

Eduardo Aires de Vasconcelos



# A reacção de Moriz Weisz

## na Bacilose

DEZEMBRO — 1914

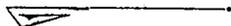
IMPRENSA NACIONAL  
— de Jaime Vasconcelos —  
Rua da Picaria, 35 e 37  
— PORTO —

158/1 FMP

# A reacção de Moriz Weisz

==== na Bacilose ====

Eduardo Aires de Vasconcelos



# A reacção de Moriz Weisz na Bacilose

—DISSERTAÇÃO INAUGURAL—

— Apresentada à —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DEZEMBRO — 1914

IMPRENSA NACIONAL

— de Jaime Vasconcelos —

Rua da Picaria, 35 e 37

— PORTO —

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

**Cândido Augusto Correia de Pinho**

PROFESSOR SECRETÁRIO

**Álvaro Teixeira Bastos**

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários e Extraordinários

- |  |   |
|--|---|
| 1. <sup>a</sup> classe Anatomia . . . . .                                  | { Luis de Freitas Viegas<br>Joaquim Alberto Pires de Lima   |
| 2. <sup>a</sup> classe — Fisiologia e Histo-<br>logia . . . . .            | { António Plácido da Costa<br>José de Oliveira Lima   |
| 3. <sup>a</sup> classe — Farmacologia. . . . .                             | Vaga  |
| 4. <sup>a</sup> classe — Medicina legal e<br>Anatomia Patológica . . . . . | { Augusto Henrique de Almeida Brandão<br>Vaga   |
| 5. <sup>a</sup> classe — Higiene e Bacte-<br>riologia . . . . .            | { João Lopes da Silva Martins Júnior<br>Alberto Pereira Pinto de Aguiar                           |
| 6. <sup>a</sup> classe — Obstetria e Gine-<br>cologia . . . . .            | { Cândido Augusto Correia de Pinho<br>Álvaro Teixeira Bastos                                      |
| 7. <sup>a</sup> classe — Cirurgia . . . . .                                | { Roberto Belarmino do Rosário Frias<br>Carlos Alberto de Lima<br>António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. <sup>a</sup> classe — Medicina . . . . .                                | { José Dias de Almeida Júnior<br>José Alfredo Mendes de Magalhães<br>Tiago Augusto de Almeida     |
| Psiquiatria . . . . .  | António de Sousa Magalhães e Lemos.   |

### Professores jubilados

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

A Faculdade não responde pelas doutrinas expêndidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

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



EM MEMÓRIA

de

Minha Mãe

Saúde perene.



# À MEU PAI

Se alguma coisa sou, só a  
vós o devo.

O meu eterno e profundo  
reconhecimento.

Ao Ilustre Professor

Dr. Luís de Freitas Viegas

Nunca poderei esquecer as  
vossas proficientes lições e os  
vossos úteis conselhos.

O meu sincero agradece-  
mento.

---

À saúdosa memória  
do meu amigo e colega

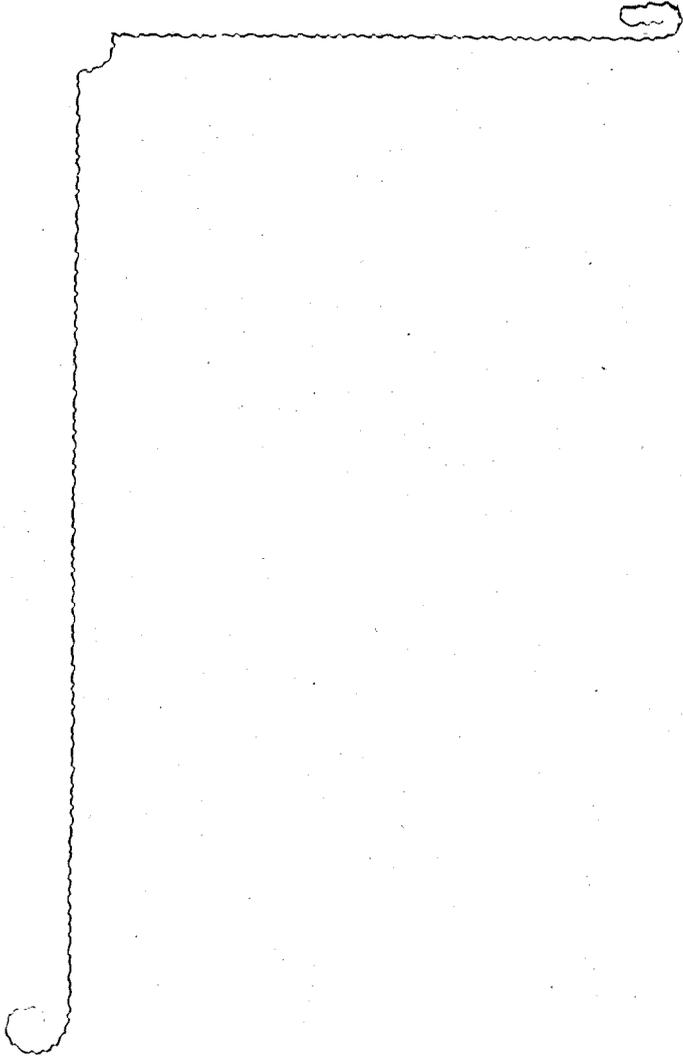
Dr. George M. Petit de Barcelos Pinheiro

---

Ao meu ilustre Presidente de tese

Professor Dr. Tiago Augusto de Almeida

Eterna gratidão e profundo  
respeito pelas vossas qualida-  
des de inteligência e de traba-  
lhador incansável.



*«Le pain sacré! Quelle honte pour  
notre orgueilleuse civilisation, que des  
créatures humaines puissent en man-  
quer un seul jour!»*

FRANÇOIS COPPÉE.

.....  
.....  
O' pobre mãe, que tanto a amas,  
cautela! o outono está a chegar!...

(«Só»—ANTÓNIO NOBRE).

*Forçados pela lei a apresentar um trabalho escrito como complemento do nosso curso médico escolhemos para têmea — A reacção de Moriz Weisz na bacilose.*

*Êste autor fêz conhecer a sua reacção no 7.º Congresso Internacional contra a Tuberculose realizado em Roma, de 14 a 20 de Abril de 1912. Já em 1910 a descrevera sob o nome de reacção do urocromogéneo ou prova pelo permanganato de potássio, reacção que se encontra em todos os grandes infectados, quer agudos, quer crónicos. Teve como ponto de partida as investigações dêste autor sôbre o princípio da diazorreacção de Ehrlich. Tendo o mesmo valor clínico que esta última, a reacção de Weisz é-lhe superior pela sua extrema simplicidade, sua maior nitidez e maior constância. Estudámo-la apenas nas baciloses, médica e cirúrgica, em que o seu*

*interêsse é maior como sintoma de intoxicação, de prognóstico grave e de indicações terapêuticas.*

*Como todo o valor da reacção de Weisz consiste essencialmente na prognose, claro está que para êste trabalho ser completo ser-nos hia indispensável observar cuidadosamente, dia a dia, e durante algum tempo os diferentes sintomas funcionais, gerais e físicos, apresentados pelo doente, para assim podermos avaliar da veracidade da reacção, quer dizer, na hipótese desta última ser positiva o que equivale a prognóstico grave, só a evolução ulterior da afecção seguida com persistência e método clínico nos poderia afirmar ou infirmar o seu valor. Seria, pois, necessário seguir o doente num largo espaço de tempo para assim ver se o prognóstico clínico e laboratorial concordariam.*

*Ora o tempo que tivemos á nossa disposição*

*foi assás limitado. Todavia seguimos os doentes até onde nos foi possível.*

*É um trabalho incompleto, confessamos; como tal pedimos a benevolência do Ex.<sup>mo</sup> Júri que nos julgar.*

*Bem sabem S. Ex.<sup>as</sup> que o curso médico já nos roubou quási uma mocidade inteira.*

*Em primeiro lugar cumpre-nos agradecer ao Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Thiago de Almeida a cativante amabilidade com que nos mimoseou pondo as suas enfermarias à nossa disposição. A S. Ex.<sup>a</sup> os protestos da nossa indelével gratidão.*

*Aos Ex.<sup>mos</sup> Srs. Drs. Carlos Lima, José Dias de Almeida, Evaristo Saraiva, Alberto Ribeiro e Eduardo Guimarães que, afávelmente nos deixaram ensaiar a nossa reacção em seus doentes, o preito do nosso profundo reconhecimento.*

*Ao amigo e discípulo Joaquim Graça um abraço de sincera gratidão, não só pela lembrança do assunto de tese, mas também pelo oferecimento de livros auxiliares.*

# Sinais utilizados nos esquemas das observações

(Notação adoptada em Clínica Médica para a semiótica do aparelho respiratório).

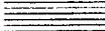
## Inspecção

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| N.º de movimentos respiratórios . . . . . | Mr.                                 |
| Amplitude respiratória . . . . .          | Ampl.r.                             |
| Perímetro torácico . . . . .              | Per.t.                              |
| Diâmetros torá-<br>cicos {                | antero-posterior . . . . . D. a. p. |
|   | transverso . . . . . D. tr.         |
| Capacidade respiratória . . . . .         | Cap.r.                              |

## Palpação

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Vibrações vocaes: Normaes . . . . . | V=  |
| Aumentadas . . . . .                | V+  |
| Diminuidas . . . . .                | V-  |
| Abolidas . . . . .                  | V o |

## Percussão

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Sonoridade: Normal . . . . .       | S=  |
| Aumentada . . . . .                | S+  |
| Diminuida (sub-maciszez) . . . . . | S- ou  |
| Abolida (maciszez) . . . . .       | So ou  |

Auscultação**Ruídos normais:**

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Intensidade: Normal . . . . .         | R=      |
| Aumentada . . . . .                   | R+      |
| Diminuída . . . . .                   | R-      |
| Abolida . . . . .                     | Ro      |
| Rítmo: Inspiração intercisa . . . . . | ↕       |
| Expiração prolongada . . . . .        | →       |
| Timbre: Respiração rude . . . . .     | Rr ou ∞ |
| "    de vaga . . . . .                | Rv      |
| "    soprada . . . . .                | Rs      |
| "    granulosa . . . . .              | Rg      |
| Broncofonia . . . . .                 | Brc.f.  |

**Ruídos anormais:**

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| Sarridos: Sibilantes . . . . . | ***     |
|                                | ***     |
|                                | ***     |
| Roncantes . . . . .            | xxx     |
|                                | xxx     |
|                                | xxx     |
| Crepitantes . . . . .          | ...     |
|                                | ...     |
|                                | ...     |
| Sub-crepitantes . . . . .      | ooo     |
|                                | ooo     |
|                                | ooo     |
| De fusão tuberculosa . . . . . | AAA     |
|                                | AAA     |
|                                | AAA     |
| Atritos pleurais . . . . .     | //// // |
|                                | //// // |
| Cavernas . . . . .             | ● ●     |

## História

Em 1882 Ehrlich descreveu uma reacção conhecida em clínica sob o nome de diazorreacção.

Consiste na coloração vermelha (escarlate ou alaranjada) que tomam certas urinas patológicas quando são tratadas pelo clorêto de diazobenzolparassulfonado. Nas mesmas condições as urinas normais não dão senão côres amarelas, escuras ou alaranjadas.

Esta reacção, que tem hoje uma existência de mais de 30 anos, sai do seu empirismo e toma uma alta significação fisiopatológica e um sólido valor clínico à luz das últimas aquisições da bioquímica.

O empirismo da diazorreacção manteve-se pela ignorância do seu princípio gerador. Para Brewing, depois Ehrlich, a reacção era devida à reabsorção, no pulmão, de produtos caseosos supurados. Be-

nedikt, Sahli, incriminam a reabsorção das toxinas microbianas. Burghardt pretende reproduzir a diazorreacção pela injeção no coelho de toxinas bacilares. Th. K. Geisler pensa, pelo facto da diazorreacção da urina se observar a seguir a uma destruição exagerada de leucócitos no sangue, que as substâncias que dão esta reacção aparecem no momento da passagem dos produtos dos leucócitos no rim. Neubauer atribui ao urobilinogéneo a causa da reacção de Ehrlich.

Zunz, em 1900, pensa numa perturbação do metabolismo das substâncias proteicas, hipótese que as investigações destes últimos anos parecem confirmar. Segundo Engeland a diazorreacção seria devida aos ácidos oxiaromáticos (ácidos proxifenil-propiónico e proxifenilacético) e sobretudo à histidina e a corpos com núcleo de imidazol.

Em 1903 Bondzynski e Panek descobrem os ácidos proteicos (oxiproteico, aloxiproteico, antoxiproteico, uroférico) e fizeram do ácido antoxiproteico o princípio da diazorreacção de Ehrlich. Moriz Weisz publica em 1910 as suas investigações sobre o enxôfre neutro da urina e as suas relações com a diazorreacção.

Êste autor encontrou constantemente um paralelismo nítido entre a intensidade da reacção e a quantidade de enxôfre neutro excretado. Ora todo o enxôfre neutro urinário seria constituído, segun-

do Gawinski, pelo enxôfre dos ácidos proteicos. O princípio da diazorreacção seria pois um ácido proteico.

As urinas normais não dando a reacção (Ehrlich, Clemens), o ácido antoxiproteico não pode ser o princípio desta reacção.

Num trabalho publicado em 1907 "sôbre o princípio da diazorreacção de Ehrlich," Weisz definiu como tal um corpo vizinho, pelas suas propriedades químicas e espectroscópicas, do urocromo de Dombrowski, pigmento normal da urina, que êste último autor coloca entre os ácidos proteicos. Tal corpo, considerou-o Weisz como um grau inferior de oxidação do urocromo ou matéria corante amarela da urina normal. Com efeito, soluções diluídas, quasi incolores de urocromo proveniente de urinas com diazorreacção positiva, deram com oxidantes, como o permanganato de potássio, alcoóleo de iodo e outros, a côr amarela característica do urocromo. Weisz deu a êsse corpo vizinho do urocromo o nome de urocromogéneo e diz êle que "se pode reconhecer, em cada urina com diazorreacção positiva a existência dêste corpo, pelo facto que a adição de algumas gotas duma solução diluída de permanganato de potássio dá um aumento pronunciado da côr amarela que lhe pertence. É pois possível demonstrar directamente o princípio da diazorreacção pela passagem do urocromogéneo a uro-

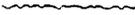
cromo». Num trabalho ulterior "sôbre um estado inferior da diazorreacção das urinas dos tuberculó-sos», o autor fêz observar que uma urina que, recentemente emitida, não dava a reacção de Ehrlich, apresentava-a fortemente positiva no fim de vinte e quatro horas de estufa e por vezes à temperatura ordinária. Existia pois nestas urinas um corpo menos oxidado que o urocromogéneo descrito e que seria também um cromogéneo do urocromo. Êste último foi chamado pelo autor urocromogéneo *a* e o que dava a reacção de Ehrlich urocromogéneo *b*. O primeiro transforma-se por oxidação ou na estufa, ao fim de vinte e quatro horas, em urocromogéneo *b*, que sómente dá, e imediatamente, a diazorreacção.

A existência do urocromogéneo *a*, que o permanganato revela também, transformando-o, por oxidação, em urocromo, mas que o reagente de Ehrlich não descobre senão ao fim de vinte e quatro horas de estufa, explica, segundo Weisz, a inconstância da diazorreacção. Êste corpo não foi isolado, mas apresenta caracteres químicos que lhe são próprios.

No 7.<sup>o</sup> Congresso contra a tuberculose realizado em Roma em 1912, Weisz apresenta a comunicação sôbre a reacção que tem o seu nome. Resume-a nos seguintes termos: "Se se ajunta a um tubo de urina de baciloso grave III gotas de uma

solução de permanganato, tem-se uma coloração amarela que indica um prognóstico fatal, a breve prazo.

Esta reacção confunde-se em parte com a diazorreacção de Ehrlich„.



## A reacção de Weisz e a diazorreacção de Ehrlich

A reacção de Weisz é uma reacção urinária, baseada na investigação directa, nas urinas do princípio da diazorreacção. Consiste em ajuntar algumas gotas de uma solução a 1 por 1000 de permanganato de potássio na urina previamente diluída. A urina toma uma bela coloração amarela mais ou menos forte se a reacção é positiva; negativa, a sua cor não muda ou torna-se ligeiramente escura.

O autor chamou-a "reacção pelo permanganato" ou "reacção do urocromogéneo", segundo o reagente empregado ou o corpo químico procurado.

A reacção de Weisz assim como a diazorreacção de Ehrlich não se encontram nunca nas urinas normais. Analisámos as urinas de 20 indivíduos nor-

mais e em todos a reacção de Weisz foi negativa; a urina não mudava de côr ou ficava escura. Ela é, como a diazorreacção, de ordem patológica e vê-se nas grandes infecções e particularmente na tuberculose grave.

A reacção de Weisz tem o mesmo valor clínico que a reacção de Ehrlich, mas é superior a esta última pelas razões seguintes:

Maior simplicidade de técnica; basta uma única solução (permanganato a 1  $\frac{0}{100}$ ) que se pode conservar por muito tempo, ao passo que a reacção de Ehrlich exige duas soluções que é preciso renovar freqüentes vezes.

Uma maior simplicidade; se, com efeito, é sempre fácil afirmar ou negar a coloração que toma a urina adicionada de permanganato, é, por vezes, difícil dizer se uma diazorreacção é ligeiramente positiva ou se é negativa; além disso distinguem-se mal os diversos graus do vermelho azóico.

A última prova da superioridade da reacção de Weisz sobre a de Ehrlich é tirada da inconstância da diazorreacção. Se, com efeito, a reacção de Weisz é presente todas as vezes que a diazorreacção é positiva, esta última falta por vezes quando a primeira é ligeiramente positiva.

Assim, em 25 tuberculosos pulmonares, nos quais as duas reacções foram feitas simultaneamente, encontrámos o Weisz 15 vezes positivo e

10 vezes somente o Ehrlich; a diazorreacção faltou, pois, 5 vezes <sup>1</sup>.

Esta inconstância da diazorreacção seria devida, segundo Weisz, à existência, na urina, do urocromogéneo *a*, que o permanganato oxida imediatamente, transformando-o em urocromo, mas que o reagente de Ehrlich não revela senão após transformação, ao fim de vinte e quatro horas na estufa, em urocromogéneo *b*, que é o princípio da diazorreacção.

Em suma, a reacção de Ehrlich não dá um resultado senão passadas 24 horas, ao passo que a reacção de Weisz dá-o à cabeceira do doente.

#### Técnica

Dois tubos de ensaio de tamanho médio, tendo as mesmas dimensões e a mesma espessura do vidro, água ordinária e um pequeno frasco conta-gotas contendo uma solução de permanganato de potássio a 1 por 1000, eis tudo o que é necessário para fazer a reacção de Weisz. Esta deve ser feita em urinas *recentemente emitidas e claras*. As urinas fermentadas, amoniacais, não dão a reacção, assim como não se coram pelo reagente de Ehrlich.

---

<sup>1</sup> É preciso notar, todavia, que em todos estes casos, não esperámos o resultado das 24 horas da diazorreacção.

Weisz aconselha proceder do seguinte modo: "Enche-se um tubo de ensaio ordinário até ao têrço de urina a examinar, clara e não fermentada <sup>1</sup>; dilui-se a urina com duas vezes o seu volume de água, mistura-se bem o todo e deita-se a metade do conteúdo do tubo em um segundo tubo das mesmas dimensões. Faz-se cair então, em um dos tubos, III gotas de uma solução de permanganato de potássio a 1 por 1000 e mistura-se bem. Se a urina contém urocromogéneo, reconhece-se nítidamente êste corpo pela coloração amarela que toma a urina no tubo em que se deitou a solução de permanganato". O amarelo do urocromo destaca-se bem por comparação com o segundo tubo que serve de testemunha. Se a coloração não é nítida, antes de concluir pela negatividade da reacção juntam-se duas novas gotas de permanganato ou antes recomeça-se a reacção operando sôbre a urina diluída do seu volume de água somente. Se a reacção é negativa a mistura de urina diluída e de permanganato não muda de côr ou torna-se ligeiramente escura.

A intensidade do amarelo obtido é proporcional à intensidade da reacção. Pode-se medir a quantidade de urocromogéneo encontrado por uma aná-

---

<sup>1</sup> Operámos sempre sôbre 5 cc. de urina.

lise quantitativa, baseada na avaliação do grau de intensidade da coloração e cuja técnica foi dada pelo autor da reacção <sup>1</sup>. Basta, na prática, distinguir uma reacção forte, média e fraca, segundo a intensidade correspondente do amarelo urocromico, que a vista chega a apreciar em pouco tempo.

As urinas fracamente *albuminúricas* e *urobilinúricas* não impedem a reacção. Nas urinas fortemente carregadas de *urobilina*, de *urobilinogéneo* ou de *bilirrubina*, é necessário precipitar estes diversos pigmentos antes de os tratar pelo permanganato que os transformaria em um pigmento escuro corando fortemente a urina. Êste mesmo tratamento

---

<sup>1</sup> Continua-se a fazer cair no tubo contendo a urina com reacção positiva, o permanganato por gotas até ao máximo de intensidade do amarelo (empregam-se raras vezes mais de x gotas); dilui-se então o conteúdo dêste tubo numa proveta graduada com água até que se obtenha uma coloração igual à da urina do tubo testemunha. Se a diluição primitiva da urina foi de duas vezes o seu volume de água segundo a técnica ordinária, e se desta segunda vez fôr necessário diluir do seu volume de água, por ex., a quantidade de urocromogéneo será dada por  $3 \times 2 = 6$ . Se a diluição primitiva da urina, por falta de nitidez da reacção, não fôr senão do seu volume de água, nós teremos neste segundo caso,  $2 \times 2 = 4$ . Representámos no nosso trabalho as diferentes intensidades da reacção por algarismos sob a forma de expoentes.

prévio é exigido para a diazorreacção de Ehrlich nas mesmas condições. Precipita-se estes diversos pigmentos pelo sulfato de amoníaco. Para isso "deitam-se numa proveta graduada 25<sup>cc</sup> de urina a examinar, depois ajuntam-se 20<sup>gr.</sup> de sulfato de amoníaco finamente pulverizado, que se procura dissolver agitando fortemente. Uma parte fica sempre insolúvel. Filtra-se ao fim de um quarto de hora e procede-se à prova pelo permanganato como se a urina não tivesse sofrido nenhuma manipulação.". A *glucose* não impede a reacção. Encontrámo-la positiva numa diabética com urinas fortemente glicosúricas <sup>1</sup>.

### Significação fisiopatológica

A intensidade da diazorreacção (e por consequência da reacção de Weisz) é proporcional à quantidade de enxôfre neutro eliminado pelas urinas <sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A análise deu 100<sup>gr.</sup> de glucose por litro.

<sup>2</sup> Salkovski divide em 2 grupos os produtos de eliminação sulfurados da urina: num primeiro grupo os sulfatos e étero-sulfatos representando o enxôfre completamente oxidado chamado ainda enxôfre ácido; num segundo grupo, o enxôfre neutro que contém de 14 a 25 % do enxôfre total e no qual entram todos os produtos contendo o enxôfre num estado de oxidação menos avançado.

A quantidade média de enxôfre neutro das urinas no estado normal foi avaliada por Weisz em 0<sup>gr</sup>,1557 ou sejam 16,5 % do enxôfre total, sendo a análise feita em 12 indivíduos normais, com diazorreacção negativa. A excreção sulfurada neutra é aumentada nas doenças, segundo as investigações de Salkowski, Benedikt, Harnack e Kleine, Reale e Veraldi, Capezuolli, Fobler, Muller, Padoa, Schmidt, Lepine, Taylor e outros.

Foi estudada em particular na bacilose pulmonar por Weisz cuja média das análises é dada no quadro seguinte:

| Número dos casos | Gravidade da doença  | Diazor-reacção | S total | S neutro | Sn em % do St |
|------------------|----------------------|----------------|---------|----------|---------------|
| 5                | Tub. pulm. no início | Negativa       | 0,6977  | 0,1256   | 18,0          |
| 2                | Tub. pulm. avançada  | R <sub>7</sub> | 0,8159  | 0,1485   | 18,2          |
| 3                | "                    | R <sub>1</sub> | 0,9328  | 0,1875   | 20,1          |
| 4                | "                    | R <sub>2</sub> | 0,8215  | 0,1791   | 21,8          |
| 5                | "                    | R <sub>3</sub> | 0,8546  | 0,2282   | 26,7          |

A média do enxôfre neutro nestes 19 tuberculosos pulmonares é de 0<sup>gr</sup>,1737 ou seja 21 % do enxôfre total. A eliminação do enxôfre neutro é pois aumentada nos tuberculosos; além disso, há correspondência proporcional entre o carácter de gravidade da doença e a quantidade do excreto sulfurado.

Quanto mais extenso é o processo tuberculoso, a febre elevada e o prognóstico por consequência sombrio, maior é o valor do enxôfre neutro eliminado. Enfim, e isto interessa-nos bastante, a diazoreacção segue fielmente os valores quantitativos do enxôfre neutro excretado e com êle, a gravidade clínica da doença.

O enxôfre neutro urinário é uma excreção que provêm da degradação da albumina fixa, organizada, a albumina protoplásmica <sup>1</sup>.

A maior ou menor perfeição do trabalho de oxidação dos tecidos é traduzida pela eliminação sulfurada neutra, assim como resulta das experiências

---

<sup>1</sup> Se a uma ração alimentar normal e bastante rica em albumina (119 gr. por dia), se substitui uma ração pobre em azoto (amido e creme de leite), assiste-se, diz Folin, a uma modificação característica da composição das urinas, no que diz respeito aos excretos dos proteicos. Uns, como a ureia e sulfatos minerais, diminuem consideravelmente em valor absoluto e em valor relativo, enquanto outros, como a creatinina e o enxôfre neutro, ficam no mesmo nível em valor absoluto — quer dizer, a sua quantidade mostra-se independente da alimentação — e aumentam em valor relativo. Assim, numa das experiências de Folin a ureia desceu de 14<sup>gr.</sup>,7 (por 24 horas), representando 87,5 % do azoto total a 2<sup>gr.</sup>,20 ou sejam 61,7 % do azoto total e os sulfatos minerais desceram de 3<sup>gr.</sup>,27 (em SO<sup>3</sup>) ou 90 % do enxôfre total a 0<sup>gr.</sup>,46 ou 60,5 % do

de intoxicação cianídrica do cão (verdadeira asfixia interna) em que a quantidade do enxôfre neutro é levada até 54 % do enxôfre total contra 16,5 % no estado normal. O enxôfre neutro é pois um excreto resultante da desassimilação azotada endogénea, o seu aumento é assim uma sintoma de fusão tecidular e a clínica vem corroborar os resultados experimentais mostrando as relações da sua excreção urinária com a gravidade da doença.

A diazorreacção e, por consequência, a reacção de Weisz, variando proporcionalmente com a excreção urinária do enxôfre neutro, com a gravidade das doenças, é um *sintoma* que atesta o *metabolis-*

---

enxôfre total. Ao contrário, a creatinina passou sómente de 1<sup>gr</sup>,55 (em 24 horas) ou 3,6 % do azoto total a 1<sup>gr</sup>,60 ou seja agora 17<sup>gr</sup>,2 % do azoto total e o enxôfre neutro sómente de 0<sup>gr</sup>,18 ou 4,8 % do enxôfre total a 0<sup>gr</sup>,20, equivalendo agora a 26,3 % do enxôfre total.

Folin e outros depois dêle interpretam tais resultados da maneira seguinte: A ureia e os sulfatos minerais variam com a entrada da albumina alimentar, visto que são na maior parte excretos desta albumina vinda de fora: são excreções exogéneas. A creatinina e o enxôfre neutro são independentes da alimentação, visto que proveem do gasto da parte proteica dos tecidos, gasto que depende, não da alimentação, mas da actividade maior ou menor dêstes tecidos: são excreções endogéneas.

Lambling: *Précis de Biochimie*, pag. 318.

*mo denogéneo* no curso das grandes *infecções* e particularmente da infecção tuberculosa.

A sua investigação, no curso da doença, ensina-nos a *marcha da afecção*, dando-nos o grau de *intoxicação* ou de *resistência* do organismo. Enfim, pela sua persistência ou pela sua ausência após os diversos tratamentos instituídos, se pode avaliar da eficácia de cada um deles.

A reacção de Weisz interessa-nos pois sôb o ponto de vista semiológico, prognóstico e terapêutico.

#### Valor semiológico e prognóstico

Já vimos que a reacção de Weisz traduz a degradação da albumina fixa, da albumina tecidular: quando ela é presente nas urinas é *sinónima de doença grave*. Por outro lado, na experiência da intoxicação cianídrica do cão, a célula sofre uma verdadeira asfixia, pois que, segundo Geppert o ácido prússico suspende as oxidações intra-orgânicas e por êsse facto há um aumento da excreção sulfurada neutra (54 % em lugar de 16,5 % número normal).

Assim a reacção de Weisz aparece todas as vezes que o sangue se carrega de veneno e impregna o organismo: ela é um *signal de septicemia*. Ora as células sendo histológica e funcionalmente diferentes, desiguais, são também desigualmente resis-

tentes à toxina: a reacção de Weisz ensina-nos também sobre a maior ou menor receptividade ou resistência do doente, já profundamente intoxicado.

A reacção de Weisz encontra-se em todas as doenças "que se acompanham de mau estado geral e de forte anemia, como a tuberculose, o cancro, as septicemias, a leucemia, as anemias perniciosas". Mas em nenhuma outra afecção a reacção de Weisz possui o valor prognóstico que tem na intoxicação tuberculosa, se atendermos à marcha sempre incerta da afecção, ao terreno especial do tuberculoso e à inconstância de virulência da toxina.

Positiva, a reacção de Weisz é na tuberculose "sinal de tísica".

Quando ela existe nas urinas há febre, anemia, emagrecimento, suores, outros tantos estigmas de infecção tuberculosa. Ela descobre o que há de tísica no tuberculoso.

A frequência da reacção de Weisz aumenta com o grau de tísica: assim encontrámo-la positiva em

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 5 tub. pulm. no 1.º grau . | 1 vez (20 %)     |
| 14 " " " 2.º " .           | 8 vezes (57,1 %) |
| 6 " " " 3.º " .            | 6 " (100 %).     |

A intensidade da reacção está em relação tam-

bêm com o progresso da *doença*; encontrámos, com efeito, em:

6 cavitários . 6 vezes R. W. <sup>1</sup> forte (100 %)
   
14 em fusão . 2 „ R. W. forte (14,2 %)

Como se vê, nos bacilosos pulmonares ulcerados a reacção de Weisz é sempre positiva e bastante intensa.

Nos bacilosos em fusão ela é em 14,2 % dos casos fortemente intensa e positiva em mais de metade.

Nos nossos 6 casos de tuberculosos cavitários tivemos uma reacção cuja intensidade foi expressa pelo expoente *15*, isto é, a mais intensa que tivemos. É o caso duma doente da enfermaria 10 com um cortejo sintomático bem grave. Apresenta uma caverna e sarridos de fusão no vértice esquerdo, o direito apresenta igualmente estalidos húmidos. Na parte posterior do hemitórax esquerdo o ouvido só percebe sarridos e nada mais. Os sintomas funcionais e gerais são bastante pronunciados. Quinze dias após a nossa observação sobrevêm uma congestão na base do pulmão direito, que a prostrou no leito com dores intensas e escarros hemoptoicos.

---

<sup>1</sup> R. W. = reacção de Weisz.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 38°5. A reacção de Weisz revela bem, neste caso, a profunda intoxicação de que é portadora esta nossa doente.

Tivemos também uma reacção de Weisz bastante intensa, de intensidade 9.

Trata-se de um doente da enfermaria 4 com o pulmão direito, de cima a baixo, em fusão. É o doente da nossa obs. n.º XXI.

A observação clínica estabeleceu que doentes com lesões muito avançadas evoluem lentamente, ao passo que outros com sinais físicos pouco pronunciados se caectizam e morrem rapidamente. Seria um êrro grave, segundo H. Barbier, traçar um paralelismo absoluto entre as lesões do pulmão e os fenómenos gerais dos doentes. Assim é que Mladenoff cita 7 casos de bacilosos pulmonares cavitários nos quais 2 a reacção de Weisz foi negativa e a cuti-reacção forte e nos outros 5 casos a reacção de Weisz foi fraca e a cuti- forte e em todos êles, di-lo ainda Mladenoff, o estado geral e funcional era satisfatório. Há pois nestes 7 casos um acôrdo nítido entre a reacção de Weisz e a cuti-reacção, quer dizer, nestes 7 casos, aquela reacção foi negativa e fracamente positiva o que traduz um prognóstico benigno e a cuti-reacção foi em todos os casos fortemente positiva o que traduz também uma evolução favorável da afecção.

De resto, nós temos um caso análogo, se bem que de evolução desfavorável, mas que vem em apoio do que diz Mladenoff. Trata-se da doente da nossa obs. IV cuja reacção de Weisz foi fortemente positiva e a cuti-reacção (feita em Clínica Médica durante o ano lectivo de 913-914) absolutamente nula. Trata-se pois dum prognóstico bastante sombrio e êste resultado é concorde com o que dá a reacção de Weisz na nossa doente. As lesões são bastante extensas, a temperatura sempre elevada, a expectoração abundante, adinamia, emagrecimento, etc., etc., e todavia a sua afecção arrastou-se de há 6 anos a esta parte.

A concordância com os 7 casos observados por Mladenoff é pois flagrante.

Podemos afirmar, segundo as nossas observações, que a reacção de Weisz tem tanto valor e algumas vezes mais que todos os sinais gerais reunidos e mais que cada sinal em particular que ela precisa e amplifica. Assim é que diz o médico de Viena, tal febre que se acompanha da reacção do urocromogéneo, revela constantemente uma forma mais grave da tuberculose. O autor considera a que evolui sem reacção urinária como de melhor prognóstico. No primeiro caso, basta-nos citar os doentes das nossas obs. III e IV. Em ambos a temperatura é elevada e a reacção de Weisz positiva. O prognóstico clínico e laboratorial é nestes casos sombrio

grave <sup>1</sup>. No segundo caso, isto é, febre sem reacção de Weisz, o prognóstico é favorável.

Que nos baste citar a doente da nossa observação II. Nesta doente a temperatura é elevada, principalmente após o parto, a reacção de Weisz negativa, e apesar da temperatura o estado geral é satisfatório.

\*  
\*      \*

Discutiu-se muito a propósito dos ensinamentos a tirar da permanência ou da inconstância da reacção de Weisz sôb o ponto de vista prognóstico. Segundo o autor da reacção, que pôde seguir um grande número de doentes durante um tempo bastante longo, uma reacção urinária positiva *uma única vez ou um pequeno número de vezes* num tuberculoso é de um *prognóstico francamente mau*. O que se sabe da patologia geral da reacção confirma, de resto, esta observação clínica. Uma reacção de Weisz *constante e persistente* muitos dias ou muitas semanas é de um *prognóstico seriamente grave*. No nosso doente da obs. VIII a reacção feita

---

<sup>1</sup> É o caso da obs. VIII, cuja temperatura foi sempre elevada e o Weisz positivo. Faleceu em 6 de Novembro de 1914.

duas vezes com oito dias de intervalo, mostrou-se sempre positiva. Nos nossos 6 cavitários crônicos a reacção, feita por duas vezes, também se mostrou sempre positiva. Continuam ainda internados no nosso hospital, mas o estado geral de cada um deles não é nada satisfatório, como, de resto, os sinais físicos e funcionais. Alguns teem acusado melhoras. Apesar disso, o prognóstico deve ser reservado: Estas melhoras são momentâneas, como o provou Neisse, para a diazorreacção, num caso em que, apesar duma reacção constante, houve cura aparente do doente. As melhoras todavia não foram duradoiras e a morte, que sobreveio cinco meses depois, confirmou o prognóstico baseado sobre a diazorreacção. As mesmas tréguas passageiras em muitos casos de Juncker e no doente de Asada, em que a reacção foi positiva quinze dias seguidos e quatro vezes por dia.

Quanto a nós, temos apenas um caso fatal (o da obs. VIII) e em que a reacção de Weisz foi positiva duas vezes.

Já atrás falamos dele. Quanto aos outros casos, aos clinicamente prognosticados graves, só o futuro nos poderá confirmar ou infirmar o valor da reacção urinária. Seria necessário seguir os doentes durante bastante tempo. Eis o que nos não é possível pois que êste nosso trabalho em breve terá de entrar no prelo.

Em 25 tuberculosos pulmonares crônicos encontramos a reacção de Weisz *negativa* 10 vezes (40 por 100). Falta geralmente no tuberculoso em início. Consideramos a ausência da reacção como um sinal negativo dum certo valor prognóstico.

Em 4 tuberculosos do 1.º grau e 6 do 2.º, tratados em o nosso hospital pela cura de repouso e pela recalcificação, em todos a reacção foi negativa.

E em todos a reacção corresponde a um *bom prognóstico* clínico, com pêso estacionário, bom estado geral e quási apiréticos. Exceptuemos, todavia, a doente da obs. II (Clínica Médica) na qual a temperatura se tem mantido sempre alta depois do parto (1 Set. 914) mas que durante os meses de Maio, Junho, Julho e Agosto esteve completamente apirética. O parto agravou pois consideravelmente as lesões bacilares. Nesta doente, digamo-lo de passagem, a cuti-reacção feita no mês de Outubro na clínica do Prof. Thiago de Almeida mostrou-se fortemente positiva, o que concorda absolutamente, sob o ponto de vista prognóstico, com a reacção de Weisz.

O Dr. Mladenoff cita um caso de um cavitário-tísico cuja reacção de Weisz foi positiva e que desapareceu três dias *antes da morte* do doente. Explica êste facto por uma degenerescência amilóide do rim. Weisz explica-o por esgotamento de toda a resistência possível do organismo. Mas por vezes

êste clínico encontrou a sua reacção positiva e a de Ehrlich negativa, pouco antes da morte. Êste fenómeno Weisz explica-o dizendo que o organismo não se acha já apto a criar o princípio da reacção de Ehrlich, mas um produto de oxidação inferior que o clorêto de diazobenzolparassulfonado não cora senão passadas 24 horas de estufa ou à temperatura ordinária, mas que o permanganato oxida imediatamente. Se a reacção de Weisz, como a de Ehrlich pode desaparecer pouco tempo antes da morte, o mesmo succede com outras reacções biológicas e clínicas. Assim é que a reacção à tuberculina é negativa nos casos graves, a sero-aglutinação de Arloing e Courmont é negativa nos doentes avançados e caquéticos e a temperatura pode baixar espontâneamente nos tísicos nas últimas semanas da vida.

Assim pois, uma reacção de Weisz negativa anuncia uma *morte próxima* num caquético de longa data; ela denota uma paragem mais ou menos longa da secreção tóxica ou um terreno mais ou menos refractário num tuberculoso fibro-caseoso crónico; enfim ela pode decidir da oportunidade ou das contra-indicações do tratamento instituído: a cura de repouso, a recalificação e a alimentação variada e substancial nos nossos 9 casos retro-mencionados.

As nossas análises mostraram uma igual fre-

quência da reacção em ambos os sexos. Assim nos doentes do 2.º e 3.º grau, em 10 homens, o Weisz foi positivo 7 vezes (70 %) e em 10 mulheres, o Weisz foi positivo 7 vezes (70 %).

Este resultado está em desacôrdo com a observação clínica: "as mulheres tuberculizam-se mais vezes que os homens," (Piéry). As crianças reagem mais fácilmente ao permanganato ou ao reagente de Ehrlich que os adultos, segundo as investigações dos autores. Weisz conclui por uma predisposição maior para a tuberculose na mulher e na criança.

Não nos foi possível observar o valor prognóstico da reacção de Weisz e da reacção à tuberculina em relação ao prognóstico clínico e verificar assim a reacção urinária pela reacção humoral.

A cuti-reacção é, no adulto, um elemento importante de prognóstico, como o fez vêr Léon Bernard e L. Baron na sua comunicação ao último Congresso de Roma contra a tuberculose (14 a 20 de Abril de 1912) <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Nas tuberculosas em início, uma reacção forte indica uma evolução favorável, uma reacção fraca é de um prognóstico grave.

Nas tuberculosas já avançadas, a cuti- é testemunha do grau de defesa dos doentes. Positiva, revela a paragem ou pelo menos a marcha lenta da doença.

Segundo Mladenoff em 33 doentes do 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> graus, 23 vezes as duas reacções (Weisz e cuti-) estiveram perfeitamente de acôrdo para verificar o prognóstico clínico mau, bom ou reservado (69,9 %, quasi 7 vezes sôbre 10).

| Doentes | Prognóstico clínico | Cuti-reacção | Reacção de Weisz            |
|---------|---------------------|--------------|-----------------------------|
| 12      | muito bom           | forte        | fraca 8 vezes, neg. 4 vezes |
| 8       | mau                 | fraca        | forte                       |
| 3       | reservado           | média        | média                       |

Em 10 doentes houve desacôrdo entre as duas reacções humoral e urinária. Assim em

| Doentes | Prognóstico clínico | Cuti-reacção | Reacção de Weisz |
|---------|---------------------|--------------|------------------|
| 2       | bom                 | fraca        | negativa         |
| 1       | mau                 | média        | forte            |
| 1       | ”                   | forte        | ”                |
| 1       | ”                   | fraca        | fraca            |

Resulta dêste quadro que três vezes a reacção de Weisz verificava o prognóstico clínico contra a

No curso das tuberculoses agudas e sobretudo das *poussées* evolutivas da tuberculose pulmonar crónica, a prova tuberculínica é muito importante: uma cuti-positiva permite pensar numa evolução favorável desta *poussée*.

*Presse Médicale*, 30 Abril 1912.

cuti-reacção e que esta última era superior à de Weisz uma só vez.

No último caso, com efeito, a *cuti-* constata a fraca defesa do organismo, isto é, verifica o estado de decadência do doente; a *reacção de Weisz*, pelo contrário, tradu-lo insuficientemente.

Nos nossos 25 doentes do 1.º, 2.º e 3.º graus notámos o seguinte:

| Doentes | Prognóstico clínico | Reacção de Weisz   |
|---------|---------------------|--|
| 11      | bom                 | forte 1 vez, média 2 vezes, negativa 8 vezes                               |
| 13      | mau                 | muito forte 2 vezes, forte 6 vezes, média 3 vezes, fraca 1 vez, neg. 1 vez |
| 1       | reservado           | negativa   |

No grupo dos 14 doentes em que o prognóstico clínico é mau, tivemos um caso fatal e em que a reacção de Weisz foi média (doente da obs. VIII). O prognóstico da reacção urinária está de acôrdo com o prognóstico clínico. Também temos 2 casos (em que foi feita a cuti-reacção) e em que há acôrdo absoluto entre esta última reacção, a de Weisz e o prognóstico clínico. O primeiro (o da obs. II) a cuti- foi muito forte, o Weisz negativo e o prognóstico clínico bom. O segundo (o da obs. IV) a cuti- foi nula, o Weisz forte e o prognóstico clínico mau. Esta doente tem tido temperaturas de 39º

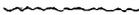
à tarde, o apetite é nulo e (o que não deixa de ser interessante) a análise bacteriológica do escarro feita por 3 vezes, durante o seu internato na enfermaria 7, foi sempre negativa. Wassermann negativo igualmente.

Como se vê, segundo as nossas observações a reacção de Weisz acompanha no seu significado prognóstico o que a clínica nos ensina sobre o futuro do baciloso.

Em todas as nossas análises procurámos con-  
correntemente com a reacção de Weisz a diazorreacção de Ehrlich. Se a reacção de Weisz se mostrou positiva todas as vezes que a reacção de Ehrlich era positiva, esta faltou 5 vezes quando a primeira era positiva. Nas nossas análises, a prova pelo permanganato foi positiva em 64 % dos casos e em 40 % sómente a diazorreacção. Já vimos a explicação que dá Weisz da inconstância desta última reacção.

Há algumas causas de êrro que é preciso evitar na apreciação dos resultados da prova pelo permanganato. Weisz apresenta três. O tuberculoso não deve ter outra *afecção* que a sua doença pulmonar. A reacção não deve ser feita nos primeiros dias que se seguem a um *sono clorofórmico* ou a uma injeção de *tuberculina*. Nestes três casos a reacção pode ser positiva sem que a doença do pulmão seja a causa. Na nossa doente da obs. xxix, portadora de

um lúpus ulceroso da perna esquerda, a reacção foi negativa. Esta doente apresenta também uma nefrite com urinas albuminúricas (3<sup>gr.</sup> por litro). ¿Poder-se há atribuir a negatividade da reacção à nefrite? É possível que assim seja.



## Valor da reacção sôb o ponto de vista das indicações e dos re- sultados terapêuticos

“A presença do urocromogéneo na urina do tuberculoso mostra que o doente tem poucas probabilidades de cura quer em virtude da extensão do processo pulmonar quer pela pouca resistência ao bacilo de Koch».

O valor de um tratamento pode ser consagrado pela reacção de Weisz; o desaparecimento desta reacção, num tuberculoso em tratamento, permite concluir em favor dêste tratamento. Mladenoff cita o caso de uma rapariguita, com antecedentes bacilares, portadora de uma grossa adenopatia tuberculosa da axila esquerda, com febre irregular e de grandes oscilações. A reacção de Weisz feita alguns dias antes da ablação das massas ganglionares mostrou-se positiva. Três dias após a *operação* a reacção foi negativa.

Weisz notou, por várias vezes, o desaparecimento da reacção nos tuberculosos durante a sua estada na *casa de saúde* de Alland. Pelo contrário, diz o mesmo autor, "num grande número de doentes observados durante dois anos, não vi um único cuja permanência no *hospital* fizesse desaparecer o urocromogéneo das urinas".

O pneumotórax artificial é favoravelmente julgado pela reacção de Weisz. Assim, Muralt cita um caso de tuberculose, numa mulher em que a reacção de Weisz foi negativa após a operação. Brauer e Lucius Spengler citam casos análogos.

Pelo que diz respeito ao tratamento tuberculínico, resulta das investigações de Junker e das de Weisz que os casos de tuberculose pulmonar cujas urinas contêm urocromogéneo, não são influenciados pelas injeções de tuberculina. Szabóky que estudou as relações da tuberculinoterapia com a diazorreacção observa que as melhoras, pela medicação específica, são muito mais raras nos doentes com diazorreacção positiva do que naqueles que não a apresentam. Em 29 doentes com diazorreacção desde a instituição do tratamento: 4 (13,7 %) melhoraram, 10 (34,4 %) ficaram estacionários, 15 (51,7 %) pioraram. Em 33 doentes sem diazorreacção houve 12 (36 %) melhoras, estado estacionário em 10 (32 %) e em 10 (32 %) o mal piorou.

Resumindo: a reacção de Weisz é uma reacção

de *contrôle* à semelhança da reacção de Wassermann na sífilis. É ela que nos mostra a superioridade das casas de saúde aos meios nosocomiais na cura da tuberculose e finalmente que o pneumotórax é um meio terapêutico a empregar sempre que se obedeça às suas indicações.

Limitamo-nos a concluir pelas observações dos autores, pois não temos caso nenhum a confirmar o valor da reacção de Weisz sob o ponto de vista terapêutico. A nossa doente da obs. 1 tem feito uso das injecções de tuberculina C. L. A reacção de Weisz nesta doente foi negativa. Ora segundo Szabóky, esta doente tem mais probabilidades de curar-se do que se a reacção fôsse positiva. E, de facto, as melhoras acentuam-se dia a dia.



OBSERVAÇÕES



TUBERCULOSE PULMONAR

## OBSERVAÇÃO I

### Enfermaria 10—Sala: D. Tomásia Fenseca

M. A. R., de 30 anos de idade, solteira, serviçal, natural de Gaia e residente na mesma vila.

Entrou para o Hospital em 23 de Julho de 1914, para a Enfermaria n.º 10.

Em Janeiro dêste ano teve uma hematmese abundante que a alarmou bastante. O sangue era escuro, borra de café. Nos dias que se seguiram queixava-se de dores vagas pelo corpo, pouco intensas e sensação de plenitude e pêso no estomago após as refeições. Tinha também vômitos alimentares, hipercloridria, constipação, anorexia. Nessa mesma ocasião tinha tosse sêca e durante o primeiro sono e ao despertar tinha por vezes dispneia.

Sentia-se emagrecer e de quando em quando suava bastante, e neste estado deu entrada no Hospital.

Actualmente a tosse é quási nula. Não há expectoração. Por vezes acusa dispneia. O apetite é bom, as digestões fáceis, um pouco de constipação. Tem algumas dores na região epigástrica.

Os suores nocturnos desapareceram. Sente um pouco mais de forças.

Teve em criança o sarampo, a variola, uma pneumonia e há cinco anos outra pneumonia. Desde esta última começou a sentir astenia, pouco apetite e tosse.

Pai, vivo, saudável. A mãe morreu diabética. Tem seis irmãos todos saudáveis.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório, obtivemos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 90.

A temperatura é quasi normal.

**DIAGNÓSTICO.** — Em face do que apurámos pelos sinais físicos e funcionais que dizem respeito ao seu aparelho respiratório, somos levados a fazer nesta doente o diagnóstico de — tuberculose pulmonar (1.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Clínicamente o prognóstico é benigno se atendermos à limitação do processo tuberculoso ao vértice pulmonar direito, e também ao bom estado geral e funcional da doente.

**R. W.** <sup>1</sup> — negativa.

**R. E.** <sup>2</sup> — negativa.

Ora, neste caso, o prognóstico clínico concorda absolutamente com o que nos diz a reacção de Weisz, isto é, esta última revela também uma evolução favorável da afecção.

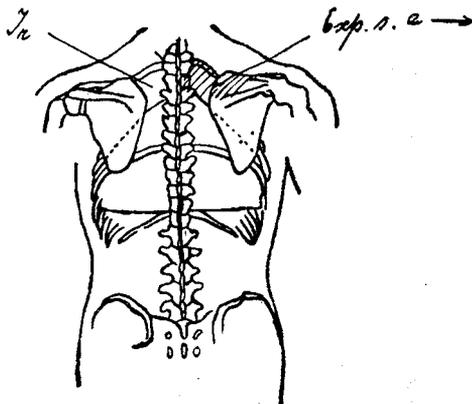
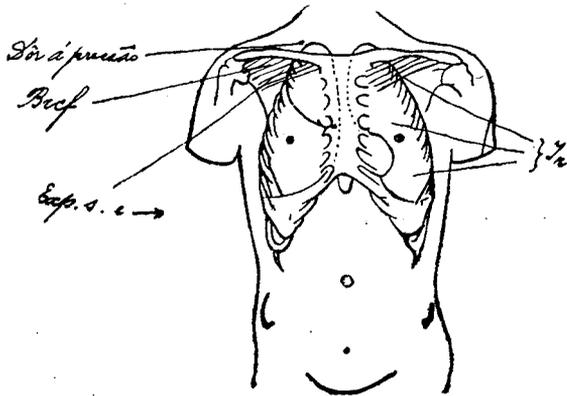
**TRATAMENTO.** — Esta doente tem feito uso do bicarbonato de soda, sub-nitrato de bismuto, solução alcalina, etc., etc., para a sua úlcera de estômago. Como tratamento da

---

<sup>1</sup> **R. W.** — Reacção de Weisz.

<sup>2</sup> **R. E.** — Reacção de Ehrlich.

14-X-914



sua bacilose, foi-lhe instituída a medicação específica pela tuberculina C. L. Já tem 4 injeções sem que nenhuma delas tenha produzido elevação de temperatura e apenas a doente tem acusado, no dia da injeção, pontadas em todo o tórax. O apetite é bom, as forças aumentam progressivamente, a tosse quasi que desapareceu. Tudo leva a crer pois numa cura próxima.

**Nota** (1 - XII-914). — Teve já a 5.<sup>a</sup> injeção de tuberculina G. L. Completa apirexia. Só sente agora dores gástricas após as refeições e hipercloridria. As primeiras injeções de tuberculina causavam nos dois primeiros dias a seguir á injeção, dores no peito, mas já com esta última, isto é, a 5.<sup>a</sup>, não houve mal estar nenhum.

Aumento de peso. Aspecto geral muito bom.

---

## OBSERVAÇÃO II

### Enfermaria 7 — Sala: Espírito Santo

A. C., de 32 anos, solteira, criada, natural e moradora no Pôrto.

Entrou em 11 de Abril de 1914 para a Enfermaria 10 (Escola) e passou em 28 de Setembro para a Enfermaria 7 de Clínica Médica.

Ha 6 meses que sentiu uma dor violenta ao nível do mamilo esquerdo e que passava para o dorso, febre e arripios múltiplos. Entrou no dia seguinte para o Hospital, onde, noite alta, lhe sobreveio uma abundante hemoptise, com pontada inter-escapular, sabor a sangue momentos antes da sua aparição, cócegas laringeas, etc.

No dia 15 de Abril, isto é, 4 dias após a sua entrada, foi-lhe feita a toracentese, tirando-se 700<sup>gr.</sup> de liquido. Melhorou um pouco, mas passado algum tempo queixou-se de dores ao nível da base do pulmão esquerdo, dores que desapareceram pela aplicação de cataplasmas de linhaça e mostarda. Como estivesse grávida deu entrada na enfermaria 12 onde em 1 de Setembro deu à luz uma criança viável, de pêso de 2070<sup>gr.</sup> Foi interdito o aleitamento. Depois do parto tem piorado bastante. Presentemente, tosse bas-

tante freqüente, sêca, de dia e de noite, dispneia intensa. Adinamia bastante pronunciada. Emagrecimento rápido.

O apetite é quasi nulo, diarreia, dores abdominais.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Taquicárdia. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 100; Mr. = 42.

Pais falecidos ambos de congestão pulmonar. Tem 6 irmãos todos saudáveis.

Teve em criança o sarampo.

A temperatura, quando da entrada da doente no Hospital era elevada, após a paracentese baixou à normal, conservando-se a doente durante os meses de Maio, Junho, Julho e Agosto, apirética. Depois do parto a curva térmica subiu e durante os meses de Setembro e Outubro tem-se mantido sempre alta. O parto agravou pois as lesões bacilares existentes, o que é a regra na maioria dos casos. A cuti-reacção feita em Clínica Médica mostrou-se muito fortemente positiva.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (1.º grau).

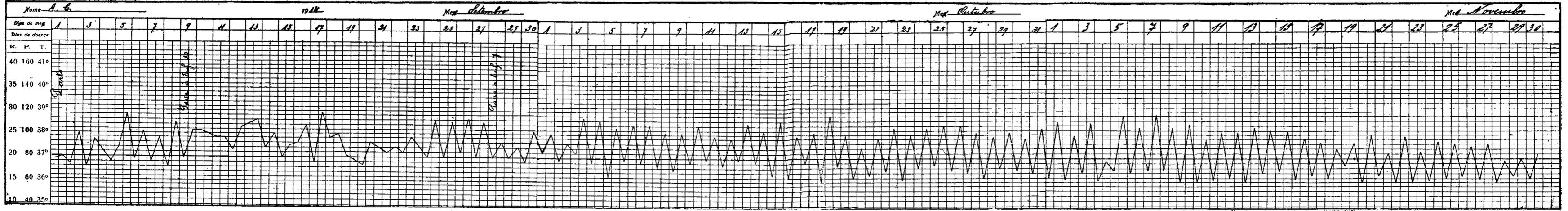
**PROGNÓSTICO.** — Quando observámos esta doente pela primeira vez, o seu estado geral era pouco satisfatório.

Hoje, porém, os sintomas gerais e funcionais são menos pronunciados. Parece-nos que tem melhorado bastante e, podemos assegurar uma evolução favorável da sua afecção.

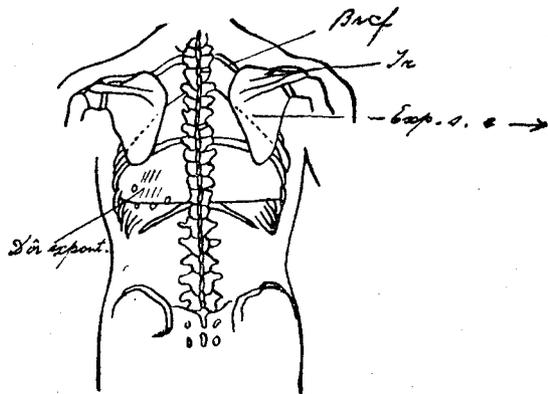
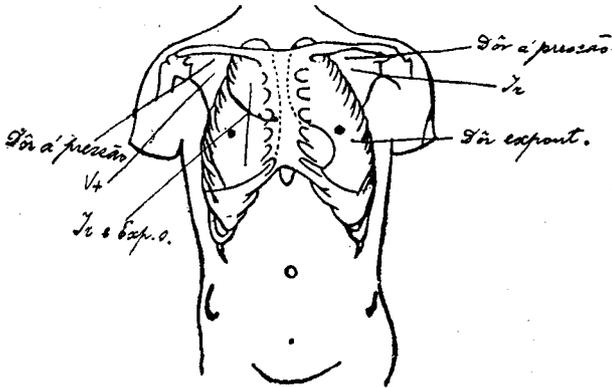
E, de resto, a cuti-reacção mostra-nos que o seu organismo se defende bem da intoxicação tuberculosa. A reacção urinária está de acôrdo com a cuti-reacção.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.



14-X-914



TRATAMENTO. — Esta doente tem feito uso das hóstias de Ferrier e das injeções de cacodilato de soda.

**Nota** (I—XII—914).—Esta doente tem melhorado bastante. A tosse é quasi nula, o apetite bom. Algumas dores sobre o esterno. Algumas forças mais. A temperatura durante o mês de Novembro, como se vê no gráfico, foi sempre elevada á tarde, mas dos meados do mês até hoje tem-se aproximado da normal.

O peso tem aumentado. Assim em

Nov. 7—43,600 gr.

Nov. 14—43,000 »

Nov. 21—43,000 »

Nov. 28—43,900 »

O aspecto geral é satisfatório.



## OBSERVAÇÃO III

### Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral

M. J. F., de 36 anos, solteira, asilada, natural de Penafiel e residente no Porto.

Entrou para o Hospital em 6 de Agosto de 1914. Em Janeiro dêste ano tinha abundantes suores nocturnos, tosse persistente, sêca, sem expectoração. Em Julho sobrevieram hemoptises abundantes durando três semanas, umas vezes constituídas por sangue vermelho, líquido, outras vezes em coágulos.

Nessa mesma ocasião a tosse aumentou de intensidade e iniciou-se então uma abundante expectoração branco-amarelada, mucosa, adinamia extrema e uma dispneia intensa. Dores no hemitórax esquerdo. Febre vesperal. Anorexia muito pronunciada e digestões difíceis.

Presentemente tosse frequente, violenta com expectoração numular, bastante dispneia, anorexia, pontadas em ambos os hemitórax, mais intensas no esquerdo. De quando em quando escarros hemoptoicos.

Cavádos supra e infra-claviculares muito pronunciados assim como a fosseta de Mohrenheim. Saliência das costelas. Pontos de Landolfi dolorosos à pressão.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtivemos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Pulso regular, hipotenso. P. = 100; Mr. = 30.

A temperatura sempre elevada tem oscilado entre 37° e 39° e alguns dias atingiu 40°,2. Não tem havido dias de apirexia e esta temperatura assim se tem mantido há tres meses e tal.

A análise bacteriológica revelou bacilos de Koch.

Pai já falecido, tuberculoso e a mãe cardíaca. Uma irmã morreu tuberculosa.

A doente acusa no seu passado hematemeses, dores gástricas após as refeições, hipercloridria. (Úlcera do estômago?)

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Em face de todo o cortejo sintomático que esta nossa doente apresenta, o prognóstico é francamente mau.

A reacção de Weisz confirma o que a clínica nos ensina, pois que a

**R. W.** — positiva 6 (forte).

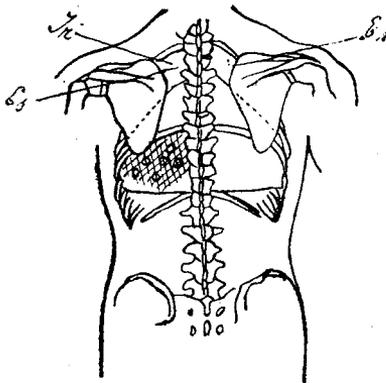
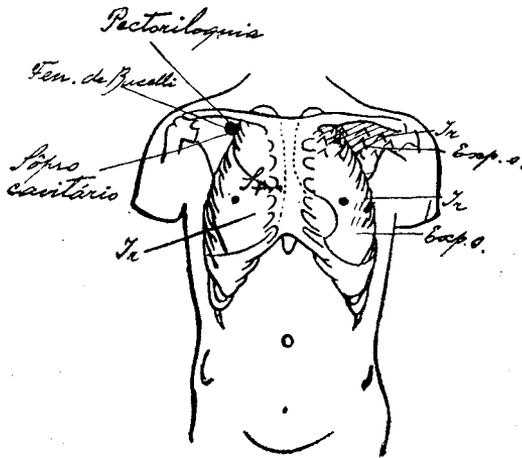
**R. E.** — positiva.

**TRATAMENTO.** — Esta doente tem feito uso de: pilulas de ópio, poção de estriçnina, pilulas de dionina, poção de cloreto de cálcio, compressas de salicilato de metilo, poção opiada, solução de vanadato de soda, loções gerais com vinagre aromático, fricções com pomada de salicilato de metilo, pilulas de terpina, etc., etc.

Apesar desta terapêutica variada não acusa melhoras nenhuma. Em 11 de Novembro sobreveem abundantes he-



15-X-914



moptises, a temperatura elevou-se mais ainda e a doente viu-se na necessidade de andar levantada, porque uma vez no leito os suores eram abundantíssimos e sentia-se extenuada nesse lago de suor. O apetite é nulo, as forças mínimas, a tosse tem ocasiões que a põe num estado de prostração enorme. É um organismo que se desmorona a pouco e pouco.

**Nota.** — Esta doente faz hemoptises há bastantes dias e a temperatura era elevada antes da sua aparição e continua elevada durante as emissões sanguíneas. É pois mais um elemento de gravidade a ajuntar aos que já existiam antes destas hemorragias. O prognóstico torna-se cada vez mais sombrio, pois que a febre significa uma grande actividade no processo tuberculoso.

(1—XII—914). — Esta doente tem piorado. A dispneia é intensa, a expectoração mínima, tosse frequente e violenta. Durante o mês de Novembro há a mencionar as hemoptises e a febre sempre elevada. Queixa-se de muitas dores no tórax. O apetite é quasi nulo e por vezes vômitos alimentares provocados pela tosse. Extrema adinamia, suores abundantes. P.=100.

O aspecto geral é mau.

---

## OBSERVAÇÃO IV

### **Enfermaria 10—Sala: D. Emília Cabral**

M. F. O., de 25 anos de idade, solteira, doméstica, natural e moradora no Pôrto. Entrou para o Hospital em 6 de Abril de 1914, para a Enfermaria 10 onde esteve 5 dias, transitando depois para a Enfermaria 7 de Clínica Médica, onde esteve até 25 de Julho, transitando de novo para a Enfermaria 10, onde agora a encontramos. Ha 6 anos que adoeceu com uma pontada sobre o hemitórax direito, suores nocturnos abundantes, tosse com expectoração, adinamia e emagrecimento rápido. Febre à tarde.

Nesse mesmo ano esteve no Sanatório da Guarda três meses e ao regressar sentia bastantes melhoras. Nos dois anos seguintes voltou à Guarda e como do primeiro ano melhorou. Há três anos não foi para o Sanatório e nesse verão sentiu que peorava. Assim esteve por casa e então em Abril dêste anno deu entrada no nosso Hospital. Durante a sua permanência em Clínica Médica sentiu-se melhorar muito.

Presentemente queixa-se de dores no hemitórax direito, mais intensas quando das inspirações profundas. Tosse ligeira com abundante expectoração mucosa, que sobrevem

ao menor esforço e mais abundante de manhã ao despertar. "Quando me deito sôbre o lado esquerdo, diz a doente, a expectoração sai-me pela boca fora sem esforço algum,."

Apetite bom, digestões penosas.

Sente muita falta de forças, tem emagrecido bastante. Suores nocturnos. Ha 3 meses que não é menstruada. Aspecto débil, face e mãos pálidas, regiões malares rosadas. Cefalalgias.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

Palpitações. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 120; Mr. = 20.

A temperatura tem-se mantido sempre elevada, como se vê no gráfico junto a esta observação. Com a administração da criogenina pouco tem descido e foi preciso suspender o seu uso, pois que provocava abundantes suores e que incomodavam muito a doente.

A cuti-reacção feita em Clínica Médica foi absolutamente nula. A análise bacteriológica feita por 3 vezes mostrou-se sempre negativa. A reacção de Wassermann igualmente negativa. Mãe morreu tuberculosa.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

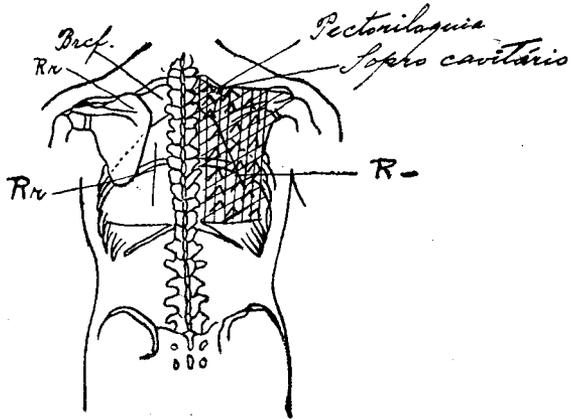
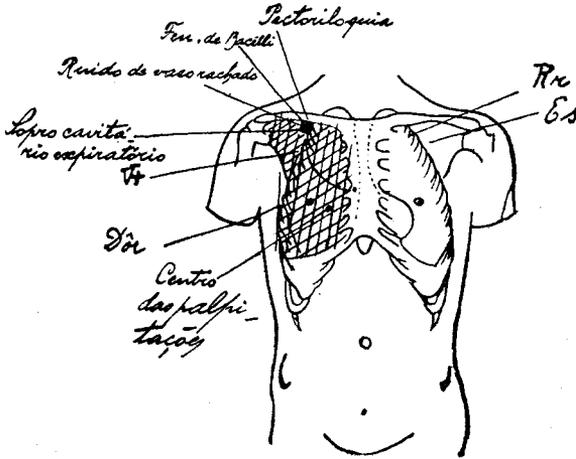
**PROGNÓSTICO.** — Como se vê pelos esquemas juntos a esta observação, esta nossa doente é portadora duma caverna no vértice pulmonar direito.

Em todo o pulmão abundam os sarridos de fusão tuberculosa. É pois um pulmão que se caseifica e que mais tarde se ulcerará, como, de resto, já se vê no seu vértice.

Os sintomas funcionais não são graves a não ser a expectoração que é abundante. A esta sintomatologia acresce



16-X-914



um emagrecimento pronunciado e uma adinamia extrema. A cuti-reacção foi nula, o que é grave. O prognóstico clínico neste caso é dos mais sombrios. A reacção de Weisz confirma-o.

**R. W.** — positiva<sub>6</sub> (forte).

**R. E.** — positiva.

**TRATAMENTO.** — Em Clínica Médica fez uso das hóstias de Ferrier, das gotas amargas (xv. p. d.), 4 injecções de sôro de Marmorek e iodeto de potássio.

Nesta enfermaria tem feito uso das hóstias de glicero-fosfato de cal, das de Ferrier, da criogenina, poção de estricnina, solução de vanadato de soda, pílulas de térpina, loções com vinagre aromático, etc., etc.

Apesar desta medicação as melhoras são poucas. A temperatura continua elevada, a astenia é considerável, a expectoração abundante e sem esforço. Apenas os suores teem diminuído muito e o apetite é bom.

Aparentemente o seu estado geral é satisfatório. Não tem o ar de quem sofre, e anima-a a esperança de um dia ficar curada. *Primum vivere...*

**Nota** (1—XII—914). — Esta doente tem melhorado um pouco. A tosse é pouco frequente mas a expectoração é abundante. O apetite é bom. Um pouco mais de forças. A temperatura, como se vê pelo gráfico junto manteve-se durante o mês de Novembro sempre acima da normal. P.=80.

A análise bacteriológica do escarro feita em 28 de Novembro mostrou-se mais uma vez negativa (micose?). Aspecto geral bom.

## OBSERVAÇÃO V

### **Enfermaria 10—Sala: D. Emília Cabral**

B. E. J., de 44 anos de idade, viúva, criada, natural e residente em Gaia. Entrou para o Hospital em 3 de Julho de 1914 para esta enfermaria.

Em Abril deste ano teve uma hemoptise pouco abundante constituída por sangue vermelho rutilante, espumoso e passados alguns dias escarros hemoptoicos. Estes escarros duraram 5 dias e tempos depois voltaram de novo. Quando da sua entrada neste hospital sentia muita falta de forças, uma tosse sêca com abundante expectoração, dispneia, febre nocturna, anorexia, diarreia, suores nocturnos e emagrecimento rápido.

Presentemente, a tosse é frequente, violenta e rebelde a todo o tratamento, com bastante expectoração, dispneia, pontadas em todo o hemitórax esquerdo. Appetite quási nulo. Astenia extrema. Suores menos abundantes que no início da sua afecção. Ausência de menstruação há 5 meses.

Á inspecção do tórax, saliência pronunciada das costelas. Á palpação dores nos pontos de Landolfi.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtive-  
mos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 90; Mr. = 30.

A temperatura, como se vê no gráfico junto, oscila entre 37° e 38°,5. A análise bacteriológica do escarro feita em 11 de Abril não revelou bacilos de Koch.

Teve em criança o sarampo. O marido morreu escrofuloso. Teve um filho que morreu de tuberculose intestinal. Tem ainda um outro que é saudável. Pai morto de desastre e a mãe de bronquite asmática crónica.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

PROGNÓSTICO. — Esta doente é portadora duma caverna do vértice esquerdo e todo o lóbo superior em fusão. Vértice pulmonar direito em fusão. O prognóstico clínico nesta doente é positivamente mau, atendendo aos sintomas gerais, funcionais e físicos. Nesta doente a reacção de Weisz foi muito intensa, isto é, a mais intensa que tivemos. Assim é que:

**R. W.** — positiva<sub>15</sub> (muito forte).

**R. E.** — fortemente positiva.

Confirmam, ambas as reacções, o prognóstico clínico.

TRATAMENTO. — Pilulas de térpina, idem de ópio, idem de dionina, poção de vanadato de soda, idem de estrienina, cápsulas de criogenina.

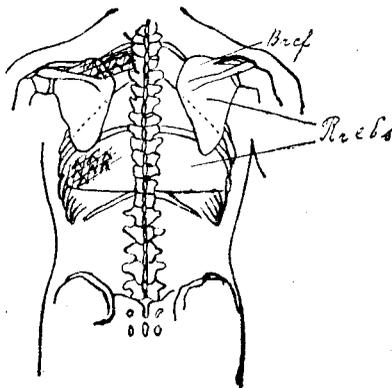
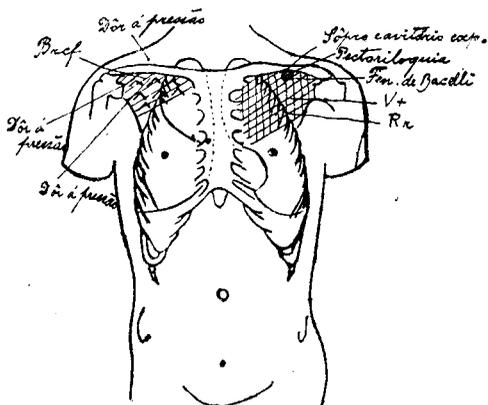
Não tem experimentado melhoras. Em 29 de Outubro congestão pulmonar da base do pulmão esquerdo, com dores intensas e escarros hemoptoicos.

Muito triste, pálida e emagrecimento notável.

**Nota.** — A temperatura conserva-se nas vizinhanças de 38°,5 à tarde.



17-X-914



- É uma tuberculose de marcha rápida, dum processo patológico activo.

(1—XII—914).—Esta doente tem piorado. A tosse é muito frequente, sêca. No mês de Novembro escarros hemoptoicos. Pouco apetite, muita diarreia. Extrema adinamia. A temperatura, durante o mês de Novembro, foi sempre elevada. P.=116.

Aspecto geral bastante mau.

---

## OBSERVAÇÃO VI

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

F. M. M., de 20 anos de idade, solteiro, alfaiate, natural de Miranda do Douro, residente no Pôrto.

Entrou para o Hospital em 1 de Outubro de 1914.

Há oito meses teve uma coriza com abundante secreção nasal e que durou bastantes dias. Passado algum tempo sobrevem a primeira hemoptise pouco abundante e a segunda de meio litro de sangue vermelho escarlate, com pontada inter-escapular. Começou nessa ocasião a tossir frequentes vezes. De noite e de manhã, ao despertar, a tosse era mais intensa e frequente. A essa tosse seguiu-se uma expectoração mucosa, abundante. Pontadas no hemitórax esquerdo. No início da sua afecção o apetite era nulo, depois já comia um pouco mais.

Digestões difíceis, diarreia.

Febre elevada, vesperal.

Extrema astenia, emagrecimento rápido, suores nocturnos abundantes.

Presentemente, tosse persistente e expectoração nular.

O apetite é pouco, as digestões são extremamente pe-

nosas com sensação de plenitude estomacal, vômitos alimentares frequentes vezes principalmente após ingestão de carne, constipação de ventre. Sente-se muito adinâmico, os suores nocturnos são insignificantes. O emagrecimento é muito pronunciado.

A inspecção do tórax a saliência das costelas é notável. Cavados supra e infra-claviculares, idem. Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Taquicárdia.

Palpitações cardíacas dolorosas.

Pulso pequeno e hipotenso. P. = 98. Mr. = 28.

A temperatura, como se vê pelo gráfico junto, foi sempre elevada, atingindo por vezes 40°,2, principalmente de tarde.

Teve em criança uma bronquite.

Pais saudáveis. Irmãos saudáveis apenas uma irmã é anémica.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

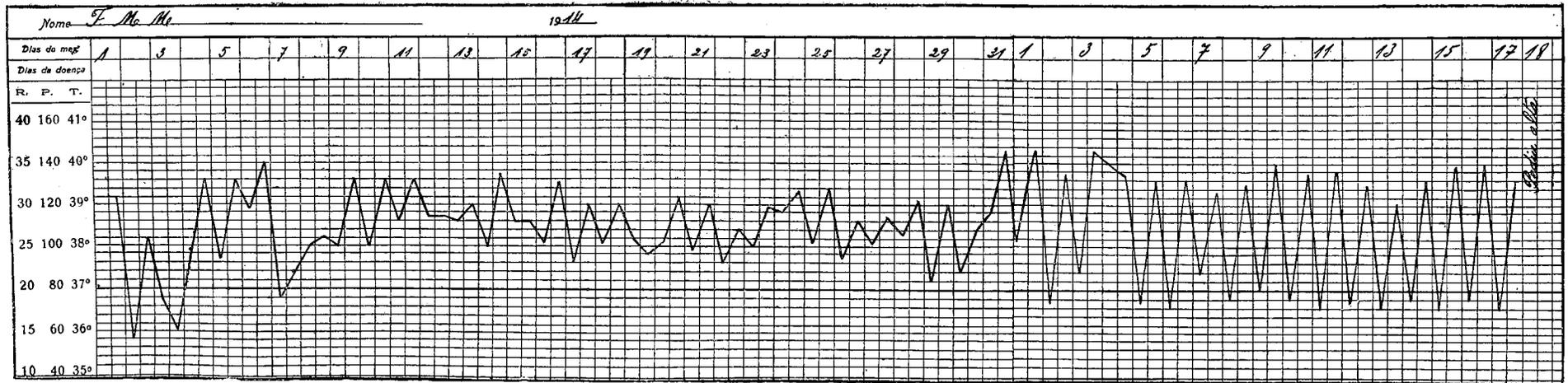
PROGNÓSTICO. — Êste doente apresenta uma caverna no vértice pulmonar direito e sarridos de fusão em ambos os hemitórax. Como sinais funcionais graves há a mencionar a tosse persistente, as hemoptises de início, acompanhadas de febre e esta actualmente é muito elevada e quotidiana. Tudo leva pois a fazer neste doente um prognóstico dos mais graves.

A reacção de Weisz confirma-o.

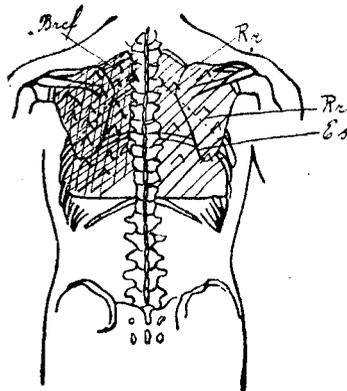
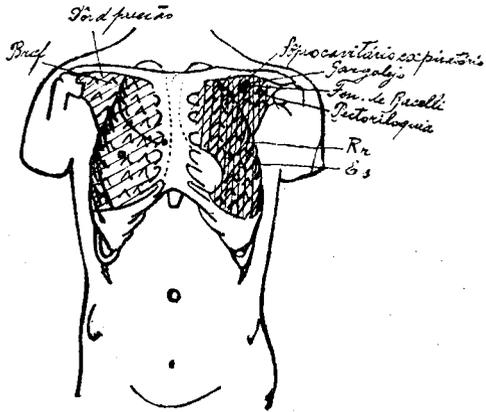
**R. W.** — positiva <sub>6</sub> (forte).

**R. E.** — fortemente positiva.

# Outubro—Novembro



19-XI-914



TRATAMENTO. — Pílulas de terpina, tintura de noz vómica e hóstias de glicerofosfato de cal.

**Nota.** — Êste doente pediu alta em 18 de Novembro de 1914, pois sentia-se pior. Dores torácicas mais intensas, muita dispneia, tosse mais freqüente e expectoração mais abundante. Emagrecimento muito pronunciado, apetite nulo e extrema adinamia.

“Quero ir morrer junto de minha família,” dizia-nos êle ao despedir-se.

A temperatura neste doente, desde o princípio do mês de Novembro é bastante significativa dum fim mais ou menos próximo. Com efeito, de manhã apirexia e à tarde 40°. É pois uma febre de grandes oscilações. E sabe-se quanto o prognóstico é grave em semelhantes casos.

A reacção de Weisz feita pela 2.<sup>a</sup> vez, na véspera de pedir alta, mostrou-se mais intensamente positiva.

## OBSERVAÇÃO VII

### Enfermaria 10—Sala: D. Emília Cabral

E. G. M., de 31 anos de idade, casada, doméstica, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 27 de Agosto de 1914.

Princípio da sua afecção há 9 meses por uma coriza, tosse sêca pouco intensa de manhã ao despertar e expectoração mínima. Um dia na rua do Almada, um grupo de estudantes (estava-se no auge da folia carnavalesca) deparando-se-lhes a nossa doente envolveram-na em uma capa tapando-lhe os olhos e fazendo-a parar. Como ela não esperasse a surpresa assustou-se e fez esforços por se livrar dos estudantes. Então é presa de um acesso de tosse e a seguir uma golfada de sangue rútilo mancha a calçada.

Nos dias seguintes queixáva-se de dores no hemitórax direito. Dispneia intensa. Apetite bom e por vezes, acessos de tosse após as refeições, seguidos de vômitos alimentares. Diarreia. Astenia muito pronunciada, emagrecimento e suores nocturnos abundantes, tendo por vezes de mudar 2 e 3 camisas por noite.

Presentemente a tosse é menos freqüente e menos intensa e a expectoração nula. Um pouco de dispneia. O

apetite é bom. Sente um pouco mais de forças e os suores desapareceram.

Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações cardíacas. Taquicárdia. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 92. Mr. = 22.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 37°,8.

Nunca foi menstruada.

Pais e irmãos saudáveis. Foi sempre saudável. Não tem filhos.

**DIAGNÓSTICO.** -- Tuberculose pulmonar unilateral direita. Fusão do vértice direito e infiltração do pulmão esquerdo.

**PROGNÓSTICO.** -- Atendendo à limitação do processo tuberculoso ao vértice e ao bom estado geral da doente, o prognóstico é benigno.

**R. W.** — negativa.

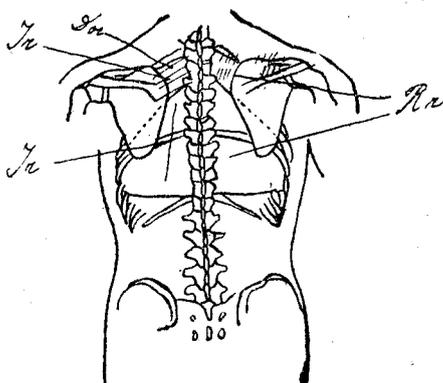
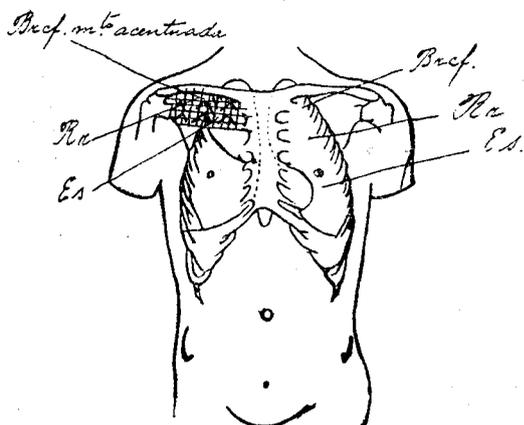
**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de térpina e injecções de cacodilato de soda.

**Nota.** — Esta doente tem melhorado muito. A tosse é quási nula. Apetite bom. Aumento de pêso.

---

19-X-914



## OBSERVAÇÃO VIII

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

S. R., de 30 anos, casado, sapateiro, natural de Campêlo, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 1 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 4 meses com tosse intensa e freqüente quer de dia quer de noite, com expectoração abundante. Pontadas em todo o hemitórax esquerdo, dispneia. Apetite bom, dores gástricas e digestões difíceis. Extrêma astenia, emagrecimento rápido e suores abundantes nocturnos.

Actualmente, a tosse é freqüente, a expectoração abundante, numular, pontadas no hemitórax esquerdo. Dispneia menos intensa. O apetite conserva-se bom. Os suores desapareceram mas sente muita falta de forças e tem emagrecido bastante.

À inspecção, cavados supra e infra-esternais muito pronunciados.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

Palpitações. Taquicárdia com ruídos reforçados.  
P. = 100.

A análise bacteriológica do escarro revelou bacilos de Koch.

A temperatura como se vê no gráfico junto a esta observação é bastante elevada.

Foi sempre saudável. Não tem irmãos. Tem um filho saudável. Pai alcoólico, mãe cardíaca, ambos falecidos.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Este doente apresenta o pulmão esquerdo todo em fusão. O direito apresenta infiltração do seu vértice e sarridos sibilantes e roncantes na sua base. A temperatura elevada, os sintomas funcionais e gerais, tudo em suma, nos leva a fazer um prognóstico grave.

**R. W.** — positiva<sub>4</sub> (média).

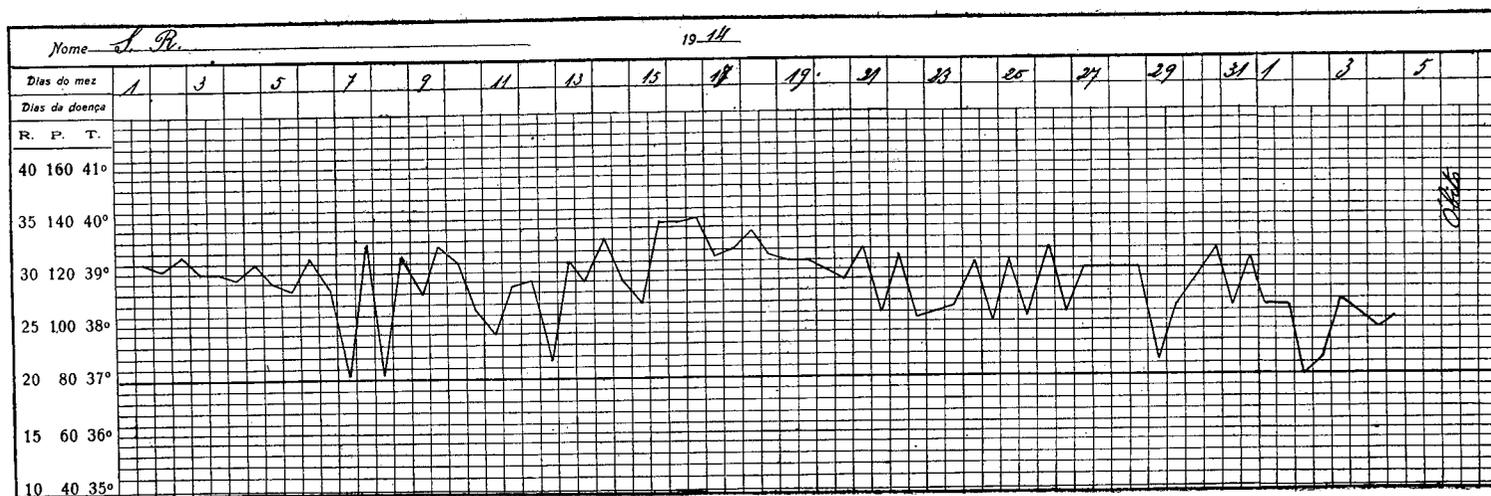
**R. E.** — positiva.

A reacção de Weisz feita 8 dias após a nossa observação mostrou-se positiva.

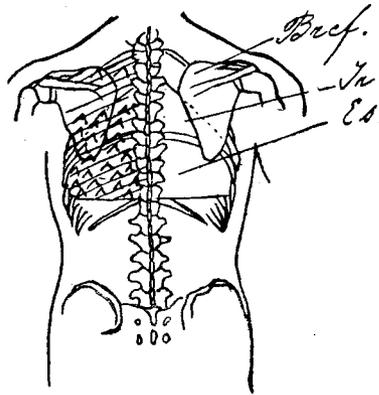
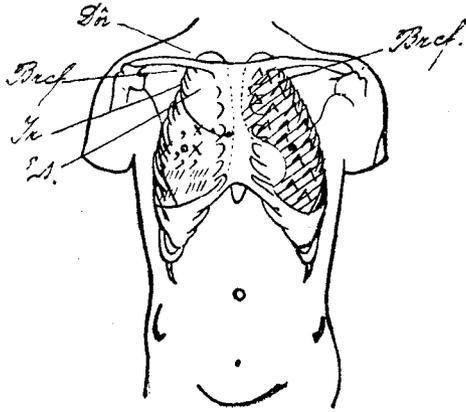
**TRATAMENTO.** — Pílulas de térpina e cataplasmas de mostarda e linhaça.

**Nota.** — Este doente faleceu em 6 de Novembro de 1914.

# Outubro—Novembro



20-X-914



## OBSERVAÇÃO IX

### Enfermaria 10—Sala: D. Emília Cabral

A. C., de 21 anos, casada, doméstica, natural de Lamego, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 22 de Setembro de 1914.

Há 17 meses que teve numa tarde, sem esforço algum, a primeira hemoptise, pouco abundante. Continuando a trabalhar, passado algum tempo sobrevem uma segunda hemoptise muito abundante, sentindo momentos antes da sua aparição um sabor a sangue bastante desagradável. Como já tivesse tosse, esta tornou-se mais freqüente após esta última hemoptise, tosse mais violenta de manhã ao despertar. Expectoração abundante e dispneia intensa. Pouco apetite. Diarreja. Sentia-se emagrecer muito e as forças eram muito poucas. Passados 15 dias após a segunda hemoptise deu entrada neste Hospital onde esteve dois meses retirando-se muito melhorada, apenas com a mesma tosse. Vivendo em Miragaia em más condições de hygiene, a sustentação das melhoras obtidas não foi longa e de novo deu entrada no Hospital (22 Set. 914).

Actualmente a tosse é freqüente principalmente de manhã ao acordar, expectoração numular, dispneia intensa,

dores em todo o tórax. O apetite é bom, mas as digestões são difíceis. Tem emagrecido bastante e sente muito poucas forças.

À inspecção, cavados supra e infra-claviculares muito pronunciados.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtivemos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações. Taquicárdia. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 94. Mr. = 28.

Análise bacteriológica dos escarros — negativa.

A temperatura oscila entre 37° e 37°,6.

Teve aos 17 anos a gripe. Teve um filho que morreu de meningite.

Marido saudável.

Pai saudável. Mãe tuberculosa. Tem 2 irmãos saudáveis.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Esta doente apresenta infiltração dos dois vértices pulmonares e na base do pulmão esquerdo uns ligeiros sarridos de fusão. Os sinais funcionais são um pouco pronunciados e pôsto que a temperatura seja pouco elevada, todavia o prognóstico deve ser reservado.

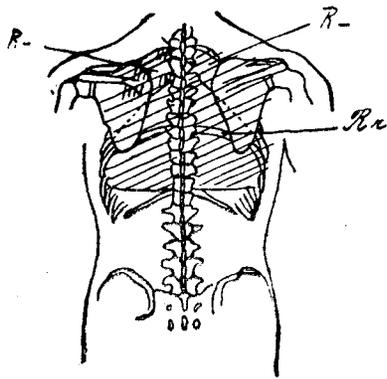
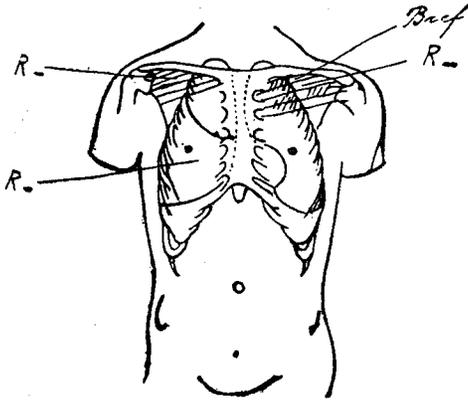
**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Pilulas de ópio, idem de térpina e poção de estricnina.

**Nota.** — Esta doente pediu alta em 26 de Outubro de 1914. Saiu no mesmo estado.

20-X-914



## OBSERVAÇÃO X

### Enfermaria 10—Sala: Cunha Lima

J. G. C., de 23 anos de idade, casado, tipógrafo, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 19 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 4 anos, quando conversando com uns amigos, sobreveio um acesso de tosse bastante intensa e tendo nessa ocasião escarros hemoptoicos.

No ano passado, na estação de Nine, ao correr para apanhar um comboio sobreveio uma hemoptise abundante. Inscreveu-se dias depois na Assistência Nacional aos Tuberculosos desta cidade e esteve bastante tempo em tratamento mas pouco melhorou. Queixava-se de tosse, mais frequente das 4 horas da tarde até de madrugada, expectoração abundante. Dispneia e dores no hemitórax direito. Anorexia, vômitos alimentares frequentes, digestões penosas, diarreia. Febre à tarde. Adinamia, emagrecimento, suores nocturnos abundantes.

Estado actual. — Tosse e expectoração, dores no hemitórax direito. O apetite é bom, digestões difíceis, vômitos, diarreia. Sente a mesma fraqueza que dantes, tem-se sentido emagrecer, e os suores nocturnos são abundantes.

Á inspecção, saliência muito pronunciada das costelas. Omoplatas aladas e fosseta de Mohrenheim deprimida.

Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações. Taquicárdia. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 108.

A análise bacteriológica do escarro revelou bacilos de Koch. Apirexia. Há oito dias teve dores no peito e alguma tosse, que passou.

Mãe morreu de tuberculose intestinal. Uma irmã é anémica.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Os sinais físicos mostram-nos neste doente, uma caverna no vértice direito e fusão do esquerdo. Quanto aos sintomas funcionais há a mencionar a tosse rebelde a toda a medicação, o profundo emagrecimento do nosso doente e os suores abundantes.

O prognóstico é pois grave.

**R. W.** — positiva <sub>6</sub> (forte).

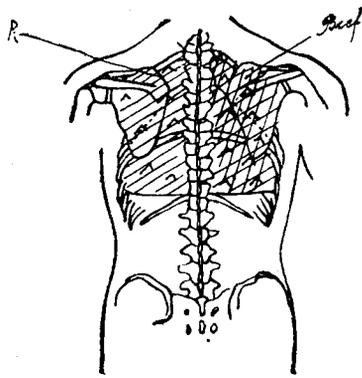
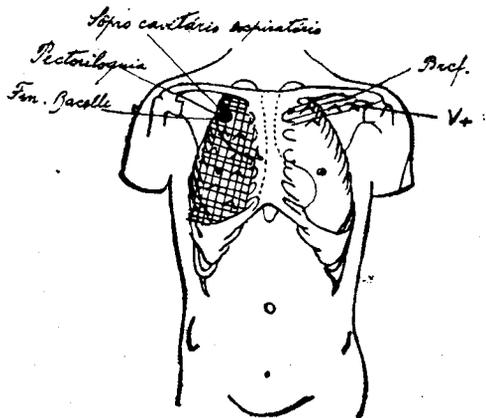
**R. E.** — positiva.

**TRATAMENTO.** — Pilulas de térpina.

**Nota.** — Este doente tem melhorado muito pouco. Queixa-se actualmente de muitas dores torácicas, pouco apetite e muitos suores de noite.

(1 — XII — 914). — Este doente sente-se um pouco melhor. A tosse é ainda frequente mas apenas ao despertar. Pelo dia fora raras vezes tosse. A expectoração é quasi nula. Apetite bom. Desapareceram as dores torácicas e os suores. Sente mais forças. Apirexia. P. = 100.

22 - X - 914



## OBSERVAÇÃO XI

### Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral

M. J., de 18 anos, solteira, costureira, natural de Vila do Conde, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 19 de Setembro de 1914.

Princípio da sua afecção há dois anos por uma heoptise abundante. Passado algum tempo sentiu-se melhor. Ha 3 meses, porém, queixou-se de dispneia, pontadas na parte posterior do hemitórax direito. Adinamia, emagrecimento. Eis resumidamente a história da sua doença. Presentemente, tosse ligeira com pouca expectoração. Sente muita falta de forças.

Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemss que vão juntos a esta observação.

Taquicárdia. Pulso = 96.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 37°,8 com dias de completa apirexia.

Foi sempre saudável.

Pais e irmãos saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (1.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Atendendo aos sinais funcionais pouco pronunciados e aos sinais físicos, somos levados a fazer um prognóstico benigno.

**R. W.** — negativa.

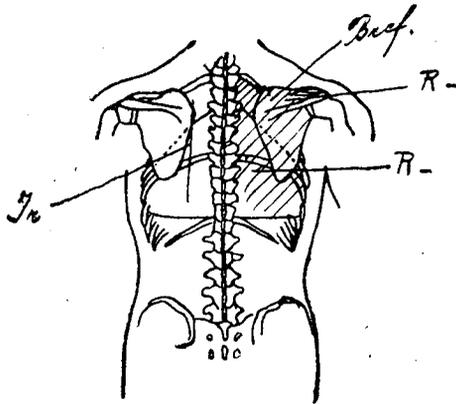
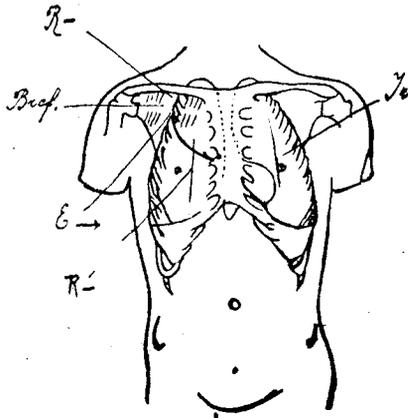
**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Cápsulas de Ferrier e injeções de codilato de soda.

**Nota.** — Esta doente têm melhorado consideravelmente. O aspecto geral é bom. A tosse quási que desapareceu, o apetite é regular e a temperatura é de alguns décimos acima da normal. Pediu alta em 21 de Novembro de 1914.



22-X-914



## OBSERVAÇÃO XII

### Enfermaria 4—Sala: Cunba Lima

J. T. C., de 32 anos, casado, alfaiate, natural do Marco de Canavezes, residente no Pôrto.

Entrou para o Hospital em 20 de Outubro de 1914.

Há 8 meses appareceu-lhe uma adenite sub-maxilar esquerda que abriu espontâneamente dando saída a um pus abundante, amarelado, cremoso. Com o tratamento instituído a fístula fechou. Passado algum tempo sobrevêm uma afonia com sensação de constrição laríngea à deglutição e bastante dispneia. Depois seguiu-se-lhe uma hemoptise abundante precedida de tosse. Começou então o tratamento da sua laringite, sentindo-se muito melhorado. Mas a tosse continuava rebelde a todo o tratamento, com expectoração e dispneia intensa. Anorexia, diarreia, emagrecimento, adinamia.

Actualmente a tosse é quasi nula, mas há expectoração. Pontadas no hemitórax esquerdo.

O apetite é bom e apenas se queixa de muita falta de forças e de ter emagrecido muito.

Do lado do aparelho respiratório notámos pelos diver-

sos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Taquicárdia. P. = 90.

A temperatura oscila entre 37° e 38°.

Em criança teve a variola e em rapaz uns caneros moles. Não há sífilis.

Pais saudáveis. Tem 11 irmãos vivos, todos saudáveis.

A sua esposa é escrofulosa e os filhos são-no igualmente.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (2.º grau). Laringite bacilar?

**PROGNÓSTICO.** — Neste doente as lesões bacilares são pouco extensas e apenas há uns ligeiros sarridos de fusão na base esquerda. Os sinais funcionais são mínimos e o estado geral é satisfatório.

O prognóstico é pois benigno.

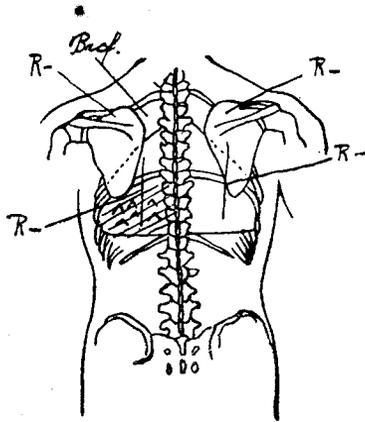
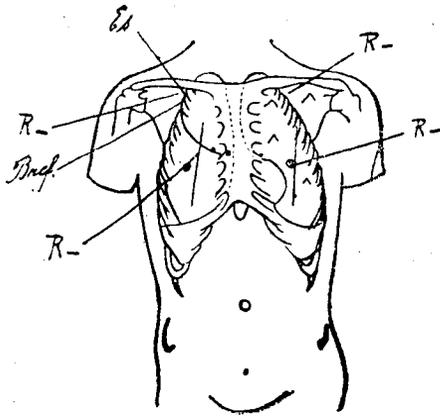
**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Pontas de fôgo, pílulas de térpina e emulsão de óleo de figados de bacalhau.

**Nota.** — Êste doente pediu alta em 29 de Outubro de 1914. Safo no mesmo estado.

23-X-914



## OBSERVAÇÃO XIII

### Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral

M. C., de 50 anos, viúva, doméstica, natural de Manteigas, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 22 de Setembro de 1914.

Há quatro anos teve uma corisa com arrepios e dores no abdomen. Logo a seguir instala-se uma tosse freqüente com expectoração abundante, dispneia. Com esta sintomatologia deu entrada na enfermaria 11 onde esteve internada 6 semanas. Melhorou bastante e passadas 2 semanas deu entrada nesta Enfermaria. A tosse é mais freqüente, expectoração abundante. Anorexia notável, sensação de fraqueza estomacal após as refeições. Febre vesperal. Suores abundantes. Fadiga fácil. Emagrecimento rápido.

Actualmente a tosse e a expectoração são menores. Continúa a falta de appetite, os suores são menos abundantes e sente mais fôrças.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtivemos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações cardíacas. Pulso amplo e batendo a 80 por minuto.

A análise bacteriológica do escarro revelou bacilos de Koch.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 38°.

Foi sempre saudável.

Pais saudáveis. Teve um filho que morreu com tuberculose laringea. Marido saudável, já falecido.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Á auscultação notámos sinais de infiltração tuberculosa e raros estalidos na parte média do pulmão esquerdo. Os sinais gerais tem diminuido de intensidade e os funcionais igualmente. A afecção caminha para a cura.

**R. W.** — positiva <sub>3</sub> (média).

**R. E.** — positiva.

Neste caso ha discordância entre o prognóstico clínico e o que dá a reacção de Weisz.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de ópio, de dionina e de térpina.

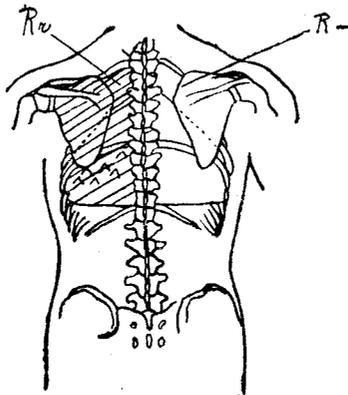
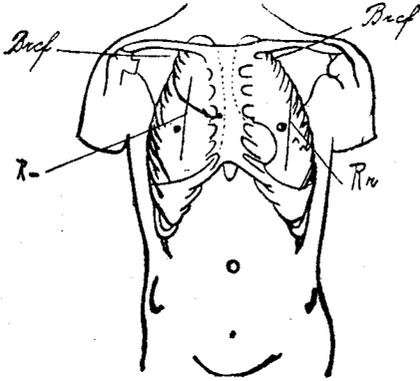
**Nota.** — Esta doente tem melhorado bastante.

(1 - XII - 914). — Queixa-se de pontadas na base esquerda com irradiações para o braço. Tosse mais frequente de noite. Expectoração quasi nula. Pouco apetite, adinamia. A temperatura é de alguns décimos acima da normal. P. = 90.

O estado geral é satisfatório.



23-X-914



## OBSERVAÇÃO XIV

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

A. S. D., de 32 anos, solteiro, empregado comercial, natural de Arouca e residente no Pôrto.

Entrou para o Hospital em 14 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 16 meses com uma adinamia profunda, uma anorexia notável, tosse com pouca expectoração mas que mais tarde se tornou abundante. Escarros hemoptóicos durante alguns dias e por vezes dispneia. Suores nocturnos abundantes.

Estado actual. — Tosse frequente com abundante expectoração. Muito apetite. Sente muita astenia e tem emagrecido. Os suores desapareceram depois que deu entrada no Hospital.

Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações cardíacas. Pulso pequeno e hipotenso.

A análise bacteriológica do escarro não revelou bacilos de Koch.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 38°.

Teve o sarampo em criança e depois disso tem sido sempre saudável.

Pais saudáveis. Tem 6 irmãos todos saudáveis.

**DIAGNÓSTICO.** — Fusão do vértice pulmonar direito (2.º grau de Turban).

**PROGNÓSTICO.** — As lesões bacilares neste doente acham-se localizadas ao vértice do pulmão direito.

Os sintomas funcionais e gerais são pouco pronunciados, o que nos leva a uma evolução favorável do processo patológico.

**R. W.** — negativa.

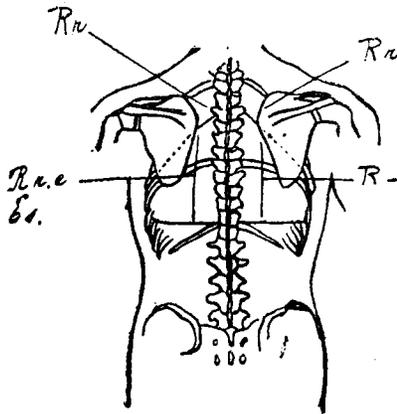
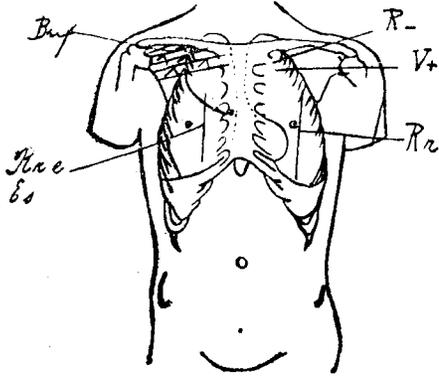
**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de térpina, tintura de noz vómica.

**Nota** (I — XII — 914). — Tosse frequente com abundante expectoração. Afonia. Apetite bom. Sente-se com mais forças. Apirexia. Pulso normal.

---

24-X-914



## OBSERVAÇÃO XV

### Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral

F. J., de 41 anos, solteira, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 10 de Agosto de 1914.

Princípio da sua afecção datando de 16 meses a esta parte com tosse muito freqüente de manhã ao despertar, com expectoração abundante, dispnea intensa, dores em todo o hemitórax esquerdo, arrepios, hemoptises abundantes durante dois dias seguidos.

O apetite era nulo. Diarreia. Tinha muitos suores de noite. A adinamia era extrema.

Estado actual. — A tosse é menos freqüente mas a expectoração é ainda abundante, numular. A tosse lembra a da coqueluche, sibilante, por accesos que prostram muito a doente.

Pontadas ora no hemitórax direito, ora no esquerdo. Tem ainda alguma dispnea. O apetite é quasi nulo, a astenia é considerável e os suores abundantes. Emagrecimento.

Á inspecção, saliência das costelas; cavádos supra e infra-claviculares e fossas supra e infra espinhosas, deprimidas. Facies adenoide.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

Palpitações cardíacas. Pulso pequeno e hipotenso. P. = 110.

Taquicárdia.

Não foi requisitada a análise bacteriológica do escarro desta doente. A temperatura oscila entre 37° e 38°,5.

Nos seus antecedentes pessoais patológicos há a mencionar blefarite e erisipela.

Pai sofre do peito (no dizer da nossa doentinha) e a mãe é saudável.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (3.º grau).

PROGNÓSTICO. — Esta doente está profundamente intoxicada. A tosse abala-lhe o peito e a expectoração é abundante, francamente numular. A astenia é considerável e o emagrecimento pronunciado. A caverna do vértice esquerdo é extensa e todo o pulmão está sob o ouvido. O pulmão direito apresenta sinais nítidos de infiltração tuberculosa. A temperatura é sempre elevada com remissões pequenas. A esta temperatura há a adicionar a frequência do pulso. O prognóstico é pois neste caso dos mais graves.

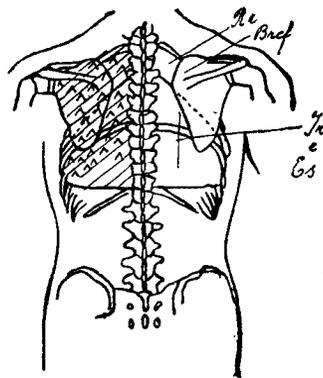
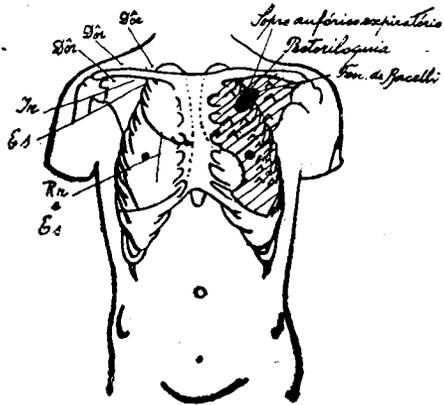
**R. W.** — positiva e (forte).

**R. E.** — absolutamente negativa.

TRATAMENTO. — Pílulas de ópio, idem de térpina, cápsulas de Ferrier e poção opiada.

**Nota.** — Esta doente continua mal. A tosse é ainda bastante frequente, a expectoração abundante. A adinamia é notável, a dispneia intensa. O apetite é pouco. Sempre abatida, olhar triste e resignado.

24-X-914



Encontrámo-la hoje, junto á janela que dá para o jardim, sentada olhando o ceu. Perguntámos-lhe como se achava, se melhor se pior. Encarou-nos, olhar vago, apático, insensível a tudo e a todos e respondeu-nos: "sempre na mesma,.". A temperatura nestes últimos dias tem subido um pouco até 39º e o pulso bate a 110.

(1—XII—914). — Não acusa melhoras absolutamente nenhuma.



## OBSERVAÇÃO XVI

### Enfermaria 4—Sala: Cunba Lima

H. J., de 19 anos, solteiro, marceneiro, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 5 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 4 meses, com formigueiro pelo corpo, muito frio, e passados alguns dias escarros hemoptoicos que duraram 4 dias. Veiu á Consulta de Homens dêste Hospital sendo medicado. No dia seguinte sobrevem uma abundante hemoptise, com pontada inter-escapular e que durou oito dias. Voltou do novo à Consulta de Homens e passados oito dias deu entrada no Hospital, onde esteve internado 5 meses, melhorando bastante. Saiu e passados 2 meses novas hemoptises, tosse ligeira e alguma expectoração.

Apetite bom, diarreia. Suores ligeiros. Deu de novo entrada no Hospital. Presentemente, a tosse é quâsi nula, o appetite bom e apenas tem uns ligeiros suores nocturnos.

Do lado do seu aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Pulso normal. P. = 70.

Apirexia.

Foi sempre saudável. Pais e irmãos são igualmente saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

PROGNÓSTICO. — As lesões bacilares neste doente reduzem-se à fusão do vértice pulmonar direito e raros estalidos húmidos na parte média do mesmo pulmão. Não há febre e o pulso é normal. Os sinais funcionais são mínimos. O prognóstico clínico é pois benigno.

**R. W.** — positiva  $\frac{3}{4}$  (média)

**R. E.** — negativa.

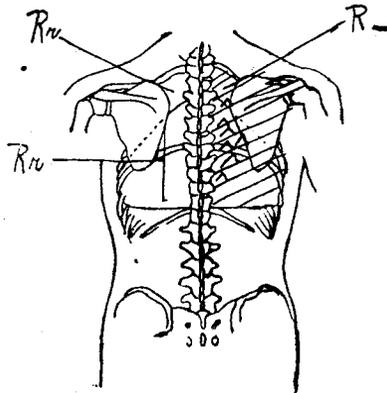
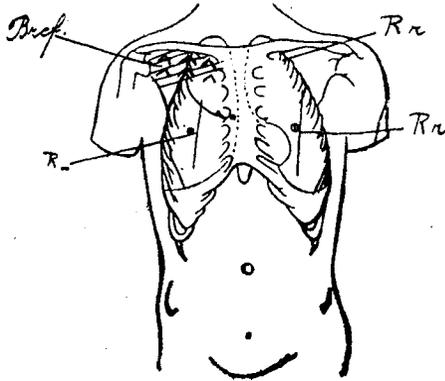
Como se vê há discordância neste caso entre o prognóstico clínico e o que nos dá a reacção de Weisz. Esta é de intensidade média e o prognóstico clínico é dos mais benignos.

TRATAMENTO. — Pílulas de térpina e hóstias de aspirina.

**Nota.** — Este doente tem melhorado bastante. A tosse desapareceu, o apetite é bom e tem aumentado de peso.

---

26-X-914



## OBSERVAÇÃO XVII

**Enfermaria 10—Sala: D. Emília Cabral**

D. J. T., de 34 anos, solteira, doméstica, natural de Mesão Frio, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 24 de Setembro de 1914.

Princípio da sua afecção há 4 meses por uma corisa, escarros hemoptoicos durante bastantes dias, tosse frequente e intensa, muita dispneia, pontadas no hemitórax esquerdo.

Anorexia, digestões difíceis.

Emagrecimento rápido, adinamia profunda, insónia durante um mês e rebelde a todos os hipnóticos.

Estado actual.—Tosse menos frequente, expectoração quasi nula. O apetite é nulo. Astenia muito considerável. Tem emagrecido bastante.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtivemos os esquemas que vão juntos a esta observação.

Pulso pequeno e hipotenso. P. = 90.

Apirexia.

Entre os seus antecedentes pessoais há apenas a mencionar várias corisas.

Pais e irmãos saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

PROGNÓSTICO. — Como se vê pelos esquemas juntos a esta observação, ambos os pulmões apresentam lesões bacilares. O esquerdo sinais evidentes de infiltração, ráros estalidos húmidos no seu vértice (fusão) e na parte posterior, em toda a sua altura, numerosos sarridos de fusão.

O direito (vértice) em fusão igualmente.

Se bem que não haja temperatura a extensão do processo bacilar torna o prognóstico sombrio.

**R. W.** — positiva <sub>3</sub> (média).

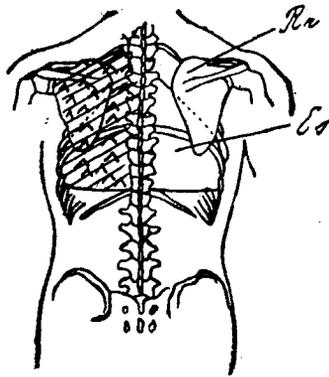
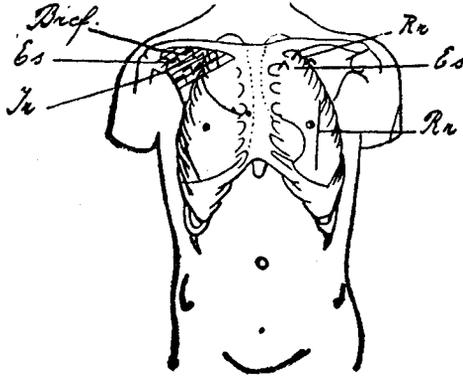
**R. E.** — absolutamente negativa.

TRATAMENTO. — Pílulas de ópio, poção de estricnina e cápsulas de Ferrier.

**Nota** (1—XII—914). — A tosse é menos freqüente com expectoração. O apetite é bom, a adinamia é extrema. Apirexia. P. = 88.

---

26-X-914



## OBSERVAÇÃO XVIII

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

A. P. S., de 22 anos, solteiro, alfaiate, natural de Vila Nova de Gaia, residente no Pôrto.

Entrou para o Hospital em 11 de Outubro de 1914.

Há um mês e pouco que sentiu muitas dores em todo o tórax, com tosse ligeira. Começou a pouco e pouco por perder o apetite, e sentia muita falta de forças. Em alguns dias emagreceu bastante. Passava noites inteiras sem poder conciliar o sono, tamanhas eram as dores que tinha no peito.

Presentemente sente-se bastante melhor, pois que a tosse quasi que desapareceu, o apetite já é regular e sente que tem mais forças.

Do lado do aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

O pulso é normal como frequência e como tensão.

A temperatura, como mostra o gráfico junto a esta observação, foi durante alguns dias após a sua entrada neste Hospital, bastante elevada, mas desceu à normal pelo uso da antipirina e aspirina.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar uma enterite há 3 anos.

Pai falecido no nosso Hospital, tuberculoso. Mãe viva, saudável. Teve um irmão que faleceu tuberculoso.

**DIAGNÓSTICO.** — Tuberculose pulmonar (1.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — Êste doente apresenta sinais físicos do lado do pulmão de uma infiltração bacilar. Os sintomas funcionais e gerais são quasi nulos. A temperatura bastante elevada fazia ensombrar o prognóstico. Todavia ela cedeu em poucos dias ao uso dos antitérmicos o que é um sintoma feliz. O prognóstico é, pois, benigno.

A reacção de Weisz neste doente foi fortemente positiva e isto depois da descida da temperatura. Neste caso, pois, o seu resultado não é concorde com o que dá a prognose clínica.

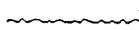
**R. W.** — positiva <sub>6</sub> (forte).

**R. E.** — absolutamente negativa.

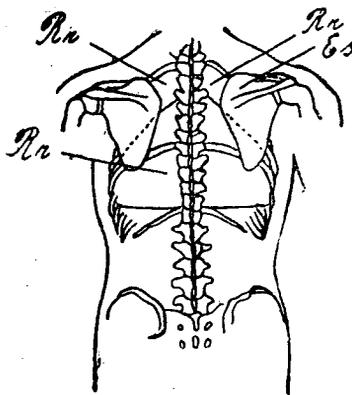
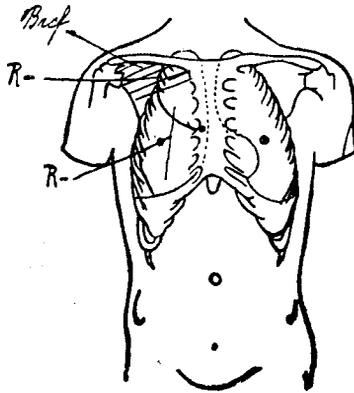
**TRATAMENTO.** — Consistiu em pílulas de térpina e co-deina, antipirina, aspirina e emulsão de Scott.

**Nota.** — Êste doente tem melhorado muitissimo.

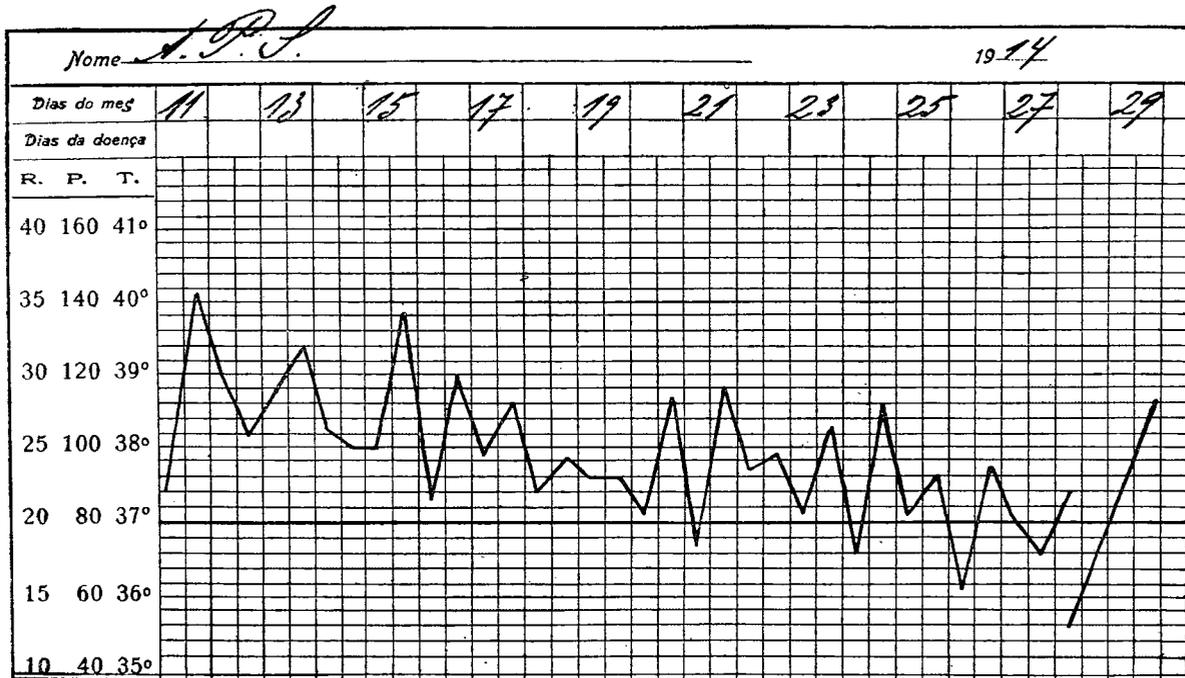
(1—XII—914). — As melhoras são as mais esperançosas possíveis.



27-X-914



# Outubro



## OBSERVAÇÃO XIX

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

J. M. S., de 48 anos de idade, casado, trabalhador, natural de Baião, residente no Pôrto. Entrou para a enfermaria 3 no dia 8 de Setembro de 1914 e passou a esta enfermaria a 15 do mesmo mês.

Há 11 meses que, estando no Rio de Janeiro, sentiu-se adoecer com tosse, se bem que ligeira, e com alguma expectoração, muitíssima falta de ar, perda completa do apetite e muita diarreia. De tarde sentia alguma febre. Adinamia e emagrecimento pronunciados. Consultando os médicos no Rio, estes aconselharam-no a retirar-se para Portugal.

Actualmente, queixa-se de muitas dores no hemitórax direito, tosse com abundante expectoração mucosa e muita dispneia. O apetite é um pouco melhor. Ainda se sente com muito poucas forças e o emagrecimento é notável.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

Taquicárdia. Pulso duro; artéria radial em "tuyau de pipe,,. P. = 134.

A temperatura, como se vê pelo gráfico junto a esta

observação pertence ao grupo das temperaturas de médias oscilações. É uma tuberculose sempre febril.

Nos seus antecedentes pessoais há a registrar em 1894 a febre amarela no Rio de Janeiro, da qual ficou bom e daí em diante tem sido sempre saudável.

Pais falecidos com bronquite crónica. Os irmãos são todos saudáveis. Teve uma filha que aos 14 anos morreu tuberculosa e mais três filhos que faleceram de meningite (tuberculosa?).

DIAGNÓSTICO. — Tuberculose pulmonar (2.º grau).

PROGNÓSTICO. — Êste doente apresenta infiltração do vértice direito e fusão da parte posterior do pulmão direito. A estas lesões há a adicionar a taquicárdia e a febre sempre constante. Sinais funcionais e gerais maus.

O prognóstico é pois grave.

**R. W.** — positiva, (média).

**R. E.** — fortemente positiva.

As duas reacções acima confirmam o prognóstico clínico.

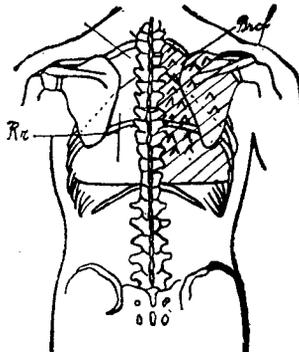
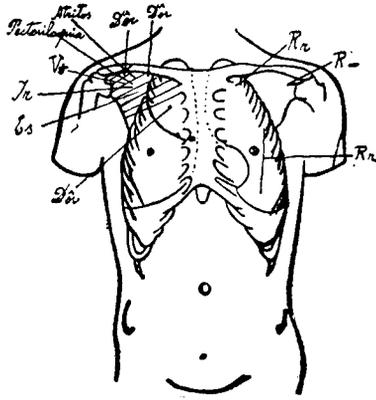
TRATAMENTO. — Pílulas de ópio, idem de térpina.

**Nota.** — Êste doente pediu alta em 17 de Novembro de 1914. Saiu pior. A tosse era mais freqüente, a expectoração mais abundante, anorexia, astenia considerável.

---



28-X-914



## OBSERVAÇÃO XX

### **Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral**

R. J. P., de 23 anos, solteira, criada, natural de Vila Rial, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 15 de Setembro de 1914.

Princípio da sua afecção há 3 meses com dores em todo o hemitórax esquerdo, tosse pouco frequente e pouco intensa e dispneia quando fazia esforços. Anorexia, por vezes vômitos alimentares, digestões difíceis. A astenia era muito pronunciada, o emagrecimento extremo e rápido, suores matinais pouco abundantes. Á tarde tinha sempre um pouco de febre.

Presentemente, a tosse é mais frequente, as dores torácicas aumentaram de intensidade. O apetite é bom mas a adinamia é ainda bastante pronunciada.

Do lado do aparelho respiratório notámos pelos diversos métodos semióticos as perturbações consignadas nos esquemas que vão juntos a esta observação.

Palpitações cardíacas. Taquicardia.

Pulso pequeno e hipotenso. P. = 100.

A temperatura tem sido de alguns décimos acima da normal sem atingir nunca 38°.

No seu passado patológico apenas há a mencionar uma bronquite aguda aos 11 anos.

Pai cardíaco já falecido, mãe doente. Tem uma irmã mais velha que padece do peito e os outros são todos linfáticos.

**DIAGNÓSTICO.** — Fusão de todo o pulmão esquerdo (2.º grau).

**PROGNÓSTICO.** — A extensão das lesões bacilares a todo o pulmão esquerdo ensombra o prognóstico. Os sinais funcionais e gerais falam no mesmo sentido. A temperatura nesta doente é quasi normal, o que parece estar em desacordo com o prognóstico clínico. Mas há a ajuntar a taquicardia, um elemento a mais de desfavorável evolução.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

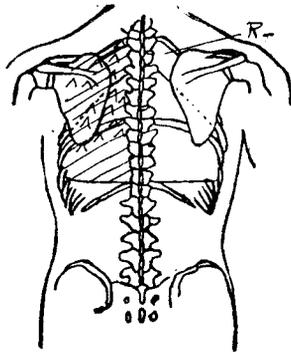
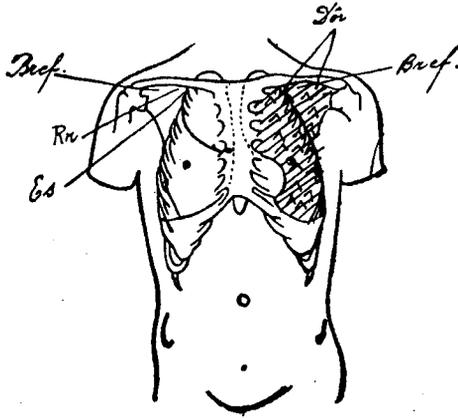
Estas duas reacções estão em desacordo com o que dá a clínica.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de ópio, injeções de cacodilato de soda, alcoóleo de iodo e pontas de fogo sobre o hemitórax esquerdo.

**Nota.** — Esta doente apresenta um estado geral muito satisfatório. O apetite é bom e a tosse é quasi nula. Aparentemente parece não estar doente mas se auscultarmos o pulmão esquerdo todo elle, do seu vértice à base, estala. Pediu alta em 28 de Novembro de 1914.

---

28-X-914



## OBSERVAÇÃO XXI

### Enfermaria 4 — Sala: Cunha Lima

F. R. G., de 16 anos, solteiro, criado de servir, natural do Pôrto e residente em Gaia. Entrou para o Hospital em 6 de Agosto de 1914.

Princípio da sua afecção, há um ano e pouco, por uma hemoptise pouco abundante, de sangue vermelho rutilante, espumoso, precedida de tosse e pontadas em todo o tórax. Esta hemoptise sobreveio a uma subida rápida pela rua dos Clérigos.

Passado algum tempo novas hemorragias pulmonares se instalaram, mais abundantes, até que dá entrada neste Hospital.

Queixava-se então de dores em todo o peito, tosse com pouca expectoração. Tinha muito pouco apetite, vômitos alimentares, polidipsia. Suava alguma coisa de noite e sentia-se muito falta de forças.

Presentemente, a tosse é quasi nula, as dores torácicas quasi que desapareceram e as hemoptises pararam após o seu internato. O apetite é nulo, porém as digestões são fáceis. A astenia é considerável. Os suores são pouco abundantes e quasi sempre pela madrugada.

À inspecção, o tórax é estreito, achatado transversalmente e as costelas muito salientes. Cavado supra clavicu- lar pronunciado.

Pele fina e glabra.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

Pulso pequeno e hipotenso. P. = 85.

A temperatura é elevada com oscilações médias. Só podemos obter o gráfico dos 20 dias após a entrada do doente, pois que, daí em diante nunca mais lhe foi tirada a temperatura.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar um embaraço gástrico aos 7 anos, aos 12 uma afeção que o prostrou no leito mas que o doente ignora qual fôsse. Teve impetigo do coiro cabeludo, da face, enfartamentos ganglio- nares da axila, da região sub-maxilar e da região inguino- crural.

Pai falecido, tuberculoso. Mãe, viva, sofre do peito. Tem 3 irmãos saudáveis.

**DIAGNÓSTICO.** — Fusão do pulmão direito do vértice à base (2.º grau). Infiltração do vértice esquerdo e raros es- tálidos húmidos na sua base.

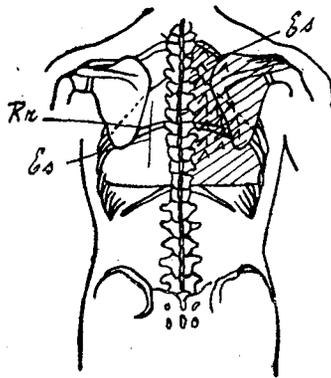
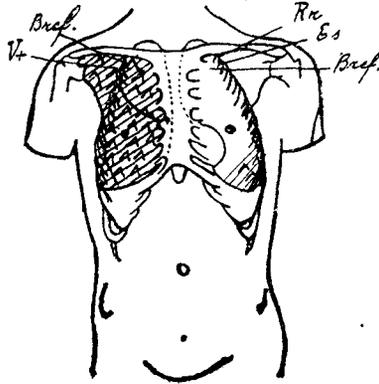
**PROGNÓSTICO.** — Neste doente o prognóstico é grave se atendermos à grande extensão do processo tuberculoso, à temperatura e à anorexia e astenia muito pronunciadas.

**R. W.** — positiva, (muito forte).

**E. R.** — positiva (média).

A reacção de Weisz é concorde com o prognóstico clínico.

29-X-914



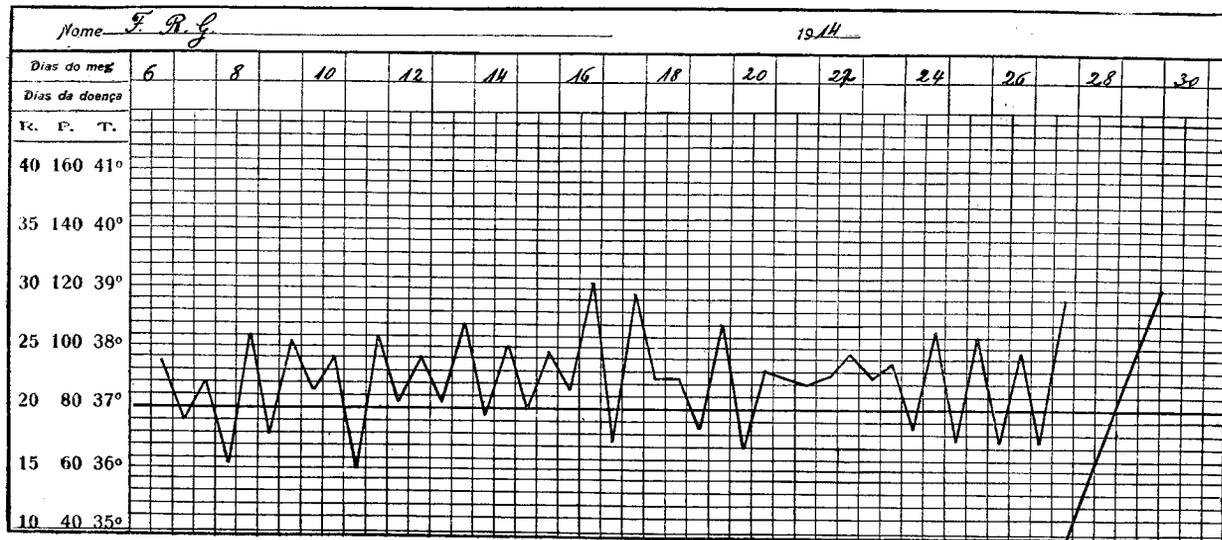
TRATAMENTO. — Pílulas de terpina, injeções de caco-dilato de soda, magnésia calcinada, pepsina, hidro-soluto de polígala contusa, etc., etc.

**Nota** (1—XII—914). — Tosse pouco freqüente com abundante expectoração. Dores torácicas. Appetite nulo, diarreia. Extrema astenia. Suores abundantes matinaes. P=100. Febre vesperal.

Aspecto geral mau.



# Agosto



## OBSERVAÇÃO XXII

### Enfermaria 10 — Sala: D. Emília Cabral

C. S. R., de 33 anos de idade, solteira, criada de servir, natural de Vila do Conde, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 15 de Setembro de 1914.

Há 3 anos teve um ataque de reumatismo articular agudo pelo qual deu entrada na Enfermaria 14 onde esteve internada dois meses saindo completamente curada. Passado algum tempo começou por sentir uma adinamia profunda e emagreceu bastante. Ao mesmo tempo instalou-se uma tosse ligeira, com pouca expectoração e há 7 meses a esta parte uma dispneia intensa sendo por vezes obrigada a sustar as suas ocupações para tomar ar.

A seguir a esta dispneia sobrevêm uma hemoptise abundante constituída por sangue vermelho rutilante e precedida de tosse e pontada inter-escapular. Deu entrada então neste Hospital.

Presentemente, tosse matinal sem expectoração, dispneia ligeira, pontadas no hemitórax esquerdo.

Apetite bom. Sente muita falta de forças.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

\* Palpitações. Taquicardia. Pulso pequeno e hipotenso.  
P. = 108.

Apirexia.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar um ataque de reumatismo articular agudo.

Pais falecidos, saudáveis. Irmãos muito saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Fusão do vértice direito, dos dois terços superiores do pulmão esquerdo (parte anterior) e de toda a parte posterior (2.º grau).

PROGNÓSTICO. — Se bem que esta doente esteja apirética, a grande extensão das lesões bacilares adicionada à taquicardia, levam-nos a fazer um prognóstico grave.

**R. W.** — positiva<sub>2</sub> (fraca).

**R. E.** — negativa.

A reacção de Weisz nesta doente foi fraca, o que está um pouco em desacordo com o prognóstico clínico.

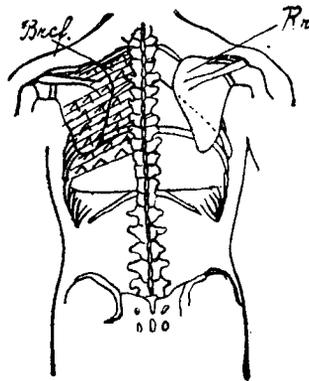
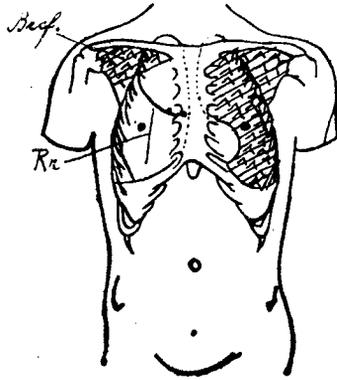
TRATAMENTO. — Cápsulas de Ferrier, injeções de codilato de soda e pontas de fogo sobre o hemitórax esquerdo.

**Nota** (1 — XII — 914). — Tosse quasi nula. Pontadas no hemitórax esquerdo. Sente mais forças. Apirexia. P. = 90.

Aspecto geral dos mais satisfatórios.

---

29-X-914



## OBSERVAÇÃO XXIII

### Enfermaria 4 — Sala: Cunha Lima

A. H., de 26 anos, solteiro, vendedor ambulante, natural de Guimarães, residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 29 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 6 meses por uma adinamia profunda, tosse muito freqüente sobretudo de noite e de madrugada com expectoração muito abundante, dispneia intensa, dores no hemitórax esquerdo. Refere que em um dia teve três escarros hemoptóicos.

O apetite conservou-se sempre bom e as digestões fáceis. Suava muito de noite e emagreceu bastante.

Actualmente a tosse é menos freqüente que no início da sua doença, mas a expectoração é ainda abundante e a dispneia, de quando em quando, aparece. A astenia é ainda bastante pronunciada. Os suores quasi que desapareceram.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos a esta observação.

O pulso é pequeno e hipotenso. Ligeira taquicardia.

A temperatura é normal.

A análise bacteriológica do escarro revelou bacilos de Koch.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar o sarampo em criança.

Pais saudáveis. Tem uma irmã saudável.

**DIAGNÓSTICO.** — Infiltração de todo o pulmão esquerdo e raros estalidos húmidos na parte média da face posterior (2.º grau).

Infiltração do vértice direito.

**PROGNÓSTICO.** — As lesões são bastante extensas, mas a ausência da febre torna o prognóstico benigno.

A reacção de Weisz confirma-o.

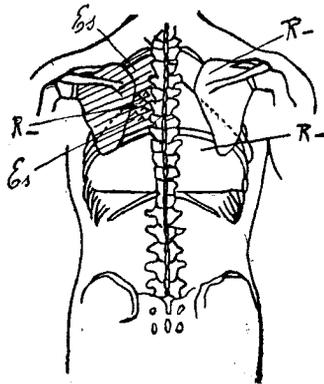
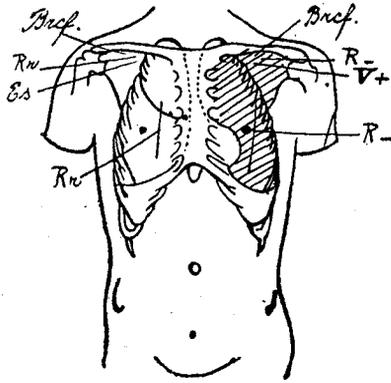
**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de terpina e emulsão de óleo de fígados de bacalhau (fórmula Scott).

**Nota.** — Êste doente pediu alta em 18 de Novembro de 1914. Saíu no mesmo estado.

30-X-914



## OBSERVAÇÃO XXIV

### Enfermaria 10 — Sala: Emília Cabral

M. A., de 50 anos, solteira, jornalista, natural e residente em Águas Santas. Entrou para o Hospital em 31 de Maio de 1914.

Princípio da sua afecção há muito tempo (?) por dores em todo o peito, tosse bastante frequente com expectoração abundante e por várias vezes hemoptises com pródromos. Pouco apetite tinha e no fim das refeições sentia-se "afrontada do estomago.". Suava bastante de noite e não tinha forças nenhuma. Deu então entrada neste Hospital, onde esteve algum tempo. Saiu melhorada, mas deu de novo entrada pouco tempo depois. Desta segunda vez saiu também melhorada e volta a entrar pela 3.<sup>a</sup> vez em 31 de de Maio d'êste ano.

Estado actual. — A tosse é menos frequente, sêca, sem expectoração, as dores torácicas menos intensas.

O apetite é bom e as digestões fáceis. Sente muita falta de forças e tem ainda suores nocturnos.

O exame do aparelho respiratório está representado nos esquemas juntos à observação.

O pulso é pequeno e hipotenso.

Apirexia.

Aos 20 anos e pouco teve uma pneumonia.

Pai falecido, ignorando a doente os seus padecimentos.

A mãe morreu com bronquite asmática.

Tem um irmão com úlceras nas pernas (tuberculosas?).

DIAGNÓSTICO. — Infiltração de todo o pulmão esquerdo. O direito integro.

PROGNÓSTICO. — Esta doente está internada neste Hospital há perto de 6 meses e a temperatura durante todo esse tempo não subiu além de 37°,5. O seu estado geral é bastante satisfatório. As lesões são extensas mas estão latentes, adormecidas. O prognóstico é benigno se a doente continuar a fazer a sua cura de repouso e de alimentação substancial.

**R. W.** — negativa.

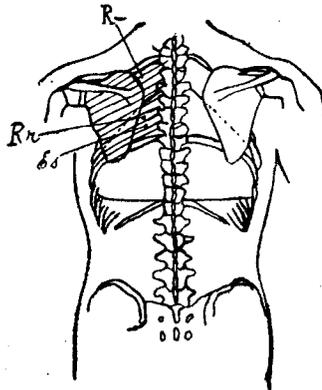
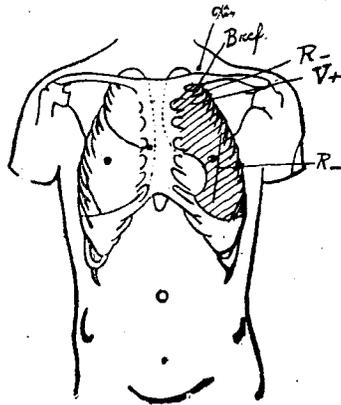
**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Pílulas de ópio, idem de terpina e cápsulas de Ferrier.

**Nota** (1—XII—914). --Tosse quasi nula. Appetite muito bom. Sente mais forças. Apirexia. P. = 80.

Estado geral bom.

30-X-914



## OBSERVAÇÃO XXV

### Enfermaria 4—Sala: Cunha Lima

M. F., de 29 anos, casado, empregado neste Hospital, natural da Covilhã e residente no Pôrto.

Deu entrada nesta Enfermaria em 4 de Outubro de 1914.

Princípio da sua afecção há 8 meses por uma dor violenta no hemitórax direito, a qual passou pela aplicação de cataplasmas de linhaça e mostarda. Algum tempo depois instalou-se uma tosse sêca, mais freqüente de madrugada e com ligeira expectoração. Mais tarde sobrevieram hemoptises precedidas de tosse, abundantes. O apetite conservou-se sempre bom. De tarde tinha sempre febre. Sentia-se dia a dia emagrecer bastante e a faltar as forças. De noite, sua-va muito.

Estado actual. — A tosse é mais freqüente e a expectoração muito abundante, francamente numular. Dores no hemitórax esquerdo. De quando em quando escarros hemoptoicos. Aфонia muito pronunciada.

O apetite é quási nulo, vômitos alimentares produzidos pela tosse, constipação.

A astenia é extrema, o emagrecimento bastante pronunciado e os suores abundantes.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório obtivemos os esquemas juntos a esta observação.

Palpitações. Taquicardia.

Pulso pequeno e hipotenso.

A temperatura tem oscilado entre 37° e 39°.

Foi sempre saudável. Pais e irmãos saudáveis.

**DIAGNÓSTICO.** — Infiltração tuberculosa do vértice esquerdo. Fusão do vértice direito (parte anterior) e infiltração (parte posterior).

**PROGNÓSTICO.** — As lesões neste doente estão localizadas aos vértices. A temperatura é elevada e os sintomas gerais bastante pronunciados. Os sintomas funcionais são-no igualmente. O prognóstico é, pois, sombrio.

**R. W.** — positiva<sub>6</sub> (forte).

**R. E.** — positiva.

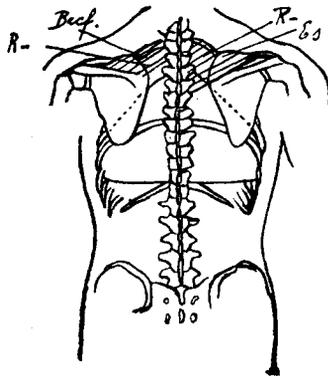
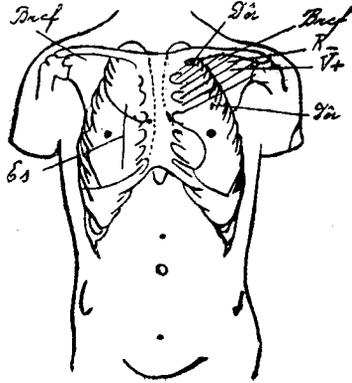
Ambas estas reacções confirmam o prognóstico clínico.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de terpina, revulsão pela tinctura de iodo e injeções de óleo canforado.

**Nota.** — Êste doente tem piorado bastante. A temperatura é mais elevada à tarde, o apetite é nulo e em 21—XI—914 apareceram escarros hemoptoicos.

(1—XII—914). — Êste doente piora de dia para dia. A tosse é bastante freqüente, a expectoração muito abundante, numular, dispneia, dores no hemitórax esquerdo. O apetite é em alguns dias razoável, em outros é nulo. Sensação de plenitude gástrica após as refeições. Extrema adinamia. Suores muito abundantes. Febre vesperal. P.=110. Aspecto geral mau.

31-X-914



# TUBERCULOSES CIRURGICAS

## OBSERVAÇÃO XXVI

**Enfermaria 14 — Sala: Bernardo José de Oliveira**

*Diagnóstico* — Tumor branco do joelho esquerdo.

M. C. P., de 23 anos, solteira, natural de Bragança e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 18 de Agosto de 1914.

Refere a doente que há oito anos lhe apareceu uma tumefacção do tamanho duma castanha sôbre o lado externo do joelho esquerdo, sem reacção alguma da pele circunvizinha, apenas dolorosa pela marcha, mas indolor pelo repouso. Esta tumefacção foi crescendo a pouco e pouco de maneira que o joelho aumentou muito de volume e por vezes a doente claudicava.

Durante os 7 primeiros anos que se seguiram ao aparecimento dessa tumefacção a doente conta que os movimentos de flexão da perna sôbre a côxa lhe custavam um pouco a executar.

Há um ano a esta parte que o joelho esquerdo tem aumentado muito de volume assim como a perna e o pé e de então para cá nunca mais pôde caminhar.

Actualmente, à inspecção nota-se o aumento de volume do joelho esquerdo que mede de circunferência 37<sup>cm</sup>. (o direito mede 34<sup>cm</sup>). Pele normal.

A palpação dores sobre o cõndilo interno do fémur e dores na articulação tíbio-társica do mesmo lado. Pelo repouso as dores espontâneas quasi que desaparecem. Impossibilidade dos movimentos de flexão e extensão sôbre a coxa. Pela palpação nota-se ainda o espessamento dos fundos de saco da sinovial, principalmente do fundo de saco quadricipital.

Adenite ingüinal esquerda.

Normalidade das grandes funções. Apirexia.

Foi sempre saudável. Pais e irmãos vivos, saudáveis, a não ser uma irmã que é portadora de adenites cervicais tuberculosas.

PROGNÓSTICO. — Neste caso, como de resto, em todas as artrites bacilares, o prognóstico é grave sob o ponto de vista funcional, pois que a ancilose é a “étape,, habitual da cura. Sob o ponto de vista do estado geral, o prognóstico é bom. Mas, em suma, o prognóstico da afecção é grave, pois que inibe a articulação da sua função.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Pontas de fogo sôbre o joelho, tintura de iodo e poção de salicilato de soda.

Novembro, 17 — Aplicação de aparelho gessado.

**Nota** (t—XII—914). — As dores do joelho desapareceram depois da aplicação do aparelho. Estado geral bom.

---

## OBSERVAÇÃO XXVII

## Enfermaria 14 — Sala: Santa Clara

*Diagnóstico* — Tumor branco supurado do tornozelo esquerdo.

M. F., de 36 anos, solteira, jornaleira, natural e residente em Melgaço.

Entrou para o Hospital em 24 de Março de 1914.

Há 8 meses que num período de 3 dias teve muita febre, arripios e muito calor na articulação tibio-társica esquerda, que se tumefez bastante. A pele tornou-se vermelha, ulcerou e um pus branco-amarelado, líquido saiu para o exterior. Passados 9 dias restava apenas a fistula, que continuou aberta dando saída a pus. Pôde sempre caminhar e apenas sentia astenia dos membros inferiores. Como a fistula não fechasse, resolveu dar entrada neste Hospital.

Actualmente não há dores espontâneas e caminha bem.

Pela inspecção, nota-se que toda a perna esquerda está aumentada de volume, duas cicatrizes ligeiramente brancas com um rebordo escuro sobre a tuberosidade anterior da tibia com pele aderente. Há também uma outra cicatriz profunda aderente à crista da tibia, deprimida, vestígio duma antiga úlcera com coloração da pele análoga às da tuberosidade. A articulação tibio-társica está tumefacta, aumentada bastante de volume relativamente ao lado são.

Sobre o maléolo interno a pele é aderente, congestionada, em "godet", no centro do qual se nota a ulceração da pele, isto é, o orifício duma fistula por onde sai um lí-

quido sero-sanguinolento. Os tecidos vizinhos da fístula são violáceos com alguns pontos brancos. Á palpação não há dor da articulação, nem no tarso.

Todos os movimentos da articulação quer activos, quer passivos são completamente impossíveis.

A ancilose é completa.

Pelo cateterismo da fístula nota-se o desnudamento ósseo. Adenites múltiplas inguinais.

Apirexia. Normalidade das grandes funções.

Foi sempre saudável. Pais e irmãos saudáveis.

**PROGNÓSTICO.** — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Arrenal, xarope iodo-tânico e tratamento do foco supurado com água oxigenada.

**Nota** (1—XII—914). — Sente ainda dores na articulação tibio-társica. A supuração é abundante.

O estado geral é regular.

---

## OBSERVAÇÃO XXVIII

### Enfermaria 2 — Sala: Senhor dos Afflitos

*Diagnóstico* — Mal de Pott lombar.

J. G. S., de 24 anos, solteiro, jornaleiro, natural e residente em Celorico de Basto. Entrou para o Hospital em 20 de Outubro de 1914.

Há 3 anos e pouco teve uma pneumonia da qual se tratou ficando completamente bom.

Durante o tratamento começou a sentir dores sôbre a coluna vertebral, dores que não eram muito fortes, permitindo que o doente trabalhasse. No fim do mês de Março dêste ano sentiu dores sobre os quadris com irradiações para as articulações tíbio-társicas. A pouco e pouco sentia muita falta de fôrças nos membros inferiores até que por último só "andava de gatas.". Deu então entrada neste Hospital.

Actualmente, sente dores sobre a coluna lombar, dores que são pouco intensas.

Não pode caminhar, pois ao tentar fazê-lo, as pernas não teem fôrças e o doente cai sobre o solo. Se mandarmos o doente apanhar um objecto do chão, o tronco desce verticalmente, como uma barra rígida, ao mesmo tempo que as mãos se apoiam sôbre os joelhos com os ante-braços em extensão sôbre os braços.

À inspecção da coluna notam-se duas tumefacções, uma superior, maior, ao nível da apófise espinhosa da 3.<sup>a</sup> vértebra lombar e outra, inferior, ao nível da 4.<sup>a</sup> apófise espinhosa lombar.

Pela palpação ambas as tumefacções são indolores e apenas há dor ao nível da 5.<sup>a</sup> lombar. Há uma ligeira escoliose de convexidade direita.

Mandando sentar o doente no bôrdo do leito e explorando os reflexos rotulianos, encontrámo-los muito exagerados. Há também trepidação epileptoide do pé. Atrofia dos músculos das coxas e pernas. Movimentos activos e passivos dos membros inferiores normais.

Do lado do aparelho respiratório notámos, no vértice esquerdo, uma ligeira sub-macicez e diminuição do murmúrio vesicular. Apirexia.

Pai falecido, saudável. Mãe falecida, sofria do peito. Tem um irmão saudável.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar uma pneumonia.

**PROGNÓSTICO.** — Nestes casos o prognóstico é benigno sob o ponto de vista geral. Sob o ponto de vista funcional tudo depende do bom ar, boa alimentação, repouso e do tratamento conveniente.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Até agora nada se fez ainda, mas está já marcado o dia da aplicação do aparelho gessado.

**Nota** (1—XII—914). — Aparelho gessado. No mesmo estado.

---

## OBSERVAÇÃO XXIX

### Enfermaria 14—Sala: Santa Clara

*Diagnóstico* — Lúpus ulceroso da perna esquerda.

M. R., de 38 anos, solteira, costureira, nascida no nosso Hospital e residente no Pôrto.

Entrou para o Hospital em 8 de Outubro de 1914 para a Enfermaria 7 onde esteve só três dias. No dia 10

passou a Cirurgia (Enfermaria 9) e a 24 transitou para esta enfermaria. Há muito tempo notou a doente, na face externa da perna esquerda, uma mácula avermelhada que depois se ulcerou dando saída a uma serosidade branca, límpida. Depois apareceram-lhe muitas outras máculas rosadas que abriram como a primeira. Sentia muitas dores ao nível dessas ulcerações, sensação de calor e teve por uma vez erisipela da perna. Estas ulcerações não a impediam de trabalhar.

Presentemente não há dores na perna e apenas quando do curativo sente "picadas," ao nível da ferida.

Á inspecção, múltiplas cicatrizes brancas, com rebôrdo levemente escuro situadas ao nível da tuberosidade anterior da tibia e muitas outras na face interna da perna esquerda. Estas cicatrizes são aderentes ao osso, esclerosadas. Na união do têrço médio com o têrço inferior da perna esquerda há um notável estrangulamento das partes moles e o segmento supra-jacente ao estrangulamento está edemaciado. Na base do maléolo externo da perna esquerda há uma ulceração que se estende do tendão do tibial anterior ao tendão de Aquiles, isto é, a úlcera abraça em semi-circunferência a região tibio-társica. A úlcera tem os bordos violáceos, que se continuam quasi insensivelmente com o seu fundo vermelho vivo.

Á palpação, notámos a dureza das numerosas cicatrizes e ao nível da úlcera a sua imobilidade e aderência ás partes ósseas. Há dores à pressão em vários pontos vizinhos da úlcera. Os movimentos activos e passivos do pé sôbre a perna são muito limitados e os dedos do pé estão quasi verticalmente implantados sobre o dôrso. Cicatrizes no cavado poplíteo, vestígios de adenites bacilares supuradas.

Do lado do aparelho respiratório notámos, pela auscultação, uma respiração rude em todo o tórax. Taquicardia, pulso pequeno e hipotenso. Queixa-se a doente de dispneia e pontadas no hemitórax esquerdo, tosse ligeira com expectoração. Refere ter tido em tempos hemoptises. Também tem pouco apetite.

Foi feita a esta doente por duas vezes, a análise da urina. Na primeira houve vestígios de glucose e 2,<sup>gr</sup>.826 de albumina por litro. Na segunda análise, ausência de glucose e 2,<sup>gr</sup>.682 de albumina por litro. Fervemos a urina e houve abundante precipitado. Tratámo-la pelo reagente de Esbach e passadas 24 horas o albuminímetro acusava 3,<sup>gr</sup>. de albumina.

Pais falecidos, saudáveis. Tem um irmão saudável.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar tosse por vezes, anorexia, dores torácicas, suores nocturnos e hemoptises.

**PROGNÓSTICO.** — Esta doente é portadora de um lúpus ulceroso, cujo prognóstico é grave. A esta forma lúpica há a acrescentar a nefrite (em tratamento pelo sôro de cabra) e alguns sintomas que nos levam a suspeitar de uma tuberculose pulmonar. Trata-se pois de uma associação mórbida cujo prognóstico é grave.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

A reacção de Weisz nada nos elucida sôbre este caso.

**TRATAMENTO.** — Pílulas de terpina, salicilato de bismuto, bicarbonato de soda, brometo de potássio, cloreto de cálcio, pomadas de óleo de cade e de salicilato de metilo.

**Nota** (1 - XII - 914). — Não há dores nenhuma ao nível da úlcera e esta caminha para a cicatrização. O aspecto geral é bom.

## OBSERVAÇÃO XXX

### Enfermaria 5 — Sala: Senhor do Pranto

*Diagnóstico* — Tumor branco supurado do joelho esquerdo.

M. J. B., de 23 anos, solteiro, tanoeiro, natural e residente em Gaia. Entrou para o Hospital em 28 de Outubro de 1914. Princípio da sua afecção há 6 meses com dores em todo o joelho esquerdo que rapidamente se tumefez. A marcha tornou-se difícil e por vezes claudicava. A perna ficou passado algum tempo em flexão sobre a coxa.

Há dois meses apareceu sobre a rótula uma vesícula que em pouco tempo abriu dando saída a uma serosidade branco-amarelada.

Presentemente, dores espontâneas em todo o joelho mais intensas de noite que de dia.

Á inspecção, tumefacção de todo o joelho esquerdo e presença de um orifício cutâneo sobre a rótula dando saída a um pus líquido, amarelado. Á palpação, aumento de temperatura local, dores em volta da rótula, ao nível da interlinha articular e sobre os côndilos femurais interno e externo. Notável espessamento dos fundos de saco da sinovial.

A perna está em flexão sobre a coxa. A marcha é muito difícil e os movimentos de flexão e extensão da perna sobre a coxa são impossíveis.

Poliadenite inguinal esquerda.  
 Abundante supuração pela fístula. Apirexia.  
 Normalidade das grandes funções.  
 Foi sempre saudável.  
 Pais saudáveis. Tem 6 irmãos todos saudáveis.

PROGNÓSTICO.—Sob o ponto de vista funcional o prognóstico é grave.

Sob o ponto de vista geral é bom.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO.—Xarope iodo-tânico, pomada de iodo-fórmio e lavagens com bicloreto de mercúrio.

**Nota** (1—XII—914).—Queixa-se de muitas dores no joelho esquerdo. A supuração tem aumentado bastante e nos últimos dias do mês de Novembro findo appareceu um abcesso no cavado poplíteo que abriu espontaneamente dando saída a 500gr. de pus. Temperatura elevada. Aspecto geral mau.

### OBSERVAÇÃO XXXI

**Enfermaria 9—Sala: Baltasar Martins**

*Diagnóstico*—Tumor branco do joelho direito e cárie da tibia do mesmo lado.

M. M. C., de 12 anos, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 10 de Novembro de 1944. Há 7 semanas que andando a brincar no quintal caiu ferin-

do-se sôbre a crista da tíbia, ferida incisa que cicatrizou passados alguns dias. Logo a seguir o joelho direito começou a aumentar de volume e a tornar-se muito doloroso. A perna, a pouco e pouco, ficou em flexão sobre a coxa e a doente não pôde mais caminhar.

Actualmente, nota-se o aumento de volume do joelho direito que mede de circunferência 31<sup>cm.</sup> (o esquerdo mede 26<sup>cm.</sup>). Á palpação, dores em toda a articulação mas mais intensas na parte interna e externa da entrelinha articular e no fundo do saco inferior da sinovial. Dores expontâneas ao nível da asa externa da rótula que se desloca lateralmente mas com dores. A perna em semi-flexão sôbre a coxa e a extensão completamente impossível. A marcha é também impossível.

Sôbre a crista da tíbia há um orifício de uma fistula dando saída a um pus abundante, amarelado, cremoso, de cheiro desagradável. Á palpação do contôrno do orifício fistular, a doente queixa-se de muitas dores. A pele neste nível é aderente e espessa. Poliadenite ingüinal direita, dura, indolente, rolando sob o dedo. Pelo cateterismo da fistula nota-se o desnudamento do osso.

Foi sempre saudável. Pais saudáveis. Tem 3 irmãos um dos quais é portador de adenites bacilares cervicais.

**PROGNÓSTICO.** — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — positiva  $\frac{2}{2}$  (fraca).

**R. E.** — ligeiramente positiva.

**TRATAMENTO.** — Lavagens com água oxigenada.

**Nota** (1 — XII — 914). — Não se queixa de dores, a não ser quando se lhe faz o curativo. Estado geral bom.

## OBSERVAÇÃO XXXII

## Enfermaria 9—Sala: Baltasar Martins

*Diagnóstico*—Osteíte bacilar do úmero esquerdo.

S. R., de 13 anos, natural e residente em Valadares. Entrou para o Hospital em 8 de Novembro de 1914. Há um ano que teve impetigo do coiro cabeludo que, pelo tratamento, se curou. Algum tempo depois appareceu-lhe uma tumefacção do braço direito acompanhada de muitas dores e mais tarde a pele ulcerou-se, formando-se um trajecto fistuloso por onde saía pus amarelado. Com o tratamento conveniente a supuração terminou. Tempos depois nova tumefacção no quadril esquerdo com dores, supuração e fístula consecutiva. Este trajecto fistuloso fechou. Destas duas cáries restam duas cicatrizes retrácteis.

Á inspecção do braço esquerdo nota-se, presentemente, duas cicatrizes, vestígios de antigas cáries e uma tumefacção de todo o braço sem dores algumas, quer espontâneas, quer à pressão. Na união do tærço inferior com o tærço médio da face externa do braço esquerdo, nota-se o orificio cutâneo de uma fístula, por onde sai pus amarelado, cremoso, e pelo cateterismo nota-se o desnudamento do ósso.

Adenites cervicais. Apirexia.

Normalidade das grandes funcções.

Pais e irmãos saudáveis.

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar osteíte bacilar do úmero direito, do ósso ilíaco esquerdo e do úmero esquerdo.

**PROGNÓSTICO.** — A evolução lenta da doença e a existência de supurações muito longas constituem um perigo para a economia. Nestes casos o prognóstico é reservado.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Xarope iodo-tânico e lavagens do trajecto fistuloso com permanganato de potássio.

**Nota** (1—XII—914). — Não se queixa de dores. Aspecto geral satisfatório.

### OBSERVAÇÃO XXXIII

#### **Enfermaria 9 — Sala: Baltasar Martins**

*Diagnóstico* — Osteíte bacilar da tíbia esquerda.

A. M., de 8 anos, natural de S. Pedro do Sul e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 8 de Novembro de 1914.

Princípio da sua afecção há um ano com tumefacção e dores em toda a perna esquerda. Algum tempo depois na face externa da perna appareceu um eritema, com sensação de calor. A pele ulcerou-se e formou-se uma fístula dando saída a pus. Esta fechou e outras novas se abriram que também fecharam.

“Ao todo, diz a doentinha, tive 9 buracos e de um deles fizeram-me a operação e tiraram um ôsso do tamanho de um dedo mindinho.”

À inspecção, numerosas cicatrizes esbranquiçadas sobre a face interna da perna, crista da tibia, etc.

Na união do terço superior com o terço médio nota-se o orifício de uma fistula cuja direcção é para cima e para a parte média. À palpação não há dores e também não as há espontâneamente. A supuração é bastante abundante. Micropoliadenia inguinal esquerda. Apirexia.

Normalidade das grandes funções.

Pai saudável; mãe queixa-se de dores no peito, tosse e adinamia. Tem um irmão que em tempos foi portador de uma adenite axilar supurada (bacilar?)

Nos seus antecedentes pessoais há a mencionar várias osteítes muito provavelmente de natureza tuberculosa e impetigo do coiro cabeludo.

**PROGNÓSTICO.** — Grave, atendendo às possíveis infecções secundárias que eternizam a afecção com manifesto prejuízo para o rim.

**TRATAMENTO.** — Emulsão de óleo de fígados de bacalhau e lavagens com permanganato de potássio.

**R. W.** — positiva, (fraca).

**R. E.** — ligeiramente positiva.

**Nota** (1—XII—914). — Sente muitas dores na tibia esquerda.

Tosse e suores nocturnos.

Palidez dos tegumentos.

Aspecto geral mau.

---

## OBSERVAÇÃO XXXIV

**Enfermaria 14—Sala: Bernardo José de Oliveira**

*Diagnóstico* — Mal de Pott lombar.

M. G., de 25 anos, solteira, serviçal, natural e residente em Mesão Frio. Entrou para o Hospital em 5 de Novembro de 1914.

Princípio da sua afecção há um ano por dores muito fortes no meio do dorso, dores que duraram alguns dias e depois desapareceram. A seguir notou um pequeno tumor no mesmo lugar onde tinha as dores. Alguns dias depois caiu por uma escada abaixo e maguou-se bastante nas costas. Então as dores que tinham desaparecido voltaram de novo mais intensas. Nessa mesma ocasião sentiu muita falta de forças nos membros inferiores até que por último não se segurava já de pé. Quando queria apanhar um objecto do chão era preciso apoiar as mãos sobre os joelhos.

Actualmente, à inspecção, tumefacção em forma de giba sobre a linha das apófises espinhosas ao nível da 2.<sup>a</sup> vértebra lombar.

A pressão sobre a giba é dolorosa. Sente a doente dores sobre toda a coluna, pouco intensas, aumentando toda-via quando está deitada em decúbito lateral esquerdo. Exagêro dos reflexos rotulianos.

Apirexia. Pouco apetite e digestões difficis.

Respiração rude em todo o tórax.

Tem emagrecido bastante.

Pais e irmãos saudáveis.

A doente refere que foi sempre anémica.

PROGNÓSTICO. — Sempre grave.

**R. W.** — positiva<sub>2</sub> (fraca).

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Repouso em decúbito dorsal.

**Nota** (1—XII—914).—No mesmo estado.

---

### OBSERVAÇÃO XXXV

**Enfermaria 14—Sala: Bernardo José de Oliveira**

*Diagnóstico* — Mal de Pott dorsal?

L. S. M., de 26 anos, solteira, costureira, natural e residente no Pôrto. Entrou para o Hospital em 31 de Outubro de 1914.

Em Setembro do ano passado sentiu muitas dores ao nível da coluna dorsal, dores bastante intensas e que obrigaram a doente a permanecer um mês no leito. Depois quasi que desapareceram.

Em Maio dêste ano sentiu muito fastio e de novo se instalaram as dores no dorso, com irradiações para os membros inferiores. Nessa mesma ocasião refere a doente, appareceu uma tumefacção na região inguinal direita que com os ares do mar diminuiu e desapareceu. Em meados de Setembro último, notou, de novo, uma tumefacção inguinal esquerda que foi puncionada em 9 de Novembro dando saída a 260<sup>gr.</sup> de pus e injectando-se-lhe a seguir 8<sup>cc.</sup> da mistura

de Calot. Há poucos dias appareceu uma nova tumefacção na região inguinal direita (abcesso frio) que também foi punccionada retirando-se 150<sup>gr.</sup> de pus e injectando-se 5<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

Actualmente, sente ainda muitas dores na columna vertebral, que são exasperadas pelos movimentos de flexão. Antes de dar entrada no Hospital caminhava e mantinha-se bem de pé; presentemente a marcha é impossível do mesmo modo que a attitude de pé.

Á inspecção, ligeira tumefacção em forma de giba ao nível da 11.<sup>a</sup> dorsal. Normalidade dos reflexos patellares.

Apirexia. Anorexia e digestões penosas.

Pai falecido cardíaco. Mãe e irmãos saudáveis.

A doente refere que aos 12 anos teve um ataque de reumatismo articular agudo.

PROGNÓSTICO. — Se bem que os abcessos por congestão estejam, modernamente, fora das contaminações sépticas graças ao método preconizado por Calot, é preciso todavia ter em vista as escaras consecutivas à paraplegia e os perigos da tuberculização geral. O prognóstico nestes casos deve ser sempre reservado.

**R. W.** — positiva, (fraca).

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Tem consistido em punções e injectões modificadoras.

#### Abcesso inguinal esquerdo

9 — XI — 914 } Punção — 260<sup>gr.</sup> de pus.  
 } Injecção de Calot — 8<sup>cc.</sup>

**Abcesso ingüinal direito**

13 — XI — 914 { Punção — 150<sup>gr.</sup> de pus.  
 { Injecção de Calot — 5<sup>cc.</sup>

**Nota** (1—XII—914).—Pouco apetite. Dores na coluna dorsal. Foi hoje puncionado o abcesso inguinal direito retirando-se 100<sup>gr.</sup> de pus e injectando-se 7<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

~~~~~

## Consulta de ortopedia

### OBSERVAÇÃO XXXVI

Inscrição na Consulta: 17—VI—1914

*Diagnóstico* — Mal de Pott (?) sacro-lombar.

A. J., de 3 anos, natural e residente no Pôrto.

Há um mês que começou a sofrer. Indo a levantar-se não pôde fazer os movimentos de sustentação caindo sobre o dorso, nunca mais podendo manter-se de pé nem sentado.

À pressão na região sacro-lombar há dor. Suporta bem o decúbito dorsal e lateral e anda bem apoiado sobre os membros superiores e inferiores. Na região crural esquerda há uma tumefacção difficilmente palpável.

Aos cinco meses teve uma meningite. Depois disso tem tido ataques.

O pai sofre dos brônquios, a mãe teve escrófulas. Os avós maternos faleceram de infecções pulmonares.

**PROGNÓSTICO.**—Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.**—negativa.

**R. E.**—negativa.

**TRATAMENTO.**—Imobilização no leito em decúbito dorsal.

Agosto, 7 — Tem experimentado sensíveis melhoras. Não se nota deformação alguma. O aspecto geral é bom. Continua em decúbito dorsal. Fosfato de cal.

**Nota** (10—XII—914).—Encontramos o doente a brincar na rua. Não há deformação alguma. Ausência de dores em toda a altura da coluna vertebral. Bom apetite. Aspecto geral bom.

---

### OBSERVAÇÃO XXXVII

Inscrição na Consulta: 27—VII—914

*Diagnóstico*—Osteo-artrite tuberculosa do cotovêlo esquerdo.

M. M. A., de 6 anos, natural e residente no Pôrto. Segundo refere a mãe, a doente nunca sofreu de doença alguma. Há uns três anos começou a sentir dores no cotovêlo esquerdo que se encontrava em flexão, em ângulo e tumefacto. Por essa ocasião fizeram tentativas de extensão do ante-braço, colocando-lhe duas talas, uma ante-

rior e outra posterior durante quási um ano sem resultado algum. Como o estado local se lhe agravasse recorreu à consulta de Cirurgia dêste Hospital onde lhe fizeram uma incisão, esvaziamento dum abcesso e raspagem óssea. Succederam-se-lhe trajectos fistulosos, dous do lado externo e um do lado interno que teem supurado continuamente. Há perto de quatro meses fizeram-lhe uma nova incisão sôbre a parte posterior para esvaziamento do abcesso. No momento desta observação a criança apresenta a região do coto-vêlo fortemente tumefacta com o ante-braço flectido em ângulo obtuso sôbre o braço apresentando dous trajectos fistulosos do lado externo e um abcesso do lado interno. A pele da região está fortemente congestionada e torna-se quási impossível a palpação pelas dores que essa exploração provoca.

**PROGNÓSTICO.** — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Xarope iodo-tânico. Repouso.

**Nota** (11 — XII — 914). — Esta doente entrou para o Hospital em 2 de Setembro dêste ano.

Tem melhorado bastante. O aspecto geral é satisfatório.

---

## OBSERVAÇÃO XXXVIII

Inscrição na Consulta: 14—IX--914

*Diagnóstico*—Coxalgia esquerda.

J. F., de 5 anos, natural e residente no Pôrto.

A mãe teve quatro filhos vivos e saudáveis e já lhe morreram quatro, um com bronquite, outra com enterite, outro com mal de Pott (?) e outro com coqueluche. Nunca teve nenhum abôrto, mas queixa-se de freqüentes dores de garganta e queda de cabelo. O marido sofre do estômago.

A criança foi criada ao peito até á idade de um ano. Depois seguiu um regime alimentar mixto. Teve o sarampo em Dezembro do ano passado e depois coqueluche durante três meses e meio.

Nessa ocasião começou a queixar-se de dores no dorso que o impossibilitava de se manter com a coluna vertebral direita. Ao exame da coluna, nota-se uma ligeira escoliose com convexidade direita acompanhada duma ligeira cifose. Ao examinar o doente de pé nota-se que o membro inferior esquerdo avança sôbre o plano do direito com a coxa em ligeira flexão e a perna um pouco flectida sôbre a coxa.

Micropoliadenia ingüinal e erural.

A pressão sôbre o grande trocânter e o *ponto de Cooper* desperta dores. A flexão da coxa sobre o abdomen faz-se facilmente e sem grande dor. A extensão é dolorosa e acompanhada duma forte reacção de defesa muscular. Ou-

tro tanto acontece quando se tenta realizar movimentos de circundução.

PROGNÓSTICO. — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Repouso em decúbito dorsal.

**Nota** (10—XII—914). — Encontramos o doente de pé. Estado geral bom.

---

### OBSERVAÇÃO XXXIX

Inscrição na Consulta: 25—IX—914

*Diagnóstico* — Coxalgia direita.

B. S. T. M., de 18 anos, solteira, modista de chapéus.

A doente teve uma irmã que morreu com dois anos de idade com várias manifestações tuberculosas. Tem um irmão saudável. Os pais são também saudáveis e nos seus antecedentes não se encontra nada de notável.

Desde Abril de 1912 começou a sentir uma dor aguda ao nível da anca direita, dor que a fazia claudicar e que a impossibilitava de se curvar. Durante estes dois anos tem-se sujeitado a variados tratamentos, tais como: fricções com o opodeldoc, banhos eléctricos e choques, helioterapia, etc., etc.

No dia 21 de Setembro vem pela primeira vez à Consulta de Ortopedia sendo bem patente o seu volumoso absces-

so. Examinando o membro inferior direito nota-se que na face externa do terço médio da coxa há uma volumosa tumefacção onde há arborisações venosas bem desenhadas. A palpação dá a sensação de flutuação nítida. Há vestígios da aplicação de pontas de fogo na região trocateriana e face externa da coxa. A pressão no *ponto de Cooper* desperta dores assim como sobre o grande trocânter. Os movimentos de flexão e extensão são limitados e executados à custa da bacia. Há um alongamento aparente do membro inferior direito. A espinha ilíaca ântero-superior direita está num plano superior à homóloga do lado oposto.

A doente queixa-se de dores no joelho direito, dores que se exacerbam pelos movimentos.

Os movimentos de adução e abdução da anca são impossíveis.

**PROGNÓSTICO.** — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Tem consistido em punções e injeções.

21, Set. — Punção evacuadora que deu 1:200<sup>gr.</sup> de pus.

Injeção da mistura de Calot.

25, Set. — Punção de 60<sup>gr.</sup> de pus hemorrágico.

28, Set. — Punção de 320<sup>gr.</sup> de pus. Injeção da mistura de Calot.

2, Out. — Punção de 450<sup>gr.</sup> de pus. Injeção da mistura de Calot.

9, Out. — Punção de 300<sup>gr.</sup> de pus. Injeção de 20<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

16, Out. — Punção de 250<sup>gr.</sup> de pus.

25, " — " " 180<sup>gr.</sup> " "

30, Out.—Punção de 90<sup>gr.</sup> de pus.

8, Nov.— ” ” 280<sup>gr.</sup> ” ”

Injecção de 50<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

16, Nov.—Punção de 300<sup>gr.</sup> de pus. Injecção de 8<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

25, Nov.—Punção de 80<sup>gr.</sup> de pseudo-pus (líquido de injecção). Injecção de 6<sup>cc.</sup> da mistura de Calot.

9, Dez.—Punção e injecção.

**Nota** (10—XII—914).—Ausência de dores no quadril. Bom apetite. Aspecto geral bom.

---

## OBSERVAÇÃO XL

Inscrição na Consulta: 4—X—914

*Diagnóstico* — Osteo-artrite bacilar do joelho direito.

A. J., de 12 anos, natural e residente no Pôrto.

Há 3 anos principiou a queixar-se do joelho direito, que aumentou um pouco de volume e se tornou doloroso à pressão ao nível dos côndilos interno e externo.

Durante o primeiro ano o tratamento consistiu em aplicações sucessivas de tintura de iodo continuando a criança a andar, mas claudicando.

Observando a criança nota-se a existência de abcessos ocupando o fundo de sacco subquadricipital e os dos lados da rótula.

Mantém-se ainda a dor à pressão ao nível dos côndilos.

Micropoliadenia inguinal bilateral.

A articulação do cotovêlo é sensível à pressão no diâmetro transversal e o movimento de extensão realiza-se incompletamente.

PROGNÓSTICO.—Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

Nov. 9. — Punção e injeção da mistura de Calot. Penso algodoado compressivo.

Nov. 16 — O abcesso não aumentou. Compressão suplementar.

Nov. 25. — O mesmo tratamento até à aplicação do aparelho gessado.

Dez. 15. — Aparelho gessado.

**Nota** (11—XII—914).—Ausência de dores no joelho direito. Apetite bom. Aspecto geral dos mais satisfatórios.

## OBSERVAÇÃO XLI

Inscrição na Consulta: 9—XI—914

*Diagnóstico*—Coxo-tuberculose da anca esquerda.

A. O., de 10 anos, natural e residente no Pôrto.

Aproximadamente há 6 meses, conta a mãe, que o pe-

queno começou a coxear, queixando-se de dores ao nível do quadril e do joelho sendo neste ponto mais acentuadas.

Ultimamente, há dois meses, deixou de andar porque as dores se tornaram muito intensas ao nível do quadril.

No momento do exame, apresentava-se com a coxa esquerda em flexão, adução e rotação interna, dores intoleráveis desde que se realizasse qualquer pequeno movimento, dores que se acentuavam pela pressão sobre o grande trocânter e no *ponto de Cooper* e ainda pela pressão da cabeça do fémur contra a cavidade cotiloidea.

A extensão da coxa direita provoca uma enorme lordose de compensação.

A espinha ilíaca dêsse lado estava num plano superior e anterior à do lado oposto.

Micropoliadenia bilateral, ingüinal e cervical.

Temperatura axilar =  $37^{\circ},7$ .

Anteriormente a esta doença parece ter tido alguma enterite, sofre de grande inapetência e transpira abundantemente. Tem um irmão mais novo, que, diz a mãe, é muito fraco. Houve mais dois irmãos que morreram num adiantado estado de emaciação e um deles de meningite.

A mãe teve dois abortos. Parece pouco saudável, tem tosse e queixa-se do peito.

O pai parece sujeito a bronquites repetidas.

A mãe sofre de leucorreia.

**PROGNÓSTICO.** — Grave sob o ponto de vista funcional.

**R. W.** — positiva <sub>6</sub> (forte).

**R. E.** — fortemente positiva.

**TRATAMENTO.** — Nov. 13. — Redução da atitude viciosa sob clorofórmio. Colocação do aparelho gessado de coxalgia.

Nov. 20 — A criança não tem apetite. Suores nocturnos abundantes. Foi-lhe prescrito: Tintura de badiana — 5<sup>gr.</sup> + 10<sup>gr.</sup> de tintura de cola.

**Nota** (11—XII—914).— Sente dores intensas no quadril e tornozelo esquerdos. Temperatura=38°. Taquicardia. Suores nocturnos abundantes. Emagrecimento extremo. Adinamia. Apetite nulo. Aspecto geral bastante mau.

## OBSERVAÇÃO XLII

Inscrição na Consulta: 25—XI—914

*Diagnóstico*—Mal de Pott dorso-lombar (12.<sup>a</sup> dorsal, 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> lombáres).

C. M., de 10 anos, natural e residente no Pôrto.

A criança foi alimentada a leite de cabra desde os 5 meses começando desde essa idade a fazer uma alimentação mixta, onde entrava o vinho.

Há três anos teve o sarampo e desde então principiou a queixar-se da região dorso-lombar e as dores foram-se acentuando impossibilitando a doente nestes últimos 11 meses de abaixar-se para apanhar qualquer objecto.

Em meados do mês de Junho notou-se-lhe uma saliência angular na região dorso-lombar que no momento do exame é dolorosa à pressão.

Na mesma data principiou a queixar-se da perna esquerda tendo dificuldade em manter-se de pé; no momento

do exame notava-se diminuição dos reflexos rotulianos; a posição vertical mantinha-se com dificuldade, ficando as pernas um pouco em flexão. Até esta data já estive à beira do mar durante dois meses, fazendo o tratamento pelo repouso e helioterapia. Ao mesmo tempo fez uso do xarope iodo-tânico.

**PROGNÓSTICO.** — Sempre grave.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

**TRATAMENTO.** — Nov. 25. — Aplicação do aparelho gesado (tipo médio) com larga janela anterior, janela dorsal, compressão da giba por quadrados de algodão.

Nov. 27. — Óleo de figados de bacalhau.

**Nota** (11 — XII — 914). — Algumas dores sôbre a giba. Bom apetite. Tem engordado. Aspecto geral satisfatório.

---

### OBSERVAÇÃO XLIII

Inscrição na Consulta: 25 — XI — 914

*Diagnóstico* — Mal de Pott dorsal superior (7.<sup>a</sup> cervical e 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> dorsals).

**M. J. M.**, de 6 anos e meio, natural e residente no Pôrto.

Teve o sarampo aos 3 meses e foi desde essa idade alimentada ao *biberon*.

Tem tido várias enterites a que se seguiu o aparecimento de adenites cervicais, principalmente do lado esquerdo, uma das quais abcedou e supurou.

Tem 6 irmãos vivos e saudáveis.

Há aproximadamente 5 meses, a pequenita principiou a curvar-se ao alto do tronco com dificuldade em andar e de apanhar qualquer objecto do solo. No momento do exame verifica-se a saliência notável em giba da 7.<sup>a</sup> cervical e 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> dorsais com dor à pressão sôbre as apófises espinhosas e transversas. Na posição sentada a doente sustenta o tronco firmando-se com as mãos, tendo os ante-braços em extensão. Tórax deformado em ampulheta, ventre volumoso e timpanizado; há hérnia umbilical.

Micropoliadenia inguinal bilateral.

Atrofia muscular bastante pronunciada dos membros inferiores.

Reflexos rotulianos exagerados.

PROGNÓSTICO. — Grave.

**R. W.** — negativa.

**R. E.** — negativa.

TRATAMENTO. — Nov. 15 — Repouso em decúbito dorsal.  
Dez. 9 - Grande aparelho gessado com minerva.

**Nota** (11—XII—914).—As dores são menores. Estado geral bom.

\*

\* \*

Nestes 18 casos de *tuberculosas cirúrgicas* a reacção de Weisz foi positiva 5 vezes (27,7 %), e é preciso reter que a sua intensidade foi fraca 4 vezes e apenas uma única vez forte.

O valor prognóstico nestes casos é quasi nulo.

Encontrámos a reacção de Weisz positiva em 4 casos de *dotienteria*, num caso de *diabete* (100<sup>gr.</sup> de glucose por litro), num caso de *sífilis renal*, num de *sífilis hepática*, numa *anemia consecutiva a uma úlcera gástrica* (Glob. rubros = 2.240.000; glob. brancos = 11.000; hemoglobina = 27 %), num caso de *apendicite* e em dois casos de associação — *sífilis, sezonismo e pleurisia*.

Pelo contrário mostrou-se negativa em dois casos de *reumatismo articular agudo*, dois de *sífilis secundária*, dois de *histeria*, dois de *pneumonia*, um de *papeira*, um de *nefrite crónica* e um de *anguilulose*.

---

## CONCLUSÕES

1.º—A reacção de Weisz é uma reacção urinária baseada segundo êste autor na investigação na urina do princípio da diazorreacção por meio do permanganato de potássio. Êste oxidante transforma o urocromogéneo em urocromo e a urina adquire assim uma bela coloração amarela;

2.º—Esta reacção substitui vantajosamente a diazorreacção de Ehrlich pela simplicidade da sua técnica, pela sua maior sensibilidade e maior constância;

3.º—A reacção de Weisz possui o mesmo valor fisiopatológico e clínico que a reacção de Ehrlich: é sintomática de doença grave e a sua investigação no curso desta permite avaliar as probabilidades de cura e apreciar os resultados e as indicações de uma acção terapêutica mais ou menos activa;

4.º—O valor prognóstico é idêntico, na imensa

maioria dos casos, ao da cuti-reacção e à prognóse clínica;

5.º—Em virtude da sua grande simplicidade e da sua significação clínica, a reacção de Weisz deve sempre ser feita à cabeceira do tuberculoso e de todos os grandes infectados em geral.



# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — É imprópria a designação de *canal crural*.

**Histologia.** — O futuro da histologia reside na citologia.

**Fisiologia.** — O núcleo da célula mamária colabora no acto secretório.

**Patologia geral.** — A cultura artificial da *uncinária duodenal* nem sempre é coroada de êxito.

**Anatomia patológica.** — No hidrargirismo, as equimoses sub-pleurais e sub-pericárdicas são constantes.

**Terapêutica.** — O emprêgo das injeções mercuriais insolúveis no tratamento da sífilis nem sempre é isento de perigo.

**Patologia externa.** — Não há hidroceles idiopáticos.

**Patologia interna.** — O síndrome pneumónico não é exclusivo da pneumonia franca.

**Higiene.** — A análise bacteriológica sobreleva à análise química em hidro-higiene.

**Operações.** — Na desarticulação da anca prefiro o processo da *raquette* anterior.

**Obstetria.** — Em regra geral, a tuberculosa lucra com a gravidez; o parto, pelo contrário, é-lhe sempre prejudicial.

**Medicina legal.** — O exame toxicológico das vísceras em uma intoxicação fosforada resulta inútil num grande número de casos.

---

Visto.

Thiago d'Almeida

Presidente

Póde imprimir-se.

Candido de Sinho

Director

## ERRATAS

---

| Pag. | linhas | Onde se lê                 | Deve lêr-se                     |
|------|--------|----------------------------|---------------------------------|
| 34   | 14     | simplicidade;              | sensibilidade;                  |
| 42   | 1      | denogéneo                  | endogéneo                       |
| 44   | 21     | sobrevêm                   | sobrevêm                        |
| 53   | 16     | 14                         | 13                              |
| 66   | 9      | G. L.                      | C. L.                           |
| 144  | 27     | <b>E. R.</b>               | <b>R. E.</b>                    |
| 150  | 8      | anterior                   | posterior                       |
| 150  | 9      | posterior                  | anterior                        |
| 176  | 25     | 1944                       | 1914                            |
| 185  | 21     | em ângulo e tu-<br>mefacto | em ângulo obtuso<br>e tumefacto |

Nota—Onde se lê taquicárdia leia-se taquicardia, e térpina, terpina.