sua classificação; no quarto, do tratamento geral da purpura, e por fim no quinto, apresentaremos as respectivas observações de dois casos clínicos examinados.

PÚRPURA E SUAS RELAÇÕES

Um dos primeiros cuidados que devemos ter, é precisar convenientemente o tipo clínico observado, para que, — tratando-se duma doença, que podendo apresentar-se com variados sintomas, entre os quais talvez o mais predominante seja as lesões cutâneas, — nos não inclinemos desde princípio a diagnosticar, mas sim a recordarmos muitas outras doenças em que este sintoma é comum.

Destá maneira poderemos fazer a destrição de cada uma das várias afecções, a

ponto de sermos levados ao resultado preciso.

Sendo assim, e versando êste assunto sobre *púrpura hemorrágica*, encontramos útil e necessário fazer algumas considerações àcerca da diferença das lesões cutâneas, entre a púrpura e várias outras doenças.

Embora haja na causa desta lesão, alguma coisa de comum, como as infecções ou as auto-intoxicações gerais, devemos dizer também que é bastante diferente a forma desta lesão, segundo a etiologia a que está subordinada.

E' assim que, enquanto um certo numero de infecções tem um tipo clínico quasi específico: *sarampo, varíola, vacina, varicela*, em cuja erupção encontrámos o eritema nítido, embora muito variável, outros há pelo contrário que dão lugar às formas mais diferentes de erupção (septicemias).

A variabilidade do eritema tem grande

importância, porque embora a existência dele nos mostre tratãr-se duma série específica de infecções, pode também iludir-nos no diagnóstico de cada uma delas, visto que nos pode aparecer desde a simples mancha vermelha não saliente, até à forma papulosa, conservando a propriedade de momentâneamente desaparecer pela pressão, carácter êste importante que o distingue da púrpura.

Mas ç haverá só estas formas de eritemas?

Não: porque de contrário nos bastaria o método de palpação para podermos afirmar se se tratava de eritema ou de púrpura.

Há mais: *eritema em pequenas manchas* de 1 a 4 milímetros, apenas salientes, determinando pela sua confluencia manchas maiores, lembrando o sarampo: ou então formando placas do tamanho duma moeda de dez centavos.

Estas placas podem descolar-se no cen-

tro e desenhar aneis (eritemas circinados, marginados):

Eritema papuloso, no qual as pápulas tem de 1 a 3 centímetros e podem apresentar uma verdadeira nodosidade:

Eritema vesiculo-bulboso, *eritema urticariano*, caracterizado por um edema fugaz junto à mancha vermelha:

Eritema maculoso, que pode ser difuso como na escarlatina e neste caso, sobre a mancha eritematosa distingue-se um picado mais carregado e persistindo sob a pressão. É este eritema o que, de todos, nos podia dar maior confusão com a púrpura, que nada mais é que um eritema, no qual houve a ruptura de pequenos vasos, que contribui para a persistência da mancha após a pressão.

Dito o que necessário julgamos sobre o sintoma cutâneo, nem por isso deixaremos de mencionar outros que, ao contrário deste, são particulares de cada doença, au-

xiliando-nos assim à precisão dum diagnóstico, que neste caso se torna um pouco difícil, em virtude de encontrarmos por vezes a sintomatologia da púrpura associada à sintomatologia de outras doenças: *febre tifoide, febres eruptivas, etc...* do que muitas vezes não é senão uma complicação.

Por êste motivo é de toda a conveniência conhecer bem todas as particularidades de cada uma destas doenças, para assim se poder fazer com consciência um bom diagnóstico e uma boa terapêutica.

Começando por falar das febres eruptivas, mencionaremos em primeiro lugar a *varíola*, que pode acompanhar-se duma erupção purpúrica, a ponto de se assemelhar bastante com a púrpura sub-aguda, podendo até confundirem-se no caso em que a nossa observação coincida com o período e forma de varíola hemorrágica.

Esta confusão deixaria de existir desde

que pudéssemos seguir toda a evolução desta doença, onde encontraríamos com poucas modificações os seguintes sintomas mais característicos: epigastralgia e raquialgia. Êste é algumas vezes tam intenso que determina uma espécie de paresia dos membros inferiores, podendo ir até ao sindroma mielítico e à paraplegia com paralisia dos esfíncteres.

Ao mesmo tempo que êstes sintomas se manifestam, outros aparecem também que podem fazer desviar o nosso diagnóstico, e para os quais devemos estar de sobre-aviso. Êstes são: a face muito vermelha, congestiva, os olhos injectados e lacrimosos, uma erupção morbiliforme, lembrando o sarampo e etc.

Pode ainda nesta doença sobrevir: um *rash* escarlartiniforme, uma erupção urticariana, sintomas semelhantes aos da erisipela, enfim outros tantos, que obrigam a todas as precauções para o bom êxito do

clínico.

Escarlatina: É iniciada por arripios, elevação rápida de temperatura (39,5), taquicardia, vômitos, angina eritematosa, língua vermelha na ponta e sobre os bordos.

Todos estes sintomas se observam no praso de 24 horas, tempo este que corresponde ao período de invasão, seguindo depois a erupção, que se torna nítida principalmente no pescoço, axila e virilha.

A erupção das mucosas termina pela descamação da língua, que toma o aspecto *framboisé*.

Contrariamente à variola os sintomas gerais aumentam em lugar de diminuirem no momento em que aparece a erupção.

A descamação começa no quinto ou sexto dia e prolonga-se por algumas semanas sob a forma de largas escamas. O diagnóstico desta doença com os eritemas escarlatiformes tóxicos é o mais importante.

Sarampo: é caracterizado por uma febre

ligeira e um catarro ocular, nasal e traqueal, por fotofobia, lacrimação, espirro, tosse felina, laringite estridulosa e bronquite.

A erupção só aparece no fim de quatro ou cinco dias, e começa quási sempre pela face, orelhas, raiz dos cabelos e estende-se da parte superior à parte inferior do corpo no espaço de 24 a 48 horas.

Esta erupção é formada de manchas de 3 a 4 milímetros, apenas salientes, aveludadas ao toque, podendo reunir-se, mas deixando sempre intervalos de pele sã.

Esta erupção desaparece depois de 4 a 5 dias da sua aparição, e é seguida duma descamação farinhosa pouco abundante.

Rubéola: A erupção é paralela ou anterior ao catarro, sendo formado de manchas maiores e mais polimorfas que as do sarampo, e é quási sempre acompanhada de gânglios tumefactos na região axilar, inguinal e cervical.

Varicela: Distingue-se pela sua longa

incubação (15 dias) e pelo período de invasão ser muito benigno, não necessitando quasi de grande recato.

A sua erupção é de praxe o primeiro sintoma, que pode começar duma maneira despercebida, mas pode também apresentar o carácter de evoluir rápidamente e de, em algumas horas, apparecerem bolhas cristalinas.

Os symptomas gerais da varicela são muito benignos, e raras vezes põem os doentes num estado inquietante.

A erupção cessa de se produzir no décimo ou décimo segundo dia.

Esta doença pode algumas vezes acompanhar-se de *rash* escarlatiniforme, ou associar-se ao sarampo, o que complica singularmente o diagnóstico.

Dito o que mais interessa sobre as febres eruptivas, estamos mais ou menos habilitados a não confundir com estas doenças as grandes infecções susceptíveis de provo-

car reacções cutâneas, que se declarem com perfeita erupção, como sejam todas as septicemias e pióemias: *endocardites infectiosas, febre puerperal, osteomielite, febre tifoide, pneumonia, gripe, reumatismo, meningite, difteria, e mesmo a tuberculose (forma purpúrica da granúlia).*

Tendo-nos ocupado com as febres eruptivas e grandes infecções, do que ficamos a conhecer um pouco, podemos assim melhor chegar ao diagnóstico de eritemas propriamente ditos.

Aqui, três grupos se apresentam: Determinações cutâneas de infecções graves e de origem desconhecida, eritemas polimorfos, e finalmente as púrpuras.

Não podendo em especial falarmos de cada uma das espécies destes eritemas, referir-noshemos só às púrpuras, que de todos não serão os menos importantes e os que oferecem os mais variados aspectos.

PÚRPURA E SUA HISTÓRIA

Sendo tam numerosas as afecções que se declaram nítidamente por uma erupção de manchas vermelhas, consecutivas a uma hemorragia intersticial e espontânea da pele e tendo além dêste sintoma predominante, vários outros que concretizam a causa da afecção, embora por vezes passem um pouco desapercibidos, mediante a exacerbação do que predomina, nem por isso devemos deixar de reconhecer a alta importância da associação de todos, para o estudo completo da doença, embora esta tenha que

ser designada pelo nome do sintoma capital.

Êste sintoma, devemos dizê-lo, só de per si nenhuma conclusão nos dá, visto ser comum a muitas afecções diferentes.

Desta maneira, poremos de parte as teorias antigas, nas quais se pretendia provar ser a púrpura uma doença específica, para nos associarmos ao parecer dos modernos autores, que pelo conjunto das suas observações e experiências, teem verificado que a púrpura nada mais é que um sintoma eruptivo característico a muitas doenças, e resultante sempre, quer duma infecção, quer duma intoxicação, ou duma doença orgânica, localizada em geral ao rim e ao figado.

De qualquer uma destas teorias se tem provado originar a púrpura: contudo, a que mais universalmente está admitida, é a teoria inficiosa, criada e discutida por Hayem.

Além disto, por várias experiências feitas

por Charrin e Lanorelli (injecções de toxina piociânica, ou tífica) conseguiu-se reproduzir com toda a nitidez a púrpura, mostrando-se desta forma o bom resultado das experiências, e o conhecimento exacto da causa desta afecção.

Mas ¿ficará o nosso espírito satisfeito em conhecer a causa desta lesão, mediante a forma variada da localização das hemorragias ao nível da pele, e da maneira como estas hemorragias internamente se effectuam?

Não. Resta-nos portanto, elucidar o modo de acção, não só das toxinas e venenos minerais, como também o papel do sistema nervoso, que segundo a ideia de muitos autores, é êste o encarregado da distribuição das manchas eruptivas.

Enquanto que as lesões do fígado, permitindo a passagem das toxinas na circulação, dão lugar a que as hemorragias se tornem mais fáceis, não só em razão do

papel do figado na coagulação do sangue, mas também porque da lesão hepática resulta uma diminuição de albumina do sôro e assim o sangue é tornado mais fluido, as alterações renais impedem a sua eliminação, originando assim uma auto-intoxicação.

Permitindo-nos estas alterações do figado e rim, compreender a produção das hemorragias, mas nunca a sua localização, curioso e necessario se nos torna, procurar a sua explicação.

E' sôbre êste ponto que, consultando varios tratados scientificos, encontrámos teorias entre as quais a de Lerède, que prova ser a localização da púrpura ao nível de toda a rede capilar, fundando-se para isto, em que a púrpura resulta da passagem do sangue atravez dos capilares, motivada pela paralisia das células endoteliais dos vasos, paralisia esta que é provocada pelas toxinas em circulação.

Outra há que se funda na relação que

existe entre a localização e as alterações dos órgãos hematopoiéticos do sangue.

Finalmente temos a que se baseia no papel das alterações nervosas, que é de todos a única que satisfaz, visto autenticar-se pela topografia simétrica da erupção, por perturbações nervosas consecutivas, e pelo resultado da punção lombar, feita por Grenet, da qual verificou a existência de linfocitos, e um excesso de albumina no líquido céfalo-raquidiano.

Experimentalmente se tem obtido o que teóricamente se apresenta, pois que Grenet conseguiu reproduzir a púrpura, com uma localização especial e formas variadas (ptéquias, grandes equimoses, associação de equimoses e eritema, etc.) alterando a função hepática, por meio de uma intoxicação arsenical, e submetendo em seguida o sistema nervoso à irritação de ordem tóxica (injecção intra-medular de sangue purpúrico, ou de toxina diftérica).

Daqui se conclui que a púrpura resulta das lesões associadas das vísceras (fígado e rim) e do sistema nervoso, produzindo o fígado e o rim as hemorragias e o sistema nervoso a sua distribuição.

PÚRPURA E SUA CLASSIFICAÇÃO

Devemos dizer desde princípio que se nos torna bastante complexa uma precisa classificação, visto termos de a considerar debaixo do ponto de vista etiológico, sintomático e clínico.

Segundo a etiologia já sabemos estar a púrpura sob a dependência de uma infecção, de uma intoxicação, ou de uma doença orgânica; e, conforme uma destas afecções causais se torna desapercibida ou verdadeiramente nítida, assim a classificamos de primitiva, ou de secundária (chamada tam-

bêm sintomática).

Segundo a sintomatologia, faremos a classificação atendendo quasi exclusivamente ao sintoma cutâneo, que objectivamente se manifesta por equimoses de diferentes aspectos (ptéquias equimoses, propriamente ditas e vibices) mas sempre com a característica de se desenvolverem espontâneamente, o que as distingue das equimoses traumáticas.

Esta erupção cutânea pode existir só, sem qualquer complicação e nêste caso temos a púrpura exantemática, ou ser acompanhada de hemorragias abundantes, e classificar-se de púrpura hemorrágica.

Resta-nos agora, a classificação clinica que de todas não deixa de ser a mais importante, não só por encontrarmos uma grande variedade de púrpuras, mas também porque cada uma se apresenta com dados clinicos próprios, mediante os quais um bom diagnóstico é facil, e portanto um

bom tratamento.

Como os sintomas clinicamente observados, estão subordinados à etiologia, e como já dissemos serem as púrpuras segundo a causa: *primitivas e secundárias*, temos por esta razão outros tipos de púrpuras, dependentes de cada uma destas.

Nas púrpuras primitivas encontramos os três seguintes tipos clínicos: *púrpura rumatoide, inficiosa e uma forma especial de púrpura denominada doença de Werlhof*; nas púrpuras secundárias temos vários tipos, diferindo cada um dêles na causa que os originou.

Útil será fazer algumas considerações, embora breves, sôbre cada uma destas formas, começando por falarmos de púrpuras inficiosas.

Algumas vezes a infecção apresenta-se sob a forma de uma púrpura simples, constituida por algumas placas violáceas, sem sintomas gerais, outras vezes a febre atin-

ge 39º graus, e acompanha-se de perturbações gerais (artropatia, etc. púrpura rumatoide).

Noutros casos, a púrpura é a expressão de uma septicemia grave, como na varíola hemorrágica, à qual se precisa juntar um grande número de púrpuras fulminantes, que podem matar em menos de 24 horas; outros casos há do mesmo género que devem ligar-se à escarlatina hemorrágica.

O diagnóstico destas formas é bastante difícil e só se torna fácil em tempo de epidemias.

A êste grupo ligam-se as seguintes púrpuras inficiosas: *púrpura tifoide e o tifo ângio-hemático de Landouzy*.

Quando se tenha feito o diagnóstico de qualquer uma destas modalidades, não se deve logo ficar satisfeito, visto que nos resta determinar a causa; e tanto assim, que os autores as classificam como essenciais e idiopáticas.

Muitas vezes relembram infecções, cujos germenos nos são desconhecidos; outras há em que existem infecções, como seja a tuberculose, que são a causa determinante da púrpura.

E' por isto que precisamos de ter o máximo cuidado, quando em presença de uma destas manifestações cutâneas, tendo a aparência de ser essencial, tenhamos necessidade de saber qual a importância prognóstica de um diagnóstico etiológico.

Púrpura rumatoide.

Êste tipo clínico é assim denominado por apresentar além dos dois sintomas importantes, — perturbações gastro-intestinais e uma erupção petéquia simétrica, — um outro mais ainda (artropatias) que pela sua frequência e pela sua intensidade dolorosa, sobretudo à pressão, tem dado a esta doença o nome que a caracteriza.

Doença de Werlhof.

Esta forma clínica observada por Buquoy e Lasegne e estudada principalmente por Werlhof, torna-se deveras interessante quer pela sua sintomatologia própria, quer pela sua relativa frequência.

Esta afecção que muito nos surpreende por não ter período prodrômico anunciador e por falta de temperatura febril, começa em geral por uma hemorragia, regularmente das gengivas e das fossas nasais, seguida de uma erupção ptequial mais ou menos confluyente, ocupando desde o principio os membros inferiores, estendendo-se em seguida ao tronco, aos membros superiores, nuca e face.

O prognóstico desta doença é quasi sempre favorável, porque as melhoras se manifestam nitidamente passados 8 a 12 dias do comêço da erupção. Se alguma complicação há a temer é apenas a abundância das epistaxis, que por vezes podem matar.

Falaremos agora, para terminar a classificação, dos variados tipos clínicos que encontramos nas púrpuras secundárias.

Aclarando-se mais nestas púrpuras a causa que as determina, é-nos fácil relacionar o tipo clínico e a afecção que o pode ter originado, levando-nos desta forma a colher dados tam úteis, que por vezes nos dão a conclusão desejada.

Vejamos: *Na varíola* a erupção purpúrica pode ser o primeiro sintoma a aparecer, seguindo-se depois vários outros, próprios desta doença.

Isto indica um mau prognóstico, porque, quasi sempre que isto se passa, depa-ramos com varíola hemorrágica.

Na meningite aguda algumas vezes antes dos sintomas próprios desta doença se manifestarem, aparece-nos a púrpura evoluindo numa fase própria, que muito contribui para graves complicações, como seja uma hemorragia meníngea, capaz de fazer

sucumbir o doente, antes que a fase menín-
gítica se tenha declarado.

Esta complicação da púrpura tem sido observada por vários autores, mesmo afora de qualquer lesão das meninges.

Um dos autores, M. Guillam, apresenta um caso de hemorragia meníngea diagnosticada pela clínica e pela punção lombar, e motivada por um caso de púrpura hemorrágica sub-aguda. Diz este autor ser uma complicação rara, e o que mais freqüentemente se encnotra é a hemorragia cérebro-meníngea.

Esta pode observar-se em toda a idade, e aparece sobretudo nas púrpuras hemorrágicas de evolução aguda ou sub-aguda.

Ordinariamente a hemorragia meníngea apresenta-se com uma sintomatologia grave, e o seu prognóstico é completamente sério. Em razão dos perigos que pode fazer correr ao doente, e que imediatamente se concebem, a punção lombar não será

praticada, e esperar-se há que todo o sinal do síndrome hemorrágico tenha desaparecido, para depois se fazer.

Na febre tifoide é freqüente aparecer a púrpura, e últimamente cita-se um caso de púrpura necrótica, consecutiva a uma tifoide maligna.

Esta forma clínica é caracterizada por pequenas manchas existentes no dorso, de cor vermelho carregado, com o centro negro e deprimido, não desaparecendo pela pressão e lembrando picadas de pulgas.

Esta complicação no decurso duma tifoide é muito rara e traduz sempre uma intoxicação profunda do organismo, indicando-nos assim um prognóstico fatal.

Na tuberculose a existência desta infecção e da púrpura é muito freqüente, e encontra-se nos diferentes períodos da bacilo-tuberculose, na tuberculose pulmonar crônica, em certos casos de tuberculose extra-pulmonar e na tuberculose latente. É rara

na granulia.

Há um certo número de púrpuras essenciais que parecem ser de origem bacilar.

A origem tuberculosa da púrpura num grande número de casos, não parece duvidosa e está demonstrada: 1.º pela observação clínica. Em 16 casos observados por Maunot e em todas as observações citadas na literatura médica, não se encontram antecedentes hereditários senão a infecção tuberculosa.

2.º pela evolução.

Um doente sem tara bacilar e atingido de púrpura generalizada, com predomínio no dorso das mãos, torna-se tuberculoso rapidamente. Neste caso a púrpura é um magnífico sinal precoce.

3.º pelos processos bacteriológicos.

Bensaude e Rinet encontraram a presença do bacilo de Koch ao nível das manchas purpúricas.

Mosny e Harvier e outros autores tem

podido reproduzir o síndrome hemorrágico por injeções de tuberculina.

A púrpura é devida tanto ao bacilo de Koch presente na lesão e actuando pelas suas toxinas aderentes e pelas toxinas solúveis difundindo-se localmente em volta dele tanto às descargas tóxicas, tanto à reactividade das lesões bacilares nítidas, como à diátese hemorrágica criada nos tuberculosos por alterações complexas do fígado e do sistema nervoso em particular.

Assim a aparição de púrpura num indivíduo de aspecto forte, pode ser o primeiro sinal de tuberculose, etc.

Todas estas noções clínicas teem uma grande importância prática, prognóstica, terapêutica, e profiláctica em todas as formas de púrpura, mas principalmente nas púrpuras secundárias.

Reconhecido o alto valor destas noções para cada forma de púrpura em particular, obrigados somos a mencionar, visto que

a conhecemos, uma outra noção que de mais importante tem não só a generalização a todas as formas de púrpuras, mas também a maneira como se afirma em algumas delas, a ponto de muitos autores a considerarem como único dado certo para a classificação de muitos tipos de púrpuras.

Esta noção, graças à utilidade dos trabalhos laboratoriais, é-nos fornecida pelo exame do sangue.

E' sobretudo na púrpura hemorrágica que este exame dá, segundo Bensaude, resultados interessantes, de forma a podermos diagnosticar de púrpura hemorrágica, uma forma de púrpura apenas caracterizada por raras equimoses cutâneas, e de púrpura não hemorrágica uma outra, que, apresentando erupção e hemorragias mucosas, não tem a prova do exame do sangue positiva.

Esta prova consiste numa diminuição do número dos hematoblastos, e na irretratabilidade do coágulo (observação de Hayem)

e mais na presença de mielócitos, eosinófilos e glóbulos rubros nucleados, segundo a observação de Lenoble.

Esta última observação é mais concludente, visto estar abstraída da prova da irretratibilidade do coágulo, que por vezes falha, quando sejam modificadas as condições de coagulação do sangue.

TRATAMENTO

Nos casos de púrpura hemorrágica devemos fazer uma terapêutica sintomática e também patogénica para assim podermos combater as discrasias.

Em vista disto, devemos aplicar substâncias que sejam capazes de aumentar o poder de coagulabilidade do sangue: adrenalina, sôro gelatinado, cloreto de cálcio, sôro de cavalo, e extracto de ratânia em glicerina.

Êste extrato é aplicado pelo professor francês Gaucher na seguinte fórmula:

Extrato ratânia	10 gramas
Glicerina	90 "

A dose é de 4 a 8 colheres de café por dia.

Devemos ainda ter grande precaução com o tubo digestivo, alimentação e profilaxia.

O doente deve estar em completo descanso e a alimentação deve ser exclusivamente de leite durante os primeiros dias e seguida depois de farinhas.

Os azotados só são permitidos quando a púrpura tenha desaparecido.

A adrenalina administra-se em solução milesimal (x gotas por dia). Em injeções de 20 a 40 centímetros cúbicos o sôro de cavalo, como também o sôro gelatinado uns dias alternados e em quantidade de 200 a 500 centímetros cúbicos.

Êste último é preferível, porque não

tem o inconveniente de provocar o tétano.

Todo êste tratamento de que temos falado é referente à púrpura hemorrágica, porque no caso de púrpura simplesmente cutânea, abstrair-nos hemos de prescrever medicamentos hemostáticos.

OBSERVAÇÃO I

História da doença

M. C. criada de servir, solteira, de 21 anos de idade, natural do Pôrto, residente em Paranhos, deu entrada no Hospital de S.^{to} António, no dia 28 de Abril de 1915, seguindo nesta mesma ocasião para a enfermaria n.º 4, sala S. Jesus.

Esta doente acordou na manhã de 24 de Abril com manchas pequenas no pescoço e braços, manchas estas que se generalizaram quasi por todo o corpo no dia seguinte, sendo, contudo, o seu estado geral bom, a ponto de não sentir perturbação de quali-

dade nenhuma e poder trabalhar durante todo o dia.

Estado actual. Quási todo o corpo estava coberto de manchas vermelhas e vermelho-escuro, de tamanhos diferentes e sob a forma de equimoses, as maiores, e de petéquias as mais pequenas e muito semelhantes às que aparecem na febre tifoide e ainda outras parecendo verdadeiras flictenas.

Todas estas manchas eram muito numerosas à volta do pescoço e na parte mais central dos membros superiores e inferiores, e nestes as manchas eram tão reunidas que faziam quási uma superfície contínua.

Na língua as flictenas eram de tal tamanho, que quási a impediam de se alojar na cavidade bucal.

Na mucosa desta cavidade havia muitas vesículas.

Havia hematúria abundante. Tinha apetite.

Etiologia. Só se pode apurar um exa-
gêro no trabalho do coração (taquicardia), e
um pouco de hipertrofia da glândula tiroi-
dea direita. Não tinha perturbações gastro-
intestinais, nem temperatura febril, nem ce-
falalgias, nem perturbações nervosas, nem
dores articulares, nem outro qualquer sin-
toma que nos pudesse elucidar sôbre a
causa da doença.

Em face disto estamos em frente dum
caso de púrpura, que se limita apenas à
perturbação do sangue e dos capilares.

Antecedentes pessoais. Foi sempre sau-
dável e com menstruações regulares, sendo
a primeira aos 14 anos.

Antecedentes hereditários. O pai e a
mãe morreram; o primeiro com uma pneu-
monia e o segundo com uma enterite, que
durou 8 meses.

Não apurámos pelo interrogatório feito
à doente, ter havido tuberculose na família.

Diagnóstico. Por tudo o que apurámos

e mui principalmente pela sintomatologia diagnosticámos : *púrpura hemorrágica de Werlhof*.

Prognóstico. Depende sempre da multiplicidade e intensidade das hemorragias, principalmente das renais e nervosas; por isso devemos reservá-lo.

TRATAMENTO

Esta doente foi tratada da seguinte forma:

Dia 28 de Abril de 1915 tomou primeiramente x gotas de solução normal de adrenalina; em seguida uma injeção de sôro gelatinado e por fim limonada cítrica, que continuou até ao dia 10 de Maio.

No dia 29 de Abril tomou em vez de solução de adrenalina a poção de cloreto de cálcio, que foi administrada até ao dia 10 de Maio.

Dia 12 dêste último mês applicou-se-lhe

uma injeção de ferro que continuou por mais alguns dias.

No dia 2 de Maio as urinas que até aqui eram carregadas de sangue, começaram a aclarar-se e a tomar bom aspecto.

A injeção de sôro que se applicou no primeiro dia de tratamento, produziu uma grande hemorragia, que difficilmente se sustou; todas as outras foram seguidas do melhor resultado. Esta doente saiu completamente curada dia 28 de Maio de 1915.

EXAME DO SANGUE

Da análise do sangue desta doente obteve-se:

Hemoglobina	50%
Glóbulos vermelhos, por milímetro cúbico.	3.200:000
Glóbulos brancos, por milímetro cúbico.	4:000
Glóbulos polinucleares neutrófilos	79,9 %
Glóbulos mononucleares	9,5 %

Linfocitos	5 %
Eosinófilos	1,7 %
Glóbulos de transição	2,1 %
Mielócitos	1,8 %

Encontraram-se também alguns glóbulos rubros nucleados.

OBSERVAÇÃO II

História da doença

R. F. de 37 anos de idade, casada, tece-deira, natural do Pôrto, deu entrada no hospital de S.^{to} António no dia 17 de Julho de 1915 e recolheu à enfermaria n.º 14 sala Santa Clara.

Contou-nos que no dia 10 de Julho de 1915 lhe apareceram umas manchas sanguíneas nos braços e pescoço, que se generalizaram no dia seguinte a todo o corpo.

Tinha umas leves dores de cabeça, e sentia-se sobretudo muito fraca, a ponto de não poder trabalhar.

Teve grandes hemorragias pela bôca, nariz e ânus, e a urina era sanguinolenta.

Tinha apetite e grandes dores na região renal.

Exame local. Apresentava manchas vermelhas, sob a forma de petéquias e equimoses em todo o corpo, mas com mais intensidade nos membros superiores, inferiores, no pescoço e parte anterior do tórax. A parte mais poupada era a face, contudo tinha algumas manchas mais pequenas, sobretudo nas pálpebras.

Na língua, lábios e gengivas havia grandes flictenas, que davam lugar a grandes hemorragias.

Havia hematúria abundante; não tinha temperatura febril nem perturbações gastro-intestinais; tinha apetite.

No aparelho respiratório percebemos, pela auscultação, uma diminuição de murmúrio no vértice dos dois pulmões, e algumas ralas principalmente no pulmão es-

querdo.

Antecedentes pessoais. Teve aos 16 anos uma doença idêntica a esta que acabámos de mencionar, repetindo-se de dois em dois anos.

Aos 17 anos teve uma doença grave, que segundo ela nos contou devia ter sido uma febre tifoide.

Antecedentes hereditários. Tem um filho de 15 anos que diz ser um pouco fraco, teve outro que morreu passados dois anos e teve também um abôrto.

O marido é muito doente, estando a fazer uma tuberculose, segundo lhe disseram os médicos.

O pai e a mãe morreram com doença que desconhece; tem seis irmãos saudáveis e teve outro que morreu tuberculoso.

Diagnóstico. Pelos sintomas colhidos e pela evolução da doença, podemos afirmar tratar-se de púrpura hemorrágica (doença de Werlhof) com a causa mais ou menos

esclarecida (tuberculose) o que rara vezes acontece nesta forma de púrpura.

Prognóstico. Nestes casos deve ser sempre reservado, porque a púrpura consecutiva a infecções crônicas, e revestindo a forma hemorrágica tende a ser fatal.

TRATAMENTO

Tomou desde o primeiro dia de entrada até ao dia 29 do mesmo mês, a poção de cloreto de cálcio (5 colheres de sopa) e limonada cítrica dada de 3 em 3 horas, em quantidade de 20 gramas por cada vez.

Esta doente saiu do hospital completamente curada no dia 7 de Agosto de 1915.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descritiva. — A disposição das sinoviais no 1.º e 5.º dedos da mão, explicam a gravidade das
• infecções nêles produzidas.

Anatomia topográfica. — A profundidade a que se encontra a artéria vertebral, explica a gravidade das suas feridas e a dificuldade em sustar a hemorragia.

Histologia. — A origem dos vasos linfáticos ainda não está bem determinada.

Fisiologia. — O melhor de todos os hemostáticos de uma ferida é a fibrina que nela se deposita.

Patologia geral. — Não há verdadeira diferença entre parasitismo e infecção.

Anatomia patológica. — Na púrpura a existência de manchas equimóticas à superfície das vísceras e quasi constante.

Farmacologia. — O tempo em que os acidentes pela intoxicação aguda do sublimado se manifestam é variável.

Patologia externa. — A luxação da extremidade interna da clavícula é ás vezes espontânea.

Patologia interna. — Não há doença que apresente um dicrotismo tam acentuado como a febre tifoide.

Higiene — Onde devem ser mais rigorosas as prescrições higiênicas é nas salas de operações.

Operações — Os vômitos post-anestésicos intensos e prolongados constituem uma complicação.

Clínica cirurgica. — A adrenalina retarda a cicatrização por primeira intenção.

Clínica médica. — O prognóstico das púrpuras secundárias está quasi sempre subordinado à sua causa, e á sua aparição.

Obstetrícia. — A duração exacta da gravidez ainda não está bem determinada.

Medicina legal. — Não é necessário o contacto venéreo para que possa haver corrimento gonocócico.

VISTO

O Presidente,

Tiago de Almeida.

PÓDE IMPRIMIR-SE

O Director,

Cândido de Pinho.

Em virtude da revisão dêste trabalho ter de
ser muito apressada, pedimos des-
culpa por qualquer gralha que exista
e que o leitor fácilmente corrigirá.