

FRANCISCO AUGUSTO MONTEIRO DO AMARAL

7

# O emprego do iodo nascente em terapeutica cirurgica

(METODO DE LOUGE)

Algumas observações feitas no Hospital de Santo Antonio

TESE INAUGURAL

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



PORTO

Composta e impressa na Typographia Industrial Portugueza (A Vapor)  
Rua Candido dos Reis, 90

1912

151/7 FMP

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

Lente Secretario Interino

Jose d'Oliveira Lima

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinarios e Extraordinarios

- |   |   |
|---|---|
| 1. <sup>a</sup> classe—Anatomia.....                          | { Luiz de Freitas Viegas<br>Joaquim Alberto Pires de Lima   |
| 2. <sup>a</sup> classe—Fisiologia e<br>Histologia .....       | { Antonio Placido da Costa<br>José d'Oliveira Lima  |
| 3. <sup>a</sup> classe—Farmacologia...                        | João Monteiro de Meyra  |
| 4. <sup>a</sup> classe—Medicina Legal<br>—Anatomia Patologica | { Augusto Henrique d'Almeida Brandão<br>Vaga  |
| 5. <sup>a</sup> classe—Higiene e Bacte-<br>reologia .....     | { João Lopes da Silva Martins Junior<br>Alberto Pereira Pinto d'Aguiar                            |
| 6. <sup>a</sup> classe—Obstetricia e Gi-<br>necologia .....   | { Candido Augusto Correia de Pinho<br>Alvaro Teixeira Bastos                                      |
| 7. <sup>a</sup> classe—Cirurgia .....                         | { Roberto Belarmino do Rosario Frias<br>Carlos Alberto de Lima<br>Antonio Joaquim de Sousa Junior |
| 8. <sup>a</sup> classe—Medicina.....                          | { José Dias d'Almeida Junior<br>José Alfredo Mendes de Magalhães<br>Thiago Augusto d'Almeida      |
| Psiquiatria.....  | Antonio de Sousa Magalhães e Lemos  |

### Professores Jubilados

José d'Andrade Gramaxo  
Pedro Augusto Dias  
Antonio Joaquim de Moraes Caldas

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento de 23 d'abril de 1840, art. 155.º).*

## PRÓLOGO

---

É tão simplesmente para cumprir a lei que eu escrevo este folhêto. Nêle não vão os leitores vêr um trabalho importante, nem pela forma, nem pelo seu valôr scientifico. Nem o contrario se poderia esperar de quem jamais escreveu para o publico, de quem, saído apenas dos bancos escolares, não tem certamente bagagem de conhecimentos bastante para construir edificio de valor.

Que todos quantos tiverem a maçada de lêr este meu trabalho me relevem essa falta e que a minha má entrada em publico seja atribuida apenas ás exigencias duma lei, exigencias que eu não posso deixar sem comentario, pelo que elas representam de tolice. Nós esperámos sempre que na reforma do ensino medico da gestação do snr. Dr. Antonio José de Almeida, bacharel

em medicina pela Universidade de Coimbra, não iríamos encontrar esse trambolho da tese. E esperavamo-lo porque se assim não fosse, tal medico, que nunca apresentou essa prova, iria reconhecer-se implicitamente menos habilitado pela falta de tão interessante trabalho. Não sucedeu, porém, assim. Sua Ex.<sup>a</sup> e aqueles que o ajudaram no parto de tal lei, reconheceram que o medico deve ser Doutor, que o Doutor é filho da *Tese* . . . original.

Eu fiquei com a impressão de que o ministro e os seus auxiliares, bachareis, licenciados ou medicos-cirurgiões ficaram a scismar três dias nesta invenção dos Doutores filhos da *Tese*, lacrimosos por não serem Doutores de capêlo e borla,

tristíssimos por não terem feito nunca uma tese. E fiquei na expectativa de ver o Dr. Antonio José de Almeida a fazer qualquer dia um requerimento de admissão ao Doutoramento, porque a sua consciencia havia de segredar-lhe que só quem elaborou uma tese tem capacidade bastante para ser medico, como se depreende do espirito que presidiu á sua lei neste ponto. Deixando porém de lado este modo alegre de comentarios eu não posso deixar de criticar os argumentos supremos em favor da tese.

1.º Esta prova deixa sempre mais um livro a accrescentar á nossa literatura medica.

¡Que triste sorte a da nossa literatura medica que só pode aumentar á custa do trabalho dos novos medicos! Prova, cha-

mam-lhe êles! 6 Mas que diabo andei eu a fazer durante os 5 anos de estudos medicos, que precise agora de vir ainda prestar mais uma prova?!

Um livro a acrescentar á nossa literatura medica! Mas um livro sem valor algum scientifico na generalidade, pois que as excepções não podem servir de base de argumentação.

2.º Lá fóra em toda a parte a tese é complemento obrigatorio dos cursos de medicina.

Eu não sei bem até que ponto isto seja certo, nem em verdade isso me preocupa, pois que um tal argumento pelo que tem de infeliz, só pode, aos mesmos que o invocam, deixar a impressão triste da pobreza de argumentação. E fóra estes não ha outros

argumentos quaesquer que seja de uso invocar para justificar a tese. Eu porém, inimigo declarado e inconciliavel da tese, quero justificá-la até certo ponto, pelo que ela representa de elegante como prova complementar de habilitação, quando, como a nova lei manda, a sua defesa tiver lugar na sala dos actos grandes, se principalmente no fim lhe juntarem musica de gai-teiros e foguetes de 10 réis. Então sim, é que nós ficavamos uns Doutores de causar inveja aos pobres bachareis antigos, aos velhos medicos-cirurgiões, miseraveis curan-deiros que, ou não fizeram tese, ou a não defenderam na sala dos actos grandes.

Deixemos agora lugar á parte seria da questão. Mas, não quero entrar no assunto sem deixar aqui gravado o meu reconheci-



mento a todos quantos me hão auxiliado no meu trabalho. Ao Ex.<sup>mo</sup> Snr. Prof. Carlos Lima, meu digno presidente de tese, pela maneira obsequiosa como sempre me recebeu. Aos meus amigos José Martins Barbosa, João Saavedra e Angelo Soares pelas suas informações e pela paciência que tiveram sempre em aturar-me.

## Introdução

Escrever um livro poderá parecer talvez facil a quem manda escreve-lo. Que não seja mesmo um livro, vá lá, um folheto apenas. Nem isto é sempre obra facil. Acrescente-se que o livro ou folheto tem de ser escrito a prazo porque sobre mim impende ameaçadora a lei, e tem de ser original porque é essa uma das clausulas dêstes trabalhos. Mais:— a sua confecção é feita durante a ultima parte da frequencia de um curso e é mesmo no fim sómente que chegamos a assentar no assunto que nos convem. É isto assim mesmo, um trabalho imperfeito, sem duvida incorrecto, com certeza dando margem a todas as censuras. Eu procurei durante um ano inteiro descortinar por toda a parte o que eu teria de escolher para assunto desta tese.

Um dia o acaso, talvez, fez ante meus olhos passar alguns numeros da «Presse Médicale». No numero 88 de 4 de Novembro de 1911, vinha o seguinte artigo do professor A. Reynès, de Marselha:

**«Fumigações iodadas**— Esta inovação é de M. P. Louge, cirurgião chefe dos Hospitales de Marselha, e consiste no emprego dos vapôres de iodo no estado nascente em terapeutica local. Eu falei desta

novidade no ultimo congresso de cirurgia e dela fiz uma demonstração prática que interessou muito os congressistas.

«Creio prestar um bom serviço aos cirurgiões e práticos dando aqui alguns detalhes deste metodo de tratamento, que tão facilmente se póde utilizar nas cidades como em clinica rural.

«As fumigações iodadas consistem na aplicação local dos vapores de iodo no estado nascente, vapores que facilmente se obteem pelo aquecimento do pó de iodoformio.

«Os processos mais simples de aplicar as fumigações iodadas são os seguintes: enrolamos em volta dum estilete um pouco de algodão não muito apertado; mergulhamos o estilete assim preparado no pó de iodoformio de que fica completamente impregnado. Com um fósforo ou outra qualquer chama, inflamamos o algodão; após breves instantes que o algodão demtra a arder, vemos aparecer belas volutas de fumo violeta ametista de iodo no estado nascente, misturado com acido iodidrico.

«Estes vapores sobem primeiro na atmosfera, mas, resfriando, tornam-se mais pesados do que o ar e caem ao mesmo tempo que tomam uma côr de violeta carregada.

«Em lugar de estilete podemos empregar uma pinça.

«Estes vapores levemente desenvolvidos na atmosfera e obedecendo aos minimos impulsos, espalham-se na sala, com um cheiro irritante e atacando facilmente o aço e o níquel. Também é melhor aquecer o iodoformio em vasos fechados; para este fim temos eu e M. Louge experimentado diversos fumigadores; podem ser muito variados, obedecendo sempre ao principio de que os vapores de

iodo se produzem pelo aquecimento do iodoformio numa ampola ou balão, munido lateralmente de duas tubuladuras; uma em relação com uma peça de insuflação, outra, que pode ser recurvada, terminando em ponta, serve para levar ao sitio doente os vapores de iodo produzidos no balão. Basta para provocar a decomposição do iodoformio o calor dum bico de gaz ordinario ou duma lampada de petroleo. Mas tanto o petroleo como os bicos de gaz enegrecem os balões, e por isso será talvez melhor utilizarmos para este aquecimento o algodão impregnado de alcool ou aguardente.

«Actualmente nós arranjamos um aparelho para fumigações simples, práctico e pouco dispendioso.

«Assim produzidos com tanta facilidade, estes vapores de iodo no estado nascente são evidentemente muito antisépticos e desodorizantes, sendo por tanto susceptíveis de muitas applicações de terapeutica local.

«Podemos por este meio empregar as fumigações iodadas no furunculo e no antraz incisado e esvaziado; nas feridas e úlceras crônicas, atónicas, icorosas, úlceras simples e varicosas; nas lesões escrófulo-tuberculosas cutaneas ou ganglionares; nos focos de osteomielite ou de cárie ossea; em oto-sino-laringologia, nas velhas otorreas e sinusites.

«Sem terem qualidades especificas, as fumigações iodadas saneiam as feridas e provocam um trabalho rapido de cicatrização.

«Podemos tambem empregá-las nos canceros ulcerosos vegetantes e inoperaveis. Mas aqui eu junto ao metodo de M. Louge os meus principios acerca da terapeutica geral dos canceros inoperaveis externos; é preciso, antes de mais nada, curetar muito

largamente todas as partes vegetantes septicas, dolorosas e hemorragicas; chegados assim a tecidos melhor vitalizados, todos os topicos locais actuam depressa e bem. Os vapores de iodo são neste caso duma feliz applicação na antisepsia dos canceros.

«As fumigações iodadas podem ainda ser dadas por outro processo, aspirando com uma seringa os vapores de iodo, para os injectar nas cavidades articulares, nas sinovites puncionadas e fumigadas.

Eu tenho-o tambem utilizado com um simples tampão fumigado em ginecologia nas úlceras cronicas do colo e metrites cervicaes. M. Louge ensaiou com sucesso o emprego dos vapores de iodo na desinfecção da pele; e tem tambem empregado injectões de vapores iodados por via sub-cutanea para produzir uma medicação iodada geral. Este ponto continua em estudo.

«Tal como é, este metodo, verdadeiramente interessante e duma applicação facilima, merecia tornar-se conhecido e bem espalhado.

«O futuro precisará a alçada definitiva d'este novo tratamento; mas desde já as fumigações iodadas de M. Louge tem o seu logar em terapeutica local, tanto mais quanto a sua simples applicação pode igualmente prestar bons serviços aos cirurgiões e aos clinicos ruraes.»

A este artigo de M. Reynès, outros se seguiram na «Presse Médicale» e que egualmente vou transcrever.

Em 6 de Dezembro de 1911, diz C. Veillard :

«**As fumigações iodadas**—M. Koenig emprega há 6 ou 7 anos este metodo por meio do aparelho seguinte: uma pequena capsula metalica, formada de

dois hemisferios aparafusados um no outro e ambos munidos duma ponteira; num, conica e adaptavel á sonda de Itard, noutra, cilíndrica e adaptavel a um aparelho productor de ar quente.

«Entre duas camadas de algodão hidrófilo de que guarnecemos os hemisferios pomos o seguinte pó: mentol 1 gr., cânfora e iodo puro 2 gr. de cada, pó de talco 30 gr. O ar quente carrega-se de vapores de iodo e passa na trompa de Eustaquio e ouvido medio pela sonda de Itard. Os resultados são muito apreciaveis em certos casos de supurações crônicas e otite esclerosa.»

Em 9 de Dezembro de 1911, de C. J. Koenig:

«**As fumigações iodadas:**—Tendo lido com interesse na «Presse Médicale», de 4 de Novembro, o artigo de Reynès sobre o metodo de Louge, desejo chamar a atenção para o que eu emprego há 6 ou 7 anos no tratamento de diversas afecções do ouvido medio (otite supurada crônica, otite esclerosa, etc.) permitindo as fumigações duma maneira muito simples com o iodo puro; cujos vapores, após a sua produção, são arrastados por uma corrente de ar quente cujos efeitos se juntam á acção terapeutica do iodo. Para isso eu emprego:

«1.º uma pequena capsula metalica, formada de dois hemisferios que se aparafusam um no outro e ambos munidos de ponteiras; uma conica para podermos introduzi-la no pavilhão da sonda de Itard, outra cilíndrica que adaptamos a um aparelho de ar quente.

«2.º emprego em geral o aparelho de Lermoyer e Malm.

«3.º a preparação seguinte :

mentol . . . . .	1 gr.
cânfora )	}ãã . . . . . 2 »
iodo puro )	
pó de talco . . . . .	30 »

«Esta mistura finamente pulverizada, dá um pó sêco da côr do pó de cacau. Obtive estas proporções após algumas tentativas. Com menos pó de talco fica uma mistura humida inutilizavel. Coloco uma pequena porção dêste pó entre duas camadas de algodão hidrofílo de que guarneço os hemisferios da capsula.

«Fazendo então passar uma corrente de ar quente através da capsula, ao fim dum tempo variavel com a temperatura e força da corrente de ar, não fica entre o algodão mais do que o pó de talco.

«Podemos empregar nesta capsula e pelo mesmo processo todos os medicamentos volateis e talvez mesmo o pó de iodoformio que eu vou ensaiar. Mas é provavel que sejam preferidos os vapores de iodo puro, porque com o iodoformio, o acido iodídrico produzido, poderá dar lugar a uma irritação e reacção muito intensas.

«Em otologia podem-se empregar os vapores de iodo, fazendo-os passar pela trompa de Eustaquio e ouvido medio pela sonda de Itard, ou só no ouvido medio quando há perfuração da membrana do timpano. Em certas formas de supuração crónica e otite esclerosa, os resultados são muito apreciaveis. Este metodo poderia naturalmente ter outras applicações em oto-rinologia, como noutras especialidades (doenças cutaneas e uterinas) e mesmo em medicina e cirurgia geraes.

«Um outro processo muito simples de utilizar as propriedades antissepticas de iodo no estado nascente, processo ao alcance de todos e sem instrumentação especial, é o indicado por Paul Laurens e que consiste em empregar uma solução concentrada a  $\frac{3}{10}$  de iodeto de sodio, adicionada de igual quantidade de agua oxigenada a 12 volumes. A agua oxigenada, como todos os peroxidos, tem o poder de libertar o iodo dos iodetos.

«Este processo poderia chamar-se o metodo humido, e o outro, metodo seco. Cada um terá naturalmente as suas indicações e as suas vantagens.»

Em 6 de Janeiro de 1912:

«H. Reynès (de Marselha) descreveu aqui há pouco tempo (La Presse Medical, 4 de Novembro de 1911) a tecnica e as applicações geraes das fumigações iodadas. Recentemente um artigo no «Progrès Médicale» (30 de Dezembro de 1911), novamente falou neste metodo, mostrando especialmente as vantagens que dele se podem tirar em terapeutica ginecologica.

«Sob este ponto de vista as fumigações iodadas podem empregar-se por diversas formas.

«Um dos processos consiste em introduzir o espéculo na vagina de modo que o colo fique bem a descoberto entre as suas valvas; com tampões ou gaze tiramos todas as secreções mucosas, catarraes, purulentas ou hemorragicas. Feito isto, coifamos uma pinça hemostatica larga, ou uma pinça de pensos, ou um porta-algodão, com uma pequena porção de algodão bem fixa mas pouco apertado. Mergulhamos essa extremidade algodoada em pó de iodoformio donde se retira completamente impregnado,



mas sem excesso. Junto da valva colocamos qualquer chama com que se inflama o algodão. Este arde instantaneamente e, sob a influencia do calor desenvolvido, o iodoformio decompõe-se, produzindo uma linda nuvem violeta ametista de vapores de iodo e acido iodidrico. Logo que o algodão tenha ardido, o tampão é introduzido na valva muito perto do colo, mas sem o tocar; os vapores de iodo enchem toda a cavidade e enegrecem o colo sob o qual se depoem.

«Este sistema é duma extrema simplicidade e pode applicar-se em toda a parte, seja uma cidade ou numa aldeia.

«Um outro sistema consiste em servirmo-nos de fumigadores. Um fumigador comprehende uma ampola de vidro recozido, contendo iodoformio, que aquecemos por meio de um bico de gaz ou uma lampada de alcool; é a ampola geradora dos vapores de iodo nascente. A ampola é munida de duas tubuladoras, uma em relação com uma pêra de insuflação e outra formada por um tubo de vidro recto ou curvo e mais ou menos estreito na sua extremidade; este tubo é o localizador, permitindo levar até ao fundo da vagina sobre o colo os vapores projectados pela pêra de insuflação. Qualquer pode construir em sua casa este simples aparelho.

«Seja qual fôr o meio empregado, estes vapores de iodo desenvolvidos no fundo da vagina, são ali mantidos por um tampão de algodão esterilizado. Muito raramente causam uma sensação de ardencia, de calor, de irritação; mas é sempre indolor.

«Pode ser renovado duas vezes por semana.

«As doenças que principalmente beneficiam dêste tratamento são as metrites cervicaes ulcerosas, as cervicites, as metrites granulosas.

«As endo-metrites glandulo-hipertroficas catarraes, principalmente com lesões endo-cervicaes glandulares, beneficiam menos. Neste caso seriam mais uteis as maçagens evacuadoras com dilatadores.

«Os epiteliomas ulcerosos vegetantes são modificados com muita felicidade pelas fumigações. E' preciso primeiro cunetar toda a porção vegetante, hemorragica, septica, dolorosa e chegar assim, após ablação de toda a parte vegetante a um tecido embora neoplasico, menos degenerado e sobre o qual a acção saneadora dos topicos se exerce melhor. Assim tratados os cancros uterinos—inoperaveis ou recedivados—consegue-se, não a cura, mas a desinfecção, diminuição do mau cheiro, com grande proveito dos doentes que assim encontram melhoras locais geraes.

¿Poder-se-ha pedir mais ainda ás fumigações iodadas e ginecologia? Tubos intra-uterinos permittiam introduzir os vapores na cavidade uterina cervico-corporal, exteriormente dilatada. Dois alunos de M. Reynès, W. Buges e Essaude estão fazendo ensaios a este respeito nas metrites por abôrto; este ponto está ainda em estudo.

«Taes são actualmente as condições geraes de applicação das fumigações iodadas em ginecologia. É um metodo tão simples e tão inofensivo que qualquer poderá ensaiá-lo e fazer a sua opinião prática sobre esta inovação em terapeutica local.»

Em 10 de Março de 1912:

**«Osteo-artrite tuberculosa do pé esquerdo tratada pelas fumigações iodadas — M. Louge conta a observação duma mulher com uma osteo-artrite tu-**

berculosa do pé, muito dolorosa e fistulada há quatro anos, que tratou no seu serviço no hospital de la Concepcion. Após a curetagem da articulação medio-tarsica, empregou as fumigações iodadas. Após o terceiro dia da operação a doente já não soffria, e saiu do hospital 5 semanas depois completamente curada. Tornando-a a ver um mês depois, o seu estado era perfeito.

«Esta observação mostra mais uma vez a efficacia das fumigações iodadas no tratamento das osteoartrites tuberculosas.

«M. Eugène Poucel crê que o iodo nascente é optimo não só contra as escrofulas e todas as manifestações tuberculosas, mas ainda no grupo de afecções a que damos o nome de micoses, afecções cutaneas, mucosas ou visceraes, provocadas pela invasão de fungos ou bacterias—micoses animaes ou vegetaes—que apresentam muitas vezes uma sintomatologia a uma semelhança clinica tal, que difficilmente se podem distinguir do cancro, dos epitelomas ulcerosos ou vegetantes e de outros tumores malignos.

«M. Poncel cita duas observações notaveis sobre este assunto. A primeira é a duma mulher que tinha sido condenada por êle e os seus colegas como atingida dum volumoso cancro uterino. Após o esvaziamento do orgão, o unico tratamento foram as fumigações iodadas. Ora, a cura persiste há mais de 25 anos. A segunda observação é a dum homem de 50 anos, atingido dum tumor da mucosa bucal, tumor de aspecto epiteliomatoso com leucoplasia da abobada, ou, pelo menos, degenerescencia de aspecto leucoplasico, e que melhorou rapidamente com as fumigações iodadas.»

Aos artigos da «Presse» que acabo de transcrever, outros se seguiram em varios jornaes de medicina, artigos trazendo novas observações, fazendo comentarios, ou simples artigos de propaganda do metodo de Louge. Eu termino porém aqui as minhas transcrições e nem sei mesmo se incidentalmente virei a referir-me adiante a quaesquer novos artigos dos jornaes medicos. Estes me determinaram a escrever a minha tese e neles encontrei tudo quanto em outros jornaes vi escrito ou transcrito.

\* \* \*

Em principios de Abril os snrs. Professores Roberto Frias e Carlos de Lima resolveram iniciar nas enfermarias de clinica cirurgica este metodo. Pelo interesse que ele me havia despertado e pela ocasião que se me oferecia de observação facil, resolvi tomar o assunto para sobre êle escrever a minha tese. Eu podia certamente limitar as minhas observações a um campo restricto de clinica cirurgica e estudar desta maneira a influencia do metodo sobre uma dada natureza de lesões. Assim, podia ter-me restringido a doenças ginecologicas, a artrites tuberculosas, a úlceras varicosas, etc., etc. Mas, como o metodo é, segundo os seus divulgadores na imprensa, um metodo pratico de que qualquer medico pode utilizar-se, esteja onde estiver, como eu julgasse por esse facto dever fazer as minhas observações sob o ponto de vista geral da sua applicação local e policlinica, resolvi antes ir colhendo os dados que o metodo me oferecesse nas suas multiplas applicações.

## PRIMEIRA PARTE

---

### História

Não é evidentemente destes ultimos meses a ideia do emprego do iodo em terapeutica cirurgica. O próprio processo de applicação do iodo nascente em fumigações é, como se vê dos artigos atrás transcriptos, já velho. Não estava, porém, divulgado. Aqueles que o applicavam, ou se mantinham em silencio sobre o assunto, ou não o divulgando pela imprensa medica, não o tornavam conhecido nem de uso geral. E' provavel que assim não suceda para futuro, se estudos cuidadosos desse metodo confirmarem a lisongeira apreciação que dele fazem os seus autores.

### Bases

Não foi certamente ao acaso que os cirurgiões principiaram usando as fumigações iodadas, nem a sua pretendida acção benefica resultou evidente duma experiencia feita sem bases. Todos sabemos que o iodo tem um grande poder antisseptico, e que

ha muito tempo se emprega na desinfecção de feridas, nomeadamente cavitarias; tão antisseptico mesmo que diluido a  $\frac{1}{12000}$  neutraliza o virus carbunculozo, que diminue a virulencia do pus canceroso, e é duma grande efficacia contra o vibrião septico. Mais, demonstrou-se que a agua iodada a  $\frac{1}{500}$  misturada com culturas tetanicas filtradas na proporção de 1 para 3, torna estes bastante menos toxicas a ponto de podermos injectar a um coelho 4<sup>cc</sup>, sem que o animal sofra qualquer accidente.

O emprego, pois, do iodo nascente em fumigações, não constituiu uma experiencia tentada ao acaso, mas certamente derivou de considerações acerca do seu grande poder antisseptico. Não foi certamente uma experiencia ao acaso, pois que nós todos temos visto empregar o iodo sob diversas maneiras para as mesmas lesões em que agora os autores do novo metodo aconselham as fumigações.

Se, pois, o emprego do iodo é justificado, quer pelo seu poder antisseptico, quer pelas suas applicações já tão correntes sob diversas formas, quaes seriam os motivos que levariam os autores ao emprego das fumigações?

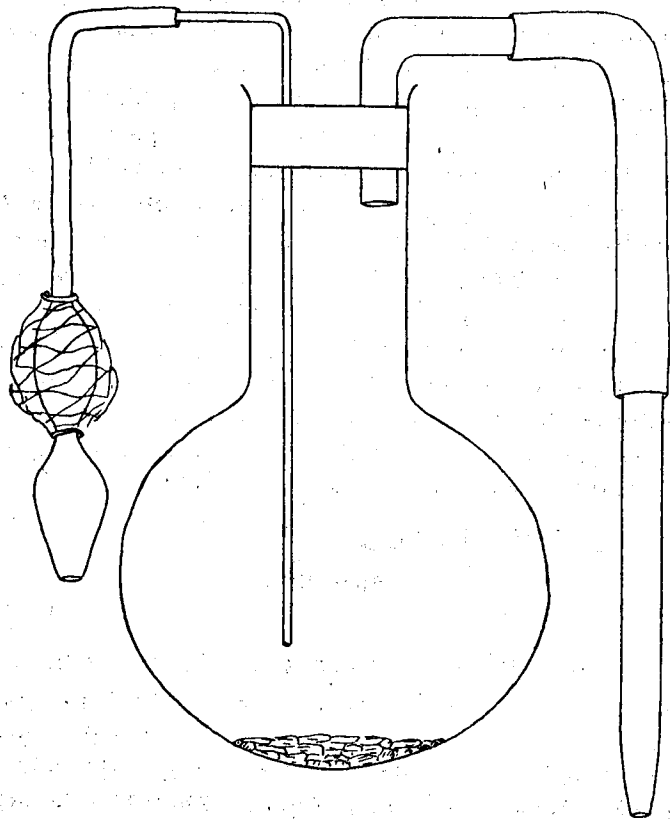
Elles acentuam bem em diversos pontos dos seus artigos que querem sobretudo aproveitar o iodo nascente com as suas propriedades inerentes a esse estado. Sabemos todos que o iodo tem no estado livre uma grande afinidade para o hidrogenio; no estado nascente essa afinidade deve ser maxima, como succede em geral com estas afinidades quimicas dos corpos. Será esta a razão do estado nascente ser preferido pelos autores? Não me parece; e digo isto, porque, lendo os artigos de Koenig, encontramos talvez uma outra explicação. De facto,

Koenig emprega o iodo em otologia, mas não no estado nascente. Faz certamente fumigações, mas fumigações de vapores de iodo, sem se preocupar com o estado nascente. Koenig quer simplesmente empregar o iodo no estado de vapor. Mais: Koenig receia mesmo o emprego do iodo nascente preparado pelo metodo de Louge, por causa da acção irritante do acido iodidrico de formação concomitante. Parece, pois, que se pretende principalmente obter o iodo em vapor, para com ele, neste estado, se fazerem as mesmas applicações que nós já usavamos em terapeutica local sob formas diversas. E de certo que essa forma de applicação de topicos locais nos deve oferecer mais condições de garantia, pela maior difusão que o medicamento experimenta, espalhando-se uniformemente por toda a lesão. E quero crer que o estado nascente favoreça a acção antisseptica do iodo e que os seus resultados terapeuticos resultem de ambas as circunstancias apontadas — estado gazoso, estado nascente.

### Aparelho

Em todas as applicações que se hão feito no hospital de Santo Antonio, o aparelho utilizado tem sido duma forma quasi igual. Um balão de vidro de pequena capacidade, cerca de um decimetro cubico, tapado com uma rôlha munida de dois orificios, pelos quaes introduzimos tubos de vidro curvados em angulo recto. Um destes tubos, o que mergulha muito no balão, liga-se a uma pêra de insuflação, que pode ser a dum termocauterio; o outro liga-se por intermedio de um tubo de cauchu a um outro tubo afilado na extremidade livre.

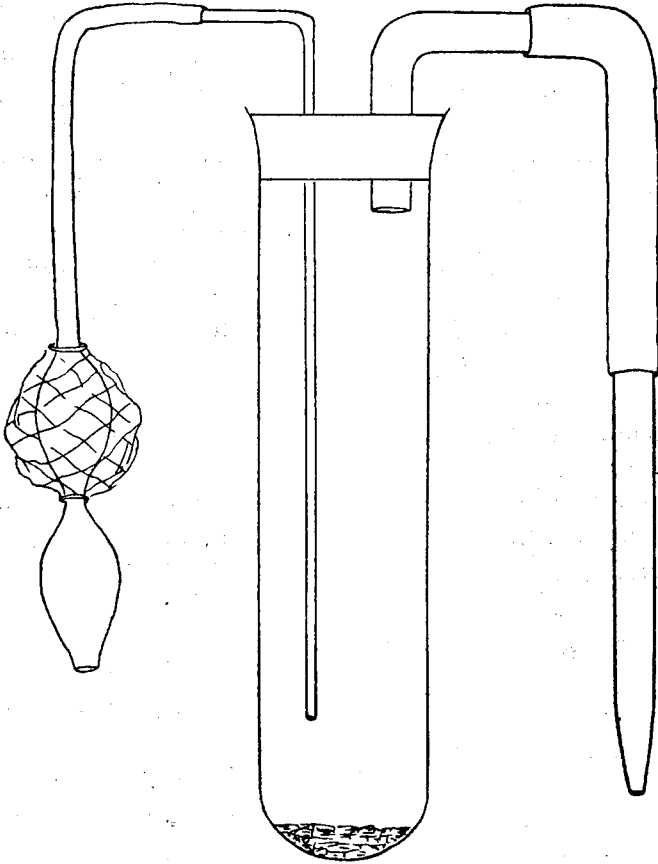
Qualquer tubo de ensaio largo com uma disposição analoga, prestar-nos-ia certamente o mesmo serviço e assim igualmente se tem empregado no hospital.



A razão por que nós empregamos estes pequenos recipientes, é porque com grandes balões se dão com facilidade explosões, devidas ao aquecimento desigual do balão. Certamente que assim não sucederia, se nós pudessemos utilizar um aquecimento



uniforme. Em experiencias mesmo, como o metodo está, temo-nos servido de balões e tubos de ensaio bastante frageis e sujeitos como taes a mais facil ruptura. De certo que assim não sucederá, quando



para tal se empregarem frascos proprios de vidro recozido e resistente, munidos de tubuladuras onde facilmente se possam aplicar os tubos de insuflação e descarga. Rôlhas, temo-las empregado quer de cau-

chu, quer de cortiça. Está claro que estas se deterioram muito rapidamente, sendo por tal motivo preciso fazer a sua substituição frequente. Mas o material é tão barato e é tão facil a sua adaptação ao serviço que dele pretendemos, que não é licito preocuparmo-nos com obtê-las de cauchu, desde que julguêmos necessaria a montagem dum dêstes ligeiros aparelhos.

**Funcionamento** — É a coisa mais simples deste mundo. Deita-se uma pequena porção de pó de iodoformio no balão. Arrolha-se bem, adaptam-se a pêra de insuflação e o localizador. Chegamos em seguida qualquer foco calorifico sob o recipiente e, passados breves segundos, vemos aparecer na extremidade do localizador os vapores iodados de côr violeta amettista. Manejando então a pêra de insuflação, nós podemos projectar esses vapores com mais ou menos força e depô-los por intermedio do localizador no sitio lesado. É, como vemos, um aparelho de construção facilima e de funcionamento ainda mais facil.

### Cuidados

1.º Empregar pouco iodoformio de cada vez. Isto é, além duma regra de economia, um facto que a minha observação me indicou conveniente. Assim, quando eu empregava uma quantidade maior de iodoformio, succedia-me naturalmente que após a fumigação, ou, parando de insuflar, os vapores de iodo em contacto com a superficie mais fria da parte superior do balão, da rôlha, do tubo de descarga e

mesmo até do localizador, aí se depositavam no estado cristalino, obstruindo por vezes o aparelho.

2.º Não aquecer demasiadamente o recipiente, porque a tensão da grande quantidade de vapores formados pôde fazer estalar o balão, como algumas vezes nos succedeu, com explosão mesmo bastante violenta.

3.º Logo que na extremidade do localizador vemos aparecer os primeiros vapores, devemos terminar o aquecimento e principiar a insuflação que é bom tentar durante o aquecimento para verificarmos a existencia dos vapores já formados.

4.º Será conveniente, antes de principiar o aquecimento da parte mais declive do balão, fazer o aquecimento de todo o tubo de descarga e da parte superior do balão. Isto obstará a que, no caso duma obstrução pelo iodo cristalizado, produzida durante uma aplicação anterior, a tensão dos vapores desenvolvidos no balão, não encontrando orificio sufficiente de saída, determine a explosão do aparelho. Assim o aquecimento previo do tubo de descarga fará a desobstrução do orificio de saída, deixando um caminho aberto aos vapores que se vão formando no balão.

5.º Ao terminar uma fumigação devemos ter o cuidado de não pousar o aparelho sobre qualquer superficie fria, o que fa-lo-ia estalar.

6.º Devemos arrolhar, tanto quanto fôr possível, o balão e procurar uma adaptação, o mais perfeita, dos tubos aos orificios da rôlha, a fim de que os vapores formados não vão irritar quer as mucosas do doente, quer as nossas.

7.º Numa fumigação em feridas largamente abertas teremos todo o cuidado em não projectar

os vapores sobre a epiderme sã, porque esta sob a sua acção se irrita, inflamando-se e desquamando.

8.º Em casos de trajectos fistulosos cegos, teremos cuidado em não fazer senão fumigações leves, ou então, após leves instantes de insuflação, retirar do orificio a extremidade do localizador e voltar depois a fazer novas insuflações. Isto, para obstar á distensão dolorosa do trajecto pelos vapores.

9.º Em casos de trajectos fistulosos comunicantes, poderemos praticar a insuflação durante mais tempo, mas tendo o cuidado de atender a que o orificio da saída póde pela sua estreiteza, ser insufficiente, e dar logar tambem a fenomenos de distensão.

## SEGUNDA PARTE

---

### Observações

Indiquei já no principio deste pequeno trabalho que não obedeci a um criterio especial, ao fazer a colheita das minhas observações. Quiz juntar tão sómente casos clinicos diversos, observar por mim os resultados do tratamento pelas fumigações iodadas, sem outra preocupação que não fosse a de ficar com um juizo tão exacto quanto possivel, no pouco tempo de que podia dispôr, da eficacia do metodo de Louge. Assim, as minhas observações vão ordenadas segundo a ordem por que elas me fôram aparecendo, e não segundo qualquer criterio nosologico. Não pretendo mais do que aglomerar casos, como os fornece a policlinica, e deles formular as conclusões naturaes que possam ser aproveitaveis na pratica geral. Ao registrar essas

observações eu limitei o meu exame clinico sob o ponto de vista local da lesão, investigando dos antecedentes da doença e do doente quais circumstancias poderiam mais naturalmente influir na incurabilidade do caso. Investiguei os processos terapeuticos já usados, sempre que pelo doente ou pelo registo das enfermarias o pude conseguir, estabelecendo quanto possivel os seus efeitos. E' possivel que, ao terminar a impressão deste livro, eu tenha de acrescentar em adenda mais alguns factos colhidos durante o tempo que fôr decorrendo. Se isto vier a dar-se, essas ultimas notas virão completar as já colhidas. Não quero deixar tambem de frisar que, na impossibilidade absoluta de fazer todos os dias uma observação cuidadosa de tantos doentes, eu, vendo-os embora todos os dias, colhia só notas especiaes de vez em quando.

**1.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — M. A. S., casada, de 51 anos, padeira, natural de Carrazeda de Anciães, moradora no Porto.

Entrou para o hospital em 18 de abril de 1912, ficando na enfermaria n.º 8 de clinica cirurgica.

Queixava-se de fortes dôres no hipogastro, que duravam ha cerca de 3 anos, com algumas intermitencias. Ultimamente essas dôres irradiavam para a região lombar e estendiam-se ao longo do membro inferior. Juntamente com estas dôres, a doente declarou ter ha mais de 1 ano um corrimento branco, que nos ultimos 6 mezes se tornara amarelado e raiado de sangue. Ultimamente, quando acaba de urinar, fica com dôres. Tem bom apetite, mas tem emagrecido. Teve 12 filhos e 4 abôrtos, dos quaes 3 com 3 ou 4 mezes, mas esses abôrtos não fôrão seguidos. De todos os filhos que nasceram,

vivem apenas 2 que são saudáveis, havendo todos os mais morrido com menos de 3 anos, com sarampo, garrotilho, entrite, laringite, etc., etc.

Teve variola aos 19 anos, mais tarde dôres muito fortes no hipocondrio direito ao nivel da vesicula biliar, rasão porque até esteve no hospital. O marido é um homem saudavel e egualmente o eram seus paes.

As dôres, as perdas brancas, e ultimamente raia-das de sangue, determinaram o exame do utero, e, pela sua observação, fez o snr. Prof. Roberto Frias o diagnostico dum carcinoma vegetante do colo uterino.

Desde logo o snr. Prof. Roberto Frias pensou em empregar neste caso o metodo que a imprensa medica franceza vinha registando desde Novembro de 1911.

Em 27 de Abril fez o snr. Prof. Frias a intervenção cirurgica, que consistiu numa curetagem extensa do colo uterino, excisando toda a parte vegetante carcinomatosa, até atingir tecidos mais sãos.

Seguiram-se após, e durante os dias subsequentes, as fumigações de iodo que eram applicadas pelo meu colega e amigo José Martins Barbosa. Antes de aplicar as fumigações iodadas, fazia-se sempre uma longa irrigação vaginal, após a qual se procedia á limpeza e secagem de todo o fundo da vagina e colo do utero. Só então se faziam as fumigações, projectando os vapôres iodados sobre o colo, por intermedio do localizador.

Foi por todos verificado como se fez bem a cicatrização, como correu breve e mesmo surpreendente a cura. Passados 8 dias apenas, nós observamos que estava limpo e rosado o colo uterino,

em via de franca cura. Todos quantos tiveram ocasião de seguir este caso, deviam ter notado que não é correntemente tão rápida, como aqui foi, a evolução post-operatoria destes casos. Todos devem, pois, atribuir este belo resultado aos vapores de iodo nascente. E isto, apesar da maneira irregular como o tratamento caminhou, devido ás sucessivas fracturas de aparelhos.

A doente saiu em 22 de Maio, sentindo-se muito bem e curada. Estamos, pois, em frente dum bom caso.

**2.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — J. F. de S., solteiro, de 20 anos, jornaleiro, natural e morador no Porto.

Este doente entrou para o hospital em 16 de Janeiro de 1912, tendo na região externa da côxa direita varios trajectos fistulosos e comunicantes, uns adiante, outros fóra e alguns ainda na parte posterior.

Pedi ao doente que me contasse a historia da sua doença, e eis o que êle me referiu: Nunca sentiu outros padecimentos diferentes dos que motivaram a sua entrada para o hospital. Esses, porém, veem já de velha data. Aos 7 anos teve o doente naquele mesmo lugar um tumor bastante doloroso, que arrebentou expontaneamente, deixando saír um pus pouco consistente e levemente córado de sangue. Apresentou-o a familia no banco do hospital, onde fez êcurativos, até que, cerca de um mez, depois, estava completamente curado. Aos 12 anos novamente se formou naquele lugar um grande abcesso, a cuja abertura expontanea se seguiram diversos trajectos fistulosos semelhantes aos de agora; por esse facto esteve internado no hospital, na enfermaria n.º 1, d'onde saiu com êles todos fechados.



Agora, ha cerca de 8 mezes, ou seja em Setembro de 1911, novamente ha formação de abcesso no mesmo lugar e a aparição dos diversos trajectos fistulosos, comunicantes e supurando abundantemente.

Na ocasião em que eu vi o doente, o seu aspecto palido e depauperado, junto com a cronicidade e recidiva desta mesma lesão, levando-me á suspeita duma localização de origem tuberculosa, fizeram naturalmente convergir as minhas atenções para o estado pulmonar. No vertice do pulmão esquerdo encontrei já sinais bem evidentes duma extensão do processo patologico. Pelo que respeita aos antecedentes hereditarios nada ha de notavel que importe á patogenia do caso.

O snr. Dr. Moraes Caldas fez neste doente uma intervenção cirurgica em 26 de Janeiro de 1912, com uma curetagem e largo desbridamento.

A ferida operatoria seguiu naturalmente uma evolução cicatricial lenta, como era de esperar no organismo depauperado do doente, e atravez, quer dos trajectos primitivos, quer de novos que se formaram, o pús corria abundantemente. A articulação está, póde dizer-se, immobilizada.

As fumigações iodadas principiaram a ministrar-se em 27 de Abril. E d'aí até 20 de Maio em que eu o observei pela primeira vez, informou-me o snr. Prof. Carlos de Lima de que eram muito notaveis os resultados adquiridos, tendo diminuido muitissimo a supuração. De 20 de Maio em diante, eis o que se passou:

A supuração foi diminuindo cada vez mais, mas ha a notar que em 25 de Maio se produziu a abertura de um novo orificio, supurando em grande quantidade, mas que brevemente secou. Em 29 de Maio pareceu-me notar uma certa diminuição do

calibre dos tractos fistulosos, o que veio a confirmar-se. Numa outra observação em 8 de Junho, fiquei muito bem impressionado com o estado geral do doente, que me pareceu ter lucrado bastante.

Concluo, pois, que as fumigações iodadas foram neste caso duma benefica applicação, se atendermos a que o doente não havia antes sentido quaesquer melhoras.

**3.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — J. da C. G., de 34 anos, casado, jornaleiro, natural e residente em Amarante, entrou para o hospital em 22 de Abril de 1912.

Em 8 de Março caiu duma arvore, fracturando a perna esquerda no terço inferior. A fractura era exposta. Foi para sua casa, e um curandeiro reduziu-lhe a fractura, mas a consolidação não chegou a fazer-se. Desanimado, recolheu ao hospital de Amarante em 8 de Abril, onde o estado grave do membro determinou o assistente a aconselhar a amputação.

O doente, a quem não agradava essa terapeutica radical, pediu alta e veio para o hospital de Santo Antonio em 22 de Abril, entrando para a enfermaria n.º 5, (sala de ortopedia).

O snr. Prof. Carlos de Lima, verificando que se tratava duma fractura do terço inferior da tibia, cujo estado ameaçava senão o doente pelo menos o membro, resolveu proceder immediatamente, operando-o em 25 de Abril. Fez-se, pois, a sutura metalica, e em seguida foi o doente immobilizado. O estado em que o doente chegára ao hospital era desesperado, com tão abundante supuração e esta de tal modo repugnante pelo seu cheiro, que o snr. Prof. Carlos de Lima ainda chegou a pensar na amputação; mas tentaram-se as fumigações iodadas, que principia-

ram em 27 de abril, e a tentativa foi coroada do exito mais brilhante. A supuração enorme e repugnante diminuiu immediatamente, a temperatura elevada baixou, a ferida tomou uma evolução regular de cura. Vendo-o em 20 de Maio, ninguem poderia dizer que aquella fractura, embora exposta, com uma ferida de tão bello aspecto e em via duma regular cicatrização, havia ainda ha pouco feito pensar pelos sintomas locais e geraes numa amputação.

E de então para cá a ferida continúa sempre num bom caminho. Em 23 de Maio abriu-se na parte superior e profunda da ferida um fóco de supuração que se havia formado na parte interna da perna. Apareciam tambem nesta ocasião no fundo da ferida uns gomos carnudos exuberantes. Estes, porém, desapareceram com uns leves toques de nitrato de prata, e o fóco de supuração terminou brevemente, após a eliminação duma pequena esquirola em 26 de Maio.

A 29 de Maio o aspecto granuloso da ferida era esplendido, e a supuração havia terminado. Daqui por diante acentua-se a tendencia da ferida para fechar. A cicatrização progride com grande rapidez. Em 8 de Junho as dimensões da ferida são pequenissimas, pouco mais de 1 centimetro de comprimento por 8 a 9 milímetros de largo; o estado local deixa prever um final rapido e o estado geral do doente é magnifico.

Neste doente nunca se fez outra qualidade de penso que não fôsem as fumigações, após limpeza a seco da ferida. E' outro caso bom, senão dos mais brilhantes que se podem registar.

**4.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — J. de S., de 26 annos, solteiro, jornaleiro, natural e residente em Penafiel.

Entrou para o hospital em 15 de Fevereiro de 1912, para a enfermaria n.º 2 de 1.ª clinica cirurgica.

Tinha uma ulcera enorme na região anterior da perna esquerda, ulcera esta que data de ha cerca de tres anos.

Diz ter sido sempre saudavel, como egualmente o eram seus paes e os seis irmãos que tem. E' um varicoso e, embora não saiba precisar-me a causa de momento que determinou o processo ulcerativo, ele sabe precisar regularmente as *étapes* diversas porque tem passado após o seu aparecimento. Entrou para o hospital de Penafiel em Março de 1910, pouco tempo depois de lhe aparecer a ulcera. Demorou-se aí 17 dias e continuou depois fazendo curativos numa farmacia de Penafiel, até que, não se encontrando melhor e vendo antes a sua ulcera aumentar de extensão, se fez internar no hospital de Santo Antonio. Esteve na enfermaria durante 38 dias e, desanimado por se não sentir melhorado, pediu alta, saíndo quasi no mesmo estado. Voltou novamente para este hospital em Novembro de 1910, sendo então internado na enfermaria n.º 1 de clinica cirurgica, onde se demorou 4 mezes e de onde saiu com a ulcera cicatrizada. Apenas entregue aos trabalhos do campo, a ulcera voltou a aumentar, e tanto peorou que resolveu novamente internar-se no hospital em 15 de Fevereiro deste ano.

Tem sido muito lenta a sua cura, mas agora tem progredido bastante, estando a parte não epidermizada reduzida a uma extensão de 3 a 4 centímetros de comprido por 2 de largo em cima e 1 em baixo.

A fim de verificar se a cura se faria mais rapida com as fumigações iodadas, prescreveu o snr. Prof. Carlos de Lima a sua applicação, que principiou

em 17 de Maio. Vendo-o em 21, o doente não accusava quaesquer melhoras devidas ao novo medicamento; o aspecto, porém, é bom, a supuração muito pequena. Observando-o novamente em 27 de Maio, não encontrei quaesquer progressos na tendencia cicatricial da ulcera, antes me pareceu que a sua extensão aumentava. Por este mesmo motivo mandou o snr. Prof. Carlos de Lima alternar as fumigações com o penso de sôro fisiologico. Devo notar que o doente andava muito frequentemente levantado e passeando até ás vezes na galeria do hospital, ao que talvez deva attribuir-se este agravamento. Em 5 de Junho, atendendo a que a ulcera continuava aumentando, e a que mesmo ella havia reaparecido em mais dois pontos ha bastante tempo cicatrizados, mandou-se suspender a applicação das fumigações iodadas. Nesta ocasião, apesar desse aumento de extensão, a ulcera continuava a ter um bom aspecto, e eu persisto ainda em attribuir as peoras ao facto de o doente andar a pé muito tempo.

Estamos, pois, em frente dum caso negativo. Notemos, porém, o character extremamente resistente ao tratamento da ulcera em questão, notemos que a todos os processos therapeuticos ella tem resistido, nunca tendo fechado completamente, e concluamos não ser de admirar o cheque do metodo perante este caso.

Tem-se tentado no doente o tratamento geral sifilitico e tonico geral como auxiliares, sem que os resultados fossem apreciaveis.

**5.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — C. G., de 42 anos, casado, lavrador, natural e residente em Arouca.

Entrou para o hospital em 29 de Janeiro de

1910, com uma ulcera na região anterior da perna direita.

Ao chegar ao hospital, havia 2 mezes que lhe principiara a ulcera. O doente dera ali uma grande pancada, donde resultou tumefacção enorme, que o medico assistente abriu em dois pontos. Apezar de todos os cuidados havidos, o doente não melhorava, formou-se novo abcesso que o medico tambem abriu em 3 novos pontos. Desta vez a quantidade de pus saído foi enorme, desaparecendo em breves dias toda a tumefacção do membro. Ao mesmo tempo, porém, a epiderme fendilhou-se e caiu, deixando a descoberto os tecidos subjacentes. Esta ferida, não oferecendo melhoras tão rapidas como o doente queria, determinaram-no a vir para o hospital de Santo Antonio.

Entrou na enfermaria n.º 2, onde tem experimentado alternativas de melhoras e peoras, sem que jámais conseguisse fechar completamente a ulcera. Eis-nos, pois, em frente dum novo caso de ulcera distrofica, como o precedente resistindo a todos os tratamentos ensaiados.

Em vista desta inefficacia de todas as tentativas terapeuticas, resolveu o snr. Prof. Carlos de Lima, para cuja direcção passou esta enfermaria, ensaiar a applicação das fumigações iodadas. A superficie não epidermisada é pequenissima actualmente, apenas do tamanho de uma moeda de vintem. Não tem supuração e, ultimamente, não tinha diminuido quasi nada de extensão.

As fumigações principiaram em 8 de Maio e de nenhuma das vezes em que tive depois occasião de observar o doente, notei qualquer facto que me levasse a concluir a existencia de melhoras. Devo porém notar que tambem não tinha piorado; a ulcera

conservou-se sempre na mesma até 4 de Junho, em que as fumigações foram suspensas e substituidas por penso de sôro fisiologico. Vendo-o ultimamente pareceu-me notar que havia uma tendencia para a diminuição da superficie ulcerada, continuando o estado local a ser muito bom.

Estamos, pois, em frente de outro caso negativo, igualmente rebelde a todo o tratamento. Posso ácerca dele, fazer as mesmas considerações que fiz ácerca do antecedente, pois que o character imensamente distrofico da lesão, não deve permitir que nós desesperemos do metodo perante as ulceras atonicas, como por esse mesmo motivo não se tem abandonado na pratica terapeutica outros diversos processos de tratamento, só porque neste ou naquelle doente os resultados foram negativos.

Notemos, por exemplo, que o doente tem sido tratado por pensos de sublimado, balsamos de Arseu, pomada de oxido de zinco, tanino, tintura de iodo, dermatol com pomada de oxido de zinco, etc., etc., todos estes processos resultando ineffazes.

**6.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — A. P., de 52 anos, casado. fabricante, natural e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 12 de Fevereiro de 1912 com uma ferida na região parietal esquerda, produzida por um traumatismo feito no proprio dia da entrada. Vinha em estado comatoso; hemiplegia direita.

Foi operado em 13 de Fevereiro pelo snr. Dr. Couto Soares, que fez um trepano com eliminação de esquirolas e limpeza do fóco traumatico. Seguiu-se depois uma evolução regular, mas a grande persistencia da supuração que se havia estabelecido desde o principio e a presença de um pequeno

descolamento sobre o parietal, levaram o snr. Prof. Carlos de Lima a tentar as fumigações iodadas, para vêr se conseguia fazer parar essa supuração.

A ferida não é grande, tendo o maximo de 1 centimetro de comprimento por 0,<sup>cm</sup>5 de largura, não epidermizado.

Principiaram as fumigações em 8 de Maio, tendo o doente obtido poucas melhoras; a supuração continua, embora a ferida haja diminuido de superficie. Foi retirada em 17 de Maio uma esquirola que naturalmente entretinha a supuração. Em 21 de Maio mantinha-se o mesmo estado, e em 22 ou 23 o doente pedia alta, ainda não completamente curado, mas havendo diminuido nos ultimos dias o processo supurativo. Veio á enfermaria fazer curativos ainda durante uns 2 ou 3 dias, mas, como se encontrasse melhor e teimasse em não querer a applicação das fumigações iodadas, que nós teimamos pela nossa parte em dar-lhe, resolveu não voltar.

E' este, pois, um caso sem grande importancia, mas em que se deve ao iodo nascente um nitido retrocesso da supuração e uma marcada tendencia para a cicatriz da ferida.

**7.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — C. F., de 15 anos, solteiro, trôlha, natural e residente na Maia.

Entrou para o hospital em 30 de março de 1912 com uma ferida profunda na virilha esquerda.

Cerca de uns 5 mezes antes de entrar para o hospital principiou a sentir formar-se naquella região uma tumefação, que chegou a ter um volume bastante grande e era muito dolorosa, tanto que teve de abandonar o trabalho por completo. Em 10 de Dezembro o tumor abriu-se expontaneamente,



deixando correr apenas uma serosidade levemente córada. Apresentou-se no banco do hospital a fazer curativos, mas, piorando sempre, foi mandado internar, vindo para a enfermaria n.º 2 de 1.ª clinica cirurgica.

Diz o doente que sempre foi saudavel, como afirma terem-no sido sempre seus paes e irmãos. O aspecto franzino do rapaz e a presença de ganglios enfiados no pescoço, levaram-nos, porém, á conclusão de que se tratava de um caso de adenite escrofulosa supurada.

Em 8 de abril foi operado pelo snr. Prof. Carlos de Lima que instituiu o emprego das fumigações iodadas em 8 de Maio, ou seja, um mez depois da operação que consistira no esvaziamento dos ganglios da virilha e arcada crural, com curetagem das partes moles e descolamento da pele. Todos os ganglios cruraes, inguinaes e retroperitoniaes do lado esquerdo tinham uma degenerescencia caseosa, estando o mais volumoso da base da região crural coberto de fungosidades e aderente á bainha vascular. Quando eu fui observa-lo pela primeira vez, o doente apresentava a sua ferida operatoria completamente cicatrizada, mas tinha alguns orificios de trajectos fistulosos supurando bastante. Todos estes orificios se haviam aberto após a cicatrização da ferida, e atravez deles se tinha estabelecido uma supuração abundantissima, ao mesmo tempo que se formava um descolamento subcutaneo de mais de 2 centimetros de extensão.

Foi por este motivo que o snr. Prof. Carlos de Lima mandou empregar as fumigações iodadas.

Observando o doente em 21 de Maio, a supuração era quasi nula, tendo-se reduzido gradualmente, e os trajectos fistulosos a que eles davam accesso

tendiam a fechar-se, bem como diminuído muito de extensão o descolamento sub-cutaneo.

Em 26 de Maio o doente pediu alta. Levava os seus trajectos fistulosos quasi fechados, a supuração havia terminado completamente e o descolamento sub-cutaneo estava extinto. Ia pois o rapaz muito melhor e os progressos que experimentou com o metodo de Louge, levaram-me á convicção plena de que ele saíria do hospital completamente curado, se continuasse a fazer a applicação das fumigações iodadas.

Eis-nos, pois, em presença de outro bom caso.

**8.ª OBSERVAÇÃO** — J. da S., de 44 anos, viuvo, lenheiro, natural e residente em Matosinhos.

Entrou para o hospital em 26 de Janeiro de 1912, com uma larga ferida incisa na região externa do punho esquerdo, feita com uma machadada involuntaria, no mesmo dia de entrada.

Foi operado no banco do hospital pelo snr. Dr. Eduardo Guimarães, que fez a sutura de tendões e laqueação de vasos feridos, sendo depois internado na enfermaria n.º 2 de 1.ª clinica cirurgica.

A ferida seguiu desde principio uma má evolução, estabelecendo-se uma supuração persistente com abertura de trajectos fistulosos, accessorios e supurantes, anquilose da mão e oedema enorme de aspecto elephantiasico. Supuração, anquilose e oedema que resistiram sempre a todo o tratamento. Ultimamente o snr. Prof. Carlos de Lima mandou empregar o metodo de Louge, acompanhado de massagens.

Observando-o pela primeira vez em 21 de Maio, após 13 dias de applicações iodadas, fiz o seguinte registo: oedema muito grande, orificios supurantes nas regiões postero-externa, externa e anterior do

punho; dêstes, ha um adiante, atravez do qual apparece uma sêda da sutura tendinosa, cuja supuração é mais notavel; ha vestigios nitidos de outros orificios sobre tudo na face posterior do punho e mão, mas estão hoje completamente obturados. Por emquanto as melhoras não são sensiveis.

Em 25 de Maio arrancou-se a sêda que apparecia atravez do orificio da região anterior do punho. Em 28 a supuração havia diminuido muito, mas principalmente nesse orificio, notando-se uma tendencia grande de todos os trajectos para fecharem.

Daqui por diante a supuração foi successivamente extinguindo-se, os orificios fôram fechando, o oedema foi diminuindo.

Em 7 de Junho a supuração é absolutamente nula, com excepção do tal orificio anterior, mas onde apenas deixa uma leve mancha no penso. Dos orificios diversos que apresentava no punho, resta apenas, além dêste, um outro levemente entreaberto na face posterior. Todos os outros estão completamente fechados. O aspecto elephantisíaco do oedema da mão tem diminuido bastante. Os movimentos dos dedos principiam a fazer-se. É provavel que, com massagens continuadas e após a desaparição do oedema, eles se restabeleçam em parte.

Eis-nos, pois, em presença de outro caso em que o metodo de Louge parece ter influencia bem pronunciada no tratamento dêste doente que, após um mez de applicação das fumigações iodadas, apresenta melhoras muito notaveis.

**9.ª OBSERVAÇÃO**— C. A., de 11 anos, natural e residente na Mêda.

Entrou para o hospital em 9 de Maio de 1912, com uma fractura exposta do colo cirurgico do hu-

mero, cujo mecanismo é muito digno de registo. Um dia principiou o rapaz sentindo muitas dôres no hombro esquerdo e ao mesmo tempo impossibilidade, ou antes, dificuldade de movimentos. Estas dôres não diminuíram nos dias seguintes e os movimentos articulares não se restabeleceram, antes parece que a articulação se prendia cada vez mais. Nestas circunstancias os pais resolveram mostra-lo a um curandeiro dos seus sitios, que, sem mais nem menos, diagnostica provavelmente uma luxação e tenta nesta hipotese fazer a redução. E assim, agarra-se ao braço do rapaz e principia a faze-lo executar repetidos movimentos de circundução. Isto, está claro, com toda a violencia e brutalidade. Sem atenção pelas lagrimas e gritos da creança, o homem transforma uma artrite qualquer numa fractura. Assim, logo apoz as suas manobras, manifesta-se uma grande tumefação do hombro e braço e, cerca de 15 dias depois, a pele ulcerase, e atravez do orificio sae um osso. Nesta ocasião consultam já os pais o medico que aconselha o seu internato no hospital de Santo Antonio, onde deu entrada no dia já indicado, na enfermaria n.º 9.

Foi operado pelo snr. Prof. Carlos de Lima em 10 de Maio.

Eis como o snr. Prof. Carlos de Lima nos descreve a operação: «recessão da parte necrosada do osso, enucleação da cabeça do humero profundamente alterada. A medula ossea tinha um cheiro fortemente fecaloide e a diafise não deu hemorragia alguma ao ser cortada. O penso ulterior foi feito com fumigações iodadas».

Não eram muito grandes as esperanças que existiam de poder-se salvar o braço ao rapaz e, durante os primeiros dias, a persistencia da supura-

ção abundante, com cheiro caracteristicamente fecaloide, supuração vinda principalmente da medula ossea, fizeram pensar mais duma vez na necessidade da amputação. A ferida operatoria da região antero-externa da espadua, largamente aberta, deixava ver bem a diafise humeral e a cavidade onde se alojava a cabeça. O penso estava sempre abundantemente conspurcado de pús.

Pouco a pouco, porém, foi-se notando uma diminuição na má qualidade do cheiro. Em 19 de Maio podíamos dizer que havia mesmo uma diminuição de supuração que já não apresentava mau cheiro, a não ser da mecha do canal medular que ainda era fecaloide. Em 25 de Maio nota-se já um melhor aspecto da ferida, uma notavel diminuição de supuração e do seu mau cheiro. Em 30 de Maio já se nota bem nitidamente a tendencia cicatricial da ferida, que apresenta um belo aspecto, pequenissima supuração, excepto da medula, que todavia tem diminuido muito, quer em quantidade, quer em má qualidade. Mais, a cavidade donde se enucleara a cabeça do humero. tem-se tapado lentamente de tecido fibroso, que em breve a fechará completamente. Além disto, vem-se notando nestes ultimos dias a neoformação dum estojo osseo em volta da diafise, neoformação que tem caminhado rapidamente. Em 8 de Junho a ferida é muito pequena, estando reduzida a menos de um terço das suas dimensões primitivas, a supuração é quasi nula, continuando embora em pequena quantidade na medula. A cavidade tem fechado cada vez mais. Em 13 de Junho foi retirado o sequestro osseo, diminuindo sempre depois disso a supuração e estendendo-se cada vez mais a cicatrização que enche quasi completamente a ferida.

**10.ª OBSERVAÇÃO** — A. P., de 60 anos, solteira, de serviços domesticos, natural e residente em Carrazeda de Anciães.

Entrou para o hospital em 24 de Janeiro de 1912, com uma ferida na região anterior da côxa esquerda, ferida esta que principiara em Setembro de 1911, por uma pequena tumefacção que arrebentou e foi depois sempre aumentando. Não vi a doente nesta ocasião, mas o snr. Prof. Dias d'Almeida, director da enfermaria n.º 9, onde a doente está, diagnosticou uma goma tuberculosa. Nestas circunstancias fez a respectiva intervenção em 26 de Fevereiro, que consistiu numa curetagem e termocauterisação. Mais tarde fez nova curetagem e termocauterisação em 4 de Abril. A ferida, porém, não cicatrizava, a supuração era abundante e parecia que a doente não chegaria a encontrar-se boa. Nestas circunstancias, e, em virtude do oferecimento do distinto aluno do 3.º ano medico e meu amigo, Barbedo Soares (que, diga-se, a seu cargo estiveram sempre as fumigações nesta enfermaria), o snr. Prof. Dias d'Almeida tentou as fumigações iodadas que principiaram a aplicar-se em 17 de Maio. Pois a 19, apenas com duas fumigações, notava-se já que a lesão ia mudar de caminho, a supuração diminuiu, a epidermisação avançou. Aqui ou além existem alguns orificios de trajectos fistulosos, curtos mas comunicantes, onde se entretinha a supuração e, em redor deles, a não epidermisação. A 25 de Maio a supuração póde considerar-se nula, e a epidermisação cobre quasi toda a ulcera, ao mesmo tempo que os buracos quasi se fecharam. A 28 de Maio a doente pediu alta, mas continua vindo á enfermaria fazer curativos, levando apenas alguns pequenos focos não cicatrizados e sem supuração,

com todos os trajectos absolutamente fechados. Em 8 de Junho os pontos não epidermisados são de tão reduzidas dimensões, que a mulher se pôde considerar completamente curada.

E' este, evidentemente, um caso feliz da applicação do metodo de Louge.

**11.ª OBSERVAÇÃO** — B. A., de 50 anos, solteira, de serviços domesticos, natural do Molêdo e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 13 de Junho de 1911, sendo internada na enfermaria n.º 14. Tinha na axila direita uma ferida ulcerada e supurante, que havia rebentado poucos dias antes e deitado apenas uma serosidade pouco abundante. Em Fevereiro de 1911 que a doente principiara sentindo na axila uma tumefacção que aumentou sempre, e por cujo motivo, o medico a quem consultou, lhe aconselhou o internamento no hospital, a fim de ser operada. Inscreveu-se, pois, nos registos do hospital, e entretanto ia colocando papas de linhaça sobre o tumor. Este rebentou por um pequeno orificio que depois aumentou bastante e assim chegou á enfermaria. O snr. Dr. Julio Franchini fez o desbridamento e curetagem da ferida, provavelmente com enucleação do ganglio. Fez, passados tempos, novo desbridamento e a ferida não fechava nunca. Fizeram-se tratamentos varios locais e gerais e, passado quasi um ano, a ferida persistia, reduzida a uma fistula de comprimento de mais de 6 centimetros e sempre supurante.

Nestas condições o snr. Prof. Carlos de Lima, para cuja direção passou esta enfermaria, tentou as fumigações iodadas, que principiaram em 13 de Maio. A 22 de Maio parece haver algumas melho-

ras. A fistula reduziu-se muito de extensão, tendo, quando muito, 1 centimetro de profundidade, com uma supuração pequenissima, e levando-nos a crer num fim proximo favoravel. Egualmente o calibre da fistula se reduziu bastante, como diminuiu o o cheiro da supuração. Em 27 de Maio a supuração é ainda menor, mas a fistula readquire as suas primitivas dimensões em profundidade. Em seguida a este dia a supuração reaparece, a fistula aprofunda-se e somos obrigados a desistir. O snr. Prof. Carlos de Lima mandou suspender as fumigações em 4 de Junho.

Estamos em face dum novo caso negativo, tanto mais de estranhar quanto parece tratar-se duma tuberculose ganglionar, circumstancia esta incluida evidentemente nas indicações de Louge. E' notavel que a principio se notaram melhoras, mas não compreendo o reaparecimento da supuração e o aprofundamento novo da fistula. Mas devemos notar ainda, para defeza do metodo, que a cura tem-se protelado apesar de diversas tentativas terapeuticas que se fizeram.

**12.ª OBSERVAÇÃO** — R. M., de 80 anos, casada, de occupação domestica, natural de Mesão-Frio e residente no Porto.

Não pude fazer a historia da doente, porque as suas faculdades mentais o não permitem. Observei-a pela primeira vez em 21 de Maio. Havia-me informado o Snr. Prof. Carlos de Lima de que se tratava de um dos melhores casos que havia em observação com o emprego das fumigações iodadas. Tinham principiado as fumigações a 16 e no dia em que eu a vi, havia já, informaram-me, melhoras muito notaveis.



Trata-se duma velha paraplegica com ulceras enormes de decubito, sagrada e trocanteriana direita, esta mais pequena e de forma circular, aquella grande de cerca de um decimetro de diametro, cordiforme, em comunicação com um extenso descolamento subcutaneo, que abrange a região lombar e atinge até grande altura a região dorsal. A supuração que deste enorme deslocamento sae, é horrivelmente fétida, o aspecto da escara é feio, e a sua tendencia progressiva é evidente. Havia-se tentado a desinfecção com largas irrigações de sublimado e permanganato, que resultaram inefficazes, não sendo possível mesmo desodorisar a supuração. Principiaram as fumigações e tudo mudou de aspecto. Com cinco applicações apenas diminue a quantidade de supuração, diminue a sua consistencia e diminue consideravelmente o seu mau cheiro. Mais, a escara perde a sua tendencia progressiva e principia a desenharse uma cicatrização dos bordos. A 27 de Maio o aspecto da ferida é bom; é o aspecto duma ferida cicatrizante, de fundo rosado e granuloso; não ha supuração, ou antes, ella é pequenissima e sem cheiro algum; a cicatrização progride, sendo já muito notavel o bordo cicatricial; o descolamento subcutaneo diminuiu bastante. A 6 de Junho continua a notar-se a tendencia para a cura, quer pelo bello aspecto da ferida, quer pela diminuição da supuração e ausencia do seu mau cheiro, quer ainda pela diminuição de extensão do descolamento subcutaneo.

**13.ª OBSERVAÇÃO** — M. S., de 70 anos, viuvo, natural de Penalva do Castelo, residente no Porto, empregado da Companhia Carris.

Entrou para o hospital em 8 de Maio de 1912, para a enfermaria n.º 2 de 1.ª clinica cirurgica.

Tinha largas úlceras atônicas em ambas as pernas. Na perna esquerda ha dois focos, um na parte media anterior, com 6 a 7 centímetros de comprimento por 3 centímetros de largura; e o outro na região externa, no terço inferior, com uma forma ovoide de 4 centímetros de diametro e tendo dissimulados alguns focos de epidermisação. Tem supuração abundante, com aspecto feio e sem tendencia cicatricial. Na perna direita o foco é unico, mas igualmente extenso, tendo cerca de 8 centímetros de comprimento por 5 centímetros de largura; a supuração é abundante, a tendencia invasora grande. O snr. Prof. Carlos de Lima principiou applicando penso humido de soro fisiologico e depois ordenou o emprego do acido picrico. Não produzindo o efeito desejado, principiou-se a applicação das fumigações iodadas, primeiro na perna esquerda em 22 de Maio, depois na direita em 27. Em 28 de Maio o foco superior da perna esquerda tem melhorado notavelmente; diminuiu a supuração, a ulcera limpou-se e tomou um belo aspecto rosado, que contrasta notavelmente com o caracter sujo de aspecto sordido, que tinha em 22; o foco inferior diminuiu igualmente de supuração, limpou-se, e a cicatrização activou-se imenso, quer por crescimento dos pequenos focos dissimulados na ferida, quer por um acrescimo de cicatrização dos bordos; na perna direita não havia modificações sensiveis, relativamente ao dia de entrada.

Informei-me regularmente dos progressos que o doente ia tendo e, em 7 de Junho, assistindo ao curativo, o estado era o seguinte: O aspecto da perna esquerda é magnifico, principalmente do foco inferior, onde a cicatrização progride de tal modo, que a extensão está reduzida a metade; mas num e

noutro fóco a cicatrização avança regularmente, sendo a supuração quasi nula. Na perna direita os resultados são superiores, pois a extensão é talvez inferior a metade da primitiva, a supuração é nula, o aspecto rosado e cicatricial da ulcera muito bom. Nesta data o snr. Prof. Carlos de Lima mandou fazer as fumigações só em dias alternados, por causa das dôres de que o doente se queixava.

**14.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — A. M., de 62 anos, viuvo, lavrador, natural e residente em Sinfães.

Entrou no dia 13 de Maio para a enfermaria n.º 6, cuja direcção clinica está a cargo do snr. Dr. Joaquim de Matos. Trazia o doente uma gangrena dos dois terços inferiores da perna esquerda; a direita tinha já sido amputada. Era a segunda vez que o homem dava entrada na enfermaria. A primeira com uma gangrena da perna direita, por cujo motivo teve de sofrer a amputação da côxa pelo terço inferior. Foi isto em Novembro ou Dezembro de 1911. Agora entrava com gangrena da outra perna e foi por isso mesmo sujeito a identica intervenção. Fez a primeira operação o snr. Dr. Joaquim de Matos que confiou a outra ao seu aluno interno e meu amigo, João Saavedra, realisando-se esta ultima operação em 15 de Maio. Até ao dia 18 o aspecto do côto foi bom; no dia 19, porém, principiou supurando, e ao mesmo tempo apareceram duas pequenas placas de gangrena nos bordos da ferida, uma no bordo externo, outra na parte posterior.

Lembrou-se o aluno interno de aplicar neste caso as fumigações iodadas, como antisseptico poderoso e saneador do fóco de supuração. Principiaram a aplicar-se em 21 de Maio; no dia 23, em que eu o observei, sou informado de que a supuração

diminuiu, as placas de gangrena se estão limitando e a supuração, que tinha um cheiro mau, é agora inodora. A 27 de Maio o mesmo aluno resolveu terminar com o emprego das fumigações, atendendo a que a supuração tinha cedido, e as placas de gangrena estavam absolutamente limitadas. Foi-se dando naturalmente a eliminação das placas de gangrena com o respectivo esfacelamento do côto, mas a ferida tem agora, 5 de Junho, um belo aspecto cicatricial, parecendo rapida a cura.

Devo notar que o doente tomava simultaneamente doses grandes de iodeto de potassio, que sem duvida tiveram a sua influencia, activando a circulação, e cabendo certamente ás fumigações a parte saneadora local. O doente é um velho alcoolico, arterio-escleroso, e em ambos os casos a gangrena foi devida a tromboses vasculares; na segunda operação o trombus da veia femural tinha cerca de 5<sup>cm</sup> de comprimento, pelo que me referiu o quartanista Saavedra.

Apezar da gangrena se ter limitado abaixo do joelho, e a amputação ser feita pelo terço médio da côxa, o estado das arterias era pessimo, encontrando-se a femural completamente obliterada por coágulos organizados. Retirada a faixa de Esmarch, as arterias não sangram, nem da propria femural a onda sanguinea destaca o coagulo obturador. A hemorragia muscular é de sangue negro, de mau aspecto.

Atento o estado do terreno operatorio, compreende-se bem como a cicatrização seria impossivel sem supuração do côto.

Pois, como pormenor interessante, é de notar que o velho não pôde convencer-se por coisa alguma, de que as suas *libações polilitricas diarias*

foram a causa de ficar sem as suas pernas, e pede constantemente vinho, apesar da ameaça de termos de lhe cortar os dois braços e a cabeça qualquer dia, respondendo sempre com um riso incredulo ás nossas palavras.

**15.ª OBSERVAÇÃO**—F. B. P., de 27 anos, solteiro, jornaleiro, natural de Cabeceiras de Bastos e residente em Ribeira da Pena.

Entrou para o hospital em 25 de Fevereiro de 1912, para a enfermaria n.º 6. Tinha trajectos fistulosos nas duas axilas, multiplos, profundos e com supuração abundante e mal cheirosa; tinha ainda uma ulcera superficial infraclavicular direita. Era um rapaz de fraca constituição, de côr acentuadamente palida, escrofuloso, tendo antecedentes familiares tambem escrofulosos e havendo-lhe já morrido um irmão com tuberculose pulmonar.

Todas as tentativas terapeuticas que se ensaiaram, foram ineficazes perante o doente e a doença. Nestas condições o aluno Saavedra, vendo a indicação dum bom resultado possível com as fumigações iodadas, principiou a sua applicação em 6 de Maio. Imediatamente o doente principiou tendo melhoras notaveis, não só pelo que elas representavam de beneficio para o doente, mas ainda pela prova de utilidade das fumigações que o caso veio mais uma vez confirmar.

Passadas apenas quatro fumigações, tinha cicatrizado completamente a ulcera e haviam melhorado muito os trajectos fistulosos do lado direito, quer na quantidade de supuração, quer na extensão em profundidade e calibre, quer ainda na cicatrização cutanea da ulceração que os acompanhava. Em 13 de Maio foram ás fumigações interrompidas

por algum tempo, e novamente voltaram a ser aplicadas, até que em 27 de Maio o doente pedia alta, senão curado, pelo menos muito melhorado. Curado da sua ulcera infraclavicular, sem supuração na axila direita e com tendencia cicatricial dos trajectos deste lado, e bastante diminuida a supuração do lado esquerdo. Pena foi que o doente quizesse ir embora, pois que sem duvida ele teria colhido melhores resultados da applicação das fumigações iodadas.

**16.ª OBSERVAÇÃO** — M. de J., de 11 anos, natural e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 2 de Dezembro de 1911, para a enfermaria n.º 9. Ha cerca de uns sete mezes, antes da sua entrada, que tinha na perna direita uma ulcera extensa, que cobre toda a região anterior e interna num comprimento de 6<sup>cm</sup>, passa depois com as mesmas dimensões pela face externa e alonga-se na parte postero-externa até quasi á altura do joelho. Dissiminados no meio desta extensa ulcera, vêem-se alguns fócios de epidermisação, certos dentre eles bastante extensos e mais abundantes a fóra e atraz. A supuração não é muito grande, mas o aspecto das ulceras é verdadeiramente fagedenico.

A rapariga conta que aquilo lhe principiou por uma tumefação grande da perna com formação de coleção purulenta, que abriu espontaneamente, e á qual se seguiu ulceração da pele e tecidos moles. Não são muito precisos estes dados, mas se os combinarmos com a fórmula franzina da rapariga e a existência de escrofulas, tendo mesmo ainda na occasião em que isto principiou tambem a abertura de um abcesso escrofuloso do pescoço, não devemos

ficar longe, attribuindo a causa etiologica a lesões tuberculosas.

Todas as tentativas feitas no sentido de curar a rapariga resultaram improficuas. Produzia-se uma certa tendencia cicatricial, que, passados breves dias, estacionava; e entretanto o fim protelava-se e a ulcera persistia com um mau character fagedenico. Tentou nestas circumstancias o snr. Prof. Dias d'Almeida as fumigações iodadas, encarregando-se da sua applicação o aluno do 3.º ano, Barbedo Soares. Fez-se a primeira fumigação a 22 de Maio, e a 25 nós distinguimos já resultados bons, quer pela diminuição de supuração, quer na limpeza da ulcera que perdeu o seu character sordido, quer ainda na aparição de abundantes gomos carnudos de cicatrizaçāo, que lhe davam um aspecto lindo, como nunca até ali tivera. A 30 de Maio nós podemos declarar nula a supuração, e a epidermizaçāo progride tão rapidamente, que bem podemos dizer que se produz a passos agigantados. A 8 de Junho a parte externa da ulcera está quasi fechada, e em toda a sua extensāo existe um trabalho de cicatrizaçāo intenso, quer pelos bordos, quer por fócios internos, sendo a supuração minima. Esta tendencia cicatricial progride sempre, e em 13 de Junho ela deixa prever um final muito lisongeiro.

**17.ª OBSERVAÇÃO** — M. M., de 40 anos, solteira, meretriz, natural de Penafiel e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 10 de Abril de 1912, para a enfermaria n.º 14 de 1.ª clinica cirurgica.

E' uma sifilitica que teve o seu cancro ha cinco anos, e as primeiras manifestações terciarias ha dois. Dentre estas, uma tem resistido notavelmente

ao tratamento específico. Uma ulcera no terço superior da face interna da perna direita, e que motivou a sua entrada actual para o hospital. Tem tido períodos alternados de melhoras e peoras, aquelas devidas ao tratamento hospitalar, que de vez em quando faz. Ultimamente, porém, apesar de duas series quasi seguidas de injeções mercuriaes, a ulcera não experimentava modificações, conservando-se com uma supuração abundante e rebelde, e não diminuindo nada de extensão. Nestas condições o snr. Prof. Carlos de Lima mandou empregar as fumigações iodadas, que principiaram em 28 de Maio, alternando-as com penso de sôro fisiologico. Em 6 de Junho a ulcera tem melhorado muito, iniciou-se a cicatrização que havia paralisado, a supuração diminuiu consideravelmente, tomando um aspecto rosado e germinativo muito animador. Em 15 de Junho os resultados obtidos são esplendidos; não ha supuração alguma, a cicatrização reduziu as suas dimensões a menos de metade, o aspecto é magnifico, levando-me a crer que em breves dias a mulher poderá sair do hospital com a sua ulcera completamente fechada.

E' este, pois, um caso notavel, que veio mostrar mais uma vez o grande poder saneador e excitante das fumigações iodadas.

**18.ª OBSERVAÇÃO** — M. R. F., de 54 anos, casada, brunideira, natural e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 4 de Junho de 1912, para a enfermaria n.º 9.

Esta mulher tem umas pernas verdadeiramente elefantisiacas de origem varicosa, varizes que se estendem a toda a altura dos membros inferiores, até á parte superior das côxas. Ha cerca de cinco ou



seis anos que pela primeira vez entrou no hospital, com as pernas muito inchadas e com rubefacção grande. Diminuida essa inflamação e curada do acidente que motivara a sua hospitalisação, voltou para sua casa, onde, breves mezes depois, principiaram novamente as suas pernas a inchar. Desta vez não quiz vir para o hospital, continuou no seu trabalho de brunideira, deixou-se ir peorando cada vez mais, até que as suas pernas ficaram esses trambo-lhos enormes que hoje são. Aqui e além iam formando-se ulcerações que fechavam, em quanto outras se abriam, e, por ultimo, mesmo na côxa esquerda se formou uma ulcera, ha 6 ou 7 mezes, que tem persistido sempre. No estado em que a vi pela primeira vez, ela apresentava diversos fôcos ulcerados nas pernas, alguns deles notaveis pela sua profundidade, supurando abundantemente, com um aspecto verdadeiramente sórdido. Pelo que respeita á ulceração da côxa, ela assentava sobre tecido cicatricial antigo, (que a doente explica, dizendo que aquella ferida tem fechado num sitio para abrir logo noutra), mas ultimamente tem diminuido notavelmente. Principiou a ser tratada pelas fumigações iodadas desde a sua entrada para a enfermaria. Em 13 de Junho as melhoras são consideraveis, informando-me o terceiranista Angelo Soares de que os efeitos das fumigações se fizeram sentir desde as primeiras applicações. Os diversos fôcos ulcerados teem melhorado, os superficiaes diminuindo de extensão, os profundos enchendo-se de tecido cicatricial, todos supurando imensamente menos. O proprio aspecto elephantisico das pernas parece ter diminuido.

É, pois, um novo caso onde o effeito saneador do iodo nascente se mostra eficaz.

**19.ª OBSERVAÇÃO** — A. R., de 24 anos, casado, natural de Vila Real, residente no Porto, onde trabalha como jardineiro, deu entrada no hospital de Santo Antonio no dia 23 de Agosto de 1911, sendo internado na enfermaria n.º 6.

É portador d'uma fistula da margem esquerda do ânus, dirigida horizontalmente para fóra até ao isquion que se encontra desnudado; esta fistula tem uma curta ramificação que se dirige para cima paralelamente ao recto.

Na parte posterior da côxa esquerda ha ainda um tracto fistuloso de paredes espessas e empastamento duro periférico, que vai desde o terço inferior, onde se abre por um orificio junto ao cavado popliteu, até á nádega em cuja espessura se perde; comunica com a fistula peri-anal e é indolor á palpação.

Aquelas duas fistulas foram produzidas e são mantidas pela carie do esquion.

O doente tinha já feito tratamento, sendo-lhe aberto um abcesso da margem do ânus, origem da fistula. Aconselhado pelo clinico que o tratava, recolheu ao hospital.

A 8 de Setembro, na ausencia do diretor clinico da enfermaria, é operado, sendo-lhe feita unicamente a incisão da fistula anal e da sua ramificação superior.

Pouco resultado colheu com esta intervenção; o doente continua na mesma, o esfincter lesado, incontinencia parcial das fezes.

Faz-se ainda, atenta a pusilanimidade do doente, antes de intervir com a operação radical que o caso indicava, a injeção da pasta de Beck, por duas vezes, o que não deu nenhum resultado.

Como unico recurso a intervenção realiza-se no dia 6 de Janeiro d'êste ano.

Abre-se a fistula peri-anal até ao isquion, e o mesmo se faz ao trajecto fistuloso da côxa, formado de paredes duras, empastadas num centimetro de periferia. Pôsto bem a descoberto o isquion, é retirada uma grande esquirola e curetado o fóco.

Ha uma difficuldade séria para fazer os curativos de modo a manter a ferida operatoria ao abrigo da contaminação fecal, que a contiguidade do recto quasi torna impossivel de evitar. Com todos os cuidados consegue-se uma assepsia regular, e a cicatrização caminha bem.

Da incisão crural restam dois orificios que dão saída ao pus de dois descolamentos cutaneos, já sem comunicação com o isquion, mantendo-se por si, alastrando e supurando mais ou menos, complicando-se por vezes de infeção externa e dando febre. A fistula anal supura ainda.

Nesta altura, fins de Abril, o doente vem-se queixando de tosse, anorexia, suores; encontram-se sarridos, enfim, sintomas de bacilose pulmonar.

É então applicado o tratamento pelas fumigações iodadas. As applicações são de intensidade moderada, diarias. Os descolamentos da côxa diminuem, limitam-se, quasi não supuram; a fistula que comunicava com o isquion está prestes a fechar. No fim de dez applicações o doente, satisfeito com o resultado d'êste tratamento, mas receando pelos seus pulmões, pede alta para ir tratar-se junto da familia.

Os curativos eram feitos de manhã; á tarde eram retiradas as mechas e limpos os trajectos, feitas as fumigações e colocadas novas mechas só nos orificios; o penso era bem comprimido sobre os descolamentos cutaneos.

Se não é um caso *brilhante*, é um caso em que as fumigações iodadas apressaram rapidamente a cicatrização de fistulas que iam a eternizar-se, desde ha quatro mezes, num organismo depauperado por nove mezes de regime hospitalar, e em que a bacilose tinha já invadido os pulmões.

**20.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO** — M. D. R., de 36 anos, natural de Corunha (Espanha) e residente no Porto.

Entrou para o hospital em 25 de Abril de 1912, para a enfermaria n.º 5 de ortopedia.

Tinha na perna direita uma ferida levemente supurante e sentia muitas dôres. Ha cinco anos tinha o doente dado ali uma grande pancada, a que se seguiu uma grande ulceração. Contrafu em seguida a sífilis e, passado um ano, deu nova pancada. Da primeira vez a ferida cicatrizou bem e o mesmo sucedeu da segunda, sendo preciso todavia fazer o tratamento anti-sifilitico geral para que melhor fechasse. Ultimamente, sentindo-se peor e tendo a sua ferida novamente aberta, veio para o hospital. Reconhecida a origem ossea da supuração e pelo relato que o doente fez, diagnosticou o snr. Prof. Carlos de Lima uma osteo-mielite da tibia com sequestro, de origem traumatica e agravada naturalmente pela sua sífilis.

Foi operado em 7 de Maio de 1912, pelo snr. Prof. Carlos de Lima, que fez a trepanação da diafise na extensão de 15 centímetros, estirpação do sequestro invaginado, curetagem, seguida de cauterisação com cloreto de zinco a  $\frac{1}{10}$ . Os curativos foram feitos sempre com fumigações iodadas, após limpeza com agua iodada e secagem.

Em 11 de Maio o doente retirou-se para sua casa em via de cura, estando a parte de enferma-

gem ao cuidado do diligente enfermeiro da enfermaria n.º 5, snr. Paiva. Continuou sempre o mesmo sistema de curativos e a ferida foi sempre fechando, conservando um aspecto granuloso constantemente bom.

Em principio de Junho o doente cometeu a imprudencia de andar um pouco a pé, razão porque houve um recrudescimento de supuração, com agravamento local e alta temperatura, que depois se foi pouco a pouco desvanecendo.

Hoje póde considerar-se o doente quasi curado, pelo belo aspecto cicatricial que a sua ferida apresenta. Conjuntamente o doente tem feito o seu tratamento anti-sifilitico, que muito deve ter influido na cicatrização. Estamos, pois, em frente de um novo caso, onde o bom efeito saneador do metodo de Louge se evidencia claramente.

## TERCEIRA PARTE

---

### Conclusões

Outras observações diversas eu poderia registrar, mas que, por circunstancias independentes da minha vontade, não podem ter aqui menção especial. Em adenda farei referencia ás observações mais recentes dos casos que atrás registro. Sou, pois, obrigado a fazer, com os poucos elementos de que até agora disponho, o remate do meu trabalho. Se a minha qualidade de aspirante a facultativo das colonias me não impuzesse a obrigação de defender tese na presente época, eu teria talvez ocasião de, por uma maior soma de observações, poder formular conclusões bastantes que servissem de avaliação mais exacta do valor terapeutico do metodo de Louge. Eu quereria até que o meu trabalho não fôsse por esse lado uma simples tese em cumprimento da lei, mas dele resultasse algo de positivo sobre a alçada que poderemos dar ao emprego do iodo nascente em terapeutica cirurgica. Se pelas observações

que até aqui registo e pelas notas finaes da adenda, qualquer coisa de proveitoso podessemos concluir como facto adquirido em terapeutica, talvez que a minha tese tivesse então alguma utilidade, mais do que a de satisfazer uma obrigação a que não posso eximir-me.

Vejam, pois, o que resalta das minhas notas sobre os 20 doentes:

**N.º 1** — Carcinoma vegetante do colo uterino, penso de fumigações de iodo nascente em pequeno numero e muito irregulares. Efeitos bons. A doente saú curada, sendo notavel a maneira rapida como se fez a cicatrização, após a larga curetagem do colo.

**N.º 2** — Trajectos fistulosos comunicantes da côxa direita, de origem tuberculosa, com supuração abundante. É um doente tuberculoso de estado geral deprimido, com alta temperatura. As fumigações iodadas fizeram terminar a supuração que com coisa alguma até ali havia diminuido. A temperatura baixou um pouco. O proprio estado geral do doente parece levantar-se.

**N.º 3** — Fractura exposta do terço inferior da perna esquerda, com mais de um mez, supuração abundantíssima, estado local e geral extremamente grave, a ponto de se chegar a pensar na amputação. Fez-se a sutura metalica e os pensos sempre com fumigações iodadas exclusivamente. Os resultados fôram de primeira ordem, e o doente pôde hoje considerar-se em via de uma cura perfeita.

**N.º 4** — Úlcera varicosa da perna esquerda, datando de cêrca de 3 anos, de character distrofico, rebelde a todo o tratamento. Supurava abundantemente e a tentativa do emprego das fumigações iodadas trouxe antes fenomenos de irritação local, talvez atribuveis ao facto de o doente andar muito tempo de pé.

**N.º 5** — Úlcera atonica da perna direita, de 18 mezes de duração, igualmente distrofica e rebelde a todas as tentativas de tratamento. A experiencia das fumigações iodadas resultou egualmente nula, mas não houve, como no caso anterior, fenomenos de irritação, conservando-se o mesmo estado durante todo o tempo em que se fez a sua applicação.

**N.º 6** — Fractura do cranio na região parietal esquerda. Após o trepano permaneceu sempre uma supuração tenaz, que nada fazia desaparecer. A applicação das fumigações iodadas parecia dever ser coroada do mais feliz exito, se o doente não tivesse fugido da enfermaria.

**N.º 7** — Adenite tuberculosa da virilha esquerda com supuração abundante. Fez-se o esvasiamento de todos os ganglios da virilha, egualmente atacados da lesão tuberculosa. Á cicatrizaçào da ferida operatoria, seguiu-se a formação dum abcesso que abriu expontaneamente por diversos orificios que todos supuravam muito. As fumigações iodadas fizeram terminar a supuração, ao mesmo tempo que os diversos trajectos sofreram grande regressão. O doente pediu alta, podendo considerar-se em via de franca convalescença.



**N. 8**—Ferida incisa do punho esquerdo com ruptura tendinosa. Após a operação estabeleceu-se uma supuração persistente, que parecia eternizar-se, com oedema elephantíaco da mão e anquilose. Com as fumigações a supuração terminou, o oedema diminuiu imenso, e, com o auxilio de massagens, os movimentos dos dedos principiam a reaparecer.

**N.º 9**—Fractura exposta do colo cirurgico do humero direito, com necrose de parte da diafise e grande alteração da cabeça do humero. Após operação, consistindo na recessão da parte necrosada e enucleação da cabeça, nunca se fez outro penso além da aplicação das fumigações iodadas e os seus resultados são magníficos. Hoje a supuração é nula, o sequestro osseo foi retirado, toda a cavidade onde se alojava a cabeça está, pode dizer-se, cheia de tecido cicatricial. O doente pode considerar-se em via de franco restabelecimento, apesar do grave estado inicial ter feito pensar na amputação.

**N.º 10**—Goma tuberculosa da côxa esquerda. Duas vezes curetada e termo-cauterisada, a supuração persistia, a epidermisação era deficiente, tractos fistulosos diversos e supurantes permaneciam. Com as fumigações iodadas tudo mudou de aspecto, e em breves dias a doente saía do hospital em franca convalescença e, pouco depois, continuando a vir fazer curativos, estava absolutamente curada.

**N.º 11**—Adenite tuberculosa da axila direita. Duas vezes desbridada, mantinha sempre uma supuração persistente. Reduzida a um tracto fistuloso de uns 6 centímetros de comprimento, experimentou no principio grandes melhoras pela applica-

ção das fumigações, com diminuição consideravel de extensão e de supuração. Deram-se depois phenomenos de regressão, que obrigaram a suspender a applicação.

**N.º 12**—Escaras de decubito, de character eminentemente distrofico numa velha paraplegica de 80 anos, com supuração enorme e de cheiro extremamente repugnante, que nada fazia desaparecer. Após duas ou tres applicações do metodo de Louge, a supuração diminuiu consideravelmente e desodorizou-se por completo. Houve a principio mesmo uma notavel tendencia cicatricial, que depois desapareceu. Agora o estado conserva-se estacionario, não havendo, comtudo, quaesquer phenomenos de regressão.

**N.º 13**—Ulceras atonicas nas duas pernas, com supuração abundante e tendencia invasora. Nem o sôro fisiologico, nem o acido picrico produziram resultado, pelo que se tentaram as fumigações, primeiro diarias, depois alternadas. Os resultados foram bons, terminando logo a supuração e principiando em seguida um trabalho de cicatrização que segue normalmente, fazendo-nos prever uma cura proxima.

**N.º 14**—Gangrena e supuração dum côto da côxa esquerda, após amputação, por gangrena de origem trombosica, num velho alcoolico, arterio-escleroso. Com cinco applicações do metodo de Louge, o fôco de gangrena limitou-se perfeitamente e a supuração terminou.

**N.º 15**—Adenites multiplas supuradas das duas

axilas e ulceração superficial infra-clavicular direita, tudo de origem tuberculosa. Doente de tara escrofulosa e alguns casos de tuberculose pulmonar na família. Nada foi capaz de terminar a supuração, e, apenas principiadas as fumigações, principiaram logo as melhoras. O doente saiu do hospital extremamente melhorado, e quero crêr que, persistindo na aplicação do iodo nascente, ele colheria resultados muito superiores.

**N.º 16**—Ulcera tuberculosa da perna direita de aspecto fagedenico e muito supurante. Resistente a todas as medicações empregadas, a ulcera nem perdia o seu mau aspecto, nem a sua supuração diminuia. Principiando as fumigações, logo a ulcera tomou um belo aspecto cicatricial, a supuração terminou após poucas aplicações, e hoje pode dizer-se que em breves dias estará completamente fechada.

**N.º 17**—Ulcera sifilitica da perna direita, com supuração abundante e sem tendencia cicatricial, apezar da respectiva medicação especifica. A aplicação das fumigações iodadas foi seguida de resultados muito animadores, pois que a supuração terminou após tres sessões e a cicatrização foi cobrindo pouco a pouco toda a ulcera, que póde considerar-se quasi curada.

**N.º 18**—Varizes dos dois membros inferiores, extendendo-se até á parte superior das côxas, com aspecto elephantisico das pernas e diversos focos ulcerativos e supurantes. A aplicação das fumigações iodadas fez terminar a supuração, diminuir o oedema, fechar muito os focos de ulceração, e a

marcha actual das lesões faz-nos prever o mais li-  
songeiro resultado.

**N.º 10**—Fistula perineal de origem ossea e de natureza tuberculosa. Após desbridamento, seques-  
trotomia e curetagem, segue-se um longo periodo  
de curativos, sem que a ferida cicatrizasse por com-  
pleto. Feitas apenas dez applicações do metodo de  
Louge, os resultados são taes, apesar do depaupe-  
ramento do doente, que este resolve pedir alta, a  
fim de fóra do hospital poder tonificar o seu orga-  
nismo depremido, quer pela doença, quer pelo longo  
internato hospitalar.

**N.º 20**—Osteomielite cronica com sequestro.  
Após sequestrotomia e curetagem, faz-se uso do  
metodo de Louge e o doente segue tão bem, que, se  
não fôra uma sua imprudencia, estaria hoje curado  
completamente, apesar da extensa ferida operatoria.  
E, ainda assim, êle em breve deve estar absoluta-  
mente restabelecido.

Resumindo, temos os seguintes resultados em  
20 doentes:

- N.º 1—curada.
- N.º 2—beneficiado.
- N.º 3—quasi curado.
- N.º 4—peorado.
- N.º 5—no mesmo estado.
- N.º 6—beneficiado.
- N.º 7—quasi curado.
- N.º 8—muito melhorado.
- N.º 9—quasi curado.

- N.º 10 — curada.
- N.º 11 — no mesmo estado.
- N.º 12 — beneficiada.
- N.º 13 — muito melhorado.
- N.º 14 — muito beneficiado.
- N.º 15 — muito melhorado.
- N.º 16 — quasi curada.
- N.º 17 — quasi curada.
- N.º 18 — muito melhorada.
- N.º 19 — quasi curado.
- N.º 20 — quasi curado.

Logo, destes vinte casos em que se applicou o metodo de Louge, nós colhemos bons resultados em 17, não tiramos resultado algum em 2, e tivemos más consequencias provavelmente em 1. Ou seja 85 % utilizaram, 10 % nada melhoraram, 5 % peorraram. Em vista do que eu posso formular sem esitação a seguinte conclusão:

*O emprego do iodo nascente, pelo metodo de Louge, em terapeutica cirurgica é de grande utilidade.*

Vejamos agora, porém, em que casos nosograficos o metodo nos deu bons resultados:

- N.º 1 — Carcinoma do colo uterino.
- N.º 2 — Trajectos fistulosos de origem tuberculosa com supuração abundante.
- N.º 3 — Fractura exposta com supuração abundante e mau estado local e geral.
- N.º 6 — Fractura do cranio com supuração persistente.

N.º 7—Trajectos fistulosos de origem tuberculosa com supuração abundante.

N.º 8—Ferida incisa do punho com supuração persistente, oedema da mão e anquilose.

N.º 9—Fractura exposta do colo do humero, com necrose ossea e supuração abundante e de cheiro muito repugnante.

N.º 10—Goma tuberculosa da côxa.

N.º 12—Escaras de decubito de natureza distrófica com supuração enorme e de cheiro repugnantissimo.

N.º 13—Ulceras atonicas das pernas.

N.º 14—Gangrena e supuração dum côto, após uma amputação.

N.º 15—Trajectos multiplos fistulosos e pequena ulcera de origem tuberculosa.

N.º 16—Ulcera tuberculosa da perna.

N.º 17—Ulcera sifilitica muito supurante.

N.º 18—Varizes dos dois membros inferiores, com ulcerações varias supurantes, e aspecto elefantisiaco das pernas.

N.º 19—Fistula tuberculosa de origem ossea.

N.º 20—Osteomielite cronica de origem traumatica.

Os casos que não tiraram qualquer proveito foram:

N.º 5—Ulcera atonica da perna.

N.º 11—Trajecto fistuloso na axila, de origem tuberculosa.

O caso em que houve agravamento da lesão foi:

N.º 4—Ulcera varicosa da perna.

Logo, reunindo em grupos, temos bons resultados em :

1 caso de carcinoma do colo uterino.

4 casos de trajectos fistulosos de origem tuberculosa.

1 goma tuberculosa.

1 ulcera tuberculosa.

3 casos de supuração abundante de origem ossea, com fractura.

1 caso de supuração persistente, com oedema e anquilose da mão, por ferida incisa do punho.

1 escara de decubito, distrofica, com supuração abundante.

1 caso de úlceras varicosas.

1 ulcera sifilitica.

1 caso de gangrena e supuração post-operatória.

1 caso de ulcera atonica.

1 caso de osteomielite cronica.

Nós podemos em vista disto concluir :

*O método de Louge produziu quasi sempre resultados favoraveis nos nossos doentes.*

*O método de Louge é duma feliz applicação, como topico local, nos casos de carcinomas vegetantes do colo uterino.*

*O método de Louge é um saneador de primeira ordem em todos os casos em que haja grandes supurações rebeldes, seja qual fôr a sua natureza.*

*O método de Louge é um excitante energico da cicatrização.*

*O seu emprego deve entrar no uso corrente da terapeutica cirurgica, sempre que tenhamos na nossa frente lesões de qualquer natureza com supuração*

*abundante, persistente, de mau cheiro; sempre que tenhamos na nossa frente lesões de caracter atonico, não cicatrizaveis; sempre que, pelo estado grave local e geral de lesões varias, nós queiramos exercer uma acção saneadora e excitante.*

*Eu sei que diversos outros processos terapeuticos nos dão o mesmo resultado talvez que o método de Louge, mas a maneira rapida como a sua acção se exerce, notando-se imediatamente os seus efeitos, após as 2 ou 3 primeiras applicações, surpreendo-nos notavelmente e obriga-nos a dar-lhe preferencia.*

*Eu desejaria mesmo que o seu emprego se tornasse de uso corrente em todas as grandes supurações, em algumas tuberculoses externas nas ulceras de origem varicosa ou distrofica, nos casos de cancroides varios.*

Como complemento, na adenda que junto, eu acrescento algumas notas finaes muito resumidas, que não veem certamente produzir alteração alguma nas minhas conclusões, mas que são novos elementos de avaliação da alçada terapeutica do método de Louge. Estas notas não poderam pela urgencia da impressão ficar no texto, como era meu desejo. Elas podem mesmo assim servir de base e elemento de estudo para quem, com mais tempo do que eu e com mais competencia do que a minha, quizer tomar sobre si o encargo dum trabalho mais completo sobre este assunto.



## ADENDA

---

Algumas notas acerca dos doentes que ainda continuam em tratamento

**N.º 2**—Persiste no mesmo estado, sem supuração, ou com supuração quasi nula, os trajectos fistulosos talvez um pouco menores, o estado geral mantem-se estacionario, a temperatura, embora alta, deixou de ter as grandes oscilações que tinha a principio.

**N.º 3**—Houve a 15 de Junho a abertura na parte superior da ferida de novo abcesso, que em breves dias secou completamente; a ferida continuou sempre diminuindo. Em 25 de Junho foi retirado o fio da sutura metalica e de então para cá a ferida tem melhorado sempre, conservando um bom estado geral. Em breve o doente estará restabelecido.

**N.º 4**—O doente está agora com pensos de sôro fisiologico e tem melhorado bastante.

**N.º 5**— Ultimamente com pensos de sôro fisiologico tem-se notado um trabalho regular de cicatrizaçãõ, estando a ulcera quasi fechada.

**N.º 8**— A supuraçãõ está definitivamente terminada, o oedema muito diminuido, os dedos fazem já movimentos relativamente consideraveis. Em vista de haver terminado a supuraçãõ, suspenderam-se as fumigações. O oedema tem egualmente diminuido.

**N.º 9**— Após a ablaçãõ do sequestro, a ferida continuou com uma bõa evoluçãõ, a supuraçãõ tem sempre diminuido, a cavidade tem-se enchido, embora lentamente. O rapaz tem um bom estado geral. Em breve, mesmo, a sua ferida deve fechar-se.

**N.º 11**— Ultimamente esta doente tem melhorado bastante, sendo a desinfecçãõ feita com agua oxigenada, ou sôro fisiologico.

**N.º 12**— A partir dos principios de Junho, a escara parou na sua bõa evoluçãõ anterior, tendo-se todavia mantido em estado local regular, pois nem voltou a supuraçãõ enorme do começo, nem existe qualquer tendencia invasõra da lesãõ.

**N.º 13**— A cicatrizaçãõ caminha bem. As ulceras teem-se fechado lentamente, sobretudo na perna esquerda, estando as suas dimensões muito reduzidas. O estado local continua a ser bom e podemos produzir um bom resultado final.

**N.º 14**— Este doente continuou com uma evoluçãõ regular, estando agora a sua ferida quasi cicatrizada.

**N.º 16**—A rabariga continuou melhorando sempre. A sua ulcera conserva um bom aspecto, a cicatrização continua, as suas dimensões estão reduzidíssimas. Em breves dias estará talvez completamente curada.

**N.º 17**—A ulcera foi sempre diminuindo, evoluçionando com bons caractéres. Quando já estava quasi fechada, parece que a propria doente a escoriou, mas em seguida a cicatrização avançou sempre e póde considerar-se curada.

**N.º 18**—As melhoras são consideraveis. Os fócios ulcerados estão muitissimo diminuidos, alguns mesmo completamente fechados. O oedema tem diminuido, como o aspecto elephantisíaco das pernas tem egualmente experimentado alguma regressão.

**N.º 20**—O doente tem melhorado sempre, embora muito lentamente, estando a parte não cicatrizada da ferida muito menor.

Eram tenções minhas referir-me, ainda que brevemente, nestas notas finaes, a alguns outros doentes em observação no hospital de Santo Antonio; mas, ou os dias de tratamento são tão poucos, ou os resultados que eles obtiveram, são por isso mesmo tão pouco sensiveis, que julgo não dever regista-los.

Não posso, porém, terminar, sem dêste facto tirar ainda uma conclusão; e vem a ser — *que o metodo de Louge tem, pelos seus bons resultados terapeuticos, merecido um bom acolhimento medico. E isto mesmo se poderá ainda concluir de ele estar entrando na clinica extra-hospitalar.*

# Proposições

**Anatomia descriptiva** — É necessaria a congelação no estudo das relações dos órgãos abdominaes.

**Histologia** — A histologia é o melhor auxiliar da anatomia patologica.

**Anatomia topografica** — O estudo cuidadoso da região é indispensavel ao operador.

**Fisiologia** — O vomito é um acto reflexo.

**Patologia geral** — A hereditariedade em doenças de origem nervosa, é um dos factores etiologicos mais importantes.

**Anatomia pathologica** — Só o microscopio permite fazer um bom estudo das lesões anatomo-pathologica dos centros nervosos.

**Materia medica** -- O iodo é um antiseptico dos mais poderosos.

**Patologia cirurgica** — Em tuberculosos cirurgicas, principalmente cutaneas e ganglionares, o metodo de Louge deve tornar-se de emprego corrente.

**Patologia medica** — O tabes e a paralisia geral não são sempre lesões parasifiliticas.

**Medicina operatoria** — O cirurgião deve fazer quanto possivel cirurgia conservadora.

**Higiene** — O medico deve ter na sociedade, como higienista, um papel preponderante.

**Partos** — O forceps é muitas vezes pela sua má utilização um instrumento perigoso.

**Medicina legal** — A legislação portuguesa sobre alienados é, sobre alguns pontos de vista, o melhor que se conhece.



VISTO.

O presidente,

*Carlos Lima.*

PODE IMPRIMIR-SE.

O director,

*A. Brandão.*

## Erratas

---

A urgencia com que este trabalho teve de fazer-se, fez escapar algumas erratas facilmente corrigiveis, limitando-me eu aqui a registar as mais importantes:

Pag.	linha	onde se lê	deve lêr-se
9	26	oto-sino-laringologia	oto-rino-laringologia
10	10	tenho-o	tenho-as
10	11	fumigado	fumigador
15	8	cunetar	curetar
15	17	locaes geraes	locaes e geraes
15	19	e	em
15	19-20	permitiam	permitiram
21	25	um decimetro cubico	5 centimetros cubicos

Pag.	linha	onde se lê	deve lêr-se
9	3	peça	pêra
14	1	valva	vulva
14	7	»	»
74	26	produzir	predizer