

Tuberculose e gestação

16613 FMP

Augusto Leite dos Santos

Tuberculose e gestação

— — — — —
Dissertação Inaugural
apresentada à
Faculdade de Medicina do Porto


— — — — —
JULHO — 1915
— — — — —

— Comp. e Imp. na PAP. E TIP. AZEVEDO —
de AZEVEDO & F.º, SUC.ºS — Largo dos Lóios, 18
— — — — — PORTO — 1915. — — — — —

166/3 FHP

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

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

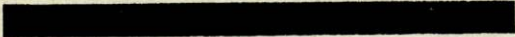


À MEMÓRIA

DE

MINHA MÃE

Saudade eterna.



A

MEU PAI

Ao obter o meu diploma de médico
não posso esquecer os vossos sacri-
fícios e o quanto vos devo. O meu
eterno e profundo reconhecimento.

A MEU IRMÃO

Dr. José Leite dos Santos

*Quem possui irmão como tu o és,
jâmais na vida deixará de trilhar o ca-
minho do bem.*

*Durante a minha vida de estudante
patenteastes bem o teu lídimo carácter,
a amizade e a grandeza do teu coração
amigo.*

*Consente pois que nesta pagina eu
deixe exarada a minha gratidão por tudo
quanto te devo.*

*Javática
a um!*

A meus irmãos

Com muita amizade.

A meus cunhados

e

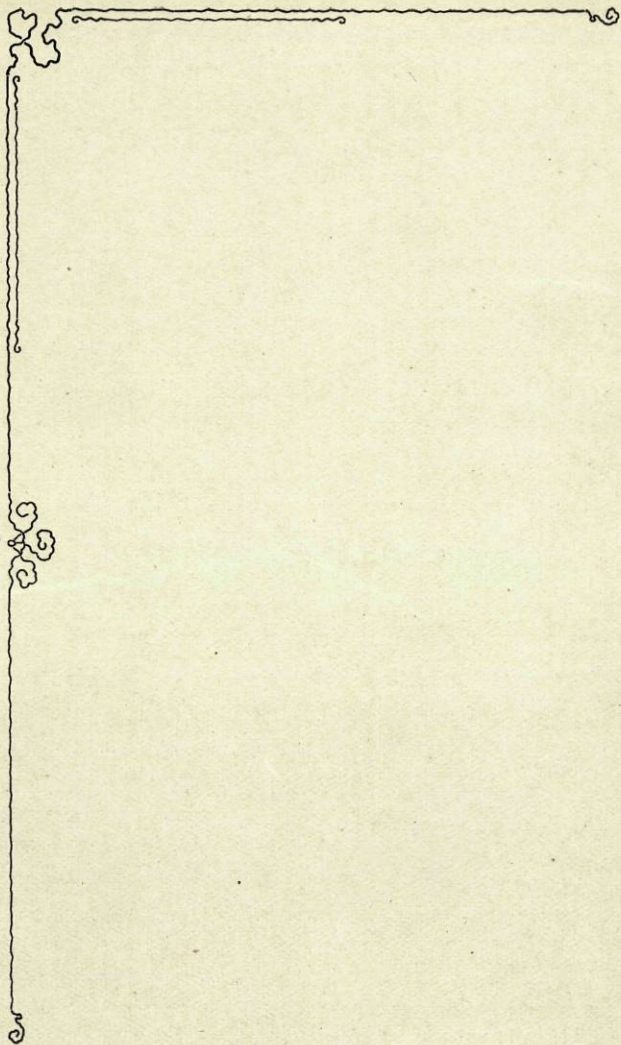
A meus sobrinhos

Aos meus amigos

Aos meus condiscipulos

Ao meu ilustre Presidente
de tese

Dr. Cândido Augusto Correia de Pinho



PREÂMBULO

É bastante modesto o trabalho que vamos apresentar como lição final do nosso curso médico.

*Obrigado pela lei a mais esta prova, condição **sine qua** o diploma nos seria negado, quantas hesitações, e bem justificadas, não tivemos ao em-preendê-lo!*

Tendo de lutar com a escolha do assunto, e, ainda, com as dificuldades próprias de quem, pela primeira vez, é obrigado a escrever um livro, a tornar-se autor, confessamos que por vezes nos sentimos verdadeiramente desalentados.

Sugeriu-nos o assunto presente uma lição magistral do Ilustre Professor de clínica obstétrica, Dr. Cândido de Pinho.

Com entusiasmo iniciámos o seu estudo, porque víamos assim removida uma das dificuldades apontadas; a êle nos dedicámos com a plena convicção de que, explanando-o, em alguma coisa podíamos concorrer para vulgarizar a verdadeira interpretação de alguns dos fenómenos que com êle se prendem e que, diga-se de passagem, eram até há pouco bem mal estudados.

Se não conseguimos o nosso fim, seja-nos ao menos reconhecida a intenção.

No transcurso de um período escolar e com as múltiplas obrigações que o quinto ano impõe, não podíamos também ir mais além, sabida demais a necessidade imperiosa que tínhamos de defender tese na primeira época.

Por isso, aos que nos lerem, e muito principalmente aos que nos julgarem, pedimos benevolência.

Não podemos terminar sem deixar aqui, bem explícito, o reconhecimento que devemos a todos aqueles que nos auxiliaram, principalmente ao Ilustre Professor Dr. Cândido de Pinho e aos Snrs. Drs. Tito Fontes e Adriano Fontes que tam amávelmente nos facilitaram o estudo das doentes das suas enfermarias e nos prestaram relevantes esclarecimentos.

Tuberculose e gestação

Introdução

No estudo, que vamos iniciar, de relações clínicas entre a gestação e a tuberculose, assunto que tam graves dúvidas tem levantado e tam erradamente tem sido interpretado por muitos autores, várias modalidades clínicas se podem apresentar à nossa observação e estudo.

As formas diversas, sob o ponto de vista das quais o seu estudo pode ser feito, fácilmente se depreendem, não só considerando a influência que a gravidez exerce sobre a tuberculose e vice-versa, o período em que a bacilose se manifesta, a intensidade e virulência do agente inficioso, a evolução da própria doença, a resistência que o organismo lhe opõe, etc.—mas considerando também a forma como a gestação prossegue na sua evolução, independentemente do estado orgânico patológico concomitante.

É estudando algumas destas modalidades, principalmente as que mais frequentemente são observadas e, por esta razão, mais interessam o nosso espírito, que nós vamos elaborar êste modesto e despretencioso trabalho.

Assim, das diferentes formas de tuberculose, trataremos especialmente da pulmonar. São elas, em verdade, as que maior influência exercem na gravidez e por outro lado, as que em consequência desta, mais profundamente se deixam modificar, o que tudo concorre para que o coeficiente obituário nesses casos se torne maior, principalmente nas classes pobres, em que, como é sabido, êsse flagelo se mostra em maiores proporções.

Nós poderíamos alongar um pouco mais o nosso estudo, fazendo sôbre o objecto dele algumas considerações sob o ponto de vista moral e social. Prestava-se a isso.

Razões, porém, de maior fôrça nos levam a restringi-lo tanto quanto possível ao campo das nossas observações clínicas e pessoais, com cujos relatos o ultimaremos, referidos quasi todos êles a indivíduos vindos das classes proletárias, que, em virtude de factores fáceis de adivinhar, são infelizmente as que maior contingente fornecem aos meios hospitalares e por certo, serão também os que na nossa clínica quotidiana teremos ocasião de encontrar mais frequentes vezes.

Daí o nosso interêsse, o que nos não inibirá, contudo de apresentarmos, por interessante que é, um esboço histórico das diferentes *étapes* por

que o assunto tem passado no espirito dos autores que dele se tem occupado, e, fazendo caminho, apresentarmos as considerações que mais úteis se nos afigurarem, já sôbre os casos clínicos que especialmente nos interessam, já sôbre outros que circunstanciadamente não desenvolveremos, é certo, mas cuja alusão, na sua devida altura feita, facilitará a nossa exposição e maior clareza dará ao assunto que nos propomos tratar.

Dividi-lo hemos em vários capítulos:

No primeiro faremos a resenha histórica a que acima aludimos.

No segundo desenvolveremos a influência da gestação na tuberculose sob um ponto de vista geral.

No terceiro estudaremos, em especial, o caso de a tuberculização se revelar ou fazer em pleno período gestativo.

No quarto trataremos da influência que o parto e funções subseqüentes, exercem na evolução e prognóstico da bacilose.

No quinto analisaremos o papel que a tuberculose exerce sôbre a marcha gestativa e constituição fetal.

Por último, apresentaremos as conclusões que os diferentes casos nos merecem e que, a nosso ver, mais se harmonizam com o estado actual dos nossos conhecimentos.

História

¿Que influência exerce a gestação na evolução da tuberculose?

A discrepância entre todos os autores, que dêste assunto primitivamente se ocuparam era enorme, formulando todos êles conclusões, que hoje, no estado actual dos conhecimentos clínicos não são admitidas e estão em verdadeira contradição com todas as teorias geralmente aceites.

Se alguns dêles faziam prevalecer as suas opiniões, não se conformando com qualquer contestação por mais racional e científica que fôsse, outros em face das objecções fortes que lhes levantavam, foram a pouco e pouco modificando essas suas primitivas opiniões, e dest'arte se foi fazendo luz no estudo da patologia da relação que poderemos designar por mórbida, entre a gestação e tuberculose.

Vejamos como se contradizem as opiniões expendidas pelos diferentes autores que a êste assunto se dedicaram.

Os primeiros que se referiram às relações entre a gravidez e tuberculose, foram Cullen e Franck, que muito se evidenciaram entre todos os outros da mesma época.

Êstes autores consideravam a gestação como um grande benefício para o doente, principalmente pelo papel suspensivo que a gravidez lhes parecia desempenhar na evolução e marcha das suas lesões tuberculosas.

Para darem maior valor às suas afirmações, asseveravam que dado o caso de haver duas mulheres tuberculosas com as lesões no mesmo período de evolução, se em uma delas sobreviesse a gravidez, esta melhor resistência orgânica oferecia à marcha aniquiladora da doença e a sua gravidez seguiria normalmente a sua evolução, enquanto os sintomas da doença, ou desapareciam, ou se atenuavam, duma forma clara, manifesta, ao passo que na outra, a tuberculose evoluiria sempre para o pioramento, se fôsse essa a marcha fatal para que tendia a infecção bacilar.

É certo, porém, que nem para todos os casos de gestação nas tuberculosas, êstes autores formularam a mesma opinião e outros havia, constituindo para êles regra geral, em que, durante a gravidez, a infecção podia não curar definitivamente, mas sofria por assim dizer, um retrocesso ou paralisação na sua evolução, que em muito

favorecia a doente, podendo conseguir-se, quando não fôsse uma cura definitiva de todas as lesões com que a bacilose se apresentava, pelo menos evidentes melhoras, que prolongariam a existência da doente.

Êstes autores tratando também dos casos inversos, nenhuma influência reconheceram, da tuberculose sôbre a gestação e chegaram à conclusão de que a gravidez nenhum desvio sofria na sua marcha, sob a acção do processo bacilar conjunto. Quando houvesse complicações de uma certa ordem e graves, tanto na doença como na marcha da prenhez, atribuiam-nas êstes autores a causas de outra ordem clínica, porque para êles, as unicas que poderiam aparecer, tendo por causa esta associação, só surgiriam durante ou depois do parto ou quando houvesse um puerpério prolongado e complicado com adjunção de outras lesões e principalmente naquelas em que o esgotamento orgânico fôsse já muito pronunciado.

¿Que considerações de ordem clínica êstes autores procuravam para fazerem valer as suas asserções?

¿Como afirmar, o que nenhuma rasão scientifica ou de qualquer ordem, tem a comprová-las?

Para Cullen e Franck, assim como para todos os seus adeptos, estas conclusões eram baseadas na solidariedade circulatória que existe entre a rede capilar sanguínea dos pulmões e do útero. Esta relação circulatória, comparavam-na êstes autores, à que existe entre as duas empôlas de

uma ampulheta; *quando uma se esvazia, enche-se a outra.*

Em presença desta solidariedade, que foi razão bastante para êstes autores deduzirem que, em lesões tuberculosas pulmonares, seja qual fôr o seu grau de evolução, coincidindo com menstruações regulares, estas, são para a doente uma espécie de válvula de segurança, que lhe proporcionará manifestas melhoras, prolongando-lhe a vida, favorecerá de uma maneira visível a resistência do organismo ao ataque do agente inficioso. É êste um benefício com que a natureza não dotou os indivíduos do sexo masculino, no mesmo ou noutro estado de tuberculose!...

Era pois uma espécie de mecanismo antagonista fluxionário, que estes autores buscavam para refôrço das suas opiniões. Razões da mesma fôrça expuseram, para explicar a diminuição dos sintomas que observavam nas suas doentes.

Assim, a atenuação dos fenómenos e sintomas da tuberculose, eram devidos ao excesso de nutrição que as doentes experimentavam, logo que tivessem cessado as perturbações digestivas do início da gestação, excessos êstes que não existiam antes da concepção.

A única perturbação grave que êstes autores constataavam na doença, era a dispneia de ordem mecânica, devida ao aumento do útero pelos progressos e crescimento do feto, que, impelindo o diafragma, origina a compressão pulmonar e consequentemente a dificuldade respiratória observada.

Ainda para êstes autores tinha explicação o aparecimento ou exagêro dos sintomas da tuberculose post-partum. Como as outras, destituida de razões clínicas concludentes. Era na contrafluxão uterina, originada pelo esvaziamento do útero e nas fluxões flegmáticas subsequêntes, que assentaram a explicação dessa recrudescência dos fenômenos patológicos da doença e o incremento na extensão das lesões do processo tuberculoso.

Não obstante o engenho que a esta maneira de ver presidia, certo é que, já então nem por todos eram admitidas, alguns autores havendo que contra elas se insurgiram vigorosamente. Foram elas, no entretanto que motivaram o aprofundamento e o exato conhecimento da patologia e relações entre a gravidez e a tuberculose, casos clínicos êstes até então quási desconhecidos, e com que posteriormente muito houve a lucrar como vamos ver.

*

* *

Assim, contra as asserções de Cullen e seus defensores, se levantaram entre outros Pidoux e Gardien. Êstes autores consideravam, no estudo que fizeram da relação da tuberculose pulmonar e gestação, dois períodos clínica e sintomatologicamente distintos, nos quais os fenomenos patológicos da lesão se modificavam de uma maneira visível e completa.

Êstes dois períodos são assim demarcados:

o primeiro que vae desde o início da gestação até ao quarto ou quinto mês; o segundo compreendendo todo o restante tempo da prenhez.

Eis o critério clínico que sugeriu esta divisão. Para êstes autores, os sintomas da doença ficam algumas vezes, raramente, estacionários durante o primeiro período por êles considerado na gestação, e, logo no comêço do segundo período, mais dia, menos dia, dizem êles, todos os fenómenos patológicos da tuberculose surgem extraordinariamente inquietantes e assustadores, revelando-se desta maneira intensamente agravados na sua evolução: a tosse mais persistente, mais exagerada, mais sufocante; as hemoptises mais abundantes e freqüentes; as dores torácicas mais intensas e menos interrompidas por periodos de acalmia, temperatura, suores frios, etc.

Mas esta opinião não a tinham, ou não a formularam êstes observadores sómente para o processo específico de que nos estamos ocupando; fazem-na referindo-se a qualquer outro, seja qual fôr a sua natureza, logo que o agente etiológico respectivo tenha tendência a produzir deformidades ou vícios orgânicos consideráveis no aparelho pulmonar, não importando que as lesões causadas por êste agente tenham evolução aguda ou tórpida. Todos os sintomas da doença se atenuam no primeiro período da gestação, de forma a tornarem a doente um pouco aparentemente melhorada das lesões anteriormente adquiridas, ilusão porêem esta que é infelizmente pouco duradoura e logo se dissipa ao iniciar-se o segundo

período, isto é, depois da atenuação ou duração das perturbações mais ou menos graves com que se revela a gravidez nos seus primeiros meses.

Foram em grande escala e muito variadas, as observações realizadas por Gardien e Pidoux. Em todas elas alguma coisa revelaram mais, apresentando considerações que muito se aproximam das observações e teorias modernas.

Êstes autores, apesar das considerações já referidas sôbre as duas fases da evolução da doença correspondentes aos dois períodos da marcha da gravidez, em todos os casos por êles observados, constataram que no regresso dos fenómenos patológicos da tuberculose, — que se fazia geralmente quando as perturbações gravídicas do início tivessem desaparecido, — todos os sintomas reapareciam mais agravados e por isso muito mais evidentes do que antes de se iniciar a gestação, se é que êles já tivessem surgido.

Daí a contestação às ideias expendidas por Cullen: « *A gravidez nunca beneficia a marcha da tuberculose, antes pelo contrário a acelera* ».

Ainda referindo-nos aos trabalhos e observações dos dois autores últimos, devemos confessar que foi devido a êles que êste estudo começou a ser interpretado de uma fôrma scientificamente aceite e só desde então principiou a ser conhecida mais ou menos claramente, a patologia exacta das doenças nas relações clínicas de que nos vimos ocupando.

Para êstes autores o primeiro período da gestação era considerado o período de concentração

e espasmo, em que a tísica está um tanto amortecida ou obscurecida em todo o seu cortejo sintomático, pela preponderância dos fenómenos e perturbações gravídicas.

Terminadas estas, ou de qualquer forma atenuadas, começa o segundo período, muito expansivo e vascular, que é caracterizado por uma direcção oposta dos movimentos fluxionários.

Nêste período, a doente sofre uma profunda modificação no seu organismo e constituição: torna-se menos hipocondríaca, menos histérica, deixando de se realçar o elemento nervoso que é por êste motivo atenuado na sua excitação, surgindo desde então o predomínio do elemento vaso-sanguíneo, o que lhe origina nova tendência congestiva com nova fase de hemoptises mais intensas e freqüentes, o que tudo indica que as lesões pulmonares se reacenderam na sua evolução.

Nesta ordem de ideias e ainda seguindo a mesma teoria, êstes autores explicam o facto freqüentemente observado, de muitas vezes se diagnosticar facilmente no segundo período de uma gravidez a existência de uma tuberculose pulmonar, que havia passado despercebida antes da concepção ou durante os quatro primeiros meses desta, pela sua marcha lenta ou auzencia de sintomas, tanto à própria doente como aos seus médicos assistentes e que só o período congestivo da gravidez veio revelar nitidamente.

¿ Poder-se ha depreender desta forma, segundo o que deixamos exposto, que a lesão, ape-

sar de nos primeiros tempos da gestação e mesmo anteriormente a êste estado, ter seguido uma evolução lenta, tivesse melhorado durante os primeiros tempos de gravidez, para reaparecer com mais intensidade no segundo periodo ou depois do parto?

Certamente que não, e, debaixo dêste ponto de vista, somos contrários à opinião de Pidoux e Gardien.

Se acentuamos a nossa divergência de pensar da dêstes autores, muito mais afastados estamos da opinião dos outros autores já referidos, porque em contradição com as suas suposições, são, não só as observações de Pidoux e Gardien e outros, mas todas as teorias modernas que as nossas observações plenamente confirmam.

*

* *

Os fenómenos patológicos da tuberculose nunca deixam de existir e ser perceptíveis em qualquer dos periodos da gestação. Permanecem tanto num como noutro, e, se no primeiro estão um tanto obscurecidos de uma forma subjectiva, não o estão para o clínico, que os pode sempre constatar com uma auscultação atenta e cuidada. Esta illusória atenuação que os autores referidos queriam ver na doença, a outro facto não é devida senão aos fenómenos e perturbações da gestação que, como é sabido, são no principio geralmente mais acentuados.

Compreende-se fácilmente o quanto isto é exacto. Nós mesmo o verificámos em algumas doentes que mencionamos nas nossas observações.

Terminadas as primeiras perturbações grávidas, elles logo se revelam duma maneira muitas vezes inquietante e clara. Assim a nossa observação primeira é a duma doente que se encontrava no terceiro mês de gravidez. Antes de chegar a este estado, já a doença se tinha manifestado por muitos dos seus sintomas: hemoptises frequentes, dores torácicas, suores frios, tosse, expectoração, depressão, etc. Pois, desde que se reconheceu grávida nunca deixaram de se mostrar com a mesma intensidade, senão mais exagerados de que anteriormente existiam. Terminadas as perturbações primitivas da gravidez, toda a symptomatologia pulmonar da doença sofreu uma profunda modificação agravante para a própria vida da doente.

Para acudir a esse avanço rápido que a doença havia tomado — dada ainda a resistência orgânica que a doente possuía e o grau relativamente pouco adeantado das lesões pulmonares — foi-lhe feito o abôrto cirúrgico, conseguindo-se desta maneira quando não fôsse paralisar, pelo menos abrandar a marcha aniquiladôra da doença, e assim, espaçar por algum tempo mais a existência da doente, fortemente ameaçada pelo evoluir a passos agigantados da bacilose que nela lavrava.

Não queremos, nem tam pouco pretendemos deduzir daí que o sucedido à nossa doente con-

stitua regra geral. Não. O que pretendemos é frisar claramente o facto, pois com êle se coaduna o que as modernas teorias nos ensinam, e a nossa modesta opinião se conforma. É nelas que se baseia a conduta terapêutica geralmente seguida e na qual mais longe teremos ocasião de falar.

Influência da gestação

na tuberculose pulmonar

Como vimos no anterior capítulo, quasi todas as concepções antigas sobre o assunto que é objecto da nossa dissertação foram lançadas por terra.

Os que pretendiam que a gestação era um beneficio para a mulher tuberculosa, susceptível de paralisar a evolução da sua doença ou de abrandar a marcha das suas lesões, não conseguiram que tais conclusões fôsem admitidas dentro do domínio da patologia médica.

Teorias modernas baseadas em observações de ordem experimental e clínica, vieram, em completa unanimidade, claramente demonstrar que a gestação era não só um causador da tuberculisação pelo depauperamento orgânico que origina, mas ainda um poderoso agente acelerador da marcha do processo tuberculoso.

E certo, devemos crer, que já no tempo em

que predominavam as conclusões de Franck, alguns dos autores que delas discordaram, recomendavam como meio preventivo e ajuizadamente — supondo já a funesta e agravante acção da gravidez, — a todas as doentes que tivessem feito hemoptises ou em que se reconhecesse uma constituição de fácil tuberculização, evitassem por todas as formas possíveis a concepção, porque o estado gravídico lhes agravaria a doença, podendo mesmo ser-lhes fatal, não só durante o período em que a gravidez evolui, mas também, e principalmente, durante o trabalho do parto pelo excessivo esgotamento orgânico a que esta função conduz as doentes.

Se bem que êstes observadores mais scientificamente interpretassem a patologia dêstes casos clínicos, certo é que concitaram contra si todos os colaboradores de Franck e Cullen.

¿ Como pode a gravidez — sendo uma função fisiológica, que causa no organismo tam grandes modificações e por vezes tam sérias perturbações, tanto de ordem respiratória, como digestivas e cárdio-vasculares, que anemia, intoxica e enfraquece o organismo — contrapor-se ao ataque incessante do bacilo de Koch?

O que hoje está esclarecido não sómente por numerosas observações, mas também por investigações de muito valor clínico e argumentos de varios cientistas modernos, é que a fluxão uterina que serviu àqueles autores como base das suas teorias e afirmações é impotente se não completamente nula, para desviar ou aniquilar

a acção das causas geradoras de uma doença aguda e consideram-na inerte ou ainda mesmo agravante em face de qualquer agente mórbido inficioso que se considere. A gravidez não tem o poder suspensivo, sequer, que lhe era atribuído na evolução de qualquer doença aguda e muito menos ainda na tuberculose cujo agente etiológico é de uma resistência e virulência consideráveis.

Como já sabemos, a gestação por normal que se apresente, pode produzir alterações funcionais de certa ordem e importância clínica e entre elas principalmente as cárdio-vasculares, dispneicas e digestivas. Ora tudo isto concorre para uma decadência profunda que, por todos os motivos associados, deixará o organismo impotente cada vez mais, para lutar contra uma nova e grave adjunção mórbida que nele se inicia.

Por outro lado, a tuberculose produz também na doente, além de outras perturbações, algumas da mesma ordem clínica, como as cárdio-vasculares, digestivas e dispneicas referidas, as quais adicionadas a essas, como fácilmente se depreende, com mais intensidade se revelarão, resultando desta adjunção mórbida — seja-nos permitido assim dizer — um depauperamento maior do organismo, uma actividade vital cada vez mais reduzida, mais precária resistência para a luta, de sorte que menos probabilidades tem para fazer face ao embate incessante e cada vez mais intenso do agente inficioso que em breve o aniquilará.

No caso em que a doença tenha uma marcha tórpida, ou esteja ainda no seu início e ainda quando só pela acção da gravidez se tenha revelado, podem as doentes conservar-se em um estado geral satisfatório, podemos vê-las resistir ao abalo provocado pela gestação nos primeiros meses desta ou quiçá em toda a sua evolução, mas notaremos frequentemente o agravamento da tuberculose quer no comêço do trabalho de parto quer durante o puerpério e funções subsequentes.

Se, porêem, a doença segue desde o seu início uma evolução aguda ou mesmo sub-aguda, já assim não acontece geralmente e a doente muito difficilmente poderá resistir até ao fim da gravidez.

O que nunca desaparece são os sintomas da lesão em todo o período gestativo, seja qual fôr o estado de evolução que a doença possa apresentar-nos. Mais ou menos atenuados ou agravados, persistem sempre.

E tanto é exacto o que deixamos exposto que em todas as observações que fizemos, das doentes que se encontravam em pleno período gravídico, constatámos que durante a evolução da gravidez, nunca as nossas doentes deixaram de os acusar com maior ou menor intensidade. E se nos referirmos ainda a algumas das nossas observações, as que conseguimos examinar em plena gestação, lá verificaremos o agravamento e a transformação em forma aguda da tuberculose desde que a gravidez se fêz notar, enquanto que anterior-

mente a doença se nos mostrava com evolução mais ou menos tórpida ou lenta, sendo as lesões pulmonares mais limitadas e menos sombrio todo o cortejo sintomático que as acompanhava.

¿Qual foi, pois, o factor essencial d'este agravamento?

Pelo que se constata e ainda pelo pensar unânime de todos os autores modernos a nada mais se poderá referir senão à acção concomitante da prenhez.

Em presença de tam claros exemplos de observação pessoal, e pelo que as teorias modernas nos ensinam poderemos deduzir: *que a gestação é uma função que modifica sempre a marcha da tuberculose em qualquer estado da sua evolução, agravando-lhe os sintomas e acelerando a decadência orgânica das doentes.* Daí tudo o mais que fácilmente se concluirá.

Mas deduziremos mais: *que a gravidez nem entrava a marcha da doença bacilar de Kock, nem tam pouco preserva o organismo contra a acção de qualquer outra causa morbífica.* Bem pelo contrário e collocando-nos em harmonia com o pensar de Stoltz, Louis, Lepage, Baum e muitos outros autores, pensamos que a gravidez predispõe o terreno à receptividade do bacilo inficioso, o que leva a considerar êste estado, com justa razão clínica, um poderoso auxiliar da frequência da tuberculose entre as mulheres múltiparas.

Nos indivíduos com tara mórbida predisponente à bacilose, adquirida por hereditariedade ou constituição própria, a gravidez pode com

mais razão provocar a sua aparição, ou modificando-lhe o organismo para a receptividade do agente bacilar, ou exaltando-lhe a virulência se já se encontra em luta com êle.

*

* *

A maneira como esta transformação se dá, ou melhor ainda, a forma como a doença se comporta perante a acção excitante da gestação é muito variável e depende de múltiplos factores: uns relativos aos caracteres próprios da lesão e ao agente inficioso, outros dependentes da própria gestação e das variedades patológicas com que esta se pode apresentar.

Landouzy, em um congresso realizado em Paris onde foi versado êste assunto, defendeu brilhantemente algumas das asserções que deixamos expostas.

Mas não foi sómente êste eminente autor com as suas brilhantes considerações que as demonstrou. Também Lebert e Grisolle verificaram em muitas doentes que observaram, que sôbre a influência da gestação em mulheres tuberculosas a duração da doença era notávelmente diminuída desde que apareciam os primeiros sintomas da prenhez. A partir de então as lesões pulmonares progrediam assustadoramente, embora algumas vezes fôsem mascaradas pelas perturbações próprias da gravidez nas primeiras fases.

Em face pois de todas estas autorizadas con-

clusões e do que nos foi possível observar durante o curto tempo que a êste estudo pudemos dedicar, entendemos que as lesões pulmonares tuberculosas, nas condições consideradas, jámais deixam de caminhar para o agravamento e casos há ainda em que a marcha sendo primitivamente tórpida se modifica completamente, tornando-se algumas vezes aguda e fatal.

Uma excepção se pode apresentar em que êste agravamento na evolução e prognóstico é por vezes nulo: é nos casos em que a tuberculose reveste a forma fibrosa. Casos felizes são êsses, porém muito raramente observados.

Mas quantas vezes a seqüência destas alterações se não verifica como atrás deixámos referido!

Casos há, é certo, quando as doentes apresentam um estado geral satisfatório, em que a marcha da doença parece não ser influenciada pela acção concomitante da gestação. Funções subsequêntes do parto (puerpério, aleitamento, etc.) ou ulteriores gestações rompem porém geralmente êsse equilibrio pondo em risco a vida das doentes.

Aparecimento da tuberculose

em pleno período gravídico

O aparecimento ou revelação da tuberculose em plena gestação é dos casos clínicos o que mais frequentemente se observa. Já a êle nos referimos algumas vezes nos capítulos anteriores, mas atenta a sua importância julgamos conveniente tratá-lo em capítulo separado.

Ora nós devemos considerar o caso em que a tuberculose faz a sua aparição nos primeiros tempos da gravidez, isto é, até ao quarto ou quinto mês, e o caso em que a doença sómente se declara nos quatro ou cinco meses restantes.

Sabemos que o organismo sob a influência da prenhez sofre profundas alterações em quasi todos os seus diferentes aparelhos e órgãos, mormente o cárdio-pulmonar, o digestivo, o urinário, o nervoso, etc.

Sabemos também já, que muitas dessas alterações, são mais intensas de comêço, principal-

mente as digestivas, nutritivas e nervosas. Daí uma certa abstenção. É neste período que em geral aparecem algumas perturbações, como: perversões de gosto, apetites caprichosos, náuseas, vômitos, que adquirem uma certa gravidade quando são incoercíveis, etc., o que tudo pode conduzir a grávida a um esgotamento orgânico profundo, vindo assim enfraquecida a resistência vital do organismo, que por esta forma menos probabilidades tem para se opor à invasão do bacilo de Kock.

Pelo seu lado, o bacilo encontrando no organismo um terreno assim exausto pelas perturbações grávidas, mais depressa e facilmente exercerá a sua acção destrutiva e a doença ocasionada se revelará com marcha mais aguda, o que por certo não aconteceria se não tivesse existido a causa auxiliar conjunta.

A doença nestes casos, apesar dos seus sintomas algumas vezes serem um tanto escurentados pelos que são propriamente grávidos, progride sempre e cada vez mais para um agravamento rápido, podendo mesmo não só provocar o abôrto, mas até aniquilar a doente sem que a gestação atinja o seu estado final.

Casos há em que os acidentes não surgem desta maneira tam rápida, sendo mesmo a sua evolução diferente. O que podemos dizer é que, em geral, é no primeiro período da gravidez, que a bacilose se mostra com evolução mais rápida, porque é neste período que o organismo mais abalado está pelas perturbações inerentes

à propria gestação e por isso menos armado se encontra para a luta contra o bacilo de Kock.

Agora se considerarmos o caso da tuberculização se fazer ou manifestar-se no segundo período, isto é, nos últimos quatro ou cinco meses da gravidez, temos de reconhecer que o obstáculo à acção mórbida é maior, porque muitas das perturbações que de comêço obscureciam o quadro estão ou atenuadas, ou já teem desaparecido, tendo o organismo readquirido em parte a normalidade de algumas das suas funções.

Nestas condições—excepção feita para os casos de invasão aguda—pode a doença seguir o caminho que teria, mais ou menos regular, sem que tivesse a causa adjuvante a influenciá-la.

Influência do parto, puerpério e aleitamento, na evolução e prognóstico da tuberculose

Se até aqui apenas nos temos referido à influência que a gravidez propriamente dita exerce na evolução e prognóstico da bacilose, não é menos importante para o estudo que fizemos a observação de factores subseqüentes como sejam, o parto, puerpério e aleitamento.

¿Como se comporta a doença sob a acção deles?

Os modernos autores que ao assunto tem prendido a sua atenção, são unânimes em reconhecer que todos, de uma maneira mais ou menos directa a agravam na sua marcha.

Áqueles mesmo que pensavam de maneira diferente dos de hoje, encarando a gravidez como benefício para a marcha da lesão pulmonar tuberculosa, não eram estranhas as modificações sofridas pela doença, durante ou depois do parto. Estas alterações, eram muitas vezes nítidamente

manifestadas durante o trabalho de parto, outras vezes alguns dias depois ou no decorrer do puerpério.

Durante esta esgotante função assiste-se por vezes ao despertar da doença, como para compensar o tempo em que pareceu adormecida ou atenuada durante o progresso da gestação, despertar êste verdadeiramente agravado em todos os fenómenos patológicos da afecção e fácilmente reconhecido em toda a sua sintomatologia.

Por vezes êsse agravamento é tam exagerado, tam profundo, que nos leva a crer, que êle se não fêz no curto espaço de tempo em que o parto se realiza ou dura o puerpério, mas sim durante toda a gestação. E assim é, porque o parto só influencia a doença pelo excessivo trabalho a que obriga a parturiente e pelo depauperamento que lhe origina, evidenciando desta maneira êste agravamento mais ou menos claramente.

Se antes do parto as lesões orgânicas pulmonares eram pouco extensas, limitando-se a simples focos ou zonas de congestão localizadas nos vértices e que se traduziam pelo enfraquecimento ou desapareção do murmúrio vesicular, rudeza respiratória, pequenos e pouco perceptíveis sarridos, etc., alterações essas que durante a gestação pareciam ter ficado estacionárias, agora, são elas mais intensas e perceptíveis, não sendo raro verificar-se nesses pontos a existência de lesões tuberculosas em estado de caseificação ou amolecimento, cavernas, etc.

¿Foram o parto e suas sequelas que deter-

minaram esse agravamento? Conforme. Uma vez não. Já existiam, dominando porêm a situação as perturbações da gravidez. Outras vezes já assim não succede. O parto, pelas fadigas a que expõe as doentes, e pelas hemorragias e outras perdas em líquidos orgânicos que em regra causa, provoca um debilitamento fisico grande, de estranhar não sendo portanto, que se dê o avanço das lesões tuberculosas.

Por sua vez o puerpério e aleitamento, sobretudo quando são prolongados além do tempo habitual, também exercem influencia de certa ordem, pois são causa dum apêlo energico feito às mudanças nutritivas, o que ocasiona às doentes grande depressão e decadência orgânica, expondo-as assim melhor à tuberculizaçãõ ou favorecendo a actividade bacilar.

Estas causas activarão tanto mais o desenvolvimento da doença, quanto maior fôr a predisposição mórbida das puérperas, a sua constituição fisica, os seus antecedentes pessoais ou hereditários, repetição de concepções, etc.

Tudo o que vimos de expor, tem conduzido os diversos autores a deducções terapêuticas que é útil conhecer, e que nesta altura—seja-nos permitido um parêntese— vamos apresentar para melhor encadear a nossa exposição e mais esclarecer o assunto.

Assim Baum e outros, com cujas opiniões nos conformamos dizem que, se durante o período de uma gravidez em mulheres tuberculosas, o estado geral piora cada vez mais, as forças di-

minuem e os sintomas e perturbações de que se vêem acometidas se tornam excessivamente penosos e insuportáveis assombrando duma forma manifesta o prognóstico; se se verificam enfim, o que constitui quasi sempre regra geral, os progressos da doença — a intervenção cirúrgica do abôrto artificial é não sómente justificada e urgente, mas ainda se impõe sem hesitação de espécie alguma. Idêntico critério guiou o ilustre Professor de clínica obstétrica, Dr. C. de Pinho na doente da nossa observação primeira.

Esta doente estava no terceiro mês de gestação e as suas lesões pulmonares, muito facilmente perceptíveis, como que excitadas pela gravidez, pioravam dia a dia a passos agigantados. O estado geral apesar de regular, manifestava já um esgotamento que dia a dia mais se acentuava. Os accidentes gravídicos por sua vez também com tendência a tornarem-se mais inquietantes, — pelo que resolveu o ilustre Professor a interrupção da gravidez pelo abôrto cirúrgico.

Quanto ao papel da amamentação diz ainda o citado autor, que esta deve ser por qualquer forma proibida não só a todas as tuberculosas em que a doença esteja já declarada, mas ainda a todas as parturientes affectadas de predisposição hereditária para esta doença, e isto sem excepção ainda mesmo que o seu estado geral pareça bom.

Pelo mesmo motivo aconselha este autor, que em face destes casos, principalmente quando as doentes teem já tido filhos e as gestações se

renovam sempre fácilmente, todo o clínico tem o direito de recorrer a qualquer dos meios de os evitar e quando não sejam possíveis outros, à esterilização (por sutura das trompas) ou mesmo até à castração (por extirpação dos ovários).

Porém nenhum resultado favorável se obterá pela interrupção da gravidez quando a doença já vá muito adiantada, pois que se sacrifica o feto sem nenhum proveito para a mãe e pode mesmo durante esta operação correr-se o risco de a ver sucumbir à continuação de intervenções desta ordem, sómente destinadas a prolongar-lhe a vida.

A tuberculose na gravidez e no feto

Estudadas como deixamos exposto as variadas relações existentes entre a gestação e a tuberculose, vamos agora descrever neste outro capítulo, não menos importante e como complemento dêste nosso trabalho, o papel que o bacilo e a doença por êle causada, desempenham em face da gestação e do organismo fetal.

Não nos prenderemos com a descrição das muitas teorias que sobre êste assunto teem sido feitas e nas quais muitos autores, aliás de nome, se puseram em flagrante contradição. Referir-nos hemos sómente às que mêlhor se conformam com a nossa maneira de ver e que são também as que mais ou menos predominam hoje.

*

* * *

Alguns autores, ao contrário do que asseveravam para a sífilis, variola e outras doenças in-

ficiosas, eram de opinião que a gestação em nada era perturbada sob a influência da tuberculose.

Porém na corrente de ideias actuais e no estado adiantado em que êste estudo se encontra, essas asserções não são admissíveis e numerosos observadores as contestam perentóriamente.

Por nossa parte também as não podemos aceitar. Se é certo que essa influência muitas vezes se exerce de uma maneira pouco perceptível, admitindo que assim aconteça, outras há, que são os casos mais frequentemente observados, em que essa acção é tam acentuada como a de qualquer outra doença inficiosa, como a da própria sífilis e variola.

Esta influência varia com inúmeros factores; uns relativos à propria doença, outros dependentes do estado constitucional do indivíduo. E facilmente se comprehende que assim seja, tendo em vista as modalidades clínicas que a tuberculose nos pode oferecer tanto na sua maneira de agir em face do organismo invadido, como na intensidade com que o respectivo agente inficioso se pode apresentar.

Se a sífilis, a variola e outras doenças inficiosas tem acção manifesta sôbre a gestação e feto, tambem a tuberculose a tem, ainda que esta nem sempre se apresente de uma forma tam frequente e clara.

O que é certo, é que a tuberculose altera quási sempre a evolução da gravidez e raras vezes esta consegue chegar a termo. Ou se dá

o abôrto, ou então o parto prematuro, que em regra se faz durante o sétimo mês de gestação.

Não precisamos de fazer grande esforço para facilmente o podermos demonstrar. Basta para isso referirmo-nos às estatísticas que M. Ortega reuniu referentes a casos que observou, para logo reconhecemos a verdade do que afirmamos.

Em quinze doentes múltiparas observadas e que se tuberculizaram durante a gestação ou depois dela, reconheceu que os partos foram de termo em todas essas doentes antes de adquirirem a tuberculose e que depois da invasão desta, apenas em quatro delas essa normalidade se verificou, realizando-se nas onze restantes, o abôrto em algumas e noutras o parto ao sétimo mês.

Outras estatísticas poderíamos mencionar cujos resultados são semelhantes aos destas.

Esta influência da tuberculose revela-se como facilmente se infere, de diversas formas segundo as causas que lhe dão origem: umas referentes à própria doença, outras ao período em que ela se declara.

Assim, a acção da tuberculose na gestação será mais intensa, mais agravante, se a doença fôr adquirida antes do início da gravidez, e menos se é adquirida no decurso ou em qualquer dos períodos desta.

Será tanto mais intensa ainda quanto maior fôr a extensão das lesões pulmonares e a deca-

dência do organismo, bem como a maior virulência do agente microbiano que lhe dá causa.

Exposta resumidamente a nossa maneira de ver em face da influência da tuberculose na função gravídica, examinaremos agora as modificações que ela origina no produto da concepção — o feto.

Ainda que a gestação atinja o seu termo normal e o feto possa ou tenha condições de vida suficientes, verificou Lebert, que um feto nascido nas condições expostas, isto é oriundo de uma tuberculosa, é geralmente um ser fraco e algumas vezes já tuberculoso também ou então pouco apto para poder prosseguir na vida, tornando-se com o decorrer do tempo um candidato à bacilose.

Esta transmissão directa do bacilo da mãe ao feto está demonstrada, tanto por descobertas de ordem clínica, realizadas por Jacobi, Merkel e Berti, como experimentalmente por Martin e outros, sendo admitida por muitos autores contemporâneos entre eles Landouzy, que a designou com o nome de hereditariedade do próprio gérmen (semente) para se opor à outra hereditariedade a mais freqüente, que é a hereditariedade da constituição, também algumas vezes designada por hereditariedade do terreno.

Também Peter referindo-se a esta transmissibilidade bacilar expõe assim a sua opinião: «a gestação na mulher tuberculosa não é só «mente funesta à mãe, é-o também ao produto «de concepção, ao qual uma destas três even-

«tualidades pode acontecer: ou é um nado-morto
«prematuro, porque a mãe não lhe fornece sufi-
«cientes materiais para a sua nutrição; ou nasce
«ao sétimo mês — criança pequena e sofredora,
«que morre ao fim de alguns dias por impossibi-
«lidade de viver; ou, finalmente, nasce de termo
«para sucumbir alguns meses mais tarde, ordi-
«nariamente com convulsões, que são as da me-
«ningite tuberculosa. Raramente se verifica a
«criança nestas condições fazer um longo per-
«curso na vida, ainda mesmo que a mãe esti-
«vesse com a tuberculose pouco avançada e o
«pai fôsse excepcionalmente robusto ».

Estas palavras de Peter tornam bem clara a influência que a tuberculose exerce na constituição do organismo fetal.

Analisando ainda as estatísticas feitas e reunidas por Landouzy a respeito da causa da mortalidade infantil, reconhece-se que a maior percentagem era devida a afecções tuberculosas.

Tudo o que fica exposto nos leva a considerar como clinicamente demonstrada a frequência da tuberculose entre as crianças nascidas de pais tuberculosos.

OBSERVAÇÕES

Sinais utilizados nos esquemas das observações

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

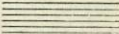

Inspeção

N.º de movimentos respiratórios . Mr.

Palpação

Vibrações vocais: Normais V =
Aumentadas . . V +
Diminuídas . . V -
Abolidas Vo

Percussão

Sonoridade: Normal S =
Aumentada S +
Diminuída (sub-macissês) S - ou 
Abolida (macissês) So ou 

OBSERVAÇÃO I

Enfermaria 12 — Partos

P. T. V., de 30 anos de idade, casada, doméstica, natural da Vila da Feira, mas residente na cidade do Pôrto, entrou para êste Hospital em 16 de Janeiro de 1915, transitando para a enfermaria de clínica obstétrica.

O início da sua doença já data de há muito tempo, aproximadamente da idade dos 17 anos, principiando por uma anemia de que nunca melhorou completamente, sendo sempre muito fraca, tendo necessidade algumas vezes de recolher ao leito para se tratar.

Estas fases agudas da sua doença surgiam principalmente quando se expusesse a qualquer resfriamento, ao que era, segundo o dizer da doente, muito predisposta.

Durante o longo transcurso da sua enfermidade, algumas vezes teve intercorrências de certa gravidade e que a obrigaram a longos períodos de tratamento.

Quando observámos esta doente pela primeira vez, constatámos a existência de uma gravidez no terceiro

mês de evolução, com perturbações de certa importância, motivo êste porque deu entrada na enfermaria de clínica obstétrica.

Três meses antes do início dêsta gravidez, por várias vezes notou a doente, que as afecções se agravavam, pois se reconhecia cada vez mais fraca, tendo-lhe aparecido por essa mesma ocasião dores no hemitórax direito, mais intensas nas proximidades da clavícula e na fosseta de Morenheim, com tosse pouco intensa e ligeira expectoração, que se acentuava de manhã, ao levantar.

Desde então a tosse aumentou e a expectoração começou a ter algumas pontuações sanguíneas.

Ao mesmo tempo que estas perturbações se acentuavam, outras surgiam não menos inquietantes para a doente. A tosse tornando-se mais persistente e por acessos, começou a ser precedida de náuseas e por vezes de verdadeiros vômitos.

A falta de apetite, bem como os suores nocturnos e as elevações ligeiras de temperatura vespéral, fizeram a sua aparição.

Alguns dias depois da aquisição do estado gravídico, teve uma abundante hemoptise de sangue vermelho, rutilante, arejado, precedida de vômitos e acessos de tosse.

Alguns dias decorridos fez a doente novas hemoptises, menos abundantes que a primeira e também precedidas de vômitos e vertigens, sentindo-se em seguida a estas hemorragias muito enfraquecida e com ligeiras cefalalgias que pouco intensas, persistiam no entanto algumas vezes dois e três dias.

Estado actual. — Após a sua entrada no Hospital o nosso primeiro exame visou de preferência o aparelho

respiratório, afim de verificarmos o estado das lesões pulmonares de que a doente era portadora.

Porém, notámos que em plena gestação as lesões apuradas em nada diferiam das que constatámos alguns dias depois de ter sido intervencionada.

Perante a marcha aguda com que a infecção bacilar se nos revelou e dada ainda a regular resistência orgânica que a doente aparentava, foi-lhe feito o abôrto cirúrgico terapêutico, com o fim de atenuar êste incremento evolutivo que a afecção tinha adquirido pela existência concomitante da concepção.

Procedendo nós em seguida a esta interrupção da gestação a novo exame, constatámos que à *inspecção* se notava a saliência das costelas e depressão dos cavados supra- e infra-claviculares e fossas supra- e infra-espinhosas mais à direita que do lado esquerdo.

À *palpação*, dores ao nível da fosseta de Morenheim e em alguns espaços intercostais, principalmente nos quatro primeiros, resistência da parede torácica.

Pela *percussão* apurámos ligeira sub-macissês nos primeiros espaços intercostais do lado direito, que se prolongava um pouco para a parte inferior, mas com intensidade decrescente.

À *auscultação*, constatámos do lado direito do tórax e face anterior: o murmúrio vesicular um pouco apagado e a existência de sarridos de fusão tuberculosa de diferente intensidade ao nível dos três primeiros espaços intercostais. Broncofonia, aumento de vibrações vocais.

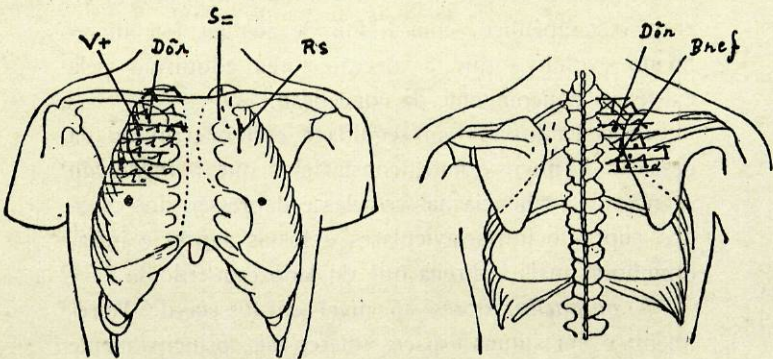
Os respectivos esquemas melhor nos mostram estas diversas modificações.

Temperatura oscilando entre 37° e 38 $\frac{1}{2}$ °.

Pulso pequeno, hipotenso.

Depois do abôrto, não houve hemorragia e mesmo durante esta intervenção, a perda sanguínea foi insignificante.

A doente conserva-se relativamente bem, melhorada em parte. A tosse e a expectoração muito diminuídas. Os escarros sanguíneos menos freqüentes.



Esquemas. — Obs. I

Nos antecedentes pessoais patológicos há a mencionar: a varíola aos 10 anos, anemia aos 17 anos, que coincidiu com o aparecimento da primeira menstruação.

A análise da expectoração foi positiva.

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar — gravidez de três meses.

Prognóstico. — Não nos é fácil prever nesta doente, qual seja o seguro resultado do abôrto terapêutico. Tudo nos indica que a doente beneficiou com esta intervenção, atenta a marcha avassaladora que a afecção tomou sob a acção da gravidez.

Clínicamente o prognóstico é reservado, devido à natureza da afecção, à sua marcha e à extensão das lesões já existentes.

OBSERVAÇÃO II

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

M. F. dos S., de 33 anos de idade, casada, costureira, natural do Pôrto e residente no Bonfim.

Entrou para o Hospital e para a enfermaria 10 no dia 22 de Janeiro de 1915.

Há muito — nos declara a doente — que sofre da sua doença, mas só desde Abril de 1914 após um parto é que o seu sofrimento se tem tornado cada vez mais intenso e depauperante.

Já durante o período gravídico que terminou há 8 meses se sentiu muito mal, pois durante êle teve sempre muita tosse com abundante expectoração principalmente de manhã. Fatigava-se com facilidade e tinha dispneia fácil, suores nocturnos abundantes. Apetite quasi nulo.

A gravidez foi a termo normal, porém, diz-nos a doente, que desta vez sofreu muito mais que das outras, que haviam seguido normalmente. O parto foi também normal, sem grandes perdas sanguíneas e o puerpério foi pouco demorado.

Estado actual. — A doente apresenta-se num grande estado de emagrecimento e com astenia extrêma. Dispneia intensa. Tem insónias freqüentes. Voz um tanto

apagada e diz, que desde o parto sofre desta rouquidão, e períodos de diarreia intensa. Agora o apetite é um pouco mais que no princípio da sua doença.

A tosse e expectoração muco-purulenta persistem. Tem dores em todo o peito, principalmente na fosseta de Morenheim não só à palpação, mas também com os simples movimentos.

À *auscultação* notámos em todo o hemitórax direito, sarridos de fusão tuberculosa, mormente em toda a metade superior e nos vértices. No hemitórax esquerdo também se verifica a existência de sarridos subcrepitantes em toda a extensão do pulmão.

A análise feita ao escarro, acusou a existência de bacilos de Kock, em grande quantidade. A cuti-reacção pela tuberculina foi positiva.

Nos antecedentes pessoais patológicos desta doente há: o sarampo aos 7 anos, a varicela aos 11 e anemia desde a idade dos 15 anos. Frequentemente constipada. Falta de menstruação há oito meses e desde este período que sofre de diarreia e laringite.

Nos antecedentes hereditários e familiares: a mãe faleceu aos 28 anos de tuberculose pulmonar (?), teve quatro irmãos, que todos faleceram em criança até a idade dos 5 anos. Um de coqueluche e outros com ataques de meningite. O pai é saudável.

Diagnóstico.— Tanto pelos dados sintomatológicos que conseguimos apurar, como pelos exames laboratoriais e antecedentes julgamos tratar-se de uma tuberculose pulmonar no terceiro grau de evolução, agravada não só pelo período gestativo que a doente há pouco terminou, como também pelo parto e puerperio.

Prognóstico.— Esta doença revelou-se-nos logo de

mau prognóstico e tanto assim se verificou, que a doente faleceu no dia 5 de Fevereiro dêste ano, isto é, alguns dias depois da sua entrada no Hospital.

OBSERVAÇÃO III

Enfermaria 10 – Sala: D. Emilia Cabral

A. A. da S., de 34 anos de idade, casada, fiandeira, natural do Pôrto. Entrou para o Hospital da Misericórdia em 25 de Dezembro de 1914.

Há 10 anos aproximadamente, — um dia, depois de ter terminado o seu trabalho, — chegou a casa muito cansada e com violentos acessos de tosse, terminando êstes com uma abundante hemoptise acompanhada de grande elevação de temperatura, chegando-lhe a provocar delírio. No dia imediato a tosse calinou um pouco, aparecendo-lhe com maior intensidade somente de manhã ao levantar. Continuando a trabalhar, alguns dias apenas decorridos, sobrevem-lhe segunda hemoptise menos abundante que a primeira, mas precedida de um sabor a sangue bastante desagradável. Todas as tardes tinha febre, precedida de arripios. Fadiga fácil, dispneia ao mais ligeiro esforço e pouco apetite.

Há 5 annos que esteve também bastante doente, por ocasião dum parto, como já havia sucedido com todos os anteriores, pelo que deu entrada na enfermaria 12, donde voltou, passado pouco tempo para a sala de D. Emilia Cabral, da enfermaria 10.

Desta vez também fez ligeiras hemoptises que cessaram algum tempo depois de internada na enfermaria, com aplicações terapêuticas diversas e com o repouso e boa dieta a que esteve sujeita. A tosse é que persistiu, mas mais atenuada.

A doente diz-nos, que piorava da sua doença todas as vezes que andasse no período gestativo e principalmente durante o parto. Era nestas circunstâncias e durante êste estado que lhe aparecia mais vezes a expectoração sanguínea e a tosse se tornava mais constante.

Actualmente apresenta perturbações laríngeas. A tosse é freqüente, principalmente de manhã ao acordar. Tem dores em todo o hemitórax direito, exacerbadas com a tosse e com os simples movimentos. Suores profusos sendo a cabeça, o pescoço e o peito as regiões onde a transpiração é mais abundante.

Na consulta M do banco do Hospital foram diagnosticadas pelo ilustre clínico director dessa consulta, as suas perturbações laríngeas de: « *laringite tuberculosa com infiltração e rubefacção da corda vocal inferior esquerda* ».

Há alguns meses que lhe faltava o fluxo menstrual, aparecendo-lhe somente no ultimo mês, pouco abundante e com dores.

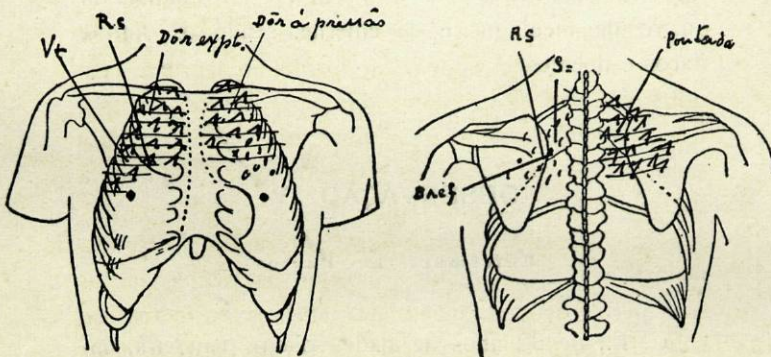
Á *inspecção* observa-se uma depressão acentuada na região infra-clavicular direita e os movimentos respiratórios um tanto diminuídos dêste mesmo lado.

Pela *auscultação* encontrei as modificações designadas nos esquemas seguintes.

Nos antecedentes patológicos pessoais e hereditários verifica-se o seguinte: perturbações gástricas e intestinais em criança até aos 12 anos. Constipações freqüentes e

fáceis. Depois de casada começou a sofrer muito principalmente durante as gestações dos filhos. Teve um abôrto e sete filhos, dos quais só três vivem, morrendo-lhe os restantes de meningites e enterites ainda em criança. Os três vivos, os mais novos, são também muito doentes.

A análise bacteriológica da expectoração acusou a existência de bacilos de Kock.



Esquemas. — Obs. III

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar e lárínea, agravada com a freqüência e repetição de gestações.

Prognóstico. — Apesar do regular estado constitucional que a doente apresenta, não podemos deixar de dizer, atendendo à extensão das lesões pulmonares constatadas, que o prognóstico é um tanto sombrio, pela freqüência de concepções e pelas péssimas condições de vida a que a doente está sujeita.

Conclusão. — A nossa observação não é tam com-

pleta, quanto seria preciso, pelo facto da doente pouco tempo permanecer no Hospital, pois entrou em 25 de Dezembro e saíu no dia 3 do mês immediato.

O que nós precisamos frisar nesta observação, é o facto do agravamento se manifestar com mais intensidade no decorrer das diferentes gestações. A multiparidade é aqui um factor de grande importância clínica para a etiologia e evolução da afecção tuberculosa.

Também precisamos frisar a acção da tuberculose sobre os filhos da doente. Dos sete que teve, morreram quatro de meningite e de enterite, sendo os outros, fracos e doentes.

OBSERVAÇÃO IV

Enfermaria 12 - Partos

C. F., de 32 anos de idade, solteira, fiandeira, natural do Pôrto.

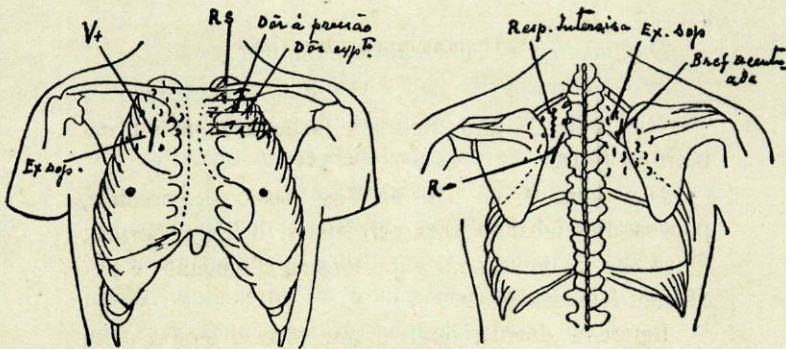
Deu entrada no Hospital no estado de prenhez, poucos dias faltando para esta atingir o termo normal. Queixa-se de tosse com expectoração abundante e frequentes hemoptises.

Refere a doente, que durante todo o tempo desta gestação, passou muito mal, pois a tosse e a expectoração inquietavam-na continuamente. Há duas semanas sobreveem-lhe hemoptises e algumas constituídas por sangue vermelho líquido, precedidas de tosse intensa muito persistente, com pontadas na metade superior do hemitórax esquerdo, reveladas pela pressão, ou quando

respira mais profundamente. Estas dores são tanto acusadas na parte anterior, como na parte posterior sensivelmente ao mesmo nível. Suores abundantes.

Estado actual. — A nossa observação feita dias antes de se efectuar o parto, revelou-nos o seguinte: tosse freqüente com escarros abundantes, branco-amarelados, mucosos. Hemoptises pouco espaçadas e de média intensidade. Pontadas em quási toda a parte superior do peito, mais intensas na região infra-clavicular esquerda. Cavaços supra- e infra-claviculares muito pronunciados assim como depressão da fosseta de Morenheim. Suores pouco abundantes, temperatura pouco elevada. Voz apagada e difícil, acessos de dispneia quando fala.

Procedendo à auscultação obtivemos os esquemas seguintes.



Esquemas. — Obs. IV

O parto nesta doente correu normalmente. As hemorragias foram pouco abundantes, a criança nasceu aparentemente bem conformada.

Procedendo a segundo exame, algumas modificações encontrámos. Assim, a expectoração era já menos abundante, as hemoptises não eram tam frequentes. Persistiam as pontadas mas mais espaçadas. Suores poucos, conserva o apetite, tosse menos intensa. O estado geral da doente parecia um pouco melhorado.

Na história mórbida, pessoal, familiar e hereditária desta doente apurámos, que teve o sarampo aos 9 anos de idade e que sofria de constipação frequente. Foi sempre irregular nas menstruações. Teve oito filhos, dos quais vivem só três, morrendo-lhe todos os outros, ainda crianças, de enterites, meningites (?).

Pai, já falecido, tuberculoso (?).

A análise bacteriológica do escarro não revelou a existência de bacilos de Kock.

A reacção de Wasserman feita ao sangue foi negativa.

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar.

Prognóstico. — Em face de todo o cortejo sintomático que esta doente nos apresenta e dada a fraqueza orgânica a que chegou pela repetição amiudada de gestações, o prognóstico é francamente mau.

Tratamento. — Depois do parto, devido à persistência de hemoptises, foram dadas quotidianamente injecções subcutâneas hemostáticas de adrenalina. Algum êxito se obteve com esta aplicação terapêutica, pois que as hemoptises foram pouco a pouco cessando.

Conclusão. — Nesta observação precisamos referir e pôr em evidência, como factor etiológico adjuvante da tuberculização — a multiparidade.

Também aqui se constata em um certo grau, a acção funesta da bacilose sôbre os filhos da doente.

OBSERVAÇÃO V

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

O. R., de 21 anos de idade, casada, costureira, natural do Pôrto. Entrou para o Hospital em Fevereiro de 1915.

No dia 2 dêste mesmo mês teve um parto, que no dizer da doente a deixou muito fraca. Refere que ao sétimo mês desta gravidez começou a sentir-se muito doente, tendo violentas pontadas no lado esquerdo do peito, com arrepios, febre e suores abundantes.

Tem tosse sêca desde há muito, e já há alguns anos atrás teve hemoptises.

Actualmente, a pontada é mais persistente e mais intensa quando tosse, localizada ainda no mesmo ponto torácico, isto é, na depressão infra-clavicular esquerda. Insónias nocturnas, pouco apetite e sempre muita sêde. De noite tosse muito, o que a impossibilita de dormir. Astenia considerável, emagrecimento acentuado.

Do lado do aparelho respiratório notámos pelos diferentes métodos semióticos as perturbações seguintes:

Pela *inspecção*, saliência das costelas, cavados supra- e infra-claviculares e fosseta de Morenheim do lado esquerdo deprimidos.

Pela *percussão*, um certo grau de sub-macissês na parte superior do mesmo lado. Dor à pressão nos dois primeiros espaços intercostais e na fossa infra-clavicular.

Pela *auscultação*, a existência de finos sarridos subcrepitantes. A expiração soprada e a inspiração diminuída.

Nos antecedentes pessoais temos de mencionar duas

gestações irregulares, um aborto de três meses e um parto prematuro ao sétimo mês, sendo a criança fraca e doente. Nos antecedentes familiares e hereditários apuramos: que o pai sofre já há muito tempo, de bronquite crónica com expectoração e escarros sanguíneos — tuberculose (?).

Tem dez irmãos, sendo dois deles anémicos e que há muito tempo fazem hemoptises.

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar (2.º grau de Turban).

Prognóstico. — Pelo que deixámos exposto e ainda pela positividade da análise da expectoração, da cuti-reacção pela tuberculina e do estado das lesões do pulmão esquerdo que se estendem a mais de metade do lobo superior, com raros estalidos humidos no vertice (fusão), o prognóstico é um tanto sombrio.

Conclusão. — A gestação e parto nesta doente foram a cauza adjuvante do agravamento das lesões bacilares preexistentes, pois que se verifica pelos antecedentes hereditários e familiares que ela era portadora de bacilose hereditária.

OBSERVAÇÃO VI

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

R. P. da S., de 37 anos de idade, casada, doméstica, natural do Pôrto e moradora na freguesia de Rimalde, entrou para o Hospital no dia 8 de Março de 1915.

A sua doença já vem de longo tempo, há aproximadamente 8 anos que sofre. Temporadas passa melhor, outras peor. Tem estado algumas vezes internada no Hospital, sendo a última vez o ano passado.

Nos três meses últimos é que se tem encontrado peor. Anda grávida há aproximadamente 6 meses. Já durante esta gravidez teve algumas hemoptises, sendo a primeira um mês antes da sua entrada. Começou nessa ocasião a aumentar-lhe a tosse, tornando-se mais persistente e a expectoração mais abundante, muco-purulenta, amarelada. Dores torácicas em todo o peito, mas mais acentuadas no hemitórax esquerdo. Anorexia, digestões difíceis, vomitos espaçados. Febre pouco elevada, vesperal. Suores nocturnos, emagrecimento, astenia.

Estado actual. — Tosse persistente com expectoração. Pontadas em todo o tórax.

À *inspecção do tórax* nota-se a saliência das costelas, que é notável. Dores reveladas pela percussão profunda.

No aparelho respiratório apurámos pelos diversos métodos semióticos as alterações apontadas nos esquemas seguintes.

Pulso pequeno, hipotenso, $P = 96$. Movimentos respiratórios = 26.

A temperatura oscila entre 37° e $38 \frac{1}{2}^{\circ}$.

Palpitações cardíacas.

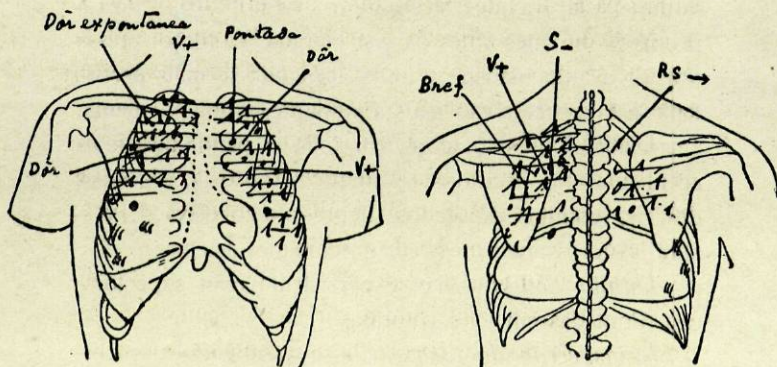
A análise bacteriológica da expectoração foi positiva, com bacilos de Kock pouco numerosos.

Urina não contendo nem albumina nem glucose.

Na história progressiva e familiar desta doente apurámos: varicela em criança. Epistáxis frequentes e abundantes. Teve oito filhos, dos quais seis faleceram com

enterite. Teve cinco irmãos, dos quais faleceu um com tuberculose, diz a doente, que contagiado pela esposa, que era tuberculosa.

Pai falecido com uma pneumonia. Mãe com úlcera gástrica.



Esquemas. — Obs. VI

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar. Gravidez de seis meses.

Prognóstico. — Esta doente apresenta sarridos de fusão em ambos os hemitórax. Todas estas perturbações são agravadas com a prenhez, o que tudo nos leva a fazer um prognóstico sombrio, grave.

Conclusão. — Como se verifica na história que deixamos exposta, o principal causador da tuberculização nesta doente, parece-nos ter sido a multiparidade.

OBSERVAÇÃO VII

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

M. P., de 30 anos de idade, solteira, brunideira, natural do Pôrto, moradora na freguesia do Bonfim, entrou para êste Hospital no dia 2 de Fevereiro de 1915.

Motivou a sua entrada o estado de extrema fraqueza em que se encontra, com dores violentas no tórax, tosse, expectoração, temperatura e suores abundantes.

Data a sua afecção já desde muito tempo, mas diz que nunca se sentiu tam mal como actualmente, agravando-se o seu estado com a última gravidez e parto que teve, que foi em Abril de 1914.

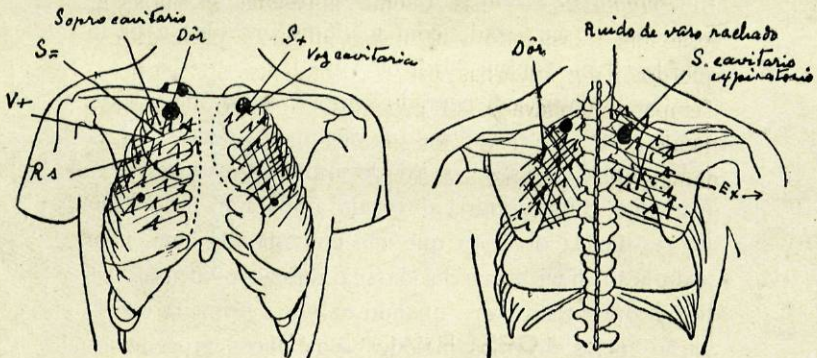
Desde então tem peorado sempre, apesar de por diversas vezes se ter sujeitado a vários tratamentos. O estado geral da doente, apesar de muito esgotado e extremamente enfraquecido, apresenta ainda um certo grau de resistência orgânica que não corresponde bem, nem á duração, nem á marcha da sua afecção e extensão das lesões que verificámos, quando na nossa primeira observação, pelos diversos métodos semeióticos procedemos ao seu exame.

Tem tido por várias vezes escarros hemoptoicos. Tem desde há muito tempo suores nocturnos profuzos e abundantes. Tosse sêca e por acessos, principalmente de noite. Pontadas em todo o tórax.

Actualmente apresenta-se um tanto emagrecida, tem apetite. Tosse freqüente e intensa com expectoração há um mês, que se foi tornando cada vez mais abundante, dispneia intensa, suores profusos mas mais abundantes no peito e costas e febre com remissões vesperais.

Há um mês que lhe falta a menstruação, sendo até então muito irregular, tendo de vez em quando metrorragias dolorosas.

Procedendo ao exame do aparelho respiratório verificámos: saliência das costelas, depressão das fossetas supra- e infra-claviculares. À *percussão*, tem dores principalmente ao nível dos segundos e terceiros espaços intercostais e verifica-se também uma certa resistência da parede torácica. Procedendo à auscultação obtivemos os seguintes esquemas.



Esquemas. — Obs. VII

Foram-lhe feitas duas análises bacteriológicas à expectoração. A primeira feita em 9 de Fevereiro foi negativa. A segunda feita em 23 do mesmo mês foi positiva, revelando bacilos de Kock em abundância.

Urina não contém nem albumina nem glucose.

Pulso com 122 pulsações. Movimentos respiratórios 46.

Temperatura média durante o dia 38°.

Na história progressa desta doente há a referir: uma anemia aos 13 anos de idade. Já esteve internada neste Hospital há seis anos, em virtude de abundantes metrorragias de que era portadora. Teve quatro filhos. Um que faleceu aos dois anos de idade, de meningite (?). Os três restantes nasceram mortos de gestação incompleta. Pai falecido há muitos anos, sífilítico (?). Mãe falecida há quinze anos com doença nos intestinos.

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar (3.º grau de Turban).

Prognóstico. — Esta doente apresenta sarridos de fusão em quasi todo o hemitórax direito e parte do esquerdo. Tem cavernas nas proximidades dos vértices. Temperatura elevada. O prognóstico clínico é positivamente mau, atendendo aos sintomas físicos gerais e funcionais que a doente apresenta.

OBSERVAÇÃO VIII

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

A. F., de 25 anos de idade, casada, doméstica, natural do Pôrto e residente na freguesia de Cedofeita, entrou para este Hospital em 9 de Abril de 1915.

Apresentava-se esta doente com um certo grau de palidez muito acentuada principalmente em todo o rosto, grande fraqueza, tosse persistente com pequena expectoração, suores abundantes, principalmente no peito e

costas, fadiga ao menor esforço, dispneia angustiosa e palpitações todas as vezes que tivesse de executar um trabalho qualquer por pouco violento que fôsse. Data a sua afecção de há dois meses, principiando por ter muita tosse, principalmente durante a noite e de manhã.

Há dois meses também que se alimenta muito mal, pois declara-nos a doente, que o apetite é nulo. Atribui a causa da sua fraqueza à abstenção e à falta de apetite para os alimentos.

Tem dores de cabeça freqüentes com enfraquecimento da visão e por vezes vertigens, quando executa qualquer esforço.

Esta doente encontra-se grávida de dois meses com todos os sinais de probabilidade, para o tempo que este estado gestativo parece ter.

Depois de internada na enfermaria melhorou um pouco do estado geral, mas alguns dias depois da sua entrada começou a queixar-se de pontadas agudas em diversos pontos torácicos, tanto na parte anterior, como na posterior.

Apetite nulo, sêde intensa. Tem náuseas e algumas vezes vômitos quando ingere o proprio leite ou outro qualquer alimento e que sobrevêm logo após a refeição, mas que desaparecem meia hora depois.

Suores ainda muito abundantes, profusos, principalmente no peito, costas e partes laterais do tórax.

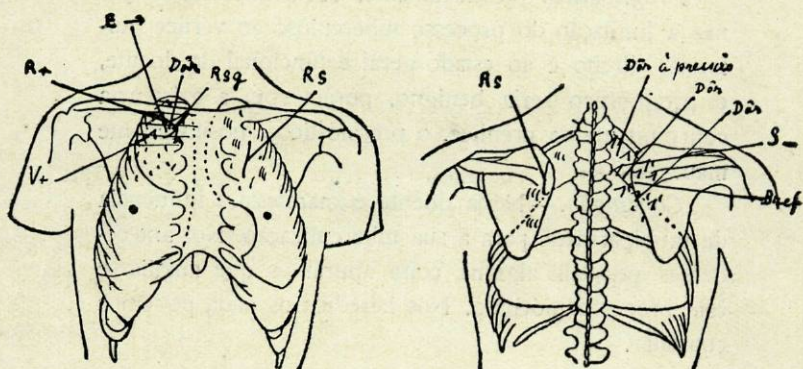
Tem tosse freqüente e rebelde a todo o tratamento com expectoração fácil e abundante, algumas vezes escarros hemoptoicos, dispneia.

Durante o tempo que tem estado internada, conserva-se apirética, pois para contraprova, por diversas vezes lhe foi tirada a temperatura.

A análise da expectoração, para a investigação do bacilo de Kock, foi fortemente positiva.

A cuti-reacção de Test foi também positiva.

Feito o exame ao aparelho respiratório pelos diferentes processos semeióticos, apurámos as alterações designadas nos seguintes esquemas.



Esquemas. — Obs. VIII

Pulso com 84 pulsações.

Movimentos respiratórios 28.

Temperatura 36,8°.

Na história progressiva patológica desta doente há a considerar as seguintes enfermidades: aos 10 anos varíola, de que ainda restam evidentes vestígios. Aos 15 anos esteve doente com uma anemia que lhe durou mais de um ano.

Os pais são vivos e saudáveis. Faleceu-lhe um irmão tuberculoso (?). Tem quatro filhos vivos, mas fracos.

Já lhe morreram dois aos seis meses de idade, com meningite (?).

Diagnóstico. — Pelo que apurámos e pela positividade da análise da expectoração e da cuti-reacção de Test, julgámos tratar-se de uma tuberculose pulmonar, que incluímos no 2.º grau da classificação de Turban. Gravidez de dois meses.

Prognóstico. — Clínicamente, se atendessemos apenas à limitação do processo tuberculoso ao vértice pulmonar direito e ao estado geral e funcional da doente, o prognóstico seria benigno, porém com a existência concomitante da prenhez, o prognóstico é positivamente mau.

Conclusão. — Nesta doente é manifesta a influência da multiparidade para a sua tuberculização. Nos antecedentes pessoais alguma coisa apurámos que auxiliasse êste processo mórbido. Nos hereditários nada podemos constatar.

OBSERVAÇÃO IX

Enfermaria 10 — Sala: D. Emilia Cabral

M. do O., de 23 anos de idade, casada, doméstica, natural de Gaia e residente nesta cidade, entrou em 24 de Março para êste Hospital transitando para a enfermaria 10.

Dois meses antes da sua entrada no Hospital teve uma hemoptise abundante, constituída por sangue vermelho rutilante e muito espumoso, à qual se lhe seguiram, decorridos alguns dias, escarros hemoptoicos.

Há 18 meses teve um filho, tendo passado sempre muito doente durante esta primeira gravidez, pois a tosse sempre a inquietou.

Depois do parto é que o seu estado se tem agravado mais, não podendo por êste motivo amamentar a criança.

Principiou a sua afecção em seguida a uma anemia, que a doente diz ter tido há 4 anos, sentindo-se desde então para cá muito fraca, com grande emagrecimento e perda de fôrças, não podendo executar o mais insignificante trabalho, pois se cansava ao menor esforço.

Tem tido sempre tosse com expectoração profunda pouco abundante e que nos dois últimos meses se tem tornado algumas vezes sanguínea. Febre nocturna, anorexia por varias vezes, e, de tempos a tempos, diarreia com dores em todo o abdómen.

Há muito tempo tem pontadas em todo o tórax, suores nocturnos, profusos e dispneia.

Presentemente a tosse é mais freqüente, com expectoração muco-purulenta abundante e por vezes com pontos sanguíneos.

Pontadas nos espaços intercostais ao nível do mamilo direito e na fossa infra-clavicular e pontos de Landolfi do mesmo lado. Estas dores só à percussão a doente as acusa nítidamente.

Apetite é nulo, dispneia, febre nocturna. A voz está um tanto apagada.

Ausência de menstruação, há seis meses.

À *inspecção* do tórax, saliência pronunciada das costelas e depressão supra- e infra-claviculares dos dois lados.

À *percussão* dores nos espaços intercostais, e sub-

macissês em toda a metade superior do pulmão direito e parte superior, menos extensa do pulmão esquerdo, aumento de vibrações vocais nos vértices.

À *auscultação* a existência de sarridos de fusão na mesma extensão, rudeza de murmurio vesicular na inspiração, broncofonia do lado esquerdo.

A análise bacteriológica da expectoração, executada duas vezes, foi positiva em ambas, acusando a existência de bacilos de Kock em grande quantidade.

A cuti-reacção de Test foi também positiva.

Temperatura, oscilando entre 37° e 38 $\frac{1}{2}$ °. Movimentos respiratórios 23.

A urina não contém nem glucose, nem albumina.

Nos antecedentes familiares e pessoais da doente apurámos que o pai faleceu de tuberculose. A mãe sofre também do aparelho respiratório. Faleceram duas irmãs da doente, tuberculosas. Tem um irmão tuberculoso em tratamento no dispensário da Assistência Nacional aos tuberculosos.

Tem uma filha que é muito fraca e doente. Teve há 8 anos um ataque de gripe, e há 4 uma cloro-anemia, a que já nos referimos.

Diagnóstico. — Em face das lesões apuradas, do estado da doente e da positividade das análises bacteriológicas, instituímos o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

Prognóstico. — Nesta doente abundam — como já dissemos nesta observação — os sarridos de fusão tuberculosa nos dois pulmões. São pois pulmões que se caseificam e que mais tarde se transformarão em cavernas.

O estado geral caminha para um enfraquecimento

notável. O prognóstico clínico neste caso é bastante sombrio.

Conclusão. — Esta doente é possuidora de uma tuberculose hereditária, em que a gestação e parto produziram o agravamento e acelerou a evolução.

OBSERVAÇÃO X

Enfermaria 10—Sala: D. Emilia Cabral

R. A. R., de 32 anos de idade, solteira, costureira, natural de Sever do Vouga (Aveiro) e residente em Massarelos, no Pôrto, entrou para êste Hospital em 20 de Março de 1910.

Há muito tempo que é doente, mas só há dois anos e meio é que o seu estado se agravou muito, sobrevindo-lhe este peoramento a um parto.

Antes dêste estado concepional, tinha frequentemente pontadas sobre o hemitórax esquerdo, suores nocturnos abundantes, adinamia, febre vesperal e tosse.

Durante a gestação as pontadas tornaram-se mais violentas e persistentes, cada vez se sentia com menos fôrças para o trabalho.

A tosse aumentou-lhe bem como a expectoração, tendo de vez em quando escarros hemoptoicos precedidos de sabor a sangue. Não podia dormir em decúbito dorsal, pois a tosse era mais violenta. Só em decúbito lateral esquerdo conseguia descansar.

Quando inspirasse profundamente as dôres toráci-

cas revelavam-se com maior intensidade, assim como com a tosse.

Presentemente o seu estado tem melhorado um pouco. A tosse já não é tão intensa e persistente e só de manhã é que ela sobrevêm um tanto mais violenta. A expectoração é muco-purulenta, abundante e fácil, principalmente de manhã ao despertar.

Tem ainda suores nocturnos profusos e abundantes. O apetite é diminuído.

Persistem as pontadas torácicas, mas menos intensas e mais localizadas ao nível do terceiro espaço intercostal direito e vértice pulmonar do mesmo lado.

A falta de forças e a emaciação continuam, apesar da diminuição de alguns outros sintomas da doença.

As lesões torácicas, longe de estacionarem tem progredido, sendo já possível o diagnóstico clínico de uma caverna posterior ao nível correspondente ao terceiro espaço intercostal direito.

Todas as outras lesões pulmonares constatadas vão consignadas nos esquemas seguintes.

Tem palpitações freqüentes.

Pulso pequeno hipotenso — 84 P.

Movimentos respiratórios — 30.

A urina não contém nem albumina, nem glucose.

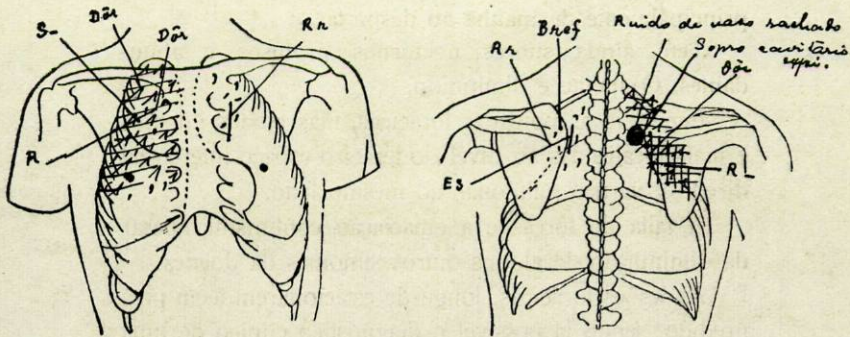
À expectoração foi feito o exame bacteriológico, sendo encontrados bacilos de Kock em grande quantidade.

Foi cuti-reacionada com a tuberculina de Test, sendo positivo o seu resultado.

Na história progressa desta doente apurámos: pai falecido repentinamente. Mãe falecida de tuberculose pulmonar (?). A doente teve uma filha que faleceu com

enterite (?). Em pequena teve o sarampo. Há quinze anos uma febre gástrica e mais tarde cloro-anemia.

Diagnóstico. — Tuberculose pulmonar (3.º grau de Turban).



Esquemas. — Obs. X

Prognóstico. — Como se representa nos esquemas respectivos, esta doente é portadora de uma caverna na parte posterior do pulmão direito, ao nível da terceira costela. Em todo o pulmão e principalmente na metade superior a presença de sarridos de fusão com tendência a caseificação.

O pulmão esquerdo também está atingido pelo processo mórbido.

O prognóstico clínico é neste caso dos mais sombrios.

Conclusão. — A gestação acelerou a evolução da doença hereditária.

Conclusões

1.º A gestação agrava a evolução e prognóstico da tuberculose.

2.º A intensidade dêste agravamento varia segundo os periodos gestativos em que a doença se manifesta.

3.º Em organismos enfraquecidos ou predispostos por tara morbida hereditaria, a gravidez pode fazer revelar a tuberculose ou ser causa da sua aparição.

4.º Durante os quatro primeiros meses de gestação, os sintomas proprios e as perturbações gravidicas podem escurentar os sintomas stetosopicos da tuberculose, mas estes, procurando-se bem, encontram-se sempre.

5.º No último período da gravidez ou nos quatro últimos meses as lesões pulmonares são mais facilmente observadas.

6.º A gestação, bem como o parto, puerperio e aleitamento, aceleram a marcha da tuberculose pulmonar.

7.º A tuberculose altera geralmente a evolução e progressos da gravidez e produz modificações profundas no organismo fetal:—ou o tuberculisa ou o predispõe à aquisição da doença bacilar.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Na veia Ázigos a existência das valvulas não é constante.

Histologia. — As células do corpo amarelo proveem não só das células da teca interna, mas também das células granulosas.

Fisiologia. — O corpo amarelo exerce papel preponderante na fisiologia genital.

Patologia geral e Bacteriologia. — A seroaglutinação é uma reacção não só de diagnóstico como também de prognóstico em certas infecções.

Anatomia patológica. — O simples exame anátomo-patológico não basta muitas vezes para o diagnóstico de lesões tuberculosas.

Farmacologia. — Não há terapêutica específica para a tuberculose.

Medicina legal. — A existência na cavidade peritonial de um líquido claro e límpido, é um bom sinal de morte por submersão.

Operações. — A anúria post-operatória é principalmente freqüente quando existem lesões renais anteriores.

Higiene. — A mulher tuberculosa não deve casar, conceber, nem amamentar.

Obstetricia. — Nas grávidas tuberculosas, nos primeiros meses de gestação e dadas certas condições orgânicas, o aborto cirúrgico impõe-se como meio terapêutico.

C. Cirúrgica. — A caquexia é em certos casos de neoplasma maligno um sintoma muito precoce.

C. Médica. — Na histeria, o isolamento em boas condições de higiene, é o melhor tratamento para a sua cura.

VISTO.

O Presidente,

Cândido de Pinho.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

Cândido de Pinho.

ERRATAS MAIS IMPORTANTES

Pag. Linhas	Onde se lê:	Deve lêr-se:
21 4	Obrigado	Obrigados
30 9	o doente	a doente
32 3	Em presença	A constatação
32 3	que foi	foi
32 10	favorecerá	e favorecendo
32 30	origina	originava
33 3	outras destituída	outras apresentava-se porém destituída
36 12	realçar	salientar
41 18	E certo	É certo
42 14	conduz as doentes	as conduz
45 24	Baum	Bumm
73 18	fácil,	freqüente e
74 2	periodos	de periodos
74 3	mais	maior
92 2	do pulmão	no pulmão