

IV

N.º 16

Joaquim da Rocha Reis



# TUBERCULOSE PERITONIAL

(Observações da 2.ª Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Pôrto



ABRIL - 1919



174/4 FMP

PORTO

Escola Tipográfica da Oficina de S. José

Rua Alexandre Herculano

1919



---

**TUBERCULOSE PERITONIAL**

---



Joaquim da Rocha Reis



# TUBERCULOSE PERITONIAL

(Observações da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Pôrto



ABRIL - 1919



PORTO

Escola Tipográfica da Officina de S. José

Rua Alexandre Herculano

1919

# Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINARIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão.....	Anatomia patológica.
Cândido Augusto Corrêa de Pinho	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.....	História da Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima.....	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas.....	Dermatologia e Sifilografia.
José Dias de Almeida Júnior....	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães.....	Têrapeutica geral. Hidrologia médica.
Antônio Joaquim de Sousa Júnior	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Thiago Augusto de Almeida.....	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima.	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima.....	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos.....	Clínica e policlínica cirúrgicas.
Antônio de Sousa Magalhães e Lemos.....	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes.....	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar.....	Histologia e Embriologia.
Antônio de Almeida Garrett....	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira.....	Patologia e terapêutica médicas.
Vago.....	Clínica das doenças infecciosas.

### PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

# A meu Pae

O vosso esforço e o vosso  
sacrifício não me  
esquecerão jámais.

---

À memória de  
minha Mãe

É imensa a dôr de perder-vos.

---

# A meus Irmãos

Tenho-vos a todos no  
coração.

---

À memória de  
minhas Avós

Santas velhinhas cuja falta  
hoje tanto lamento. . .

---

A meus Tios

Ao meu amigo  
e condiscipulo

M. Cerqueira Gomes

À tua intelligencia e ao teu coração  
do que foi teu companheiro  
nas horas de trabalho.

A

**Venancio Ribeiro de Araujo  
Augusto Cerqueira Gomes  
Durval Pedro Fernandes**

amigos dedicados, almas  
de eleição.

Aos meus condiscipulos

e em particular a

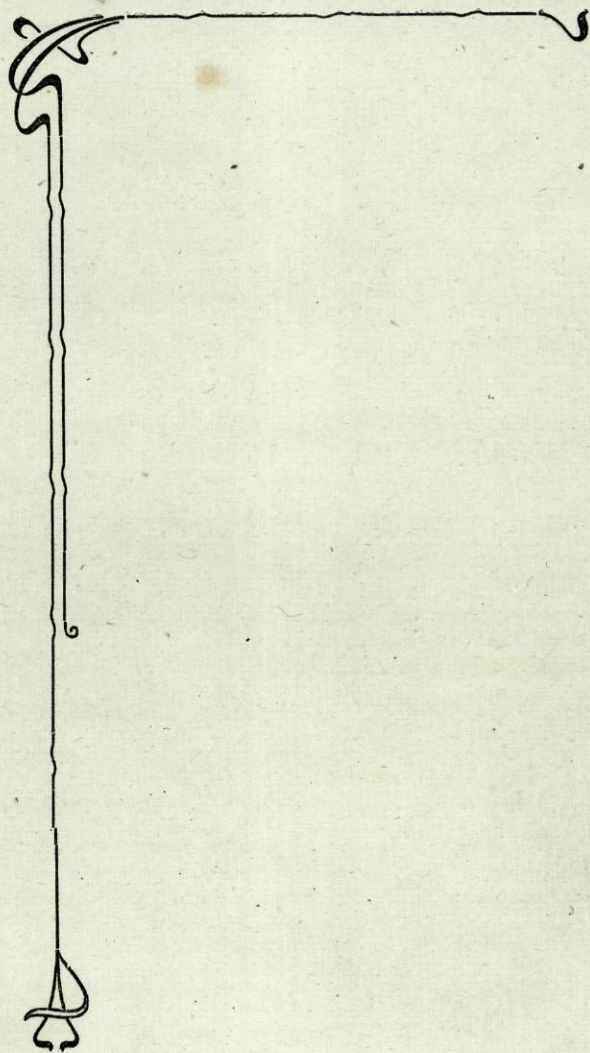
**A. Pereira de Magalhães  
Manoel Coelho da Silva  
Joaquim Roberto de Carvalho  
Gil Ramos**

Ao meu illustre presidente  
de tese

Ex.<sup>mo</sup> Senhor

Dr. Thiago de Almeida

Grande Mestre que deixa  
sempre um amigo em  
cada discipulo,



## Duas palavras

A

VELHA usança de escrever um prefacio em cada livro obriga-me tambem a antepor a este modestissimo trabalho as palavras do estylo.

Bem escusadas seriam porque, se ellas encerram sempre a justificação d'um estudo, aqui a lei que obriga a apresentação de uma these é sufficiente motivo da sua existencia.

Com este meu trabalho apenas venho prestar as ultimas provas do meu curso.

Representa elle o termo d'uma jornada entrecortada, é certo, de accidentes alegres que sempre me farão recordar um tempo que não volta e a entrada no exercicio d'uma profissão, motivo unico de todo o meu esforço.

Nada tem de original nem tão pouco de interessante.

Os grandes problemas da medicina que ainda até hoje não encontraram solução, apesar dos esforços de tantos talentos medicos, não podiam tão pouco encontra-la em mim, eu um humilde trabalhador de modestissimas aspirações.

Não a colhi tão pouco em doenças raras para que ao menos o titulo do meu estudo adquirisse o valor da

invulgaridade. Se ha uma lei que me obriga a este trabalho compense ao menos a dureza d'essa lei com o proveito que possa tirar do estudo que fizer. Se não fôr util para os outros, apresentando-lhes coisas novas, seja-o ao menos para mim, que faço agora a minha iniciação. Tudo é ser util.

E se ha capitulos da medicina para onde constantemente devem convergir as attensões do clinico, a tuberculose é sem duvida o mais vasto de todos.

Multipla na suas manifestações e localizações, ella é ainda o espectro diante do qual geme aterrada a humanidade inteira.

Tuberculosas pulmonares, tuberculosas osseas, tuberculosas intestinaes, tuberculosas das serosas, etc., eis um sem numero de localizações que annualmente ceifam numerosissimas vidas.

Quantas vezes o clinico vê dum fóco irradiar-se por toda a economia o terrível virus sem conseguir deter-lhe a marcha! É manifesta a importancia do medico perante o terrível flagelo.

Mas, que fazer se eu creio ainda que a therapeutica da tuberculose está na sua infancia?

Ha na verdade alguns casos de cura, alguns mesmo maravilhosos, mas que minima percentagem perante o numero de casos fataes a todos os instantes registado!...

Muito ha que fazer ainda n'este capitulo desde a intensificação das medidas de hygiene, onde se encontram ainda os melhores resultados, até á descoberta d'um novo processo therapeutico que venha pôr nas mãos do clinico a solução do problema.

Foi por isso que eu escolhi um capi-

tulo da tuberculose para me habituar a fazer convergir as minhas atenções para esse vasto campo da medicina.

\*

\* \*

Antes de fechar este pequeno prólogo quero consignar a minha gratidão mais perduravel ao glorioso Mestre Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Thiago de Almeida, pela annuencia ao convite de presidir á minha ultima prova escolar, e pelas indicações intelligentes e ensinamentos carinhosos que sempre e para ella me ministrou.

Muito e muito obrigado.

Porto, Abril de 1919.

## Introdução

**D**AS multiplas localizações extra-pulmonares do bacillo de Koch, a tuberculose das serosas é das que com mais frequencia encontramos na clinica, sobretudo na clinica infantil.

Pleurisias, peritonites, synovites, numa palavra, serosites varias de natureza tuberculosa são dum apparecimento tão frequente aos olhos do clinico que a sua natureza já não o impressiona.

Inflamações das serosas que até aqui

não tinham etiologia marcada foram por ultteriores estudos clinicos e laboratoriais perfeitamente enquadradas no capitulo da tuberculose.

Falar hoje em pleurisias sero-fibrinosas é quasi logo por o diagnostico causal.

O que ainda em tempos recentes constituia exclusivamente pleurisias *a frigore* é hoje dum modo simples considerado pleurisias tuberculosas, sendo o frio apenas uma causa ocasional. E se esta afirmação não póde ser posta duma maneira absoluta porquanto existem na verdade pleurisias cuja natureza tuberculosa ainda não poude ser afirmada e onde o frio desempenha um importante papel, talvez novos processos de investigação consigam mostrar-nos que se trata egualmente duma causa bacillar.

No dominio das peritonites chronicas operou-se a mesma revolução. *Ascites idiopathicas*, peritonites alcoolicos, etc., são em grande parte de natureza tuberculosa.

Se ha na verdade peritonites chronicas

ás quaes não podemos pôr ainda o rotulo de bacilar, está averiguado, todavia, que o bacilo de Koch é o agente mais frequente das lesões chronicas do peritoneu.

Não podemos ainda afirmar com Louis que todas as peritonites chronicas são de natureza tuberculosa; o que podemos dizer é que quasi todas o são.

Foi sobretudo das antigas peritonites chronicas alcoolicas, pelos processos de investigação contemporanea, que saiu um grande numero para augmentar consideravelmente a classe das peritonites tuberculosas.

Na verdade, as chamadas peritonites alcoolicas tem sido imensamente discutidas, e a conclusão tem sido a diminuição do seu numero. Foi a associação das lesões hepaticas ás lesões das peritonites em individuos alcoolicos, que chamou a atenção dos observadores para fazer notar a origem alcoolica dessas peritonites. Está, porém, hoje bem demonstrado que as lesões hepaticas existem na tuberculose peritonial, e pensou-se em relacionar as lesões do figado ás lesões do

peritoneu por analogia com certas escleroses pulmonares de origem pleural.

Todavia as cirrroses generalizadas dos alcoolicos com lesões peritonias não encontraram ahi uma completa explicação.

Depois, nem sempre os exames histologicos das antigas ascites idiopathicas e alcoolicas foram positivos, o que levou Hensch a duvidar ainda da sua natureza tuberculosa. Este auctor encontrara apenas tecido fibroso, sem bacilos nem cellulas gigantes.

Mas, como diz Broca — «a ausencia de bacilos e celulas gigantes não é rara em certas tuberculoses lentas, fibrosas, das membranas serosas».

Estando, porém, bem observadas as relações que existem entre a tuberculose e o alcoolismo, não será temerario afirmar, assim como Lancereaux o observou, a existencia duma tuberculose peritonial ao lado duma cirrose alcoolica.

A associação etiologica das lesões do figado ás lesões do peritoneu foi tambem

em certos casos demonstrada pelo inoculação do parenchyma hepatico.

A acção directa do alcool sobre a serosa não está ainda provada, sendo para alguns auctores apenas um agente indirecto de lesões peritonias pela insuficiencia que acarreta da celula hepatica inhibindo-a de neutralizar perfeitamente os venenos intestinais.

E assim, as provas clinicas, a inoculação e o cyto-diagnostico provaram mais que os exames histologicos negativos.

Foi no fim do seculo XIX que ficou comprovada a natureza tuberculosa da maior parte das lesões chronicas do peritoneu.

Não está ainda suficientemente esclarecida a razão de tamanha frequencia da tuberculose das serosas e a simultaneidade de serosites diversas, etiologicamente eguais, ás vezes bem distantes.

A commum origem das serosas talvez seja o motivo das suas alterações simultaneas.

Fundado neste parentesco embriogenico

afirmava Pissél — «a afinidade destas membranas é tão indicada pela semelhança dos seus tecidos e das suas funcções como pelas alterações pathologicas que lhe são proprias».

A razão de ser de frequencia da tuberculose das serosas, querem uns que seja devido a um augmento de resistencia do individuo ou a uma atenuação da virulencia do bacilo, e outros que esteja na acquisição pelo bacilo de Koch duma certa faculdade de adaptação ao tecido seroso, o qual se torna o seu habitado de predilecção (Bezauçon et Labbé).

Antes de entrar propriamente no seu estudo principiarei por umas ligeiras considerações sobre o modo de defeza da serosa peritonial.

BREVIÁRIO DE MEDICINA  
10

Breves considerações  
sobre as reacções  
de defeza do peritoneu

**O** PERITONEU é de todas as serosas a que gosa de maiores faculdades absorventes, e d'ahi resulta a gravidade que tem uma infecção peritoneal pela rapidez com que dissemina na economia os productos toxhemicos elaborados na sua cavidade. Este poder de absorção é favorecido no principio da afecção por uma paralisia dos vasomotores produzindo uma vasodilatação e con-

sequentemente um augmento do poder de absorpção do peritoneu.

Mas, se esta vasodilatação é inicialmente prejudicial, ella faz parte do primeiro tempo dum dos principais meios de defeza do organismo: — a phagocytose.

O peritoneu aggreddido mobilisa immediatamente os seus meios de defeza, e, se o ataque não é brutal e permite a lucta estabelece-se. Os meios de defeza de que o peritoneu se serve são — *phagocytose e exsudatos*.

A prova de que a phagocytose é um phenomeno que intervem no processo é que nos derrames mechanicos os elementos cytologicos encontrados são apenas cellulas de descamação endothelial, ao passo que nos derrames inflammatorios se encontram: um predominio de lymphocytos com alguns polynucleares eosinofilos nos de origem tuberculosa; um predeminio de polynucleares neutrophilos e alguns lymphocytos, nos d'outra origem infecciosa (estreptococcica, gonococcica...).

Isto quer dizer que houve uma chamada

de elementos phagocytarios para se defrontarem com os elementos bacteriamos.

A razão porque na tuberculose ha um predomínio de lymphocitos, e nos processos d'outra natureza um predomino de polynucleares não está ainda sufficientemente esclarecida. Para uns é devido a uma especificidade bacilar, e para outros « é a intensidade e o modo de infecção que modificam a formula cytologica mais que a sua natureza».

Outro meio de defeza a que o peritoneu recorre, como outras serosas, são os exsudatos, isto é derrames que resultam da inflamação da serosa.

Podem ser sero-fibrinosos, chyloformes, purulentos e hemorrhagicos e encerram uma grande quantidade de albumina, fibrina e substancias antimicrobianas. Qual é o seu papel na defeza do peritoneu ?

O que primeiro acorrerá ao nosso espirito é o seu papel mechanico diluindo os productos toxhemicos. Mas, bem de certo, não é este o seu principal papel.

As suas propriedades bactericidas, anti-

toxicas e aglutinantes, experimentalmente demonstradas, desempenham, com certeza, um papel preponderante na defeza peritonial, como os derrames pleurais na defeza das pleuras. E tanto deve estar nestas propriedades o seu papel capital que, nas pleurisias está verificada a correspondencia entre as serosidades mais aglutinantes e as pleurisias tuberculosas curaveis, como entre as serosidades de fraco poder de aglutinação e as pleurisias de prognostico mau. Os exsudatos actuam tambem pela sua quantidade em fibrina sobretudo porque esta, precipitando-se, engloba os microbios nas suas malhas, impedindo-os de disseminarem as suas toxinas.

O epiploon desempenha tambem na defeza peritoneal um papel importante de protecção graças ás suas tendencias plasticas e localisadôras dos processos. Devido á mobilidade elle acorre aos pontos atacados, cria adherencias e localisa a infecção.

E assim, a phase de reacção inflammatoria succede á phase de aggressão microbiana e de reabsorção toxica.

## Vias de infecção peritoneal

O modo de infecção do peritoneu parece ligar-se até um certo ponto ao da via de penetração do bacilo de Koch no organismo. Assim, aqueles que, como Behring, querem que o bacilo tuberculoso penétre na economia exclusivamente por via digestiva, afirmam que é por esta via que o peritoneu se infecta.

Mas, embora o problema da via de infecção do organismo estivesse resolvido, não ficaríamos melhor illucidados sobre o modo de infecção da serosa peritonial.

Do intestino póde ainda seguir o bacilo a via *lymphatica* ou a via *sanguinea*, e qual d'ellas prefere é o que não nos póde dar a solução do tão contravertido problema.

Posto de parte o modo de infecção por efração, que a medicina não regista, o bacilo de Koch antes de infectar a serosa preexiste na economia. É sabido que o bacilo da tuberculose se encontra vulgarmente nas fossas nasaes, amygdalas e ganglios bronchicos, sobretudo nas creanças.

As fontes de infecção são portanto multiphas, podendo o bacilo de Koch, que existe assim num estado de vida latente num grande numero de individuos, infectar o peritoneu logo que um enfraquecimento do estado geral ou uma predisposição local sobrevenham. Duas são as vias de infecção sobre as quaes os auctores ainda não estão de acordo: — *via lymphatica e sanguinea*.

Segundo as fontes de infecção podemos considerar ainda a *via digestiva, ganglionar, mesentérica, genital e pleural*.

## VIA LYMPHATICA

Não menciono a infecção por contiguidade, como é provavel que se dê, porque ella confunde-se com a infecção por via lymphatica. Com efeito, se a invasão por contiguidade não segue capilares lymphaticos, realisa-se, pelo menos, atravez dos espaços lymphaticos do tecido conjunctivo.

Além disso, admite um grande numero de histologistas modernos que os capilares lymphaticos são fechados por todos os lados, e, a ser assim, a propagação tem que fazer-se por efração microbiana das paredes, cuja permeabilidade de endothelio para isso muito concorre.

Temos assim o bacilo cahido nos espaços lymphaticos, caminho commum que duma maneira ou doutra tem de seguir.

a) **Via digestiva** — É na verdade a primeira que salta ao espirito. As relações de contiguidade e as connexões lymphaticas são tão estreitas entre o peritoneu e o

intestino que a possibilidade da infecção da serosa consecutivamente á invasão do intestino, parece duma flagrante evidencia.

Essa evidencia, porém, não impediu que Delpeuch e Dieulafoy negassem por completo o modo de infecção por esta via e com argumentos que não são para desprezar.

Assim, das suas observações concluíram que só num restricto numero de casos de tuberculose peritonal é que encontraram alguns de tuberculose intestinal.

Por outro lado Marfan nota que «nos casos mais nitidos de tuberculose intestinal a existencia duma tuberculose peritonal é uma verdadeira raridade.»

Koenig objectou dizendo poder ter-se apagado o foco intestinal depois da infecção da serosas, fundando-se em cicatrizes encontradas em autopsias de tuberculosos intestinaes.

As celebres experiencias de Dobroklonski levaram a concluir que o bacilo podia atravessar a parede do intestino sem deixar lesões na mucosa.

Convém notar, contudo, que nestas experiencias a ingestão do vírus foi sempre seguida duma tuberculose mais ou menos generalizada sem que de ordinario o peritoneu fosse atingido.

Tchistovielle afirma ainda que a migração do intestino para o peritoneu e vice-versa é quasi impossivel, sendo a camada muscular uma bárreira intransponivel.

E assim o que parecia evidente *a priori* é hoje ainda um ponto muito controvertido.

b) **Via ganglionar-mesenterica** — Apesar de possivel não parece ser frequentemente o ponto de partida da tuberculose peritonal. Marfan viu um grande numero de casos de tuberculose mesentérica sem que o peritoneu fosse atingido.

c) **Via genital** — A maior frequencia da tuberculose peritonal na mulher, as relações de contiguidade e as connexões lymphaticas entre o peritoneu e os órgãos genitais fizeram

nascer a suspeita de se fazer a infecção da serosa por via genital.

Alguns auctores como Verneuil e Lernet sustentaram que «as lesões genitais na mulher são a causa mais frequente da tuberculose peritonal e em particular da forma descripta sob o nome de ascite idiopathica das raparigas.»

Não se fará porém a infecção por via descendente como na tuberculose reno-uterogenital em que a evolução descendente é a regra e a ascendente excepcional?

Não serão lesões contemporaneas?

O aspecto das lesões anatomicas nada nos diz sobre a sua relação chronologica porque as lesões mais avançadas sob o ponto de vista anatómo-pathologico, as caseiosas, por exemplo, são muitas vezes as mais recentes como as observações experimentais e anatomo-clinicas muitas vezes o demonstraram.

A clinica mostra tambem aqui a sua impotencia porque um fóco que por muito tempo ficou latente póde só vir a revelar-se

mais tarde quando da eclosão dum fóco secundario.

Os resultados da experiencia não são também para registrar porque eles tem sido o mais das vezes contradictorios.

d) **Via pleural** — O facto de aparecer consecutivamente ou simultaneamente lesão tuberculosa na pleura e peritoneu foi invocado para afirmar que a infecção se fazia da pleura para o peritoneu.

Ha na verdade uma notavel coincidência das lesões peritonias e pleurais mas quando ela se dá na maior parte dos casos está bem averiguado que as pleuras são interessadas secundariamente.

Nas nossas observações onde foi possível pelo nosso exame, no decorrer da doença e pela sua historia, ligar a relação chronologica das duas lesões, fomos sempre levados a concluir que a doença era inicialmente peritonia.

Estamos, portanto, convencidos que de todas as vias de infecção é a esta a que

menos deve ser incriminada porque está em contradicção com as observações clinicas até aqui registadas.

### VIA SANGUINEA

Nas formas agudas é universalmente admitida a origem sanguinea, sendo neste caso a lesão peritonial apenas «uma determinação episodica da granulia generalizada.»

O caracter diffuso de numerosas formas de tuberculose peritonial faz saltar ao nosso espirito a ideia duma disseminação simultanea do bacilo por todas as partes da serosa que só será realisada pela via sanguinea.

As peritonites chronicas tuberculosas tem na verdade um caracter diferente das peritonites chronicas doutra natureza.

Emquanto que as infecções não bacillares, consecutivas ordinariamente a formas agudas, dão logar a peritonites chronicas mais ou menos localisadas e seguem normalmente uma alteração das visceras subja-

centes, a tuberculose parece ser a unica infecção capaz de dar logar a uma tuberculose peritonal generalisada, independente das alterações das visceras que o peritoneu recobre.

Tendo, portanto, um caracter tão differente na sua forma anatomopathologica das outras peritonites chronicas é natural que a via de infecção seja tambem differente.

Emquanto nas não bacilares predomina a via lymphatica aqui deve predominar a via sanguinea.

Mosny e Bunard diziam que «todas as tuberculoses localisadas não são tuberculoses de inoculação mas sim de disseminação».

Acreditamos portanto que a infecção peritonal deve realizar-se pelo sangue donde o bacilo penetrará depois da eclosão dum foco latente em qualquer outra parte do organismo.

## Anatomia pathologica

O ESTUDO da anatomia pathologica tem aqui um extraordinario valor porque as distincções que ela faz, encontram-se no estudo clinico da entidade morbida.

Sabe-se que a uma agressão microbiana responde o organismo mobilizando e organisando as suas defezas, e o estudo das lesões bacillares e dos modos da defeza de que dispõe a serosa é dum alto valor.

Fizemos notar que a maioria como as serosas se defendem constitue um caso

especial da reacção do organismo aos agentes microbianos.

Formam-se derrames, neo-membranas, adherencias, focos enkystados que não vamos encontrar noutras partes da economia. Sabe-se tambem hoje que o bacilo de Koch contém dois venenos, um caseificante, soluvel no ether (etherobacilina), e outro esclerosante, soluvel no chloroformio (chloroformina), e consoante o predominio dum ou doutro assim as lesões seguirão uma determinada evolução.

Posto isto, passamos a estudar as diferentes formas anatomo-pathologicas.

### TUBERCOLOSE AGUDA

A tuberculose aguda do peritoneu não é mais que uma granulia generalisada de predominio peritonal e, aqui, as lesões inflammatorias estão reduzidas ao minimo, para sobresahirem as lesões tuberculosas.

A cavidade peritonal está livre, contendo ascite em quantidade variavel, de côr citrina

ou esverdeada, e ás vezes, hemorrhagica, como num caso de Claude em que se tratava dum verdadeiro hematoceleo peritonal.

A serosa está despolida e coberta de granulações miliars. A acrescentar ás lesões da serosa ha as que estão generalizadas a todas as visceras.

### TUBERCOLOSE CHRONICA

Tres são as formas anatomopathologicas da tuberculose chronica do peritoneu: — *ascitica, caseiosa e fibrosa.*

A mistura destas tres formas na mesma serosa e muitas vezes a sua successão mostram que estas variedades anatomicas «mais que formas distinctas, são muitas vezes estados successivos duma mesma evolução pathologica».

**Forma ascitica** — Esta forma é objecto dum estudo especial nas crianças pelos seus caracteres clinicos e prognosticos. No adulto, porém, ela pertence mais ou menos a todas

as formas de tuberculose peritoneal sendo ordinariamente a primeira phase da doença.

Como facilmente se deduz, o que predomina aqui é a ascite, liquido citrino, transparente e ás vezes um pouco sanguinolento attingindo por vezes um volume considerável.

Sobre a serosa peritonial apparecem granulações tuberculosas que se localisam sobretudo na pequena bacia.

**Forma caseiosa** — É caracterizada pela fusão das massas tuberculosas podendo ir até á ulceração ou perfuração dos órgãos subjacentes.

Pode succeder á forma ascitica ou então constituir inicialmente a fase de amollecimento dos tuberculos.

O peritoneu apresenta grande numero de adherencias inter-viscerais e viscero-parietais á custa de falsas membranas que circunscrevem bolsas cheias dum liquido seroso ou sero-purulento.

Ha uma verdadeira sementeira de tuber-

culos amarelados em todos os periodos de amolecimento. O epiploon está crivado de pontos caseiosos e formam-se alterações nas ansas intestinais que podem ir até á perfuração, constituindo-se fistulas estercorais.

Esta forma caseiosa depende do predomínio da ethero-bacillina, veneno caseificante do bacilo, e não da natureza do terreno, a não ser que elle possa exercer uma acção neutralisante mais ou menos electiva sobre os venenos bacilares. Conhece-se, de facto, a tendencia fibrosa que toma a tuberculose em terrenos arthriticos.

**Forma fibrosa** — Caracterisa-se por uma transformação fibrosa dos tuberculos. Esta transformação isola os tuberculos e detem a marcha das lesões destructivas. Só excepcionalmente é que não principia pela phase ascitica, mas na phase propriamente fibrosa o liquido reabre-se havendo tuberculos nos folhetos da serosa.

Tambem ha uma forma secca em que a

transformação fibrosa dos tuberculos não é precedida da phase ascitica. Estas transformações fibrosas são na verdade um processo de cura, porque substituem o tuberculo. São devidas ao predominio da chloroformina.

Todavia, como diz Forgue, «este processo fibro-plastico pode ir alem do grau util e tornar-se perigoso pelas retracções e compressões que d'ahi resultam».

Casos de oclusão intestinal são frequentes em virtude da formação exagerada do tecido fibroso que pode estrangular as ansas intestinais ou dar logar a curvaturas que impedem o curso normal das fézes.

Á abertura do abdomen o que fere a vista são as adherencias mais ou menos generalizadas.

## Simptomas ———

### FORMA AGUDA

**N**UMA granulia generalisada podem ser pouco distinctos os symptomas peritoniaes para só sobresahirem os da infecção granulica.

Quando a participação do peritoneu é notada, observam-se dôres abdominaes expontaneas e á pressão, vomitos e meteo-rismo, alem do estado typhoso proprio da infecção.

Sendo a granulia mais atenuada e

localizada na sua erupção á pleura e peritoneu dá lugar á forma *pleuro-peritonial* de Fernet.

Nesta forma as lesões predominam no peritoneu aparecendo posteriormente as lesões pleurais anunciadas por pontada, tosse, dispneia, e sinais duma pleurisia seca ou com derrame.

Encontra-se aqui um pouco mais nítido o syndroma peritonial caracterisado por: dôres abdominais, vomitos, contrações da parede abdominal e paresias intestinais.

A evolução destas formas é ordinariamente rapida e quasi sempre fatal.

As formas sub-agudas ainda são susceptíveis de cura por uma evolução fibrosa das lesões, não sem o perigo duma repetição ulterior dos accidentes.

### FORMAS CHRONICAS

Relacionando a evolução anatomopatologica com a evolução clinica das lesões

consideram-se tres formas : *ascitica*, *caseiosa* e *fibro-adhesiva*.

**Forma ascitica.** — Duua grande frequencia nas crianças onde adquire uma individualidade clinica bem marcada, ela é o mais das vezes no adulto considerada como uma phase da doença.

Corresponde á antiga ascite essencial das raparigas de Curveilhier “afecção chronica de peritoneu especial á segunda infancia e particularmente frequente nas raparigas, caracterisada pelo desenvolvimento duma ascite simples apyretica, quasi indolôr e espontaneamente curavel».

Esta marcha apyretica, não é todavia o vulgar. Ha, na verdade, alterações de temperatura, ás vezes pouco notadas, sobretudo muito irregulares, sendo preciso, na maior parte de casos, multiplicar as explorações thermicas para rastrear os movimentos febrís.

O principio é ordinariamente o mais insidioso possivel ; — um individuo emagrece,

perde as forças, tem perturbações digestivas, crises de diarreia e de constipação, ligeiras oscilações de temperatura.

Mais tarde então o ventre abaúla-se o que torna característico o contraste entre o volume do ventre e a emaciação do resto do corpo.

Á palpação, no abdomen nota-se nitidamente a sensação da onda. O doente acusa dôres vagas, ás vezes paroxísticas, generalizadas a todo o abdomen, e o exame das urinas revela notavel indicanuria.

Esta ascite pode ao cabo de alguns mezes reabsorver-se, como é frequente nas creanças, ou então passar ás phases seguintes: caseiosa ou fibrosa.

É uma forma muitissimo curavel.

**Forma caseiosa.** — Póde ser primitiva ou então succeder, o que é mais vulgar, á forma ascitica.

O ventre á palpação já não oferece a sensação de onda; encontram-se, sim, zonas de empastamento e diferente sonoridade.

O estado geral está muitissimo atingido e a febre tem grandes oscilações.

O doente tem arrepios violentos, suores profusos, sobretudo de noite, vomita e apresenta crises ora de diarreia ora de constipação.

A persistencia da febre e sobretudo as grandes oscilações, a abundancia de suóres, o emagrecimento progressivo e os arrepios indicam que a evolução da doença caminha para o amolecimento caseioso.

As colecções purulentas que se formam podem, ás vezes, abrir-se para o exterior ou para uma ansa intestinal.

A estes symptomas abdominais ha ainda a acrescentar os symptomas pleurais que ordinariamente não faltam. O prognostico é mau.

**Forma fibro-adhesiva** — Póde succeder ás duas formas anteriores e marca ordinariamente a evolução para a esclerose de cura.

Não ha ascite, augmenta a consistencia do ventre, encontram-se massas duras cor-

respondendo a nodosidades epiploicas de transformação esclerosa.

O estado geral no decorrer desta evolução lenta é relativamente satisfatório.

As digestões estão menos perturbadas, e a ausencia de febre é regra.

Esta forma é ordinariamente de evolução favoravel a não ser que a forma caseiosa a venha continuar.

Ha tambem a recear as complicações do exagero de esclerose que póde levar sobretudo a uma oclusão aguda do intestino.

Apparecem tambem quasi sempre sinais de pleurisia.

Colaboração de outros  
orgãos na tuberculose  
peritonial

**PLEURAS**

**A**s pleuras quasi sempre colaboram nas lesões bacilares do peritoneu. A grande constancia desta colaboração deu logar a que Godelier disse fizesse uma lei. Não é infalivel, mas observa-se tão frequentemente que as lesões pleurais no decorrer duma afecção peritonial são um valioso elemento para estabelecer o diagnóstico causal.

É para notar que a relação inversa não se observa.

### FIGADO

Não queremos que elle colabore exclusivamente na formação da ascite, por que acreditamos com Levi-Sirugue que a ascite, como os derrame pleurais, são devidos a uma fluxão perituberculosa.

A indicanuria e hipoazuturia indicam uma colaboração da celula hepatica.

### INTESTINO

São notorias as crises de diarrêia e constipação. A persistencia da diarrêia faz suppôr que o intestino esteja tambem atingido pelas toxinas microbianas.

## Diagnosticco

As dificuldades do diagnosticco variam com o periodo anatomo-clinico em que se encontra a afecção, sendo por vezes delicado nas formas asciticas.

As formas agudas podem confundir-se com a febre typhoide, meningites ou ainda peritonites agudas por perfuração. Nestas ultimas ha uma evolucion morbida mais precipitada, uma dôr mais viva e maior aggressão do estado geral.

As formas chronicas em que ha apenas

meteorismo e perturbações digestivas podem confundir-se com a gravidez ou com o peritonismo histerico. No primeiro caso se fôr grande a confusão é conveniente esperar algumas semanas até que o diagnostico se esclareça melhor.

No segundo, isto é, no caso de confusão com o *peritonismo histerico*, que é um estado morbido com uma symptomatologia mais ou menos rica, capaz de simular todas as formas agudas ou chronicas da tuberculose peritonial, dirigir-nos-hemos aos antecedentes da doente, sinais hysterios, e mesmo á cura por sugestão.

Nas formas asciticas póde havêr confusão com cardiopathias, nephrites e sobretudo cirroses, particularmente as alcoolicas.

**Cardiopathias** — Neste caso existem edemas dos membros inferiores, facies asystolico, figado augmentado de volume e doloroso.

**Nephrites e cirroses** — Com as nephrites o diagnostico não é difficil, estando portanto

a dificuldade nas cirroses, sobretudo alcoolicas.

Uma analyse clinica attenta differenciará o que pertence a uma e a outra afecção.

Eis os principais elementos distinctivos que tiro a um auctor da especialidade :

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| — Cirrose alcoolica                              | — Tuberculose peritoneal             |
| — Rêde venosa abdominal nitida                   | — Rêde venosa um pouco notada        |
| — Perturbações gastricas predominantes e antigas |                                      |
| — Ventre indolôr                                 | — Ventre mais ou menos doloroso      |
| — Ascite movel                                   | — Septonada ao cabo de alguns mezes. |
| — Apyrexia                                       | — Evolução febril                    |
| — Evolução lenta                                 | — Evolução mais rapida               |

Pode na verdade uma cirrose alcoolica complicar-se de tuberculose peritonial ou haver cirroses tuberculosas, e neste caso a differenciação clinica é por vezes extremamente difficil.

Dos exames laboratoriais destinados a

illucidar o diagnostico podemos servir-nos ainda do cyto diagnostico, reacção de Rivalta, exame microscopico do liquido ascitico e inoculação.

**Cyto-diagnostico** — Nas tuberculoses peritonias, como anteriormente já fizemos notar ha uma notavel lymphocitose.

**Reacção de Rivalta** — Denota a existencia de fibrina e estando hoje averiguado que ella é excessivamente abundante em derrames inflammatorios, a sua positividade dir-nos-ha que não se trata dum transudato ou derrame de origem mecanica, como nas cirroses.

**Investigação do bacilo** — Não são decisivos os seus resultados, quer positivos, quer negativos pela confusão com os acidos resistentes que aparecem com frequencia.

**Inoculação** — Fornece preciosos elementos. As formas caseiosas e fibrosas podem

confundir-se também com kystos do ovario ou oclusões intestinais.

A evolução da doença, o estado geral e a colaboração doutros órgãos, podem, ás vezes, illuminar sufficientemente o diagnostico.

## Tratamento \_\_\_\_\_

**O** TRATAMENTO da tuberculose peritoneal atrevesou até hoje varios periodos.

Ao principio foi exclusivamente medico até que uma cura inspirada por intervenção devida a um erro de diagnostico fez desviar a terapeutica desta afecção para os dominios da cirurgia.

E desde então ficou sendo o tratamento cirurgico o unico recurso a que se lançava mão para tratar uma bacilose peritoneal.

Estavam nelle todas as esperanças e, intervinha-se a todo o momento, convencidos os clinicos da inefficacia dos processos medicos.

Hoje, acabaram os exclusivismos: as indicações terapeuticas colhidas duma observação atenta dos factos clinicos são postas com regular precisão.

Escolhem-se os meios medicos ou cirurgicos consoante as circumstancias, estando em grande escala rehabilitados os meios medicos, cujos ultimos resultados se mostram os mais animadores.

Tem-se feito ainda varias tentativas de cura por processos especiaes — *radiumtherapia*, *heliotherapia* e *auto-serotherapie*. Destes destacaremos a autoserotherapie. A chamo-la um processo tão simples e tão seductor pelos resultados que vimos obter na nossa 2.<sup>a</sup> Clinica Medica, que a consideramos dum alto valor.

Dela falaremos adiante com mais desenvolvimento.

## MEIOS MEDICOS

Antes de tudo, tratando-se duma tuberculose, escusado será dizer que devemos seguir os meios indicados no tratamento geral de todos os tuberculosos.

*Bom ar, boa alimentação, boa luz e repouso* eis as primeiras indicações que devem saltar imediatamente ao espirito do clinico.

Este tratamento hygienico, quando bem conduzido, tem dado esplendidos resultados não sem admiração d'aquelles que julgaram impotentes os meios medicos para a cura duma tuberculose peritoneal.

Na *forma aguda*, sendo esta ordinariamente um episodio duma granulia generalizada, é raro que as localizações abdominais reclamem uma intervenção especial.

Quando o reclamarem usaremos sobretudo calmantes.

Nas *formas chronicas*, desde a alimentação substancial até ao regimen climaterico e medicação tonica, tudo devemos seguir.

Sobre o abdomen collocam-se ás vezes compréssas de tintura de iodo ou outras substancias, e por vezes ainda gêlo.

Os resultados obtidos por estes meios tem sido excellentes, o que lhes valeu serem hoje empregados em grande escala.

### MEIOS CIRURGICOS

*Puncção simples, puncção seguida de injeção modificadora, laparotomia*, eis os meios que a cirurgia tem experimentado até hoje e a que ainda lança mão no tratamento desta entidade nosologica.

**Puncção simples** — É usada nas formas asciticas simples sendo em certos casos bons os seus resultados; ás vezes uma simples puncção evacuatôra é o sufficiente para obter uma cura, porque a ascite não se reproduz.

Infelizmente nem em todôs os casos assim succede.

**Puncção seguida de injeção modificadora —**

É um processo que hoje está quasi totalmente abandonado porque os seus resultados foram na maior parte das vezes contraproducentes.

As injeções podem ser de agua boricada, naphtolada, ar esterelizado, etc.

**Laparotomia** — Consiste apenas um abrir, evacuar e fechar a cavidade peritonial sem outras manobras de qualquer especie. A cirurgia aplica hoje com frequencia este processo que foi suggerido pelo celebre erro de Spencel, vendo curar uma bacilose peritonial depois duma laparatomia por erro de diagnostico. São bastantes as suas indicações, os resultados bastante satisfatorios e sobretudo duma technica facil.

Não se deve nesta intervenção lavar o peritoneu porque as manobras de lavagem podem determinar a ruptura de adherencias favoraveis.

As manipulações prolongadas são consideradas hoje tambem inconvenientes assim

como a drenagem nas formas caseiosas, porque, ás vezes, é origem de fistulas variadas.

### MECHANISMO DA CURA OPERATORIA

Como é que uma simples evacuação da ascite leva á cura ?

Diversas teem sido as interpretações que quizeram dar a este phenomeno, e todas ellas embora mais ou menos verosimeis, ainda não conseguiram uma unanimidade de vistas.

Para uns a laparatomia dá logar a emigração de leucocitos e neoformação de vasos embryonarios, enfim uma neoformação de tecido cicatrical que substitue o tecido tuberculoso, sendo estas modificações provocadas pela acção do frio sobre a serosa e pela dissecação.

Para outros é devido á penetração de ar na cavidade peritonial, cujo oxygenio transforma a tuberculina em oxytuberculina que tem propriedades curadoras.

O que é certo é que o mecanismo da

cura é ainda um ponto obscuro parecendo apenas que a laparotomia «não faz mais que *activar, favorecer um processo curador normal*, porque sendo uma tuberculose local como as pleurisias, deve curar também espontaneamente, como estas ultimas curam».

### INDICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRURGICO

Hoje não se opéra em qualquer circumstancia como na epoca em que se acreditava que o tratamento cirurgico era a unica therapeutira efficaç.

As indicações são postas, embora não duma maneira absoluta.

No caso duma granulia generalisada a intervenção é abandonada, e na forma pleuro-peritonial, se fôr possivel afirmar a não existencia de fócios extra-pleuro-peritoniais, alguns auctores aconselham a intervenção.

É todavia mais prudente esperar a evolução da doença, cuja possibilidade de

passagem ao estado chronico favorecerá depois a operação.

Nas formas asciticas será ensaiado, se depois dum tratamento medico cuidadoso a ascite não diminuir ou antes augmentar.

Nas formas fibro-caseiosas as indicações operatorias são raras, sendo ás vezes favoraveis no esvaziamento de certas bolsas kysticas.

Na oclusão aguda por formação d'uma brida de tecido fibroso está tambem indicada a intervenção cirurgica.

*De modo que o tratamento medico e ainda processos especiais (serotherapie, etc.) devem ser ensaiados, e só depois de terem fracassado e não havendo localizações visce-rais é que o tratamento cirurgico será tentado.*

#### **CRITICA AOS RESULTADOS OBTIDOS PELOS DOIS MEIOS THERAPEUTICOS**

O valor das estatísticas não pode ser tido aqui em grande consideração.

Se o fosse, era para o tratamento cirur-

gico que nos tinhamos de inclinar porque é ele que fornece uma estatistica mais completa de casos de cura.

As estatisticas medicas são insuficientes.

Mas onde os cirurgiões teem obtido melhores resultados é nas formas benignas que hoje se sabe serem formas espontaneamente curaveis, e portanto quantas não curariam sem a operação!...

E, assim, embora as estatisticas medicas sejam deficientes, todos concordam hoje que o tratamento medico não é para desprezar por inificaz, como ha alguns annos se acreditava.

Hoje tem um logar preponderante na therapeutica fazendo recuar para as suas verdadeiras fronteiras a intervenção operatoria.

### MEIOS ESPECIAIS

**Helioterapia** — Registam-se varios casos de cura, havendo tambem alguns casos na nossa 2.<sup>a</sup> Clinica Medica, em annos anteriores.

**Radiumtherapia** — Tem sido ensaiado este processo mas os seus resultados não são muito animadôres.

**Auto-serotherapie** — Este processo foi mais uma vez experimentado na nossa 2.<sup>a</sup> Clinica Medica e com bons resultados.

As doentes das observações I e II fizeram este tratamento, e se a segunda se pode dizer que saiu melhorada, a primeira incontestavelmente saiu quasi curada.

A doente da observação I melhorava sensivelmente sob a influencia deste tratamento; o estado geral beneficiava-se progressivamente; a temperatura desaparecia e a ascite não se reproduzia.

Achamos, portanto, um processo de tal simplicidade e de tão magnificos resultados que nunca esqueceremos de o usar todas as vezes que a occasião se nos offereça.

É racional na verdade este meio de tratamento.

Como atrás referi, o liquido ascitico de

origem inflammatorio tem propriedades bactericidas, aglutinantes e antitoxicas. E assim, introduzindo nós na corrente sanguinea um liquido com estas propriedades enriquecemos, pelo inoculação de anticorpos, etc., os meios de defeza do organismo. É por isso que P. Courmout julga que o fracasso do methodo em alguns casos seja devido a falta de corpos bactericidas, antitoxicos e aglutinantes.

Querem alguns auctores que actue como as tuberculinas.

**Technica do processo** — De 8 em 8 dias depois de feita uma paracentese, se necessario fôr, injectam-se no tecido celular da parede abdominal 10 c. c. de liquido ascitico.

Se este tratamento agravar o estado febril então está contraindicado o tratamento, como para as tuberculinas.

Na doente da observação I foram feitas 4 injecções e a temperatura ao fim da segunda injecção principiou a declinar e a perder as grandes oscilações do começo.



OBSERVAÇÕES



S. P. A. — 25-VII-918.

#### ESTADO ACTUAL

**Symptomas geraes** — Notavel estado de emaciação; febre e suores abundantes durante o somno, principalmente de manhã; asthenia e anorexia.

**Symptomas abdominaes** — Abaúlamento da parede abdominal; ascite; dôres generalizadas por todo o abdomen, expontaneas e á pressão, mais acentuadas aos lados da

região gastrica; crises de diarreia e de constipação.

**Symptomas cardio-vasculares** — Pulso pequeno e frequente.

**Symptomas pleuro-pulmonares** — Tosse sem expectoração. Anteriormente grande zona de maciszez no hemithorax direito; respiração diminuida no vertice do mesmo lado; atritos pleurais á direita. Posteriormente maciszez á direita e respiração soprada do mesmo lado.

**Symptomas genito-uritarios** — Diurése reduzida. Amenstruada ha tres mezes.

### HISTORIA DA DOENÇA

Sofre ha quatro mezes. Principiou por ter dôres abdominais, diarreia, falta de appetite e cansaço ao menor esforço.

Sentia-se emagracer progressivamente e em opposição o ventre augmentava-lhe de volume sendo-lhe difficil e mais tarde impossivel apertar as saias.

Passado um mez sentiu uma violenta pontada á direita do thorax.

Quando entrou para o Hospital offerecia ainda toda esta symptomatologia agravada de vomitos, ventre excessivamente volumoso e com dôres espontaneas e á pressão.

A 1 de setembro foi-lhe feita uma paracentése extraindo-se-lhe 3 litros de liquido turvo; a 10 nova paracentése com extracção de mais dois litros e meio de liquido.

Desde que lhe foram feitas as paracenteses as dôres abdominaes desappareceram.

#### ANTECEDENTES PESSOAES

Temperamento nervoso; sarampo aos 20 annos. Sofre de prisão de ventre e foi pela primeira vez menstruada aos nove annos.

#### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

O pae é vivo e saudavel, assim como quatro irmãos; a mãe morreu de parto.

### DIAGNOSTICO

As dôres, o abaulamento do abdomen, os vomitos, as crises de constipação e diarreia indicam que se trata dum padecimento peritoneal.

A natuerza da afecção é tuberculosa; a confirmar este diagnostico vem o estado geral da doente, reacção de Rivalta positiva e ainda a collaboração de perturbações noutros órgãos, como pleuras, figado e intestino.

### PROGNOSTICO

Trata-se da forma mais curavel a não ser que evolucione para a forma caseiosa.

### TRATAMENTO

Não foi esquecido o tratamento geral dos tuberculosos.

O tratamento medicamentoso foi feito por meio de tonicos, cacodylato de soda, sulfato de estrychnina, etc., e pela *auto-serotherapie*.

1.<sup>a</sup> injeção de 10 c<sup>3</sup> de liquido ascitico no dia 1 de setembro.

2.<sup>a</sup> injeção de 10 c<sup>3</sup> no dia 10 de setembro.

3.<sup>a</sup> injeção no dia 22 de setembro.

#### ESTADO DA DOENTE EM 1-X-918

Febre com pequenas oscilações; ventre chato, sem ascite, e com notavel tensão; uma zona de tympanismo na região supra umbilical e duas zonas de empastamento aos lados da região gastrica; augmento de forças, de appetite e ligeiro acrescimo de peso.

Continua a ser amenstruada. Os symptomas thoracicos não se modificaram.

4.<sup>a</sup> injeção no dia 2 de outubro.

5.<sup>a</sup> " no dia 26 " "

#### ESTADO DA DOENTE EM 1-XI-918

O estado geral continua a melhorar progressivamente; a doente está bem disposta

não tem dôres nem diarreia e a temperatura desapareceu. O pulso é mais amplo, embora ainda um pouco frequente 80 pulsações. A diurése é normal e o exame das urinas não revela elementos anormaes.

À auscultação do coração notam-se ligeiros atritos pericardicos.

A doente era portanto portadora d'uma *polyserosite*.

Este accidente ensombra um pouco o prognostico pelas consequencias que pôde acarretar: — symphise pericardica de prognostico gravissimo.

A doente saiu passado algum tempo com o desaparecimento quasi completo dos attritos pericardicos, e bom estado geral.

II

R. J. L. — 19 annos, solteira — 1-II-918.

ESTADO ACTUAL

**Symptomas gerais** — Emagrecimento, cefalalgias frontais, fadiga com qualquer movimento, febre, diarreia por vezes, e anorexia.

**Symptomas pleuro-pulmonares** — Respiração diminuida á direita, tosse com ligeira expectoração tachypnea e atritos pleuraes á direita.

**Symptomas cardio-vasculares** — Pulso pequeno e frequente.

**Symptomás genito urinarios** — Nunca foi menstruada; diurése reduzida (300 gramas).

**Symptomás abdominaes** — Ventre abaulado; ascite; rêde venosa abdominal; dôres espontaneas e á pressão, superficiaes.

#### ANTECEDENTES PESSOAES

Sarampo em creança.

#### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

A mãe falleceu de ictericia, sendo o pai e cinco irmãos vivos e saudaveis.

#### HISTORIA DA DOENÇA

Doente ha tres annos. Principiou por perda de forças, falta de appetite, tosse sêcca e vomitos de manhã pelo esforço da tosse. Melhorou depois pela intervenção da medição, estando ha um anno novamente doente com anorexia, dyspneia no repouso e mais acentuada na marcha, emagrecimento,

tosse sêcca, e os mesmos vomitos pela manhã.

Ha seis mezes que lhe appareceu a ascite, reduzindo-se desde então para cá a diurese.

Foram-lhe feitas tres paracenteses.

#### DIAGNOSTICO

Como para a observação n.º 1 não é difficil pôr o diagnostico de tuberculose peritonial.

#### PROGNOSTICO

Como se vê pela historia da doença trata-se actualmente duma reincidencia da afecção, o que mostra que o processo não se extinguiu com o primeiro tratamento, tendo tendencia para as recidivas. O prognostico neste caso não é tão favoravel como na primeira observação.

## TRATAMENTO

Tratamento geral dos tuberculosos. Espaçadas de 10 dias fez 7 injeccões de 10 gr. de liquido ascitico.

## ESTADO DA DOENTE A 30-III-918

Estado geral um pouco melhor. Aparece derrame na cavidade pleural, com a reacção de Rivalta positiva: dôres á direita no thorax; atritos pleurais, respiração rude e expiração soprada do mesmo lado. Posteriormente atritos dos dois lados e respiração diminuida.

## ESTADO DA DOENTE A 30-IV-918

Saiu do Hospital nesta altura.

Foi um pouco melhorada, mas dadas as tendencias recidivantes de afecção e ao estado em que tem o seu aparelho pleuro-pulmonar, junto á falta de tratamento que vae ter fóra do Hospital, o prognostico é mau.

### III

**M.** R., 28 anos, solteira.

#### ESTADO ACTUAL

**Symtomas gerais** — Emaciação, facies apanhado e nariz afilado. Anorexia, febre e asthenia. Evacuações regulares com fezes descoradas.

**Symtomas abdominais** — Abdomen abaulado; grande resistencia da parede á palpação e dôres generalizadas a todo o abdomen, especialmente no lado esquerdo.

Ascite ocupando sobretudo a parte inferior do abdomen e no resto zonas de maciszez alternando com outras tympanicas.

**Symptomas cardio-vasculares** — Pulso ligeiramente hipotenso e frequente.

**Symptomas respiratorios** — Augmento de vibrações no vertice esquerdo, maciszez no mesmo sitio e ainda nas duas bases pulmonares. Respiração diminuida nas bases e vertice esquerdo.

**Symptomas genito-urinarios** — É menstruada ha quatro mezes e tem diurese reduzida mostrando as urinas ao exame laboratorial a existencia de indican e pigmentos biliares.

#### HISTORIA DA DOENÇA

Ha um mez sentiu umas ligeiras perturbações digestivas, o abdomen doloroso e augmentar progressivamente de volume. Tinha suores nocturnos, cephalalgias e elevações de temperatura. O seu estado manteve-se assim durante algum tempo até que

recolheu ao Hospital com a symptomatologia descripta.

#### ANTECEDENTES PESSOAES

Sarampo em creança. Pneumonia aos seis annos. Aos 17 annos esteve internada no Hospital com uma osteite tuberculosa.

O anno passado teve uma ascite que curou sem tratamento algum.

#### ANTECEDENTES HEREDITARIOS

O pae morreu de enterite chronica; mãe e irmãs saudaveis, assim como o homem com quem vive.

#### DIAGNOSTICO

Não oferece difficuldades.

#### PROGNOSTICO

Esta doente já teve outras localizações tuberculosas (osteite) de que saiu triumphante

O anno passado teve uma ascite que certamente foi da mesma natureza e que curou espontaneamente. O seu organismo defende-se portanto bem e a não haver aqui uma evolução caseiosa o processo deve ser limitado.

#### TRATAMENTO

Tratamento geral das tuberculoses e tratamento tonico pelo glicero-phosphato.

A doente melhorou bastante com este tratamento saindo do Hospital sem dores abdominais, sem perturbações digestivas, temperatura.

---

---

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

*Thiago d' Almeida.*

*Maximiano Lemos.*