

# A Tuberculose Cirúrgica

138/3 EMC

*Eduardo Alves dos Reis*

---

# A Tuberculose Cirúrgica

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirúrgica do Porto



PORTO

Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão  
66, LARGO DE S. DOMINGOS, 67

1909

138/3 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

## Lentes cathedaticos

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                 | Luiz de Freitas Viegas.              |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .  | Antonio Placido da Costa.            |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .         | Thiago Augusto d'Almeida.            |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                  | Carlos Alberto de Lima.              |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operat-ria . . . . .  | Antonio Joaquim de Souza Junior.     |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.     |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                  | José Dias d'Almeida Junior.          |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .   | Vaga.                                |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .  | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto Henrique d'Almeida Brandão.  |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .  | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos.  |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica . . . . .           | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.      |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .   | João Lopes da Silva Martin- Junior.  |
| 14. <sup>a</sup> Cadeira — Hystologia e physiologia geral . . . . .                            | José Alfredo Mendes de Magalhães.    |
| 15. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia topographica. . . . .                                      | Joaquim Alberto Pires de Lima.       |

## Lentes jubilados

- |                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { José d'Andrade Gramaxo.           |
|                            | { Ilidio Ayres Pereira do Valle.    |
|                            | { Antonio d'Azevedo Maia.           |
| Secção cirurgica . . . . . | { Pedro Augusto Dias.               |
|                            | { Dr. Agostinho Antonio do Souto.   |
|                            | { Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

## Lentes substitutos

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { Vaga.                   |
|                            | { Vaga.                   |
| Secção cirurgica . . . . . | { João Monteiro de Meyra. |
|                            | { José d'Oliveira Lima.   |

## Lente demonstrador

- |                           |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica. . . . . | Ayvaro Teixeira Bastos. |
|---------------------------|-------------------------|


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

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

PRESIDENTE DE THESE


O III.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Senhor

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão



A' memoria de

Meu Pae



À meus padrinhos

pela gratidão e pelo muito  
que lhes quero.

A minha Mãe

e

A meus irmãos

Sei que é a recompensa  
de todos os vossos  
sacrifícios.



A *ARTHUR D'OLIVEIRA*

e ás *Ex.mas Senhoras*

*D. LEONOR D'OLIVEIRA*

*D. ELVIRA PAIVA*

*Como apreço pela carinhosa  
estima que sempre me  
dispensaram.*

21 DE JULHO

*A passagem durante dois annos pelas enfermarias de Clinica Cirurgica, fez-me observar um grande numero de doentes e colher a impressão de que a tuberculose era tributaria da maior parte das lesões que por alli appareciam.*

*Em 1908 o prof. Souza Junior, encarregava-me da applicação e da observação do Methodo de Bier num d'esses doentes e o prof. Frias, á vista dos resultados, animava-me a proseguir escolhendo-me doentes e acompanhando com interesse essas pequenas experiencias.*

*Era esse certamente o assumpto que me proporcionaria uma these, estabelecendo indicações do methodo, para se lhe colher o seu maior proveito.*

*O numero de casos que observei foi, comtudo, reduzido para um trabalho consciencioso e as condições d'esse trabalho, dependentes do prejuizo da minha frequencia nas outras cadeiras do 5.º anno,*

não podiam decidir-me a metter hombros a uma tal empresa visto haver outros obreiros que com maior vantagem, trabalhavam n'esse campo.

Preferi aproveitar a impressão que esses doentes me causaram e fazer um trabalho mais modesto, tão pessoal quanto fosse possível, nem outro merito precisaria no fim da minha vida d'estudante.

São notas clinicas, referindo-se por vezes a pontos controvertidos nos tratados da pathologia, que archivo sob o titulo de *A Tuberculose Cirurgica*.

A simples observação, por muito meticulosa que seja, não é hoje o caminho seguido nas publicações scientificas e principalmente nas de sciencias medicas. Exige-se com justa razão que a experiencia faça incidir o seu «contrôle», para que a verdade possa assim ser realçada.

Ora no meu trabalho-não ha experimentação

e a propria observação torna-se por vezes imperfeita porque não me soccorri do laboratorio para estabelecer d'uma maneira firme a natureza das doenças.

Para o diagnostico etiologico entreguei-me quasi exclusivamente á analyse dos symptomas.

Para o texto da these soccorri-me da opinião dos auctores que pude compulsar. Outras vezes deixei-me arrastar pelo caminho da hypothese, quando sentia faltar-me o apoio de que necessitava.

O terreno é vasto e em muitos pontos inculto. Basta perguntar o que seja a tuberculose cirurgica para immediatamente se vêr quão densa é a penumbra que envolve ainda este termo.

Quem me lêr ou julgar, tente primeiramente definil-a. Verá então o motivo da minha escolha e desculpará as incorrecções que certamente pelo livro fóra encontrará a cada passo.

*Não quero deixar no esquecimento o auxilio prestado pelos meus condiscipulos. Amigo de todos mas tambem por todos estimado, não esquecerei nunca esse feliz convivio de tantos annos. A todos endereço a minha gratidão com um abraço cheio de saudade.*



# 1.<sup>ª</sup> PARTE

## OBSERVAÇÕES

I (1)

Domingos d'Oliveira, de 44 annos, natural de Gondomar, entrou para Clinica Cirurgica em 10 de fevereiro de 1908.

**Antecedentes.** — Paes vivos. Tem sete irmãos saudáveis; um d'elles possui uma blepharite; teve mais dois nado-mortos. No seu passado apenas teve o sarampo.

**Historia da doença.** — Em janeiro conduzia um carro de mão quando, em virtude d'um choque, foi impellido violentamente para deante, ajoelhando e batendo ao mesmo tempo com a coxa direita na beira d'um passeio.

Da queda não resultou ferimento algum; tambem no dia seguinte continuou a trabalhar, mas no dia mediato, ao levantar da cama viu-se impossibilitado de andar pela dôr que isso produzia.

Durante algum tempo foi tratado por um algebrista, na persuasão d'uma fractura. Tinha um grande oedema, motivo por que não foi logo feito o diagnostico.

Em 6 de fevereiro, sentiu a perna muito humida. Viu então que se tinham aberto uns seis orificios por onde sahia muito pús. Chamaram o medico que aconselhou a transferencia para o hospital.

N'essa occasião havia já um numero grande de tractos (9 ou 10) conduzindo a um commum e vasto des-

---

(1) Publicada na *Gazeta dos Hospitaes*, II anno, n.º 16.



collamento, que brotavam uma extraordinaria quantidade de serosidade. Tinha oedema em todo o membro e impossibilidade de mover o joelho. Esteve febril até 29 de fevereiro (febre continua — 39,7 á tarde).

**Exame.** — 9 de março. — No terço superior da coxa direita, na face externa e na mesma linha vertical tinha dois orificios cujos trajectos conduziam á mesma cavidade. O trajecto superior era dirigido transversalmente para dentro e o inferior para cima e para dentro. Pelo primeiro o estilete attingia a superficie ossea e mostrava-a rugosa mas recoberta.

A região do joelho estava tumefacta, dando fluctuação profunda e dôr expontanea, intensa á pressão na interlinha e na cabeça do peroneo. As fossetas lateraes rotulianas tinham desaparecido; a tumefacção era uniforme. Todos os movimentos tinham desaparecido.

A perna e pé participavam ainda do processo. Estavam oedemaciados; o pé em rotação permanente para fóra não podia rodar em sentido inverso. A articulação tibio-tarsica não tinha movimentos activos; não tinha porém nem dôr nem fluctuação.

O seu estado geral era mau, representava o typo da miseria physiologica. Tinha ainda dejeccções frequentes e diarrheicas. Não offerencia á auscultação, lesões pulmonares. O exame urologico revelou uma menor taxa d'ureia (10,675 por litro) e uma desmineralisação (relação urologica 51 %).

**Diagnostico.** — Osteite tuberculosa do femur e hyarthrose, egualmente tuberculosa, do joelho.

**Tratamento.** — Até 13 de março teve localmente pensos antisepticos, ora com sublimado, ora com agua iodada; no joelho foi-lhe applicado um vesicatorio de cantharidato. Internamente fez uso de antisepticos intestinaes e de quinina. Desde essa data passou a ser tratado localmente pelo methodo de Bier e internamente pelo xarope iodo-tannico.

Teve primeiramente a faixa; mais tarde a combina-

ção d'esta com ventosas nos trajectos ; ultimamente ainda se accrescentou a injeção de tintura d'iodo nos trajectos para cauterisar as fungosidades que os revestiam. As notas principaes da evolução clinica são as seguintes :

1.<sup>a</sup> *Sessão.* — Depois de solta a faixa, a articulação do joelho permittiu uma flexão passiva, pequena mas sensivel.

2.<sup>a</sup> *Sessão.* — Menor dôr, menor oedema na perna e no pé ; a mesma extensão do movimento.

3.<sup>a</sup> *Sessão.* — Mesma extensão do movimento mas execução activa. A articulação tibio-tarsica tinha movimentos activos e extensos.


4.<sup>a</sup> *Sessão.* — Desappareceram as dôres ; o penso vinha quasi limpo. Igual movimento no joelho ; movimento completo na tibia-tarsica ; rotação do pé para dentro até á vertical.

10.<sup>a</sup> *Sessão.* — Não tinha dôres mesmo á maior pressão. A flexão do joelho não attingia ainda 90°. Os trajectos da coxa communicavam ainda mas a cavidade era menor.

Em 8 d'abril a uniformidade da articulação modificou-se, principiando a diminuir pela parte superior. O doente passeiava pela enfermaria com facilidade, porém com claudicação.

Não se accentuaram mais beneficios. Manifestou-se, ao contrario uma ascensão no perimetro do joelho e augmento de volume da extremidade femural, attribuidos á nutrição maior que n'este ponto se effectuava.

O tratamento foi suspenso a 10 de maio e d'ahi a dias o doente pediu alta, satisfeito com o resultado obtido. Ia com um estado geral magnifico, a osteite curada e os trajectos bem cicatrizados, uma tumefacção da região articular e uma claudicação já pouco incommoda porque a ella se tinha habituado.



## II

Joaquim Nunes da Silva, de 45 annos, natural de Gaya, entrou para a enfermaria de Clinica Cirurgica em 17 d'abril de 1908.

Motivou a sua entrada uma osteo-myelite da tibia direita, de natureza tuberculosa, vulgarmente chamada osteo-myelite de crescimento.

**Exame.** — Na tibia direita, na face interna e terço superior tinha uma pequena ferida por onde sahia um pús amarello, mal ligado, de cheiro enjoativo e em grande abundancia.

Abria-se n'essa ferida, um trajecto que conduzia o estilete a uma cavidade limitada para fóra pela crista da tibia e no resto da sua extensão por uma linha curva de 0<sup>m</sup>,06 de raio superior e inferiormente e 6<sup>m</sup>,04 internamente, o fundo era formado pela tibia inteiramente desnudada.

Havia oedema em todo o membro, mais pronunciado na parte distal.

As regiões articulares mais proximas resentiam-se do processo. A tibio tarsica tinha leves movimentos activos; os passivos eram mais pronunciados (myosite). A do joelho não tinha movimentos activos; passivamente ia da flexão completa á flexão em angulo recto, posição habitual (peri-arthritis).

Havia fluctuação superficial na parte anterior do joelho, logo abaixo da rotula, e coloração vermelha dos tegumentos; dôr expontanea ao nivel da tuberosidade anterior da tibia sem que, comtudo, a sondagem fosse dolorosa.

O estado geral offerecia ainda estes symptomas: frequentes evacuações diarrheicas; polypnêa sem phenomenos e esthetoscopicos anormaes; pulso frequente e pequeno; suores abundantes; fraqueza excessiva (não podia trinchar a carne da sua alimentação) e emaciação.

O aspecto denotava um certo rachitismo. Na face tinha todos os estigmas da creança lymphatica. Apesar de não apresentar nenhum ar de h b tude, não sabia informar nem os seus antecedentes, nem a marcha da sua doença, parecendo que tudo se passou sem impressionar a sua memoria.

**Tratamento e evolução clinica.** — Nos primeiros dias teve um penso antiseptico, alimentação d'ovos e leite e como medicamento o xarope iodo-tannico.

Em 24 d'abril appliquei-lhe a faixa elastica de Bier. Obtive com a primeira sessão uma diminuição da d r e do pós; nos dias seguintes porém, ao passo que aquella diminuia até desaparecer, a suppuração augmentava consideravelmente produzindo maiores descollamentos; a collecção do joelho augmentava tambem e mantinha-se isolada.

Em face d'isto, a 30 d'abril é suspenso o tratamento e proposta a operação. E' operado a 14 de maio constando-se então a necrose de dois terços da diaphyse e a existencia de duas collec es ao nivel do joelho e na face anterior do terço inferior da perna. Não se tinha formado ainda sequestro mas o periosseo, na cegueira da reparação, começava já a invaginar a parte necrosada.

Limitou-se a operação   formação de quatro feridas, duas para a abertura dos abcessos e duas para exploração: uma anterior com todo o comprimento da necrose e outra posterior que affirmou a integridade da parte correspondente do esqueleto; a intervenção que convinha ficou addiada para quando estivessem delimitadas as linhas do sequestro.

Em 6 de junho volto a applicar-lhe a faixa elastica para v r se attingia este fim por meio do augmento de vitalidade do foco.

Não o consegui attingir, embora a vitalidade fosse manifesta; a melhor parte da hyperhemia aproveitara-a o periosseo, ameaçando a invaginação completa. As tres

feridas menores fecharam e tanto a myosite como a peri-arthritis desapareceram.

E' suspenso novamente o tratamento e n'esta altura, como terminasse o anno lectivo, o doente deixa de ter os meus cuidados.

Quando voltei a tratá-lo, em outubro, o estado local tinha peiorado. Existia a ultima ferida operatoria reduzida já a um trajecto e na mesma linha vertical havia tres outros trajectos: um superior e dois inferiores; lateralmente, para dentro, havia um outro.

Todos communicavam entre si: os quatro primeiros levavam o estilete ao osso e d'estes o mais superior tinha uma extensão dupla, indo até ao, agora, canal medullar; o quinto deveria ser um trajecto sinuoso porque a sua exploração levava a uma excavação feita nas partes molles posteriores. Só era dolorosa esta ultima sondagem, bem como a pressão feita, ao seu nivel, na barriga da perna.

Era extraordinariamente maior a suppuração que sahia pelos cinco orificios: um pús um tanto grosso, amarello levemente córado pelo sangue, d'um cheiro mais fetido que enjoativo. Os trajectos estavam cheios de fungosidades.

O estado geral embora se tivesse modificado, mostrava a mesma emaciação.

Fizeram-se os pensos convenientes para moderar a suppuração. Como nada se conseguisse, instei pela intervenção urgente da libertação do sequestro. Essa operação foi feita em 6 de novembro. O prof. Frias, depois de verificar a invaginação completa, abriu, a escopro e martello, uma brecha extensa atravez da neostose eburnea de 0,02 d'espessura, extraíndo por fragmentação toda a antiga tibia e curetando toda a superficie que ficou.

Durante toda a operação, approximadamente uma hora, a hemorragia, phleborragia das fungosidades, inundou continuamente o campo operatorio, apesar da compressão digital da arteria femural.

Nô fim da operação mostrava todos os signaes de grande perda de sangue pela imperceptibilidade do pulso, pallidez da physionomia, suores e sêde, estado verdadeiramente grave.

Fez-se uma injeção de 300<sup>cc</sup> de sôro physiologico, ficando um pouco socegado. Meia hora depois mostrava uma grande inquietação; o interno de serviço deu-lhe uma injeção d'estrychnina e mandou applicar compressas quentes no thorax. D'ahi a meia hora, tres horas depois da operação, fallecia, apesar de todos os esforços empregados.

**Nota.** — Por informações da familia soube que esta creança passou bastantes privações, como toda a familia. Os paes e irmãos estão todos vivos e são saudaveis.

A respeito da doença contaram que elle tinha sentido uma dôr nas costas primeiramente e que d'ahi a dias passou para a perna.

Teve febre, delirio, a dôr permanente, abrindo-se expontaneamente ao fim de quinze dias a collecção purulenta. Esteve ainda mez e meio em casa, entrando por fim para o hospital.

### III

Maria Nunes, de 15 annos, solteira, natural do Porto, entrou para o serviço da clinica em 4 de novembro de 1908.

**Antecedentes.** — Pae vivo; mãe fallecida com tuberculose laryngea; restante familia saudavel; nunca esteve doente; ainda não tinha sido assistida.

**Historia da doença.** — Em janeiro de 1908 inchou-lhe o tornozello esquerdo, tendo dôres muito intensas em toda a região. Fez differentes applicações caseiras, abrindo-se-lhe d'ahi a um mez, expontaneamente, um foco purulento. Formou-se uma fistula, que motivou a sua entrada para o hospital ficando internada na enfermaria n.º 13 (março).

Esteve internada quatro mezes, peiorando, abrindo-se-lhe mais trajectos; pediu alta (julho) por não querer sujeitar-se á amputação que lhe foi prescripta.

Em casa sahiu-lhe por um dos trajectos o malleolo interno, sob a fórma de sequestro, que ella propria ajudou a destacar.

Appareceu-lhe n'essa data uma tumefacção do punho esquerdo, que veio tambem á suppuração, transformando-se as duas aberturas expontaneas d'este abcesso em duas ulceras fungosas actualmente substituidas por crostas.

D'esta ultima lesão não possui a doente defeitos funcionaes apreciaveis.

Exame. — 11 de novembro. — Pé esquerdo varo-equino. Ao nivel da articulação tibio-tarsica e abrangendo os ossos limitrophes, tumefacção e empastamento; pelo pé algum oedema. Tem quatro trajectos: 1.º por baixo do malleolo externo, de 0,<sup>m</sup>05, dirigido perpendicularmente para dentro; 2.º — por onde sahiu primeiramente o pús e por onde ainda hoje elle se escôa em maior abundancia — é pouco profundo, está situado na face interna do calcaneo e conduz até ao osso desnudado; 3.º logo acima d'este ultimo, no ponto onde existia o malleolo, foi provocado por a sua eliminação; 4.º na parte posterior, ao nivel da inserção do tendão d'Achilles, de 0,<sup>m</sup>05, perpendicularmente dirigido para diante; os tres ultimos trajectos communicam entre si. A sondagem é dolorosa e faz sangrar os trajectos; tem dôres expontaneas que se tornam intensas pela pressão, sendo nitidas em toda a interlinha articular.

Tem leucorrhêa. Não revela á auscultação lesões pulmonares.

Diagnosticada osteo-arthritis tuberculosa foi sujeita ao tratamento pelo methodo de Bier.

A applicação da faixa, diaria, durante duas horas, começou a fazer-se desde 14 de novembro. Nos primeiros dias desapareceu a fórma equina e a fórma varo deixou

de ser tão fixa; a suppuração não diminuiu e as dôres, embora houvesse primeiramente uma accalmia, tornaram-se por fim insupportaveis e permanentes. Em 4 de janeiro, foi suspensa a applicação e applicaram-se as lavagens com agua oxigenada emquanto não foi feita a operação. Ao fim d'alguns dias verifiquei que a suppuração augmentava, accentuavam-se o pé varo, empastamento e immobibilidade da região e as dôres desappareciam. Algum tempo depois sahia pelo trajecto externo uma esquirola.

Durante toda a applicação da faixa tentei curar-lhe a gomma que tinha no punho. Tirei-lhe as crôstas, ficando uma ulceração fungosa que cauterisei com tintura d'iodo. Quando deixei a applicação na perna, aproveitei a faixa para o braço e durante um mez não colhi melhoras.

Em 6 de fevereiro, o prof. Frias fez-lhe, a meu pedido, uma operação conservadora. Esvasiou o calcaneo a cinzel apenas, curetou todo o foco thermo-cauterisando-o em seguida.

Dois dias foi o penso levantado e substituído. N'essa noite accusava uma temperatura de  $38^{\circ},5$  e dôres enormes em todo o pé. Desenharam-se melhor os signaes de lymphangite, tendo ainda no dia 9 e 10, á noite, as temperaturas de 38,6 e 38,7.

No dia 10 appliquei-lhe a faixa durante quatro horas, em sessões de duas horas. Para esse fim deixei a ferida sem drenagem.

No dia 11 deixei-lhe a faixa durante seis horas. Continuí a deixar sem drenos a ferida e a laval-a apenas com agua fervida. A rubefacção do pé e as dôres desappareceram e a temperatura á noite subiu apenas a  $38^{\circ}$ .

No dia 12 a faixa começa a causar-lhe dôres — suspendi e drenei a ferida. Passou bem depois e á noite estava apyretica.

Desde então fez-se-lhe o tratamento vulgar com agua oxigenada. A suppuração foi diminuindo, as partes osseas



recobriram-se de botões carnosos; só no fundo, um pequeno ponto não se recobria, e já em adiantada cicatrização, da restante ferida, elle mantinha ainda uma leve suppuração e formava a origem d'uma fistula.

Injectou-se a mistura de Beck (1 parte de sub-nitrato de bismutho para 2 de vaselina esterelizada) para provocar a cicatrização e a suppuração extinguiu-se.

Ficava porém um pé varo permanente apesar de ter desaparecido a fórma equina, que lhe impossibilitava completamente o uso d'esse membro e portanto a marcha.

Em 8 de junho o prof. Frias interveio de novo, com o fim de corrigir o defeito. Era sua intenção fazer a operação de Vladimiroff-Mikulick ou a simples resecção do astragalo, conforme as circumstancias.

Foi tirado o astragalo, por fragmentação, e o malleolo externo. Fez-se a coaptação, a sutura dos tegumentos e manteve-se a attitude em boa posição por meio d'uma tala.

A doente, pediu alta em 30 de julho, podendo fazer a marcha, apenas com uma leve claudicação.

Os pensos da segunda operação fizeram sair pouco e pouco a mistura de Beck que enchia a fistula. Toda ella estava revestida por uma cuticula e a exploração não provocava nem dôr nem a sahida de qualquer parcella de pus. Não quiz a doente sujeitar-se a uma ultima operação que avivasse todo o trajecto e bordos d'essa fistula.

A gomma do punho cicatrisou depois d'uma curetagem das fungosidades, feita na operação de 6 de fevereiro.

Durante toda a sua estada na enfermaria fez uso, alternadamente, dos tonicos: oleo de figados de bacalhau, xarope iodo-tannico e glycero-phosphato de cal.

NOTA. — Tive occasião de vêr mais tarde quatro irmãos d'esta doente, verificando que todos eram pouco saudaveis e d'uma constituição rachitica.

## IV

Carminda Assumpção Bazilia, de 45 annos, natural de Sabroza, entrou para a enfermaria n.º 8 em 11 de setembro de 1908.

**Historia da doença.** — Em abril de 1907, num dia de muito calor, atravessou um ribeiro, ficando molhada durante muito tempo. Alguns dias depois sentiu dôres em todo o corpo, mas em maior intensidade ao nivel da epiphyse superior do femur esquerdo. Ao fim de mez e meio, depois de ter feito uso d'umas tizanas, levantou-se curada; recorda-se bem que a coxa não tinha inchado e que lhe não ficou a menor impotencia funcceional.

Algum tempo depois, para fechar uma porta, fez força com o joelho esquerdo e soffreu ahi uma luxação. Foi tratada por um curandeiro que fez a redução e apertou em seguida fortemente todo o membro com uma atadura.

Este traumatismo seguiu bem, mas ao fim d'alguns dias a coxa inchou bastante e a atadura teve de ser levantada. N'esse momento, no terço superior da coxa, havia umas vesiculas que abriram, ulcerando largamente e cicatrisaram depois; a tumefacção continuava impossibilitando-a da marcha.

Por conselho dos medicos veio para o hospital do Porto em agosto de 1907, entrando para a enfermaria n.º 9.

Ahi pozeram-lhe um aparelho d'extensão continua durante tres mezes, findos os quaes a tumefacção desapareceu e a marcha pôde ser permittida.

Não estava porém curada. Ao fim d'alguns dias appareceu uma dôr nas costas que a obrigou a ir para a cama. Essa dôr passou para a coxa esquerda e ahi era erratica num pequeno espaço: ora a sentia na face externa ora na interna; de noite tomava então uma grande intensidade. Punham-lhe tintura d'iodo mas isso em nada a alliviava.

Passaram-se assim sete mezes até que na face interna lhe appareceu um tumôr do tamanho d'um ovo. Ainda esteve mais dois mezes na enfermaria, sahindo depois por ahi lhe aconselharem o uso de banhos do mar.

Alguns dias depois da sahida, o tumôr, crescendo rapidamente, attingiu um enorme volume. Desapparecendo-lhe ao mesmo tempo as poucas forças que tinha, teve de ser trazida ao banco, onde elle foi lancetado. Andou dois mezes no externato seguindo depois para a sua aldeia.

Internou-se no hospital de Villa-Real onde lhe lancetaram um novo abcesso na parte posterior da coxa e depois de lá permanecer um mez veio novamente para o Porto, occupar a cama em que hoje está.

Em 17 de setembro fizeram-lhe uma extensa trepanação e cauterisação do fumor, ficando-lhe o osso reduzido n'uma certa extensão a uma lamina muito estreita.

Quando abriu a Escola o seu estado reduzia-se ao seguinte.

**Exame.** — Na coxa esquerda, na face externa e a partir da espinha iliaca antero-superior, tinha uma ulcera callosa de 6<sup>m</sup>,110 d'altura com um fundo vermelho muito limpo, resto da ferida operatoria. No seu centro abria-se um trajecto de 0,033, dirigido de cima para baixo, de fóra para dentro e de diante para traz e terminando no femur.

Na face anterior, sensivelmente no vertice do triangulo de Scarpa, havia um segundo trajecto de 0,07 dirigido de baixo para cima, de dentro para fóra e de diante para traz, batendo igualmente no femur. Communicavam um com o outro e a sondagem não era dolorosa.

No terço inferior e externamente havia um terceiro de 0,043 dirigido transversalmente para dentro, com sondagem dolorosa.

Todos elles suppuravam. Não havia oedema mas os perimetros comparados demonstravam existir na coxa doente um maior volume: eram respectivamente: no

terço inferior 0,255 — 0,275; terço medio 0,285 — 0,335; no terço superior 0,335 — 0,395. Não tinha dôres; a região do terço superior estava empastada.

A articulação do joelho apresentava lesões d'arthritis sicca, não tinha dôr nem tumefacção mas, estando em permanente extensão, não permittia passivamente mais que uma tenue flexão e fornecia asperezas nas cartilagens.

A articulação coxo-femural tinha todos os seus movimentos; a doente porém não podia usal-a por causa da fraqueza muscular.

O estado geral era muito fraco.

**Tratamento.** — Tinha ella o tratamento vulgar: lavagens com sublimado corrosivo e drenagem com gaze iodoformada; internamente tomava xarope iodo-tannico.

Desde 19 de novembro, apesar do acanhado espaço, foi tratada pelo methodo de Bier — hyperhemia passiva, durante duas horas. Teve este tratamento até ao fim de fevereiro. Algumas vezes injectava-se tintura d'iodo para cauterisar fungosidades que revestiam os trajectos, outras vezes faziam-se aspirações com ventozas. De nenhum d'estes meios surgiram incidentes, á excepção das ventozas que, pela pressão dos bordos, tentavam ulcerar a pelle.

Os resultados colhidos por este tratamento foram a restituição completa do movimento ao joelho, a cicatrização rapidâ da ferida operatoria, a diminuição da supuração, ultimamente insignificante.

A evolução da doença attingiu um maximo, mas não a cura. Ficaram os dois trajectos superiores com toda a sua profundidade, guarnecidos de fungosidades e supurando muito levemente. As lavagens com agua oxigenada, as injeções com tintura d'iodo, continuadas por largo tempo sem mudança favoravel do aspecto da lesão foram abandonadas para se recorrer a uma operação libertadora d'algum sequestro.

Foi operada em 14 de maio. Não se poz a faixa hemos-

tática d'Esmarch, por não o permittir a estreiteza do terreno. Durante todo o acto operatorio a hemorragia correu sempre de modo a não deixar verificar o verdadeiro estado da lesão. A operação consistiu n'uma trepanação, atravez da parte reproduzida, extremamente dura, curetando-se o canal medullar e os trajectos; fez-se uma larga brecha drenando se tudo largamente.

O estado da doente era, finda a operação, extremamente grave, chegando a ter uma syncope cardiaca.

Teve injecções de sôro physiologico, num total de 1500<sup>cc</sup>, duas injecções de cafeina, melhorando ao fim do dia o seu estado.

A ferida operatoria suppurou abundantemente. Teve algumas sessões d'hyperhemia, logo abandonadas com receio de que a cicatrização superficial avançasse tão rapidamente que não deixasse verificar a reparação das partes profundas.

A doente continúa na enfermaria com os dois trajectos muito reduzidos mas communicando um com o outro e com a superficie ossea.

Tem uma pequena suppuração.

Caminha claudicando; desde a ultima operação o joelho perdeu uma parte dos beneficios que tinha colhido, não fazendo agora uma flexão completa. Para esta reparação espera-se que fechem primeiramente os trajectos.

**Diagnostic.** — Osteo-mylite do femur.

**Notas.** — Com a operação de 17 de setembro e com o methodo de Bier, a lesão reparou-se convenientemente.

A qualidade de tecido osseo, porém é mal nutrida e por isso mantém um foco de suppuração que parece revelar a existencia d'um sequestro. Ultimamente assim foi comprehendido e interpretado o seu estado e por isso em vez de tentar uma operação inutil tem-se injectado chloreto de zinco a vêr se se modifica essa superficie. E' provavel que a morosidade do socorro therapeutico permittisse a inutilisação do periosseo n'alguns dos seus pontos.

## V

Guilhermina d'Azevedo, de 16 annos, natural do Porto, entrou para Clinica Cirurgica em 12 de junho de 1907.

**Antecedentes.** — Tem os paes vivos; são idosos e saudaveis. Tem cinco irmãos todos saudaveis; teve alguns fallecidos de tenra idade, não sabe porém esse numero nem de que falleceram; d'um sabe que falleceu com uma tísica intestinal. Ainda não é menstruada.

**Historia da doença.** — Em principios de 1907 appareceu-lhe na virilha direita uma ferida que mediante o uso d'uns pós cicatrizou. Algum tempo depois a cicatriz cobriu-se de vesiculas que brotaram uma serosidade amarellada formando-se uma nova ulceração. Não teve d'esta vez a mesma sorte. Tratou-se pelo remedio Galiano que não deu resultado. Entregou-se depois nas mãos d'um pharmaceutico que empregou bastantes recursos, incluindo o uso do iodeto de potassio e d'um emmenagogo, na persuasão de que a vinda do fluxo catamenial traria a cicatrização, e só conseguiu um alastramento da ulcera. Passou para um enfermeiro, mas este, um pouco mais consciencioso, aconselhou a entrada no hospital. Durante quatro mezes esteve sujeita a um tratamento tonico intenso, e soffreu uma curetagem, ficando porém no mesmo estado.

**Exame.** — Outubro de 1907. — Tem na raiz da coxa direita tres ulceras e uma cicatriz. As ulceras estão situadas no mesmo plano transversal. A interna, situada na prega da virilha, ao nivel do canal inguinal, é a mais pequena das tres; não attinge profundamente mais que o tecido celllular sub-cutaneo, formando uma cavidade que póde alojar uma amendoa; o seu aspecto denota não haver tendencia a limitar-se.

A media, quer na situação, quer no tamanho, occupa a face anterior da coxa, tem quatro vezes a área da pri-

meira e attinge a camada muscular sem formar excavação; a sua vitalidade não é precaria, todo o seu fundo é roseo, mas não se recobre pela callosidade dos bordos formados pela parte cicatrizada. A externa tem tres vezes o tamanho da segunda, attinge a camada muscular da face externa e ainda da posterior; na sua parte superior é lisa e tem bom aspecto, mas na sua parte inferior é excavada e n'alguns pontos coberta d'um tecido molle, de côr branco-sujo, tecidos que vão ficando necrobioticos; não tem liserado cicatricial, ao contrario apresenta o caracter phagedenico. Nos pontos inferiores os bordos estão descollados, azulados, a pelle necrosa e macera-se pela corrosão do seu meio nutritivo, e, no espaço d'alguns dias, a ulcera está augmentada d'essa porção que desaparece no penso. A cicatriz envolve por todos os lados a ulcera mediana. Tem inferiormente um aspecto estrellado, superiormente forma depressões. Tem grande dureza e exerce, pela retracção manifesta, um obstaculo á cicatrizaçào que falta, e uma claudicaçào na marcha.

Não tem perturbações, exceptuando a claudicaçào. O seu estado geral é bom. O funcçionamento de todos os aparelhos é, clinicamente, irreprehensivel.

**Diagnostico.** — Ulcera tuberculosa, consecutiva a adenites suppuradas. O prof. Frias prefere que seja outra a designaçào mais propria, apesar de não contestar essa origem; no seu parecer a doente tem uma estaphylococcia.

**Tratamento.** — Nenhum doente exgotou tanto os recursos da therapeutica como este; basta dizer-se que ainda hoje se conserva na enfermaria no mesmo estado, tendo tido apenas uma interrupçào no mez de dezembro de 1908, que desejou passar junto da familia.

Desde a sua entrada até outubro de 1907 — fóra do periodo escolar — soffreu uma curetagem sendo em seguida cauterisada com diferentes agentes: nitrato de prata, a flammagem, a tintura d'iodo; alguns topicos foram

applicados: iodoformio e a camphora e bismutho. Já fallei no tratamento interno.

Em novembro applicou-se uma pomada de protargol. A ulcera mediana modificou-se bastante; ao fim de pouco tempo a cicatrização suspendeu-se e a ulcera externa continuava phagedenisando.

Em dezembro punha-se oleo creosotado nos pontos que se não detergavam. O tratamento geral foi substituido pelo cacodylato de soda.

Em janeiro, em vez dos outros antisepticos mais vulgares, emprega-se a agua oxigenada.

Em 19 de fevereiro fez-lhe o prof. Frias uma operação para lhe destruir aquelles fôcos de lymphangite chronica. Fez-lhe uma incisão peripherica, curetagem e thermo-cauterisação, transformando tudo n'uma só ulcera.

Nos curativos subsequentes applicaram-se-lhe uns pós siccativos, casca triturada d'uma planta brasileira. A ulcera toma então uma outra marcha: a parte interna cicatriza completamente e a externa bastante.

A 12 de março uma cauterisação com nitrato de prata produziu uma lymphangite, logo conjurada. A doente tinha dolorosos os bordos da ulcera e qualquer irritação era-lhe muito prejudicial. Esta lymphangite não atrazou a cicatrisação, parecendo até favorecel-a.

Em meados d'abril como os pós nada produzissem, foram substituidos por pincelladas de tintura d'iodo. Algum effeito se obteve e a cicatrisação de novo augmentou, embora vagarosamente.

Em 14 de maio os ganglios retro e sob-maxillares, começaram a hypertrophiar-se, tomando um d'elles o tamanho d'um ovo de gallinha; a doente sentia n'esse momento dysphagia e dôres.

Um gargarejo iodado, fomentações e mais tarde pincelladas de tintura d'iodo trouxeram a desappareição das dôres e dysphagia e uma diminuição do seu volume.



Terminava n'esse momento o anno lectivo. Durante quatro mezes não a pude observar.

Soube algum tempo depois que todos os ganglios voltaram a hypertrophiar-se e a suppurar.

Applicaram ahi e na ulcera pensos humidos d'agua oxigenada, com proveito, porque a cicatrisação augmentava mais do que até então. Uma cauterisação inopportuna com o thermo-cauterio prejudicou tanto a ulcera que, quando voltou o anno lectivo, a doente ainda estava peor que antes da segunda operação.

Quiz-lhe applicar a faixa de Bier, mas não tinha terreno para uma unica volta.

Limitei-me ao uso da agua oxigenada, combinada com cauterisações leves ora de tintura d'iodo ora de nitrato de prata.

Em principios de dezembro, pedia alta, vindo porém diariamente á enfermaria receber curativos. Accentuou-se um oedema em todo o membro apparecendo-lhe d'ahi a alguns dias, em torno dos malleolos e ainda pela perna e pelo pé, pequenas ulcerações. A ulcera aggravava-se e a doente viu-se obrigada a recolher de novo á enfermaria, em 31 de dezembro.

Em 6 de março fez-lhe o dr. Albuquerque, chefe da clinica, uma extensa curetagem seguida de thermo-cauterisação.

Essa operação não evitou que em 29 de maio o prof. Frias voltasse a fazer uma incisão peripherica a thermo-cauterio extraíndo todos os tecidos doentes.

A ulcera ficou d'um tamanho quasi duplo do primitivo, com os musculos da região posterior da coxa a descoberto, dando o aspecto d'uma preparação anatomica.

Ensaiou-se em seguida um tratamento mercurial, associado ao arsenico — escolhendo-se para esse fim o Enesol.

A cicatrisação effectuava-se rapidamente, mas como a perda da substancia fôsse muito extensa, pedi uma

operação d'autoplastia pelos enxertos de Tiersch — afim de evitar a demora que tinha sido sempre prejudicial.

Obtinha essa operação porque a suppuração era insignificante e o terreno bastante limpo já, para ella ser feita, mas o encerramento do anno lectivo não o permittiu.

Está hoje ainda no uso dos preparados mercuriaes, biiodeto de mercurio, associado ao cacodylato de sôda, e continúa em tratamento na enfermaria.

## VI

Francisco Antonio Lopes, de 41 annos, casado, de Alfandega da Fé, entrou para a enfermaria de Clinica Cirurgica em 1 de dezembro de 1908.

**Antecedentes.** — Pae morto de tuberculose por hemoptyse fulminante; padecera bastante de rheumatismo e tinha ultimamente contracturas nas mãos e deformação nas ancas. A mãe morreu d'uma lesão cardiaca. Conhece, na sua familia, quatro primos fallecidos de tuberculose. Só teve uma irmã que falleceu aos 7 annos com uma apoplexia (?). Tem quatro filhos: um são, e tres bastante fracos, dois d'estes escrofulosos.

Teve aos 16 annos uma perturbação digestiva grave. Aos 23 soffreu no ventre, uma marrada d'um boi, ficando quasi morto. Teve sezões diferentes vezes: uma d'ellas durou nove mezes e apresentou todos os typos; raro era o anno em que as não tinha. Desde ha nove annos não o tornaram a importunar.

**Historia da doença.** — Data a sua doença de ha tres annos. Principiou a ter dôres erraticas em todo o thorax; em maio de 1906 principiou a doer-lhe o joelho esquerdo, desaparecendo-lhe todas as outras.

Alguns dias depois inchou-lhe esse joelho com aggravamento das dôres. A tumefacção desapareceu ao fim de tres dias e as dôres permaneceram. Por tres vezes,

com grandes intervallos, lhe voltou a tumefacção, desapparecendo sempre com facilidade, se bem que nunca completamente.

Em fevereiro de 1908 voltou a tumefacção mas d'esta vez para não diminuir. Em 28 de setembro as dôres re-crudesceram d'intensidade; além d'isso, tendo sido no principio na parte interna da articulação, eram agora na parte externa.

Caracterisavam-se ainda por augmentarem quando se deitava, por perturbarem o somno e por acompanharem qualquer exercicio maior que dêsse á articulação.

**Exame.**— Tem habitualmente o membro doente em extensão, unica posição em que, na cama, não tem dôr.

A flexão do joelho, activa ou passivamente, não vae além do angulo recto.

Ha tumefacção de toda a região do joelho, com desappareição das fossetas rotulianas. Não tem oedema no resto do membro, nem perturbações nas outras articulações, nem atrophias musculares. As extremidades articulares estão hypertrophiadas, principalmente a do femur.

A' pressão tem uma dôr intensa na interlinha articular, desde a rotula até o ligamento externo.

A região tem a rede venosa superficial muito desenvolvida, offerecendo pulsações e uma maior temperatura. Não ha fluctuação.

Os perimetros comparados dos dois joelhos são: 0<sup>m</sup>,310 na interlinha do direito e 0<sup>m</sup>,337 no esquerdo.

Pelos outros aparelhos havia apenas algumas vezes pyrozis, gastralgias com o uso de comidas salgadas; em tempo uma pequena dyspnêa que desappareceu completamente.

**Diagnostico.**— Rheumatismo tuberculoso. O prof. Frias não concordou n'este ponto, porque o registou na tabella como arthrite rheumatismal.

**Tratamento.**— Depois d'uma applicação de pontas de fogo, foi prescripta a collocação d'um aparelho silica-

tado. Pedi o doente para os ensaios do methodo de Bier, fazendo-lhe a primeira sessão em 18 de dezembro.

Antes d'este tratamento pedi tambem que lhe fôsse prescripto o iodeto de potassio, ficando o doente a tomar a dose diaria de 1 gr., desde o dia 8.

Em 12 sentiu dôres no ventre e diarrhea. Suspenso o iodeto, tomou em 14 o sulfato de soda e tudo desapareceu.

Em 16 e 17 tomou novamente o iodeto na dose diaria de 0,50, voltando-lhe as dôres e a diarrhea, pelo que foi suspenso definitivamente.

A hyperhemia diminuiu as dôres pouco e pouco, permittindo-lhe uns movimentos um pouco mais amplos tambem. Em 3 de janeiro, tinha já dezeseis sessões, seguidas d'um exito animador, quando lhe sobrevêm novamente as dôres intensas e a volta do movimento ao estado primitivo.

Lamentava n'essa occasião o doente que não lhe applicassem mais pontas de fogo, pois notara que as primeiras lhe tinham trazido um allivio immediato. Fez-se-lhe a vontade, suspendendo-se o methodo desde essa occasião.

Teve varias sessões de pontas de fogo. Guiado por esse tratamento comecei em 21 a fazer a hyperhemia activa, por meio de ventosas, seguindo esse tratamento durante oito dias.

Apezar de, desde a suspensão da faixa, ter visto diminuir as dôres e recuperado os movimentos o doente accusava ainda dôres á pressão. As ventosas fizeram-nas diminuir cada vez mais e em 2 de fevereiro, quando pediu alta, podia caminhar com facilidade.

A tumefacção tinha diminuido bastante mas não desaparecido completamente.

O doente fez uso do oleo de fígados de bacalhau.

## VII

Bernardina da Conceição, de 35 annos, casada, de Felgueiras, entrou para a enfermaria de Clinica Cirurgica em 8 de dezembro de 1908.

**Antecedentes.** — Paes fallecidos de tuberculose. Teve cinco irmãos; um d'elles falleceu tuberculoso.

Casou aos 25 annos, tendo tres filhos e seis abortos de tres mezes — o 1.º filho aos 26 — durou apenas tres mezes, fallecendo com emaciação e diarrhea verde; aos 27 teve tres abortos; o 2.º filho aos 33; aos 34 tres abortos e este anno (10 de novembro) teve o 3.º filho.

Os partos foram sempre faceis. Só n'este ultimo, onze dias depois, teve febre, dores e inchamento de todo o ventre, tenesmo anal e vesical.

Foi menstruada pela primeira vez aos 14 annos e irregular a principio, com grandes periodos d'amenorrhea, foi mais tarde regular. Duravam as regras de 4 a 5 dias; mais abundantes desde que desappareceram as amenorrheas, eram vermelhas e indolôres.

Tem leucorrhœa desde a infancia. Nunca pôde amamentar os filhos. Depois do penultimo parto appareceu-lhe nos dois mamillos um eezema humido; com o ultimo parto voltou o eezema ao mamillo esquerdo.

**Exame.** — Tem dôr á pressão na fossa iliaca esquerda; utero normal com leve ante-flexão; novello saliente dos annexos no fundo-de-sacco lateral esquerdo. Leucorrhœa. Tenesmo anal.

Tem 36 movimentos respiratorios com diminuição do murmurio vesicular no pulmão direito. Tem appetite; enjoa a carne e come melhor ao almoço que ao jantar.

Está n'um grande estado de fraqueza.

**Diagnostic.** — Annexite tuberculosa.

**Tratamento.** — Teve irrigações vaginaes quentes com tampon glicerinado. Pontas de fogo na fossa iliaca. Tra-

tamento geral pela formula: (Extracto de coca 25 gr., extracto de kola 25 gr., sulfato de estrychnina 0,01 — x gottas a cada refeição).

O eczema desapareceu quasi logo com a applicação d'uma cataplasma d'amido. O estado geral melhorou bastante; o estado local não se tinha modificado completamente ainda quando a doente pediu alta em 9 de janeiro de 1909. Sahiu tambem com a nota de melhorada.

## VIII

Antonio Santos, de 57 annos, casado, natural de Montemór-o-Velho, entrou para clinica medica em 18 de março de 1909.

Entrou para esta enfermaria com uma espeno-pneumonia de Grancher, cuja evolução demorada, quer pela forma clinica, quer pela idade do doente não interessa para o nosso caso e será objecto da dissertação do alumno seu assistente.

Um pouco tempo antes da resolução da pneumonia appareceu-lhe uma complicação articular.

Toda a região do joelho esquerdo estava mais ou menos dolorosa á pressão, principalmente a interlinha, na parte anterior, interna e externa. Na face externa a dôr era mesmo expontanea nos tendões que procuram inserção na cabeça do peroneo. Não só o joelho mas tambem a parte restante do membro estavam tumefactos como se pôde ajuizar pelos perimetros:

	Esquerdo	Direito
Interlinha do joelho . . .	0,33	0,302
3.º inferior da perna . . .	0,205	0,19
Parte media da coxa . . .	0,42	0,34

Salientava-se a rede venosa superficial e conjunctamente havia uma maior temperatura.

A rotula gozava uma grande mobilidade. A' palpação parecia existir fluctuação; a sensação porém era duvida pela molleza dos tecidos peri-articulares.

A mobilidade estava muito perturbada: tinha movimentos passivos em todas as articulações á excepção do joelho, onde se limitavam da extensão até á quasi flexão em angulo recto; activamente só podia mover o pé; as duas articulações do joelho e coxo-femural ficavam immoveis.

Esta intercorrencia foi apreciada de modos differentes, hesitando-se em classificar-a. Como não era phlebite nem embolia, antes parecia uma arthrite aguda — ficou por ultimo suspensa apenas a sua natureza, que na minha opinião parecia ser tuberculosa.

Não tem antecedentes pessoas dignos de menção. Na sua familia ha apenas o facto da sua mulher ter tido dez filhos e tres abortos.

**Tratamento.** — Para esta arthrite foi proposto o methodo de Bier, sendo feita a 1.<sup>a</sup> sessão em 28 de março com a duração de 3 1/2 horas, conseguindo o doente alguns movimentos activos com o joelho.

Em 29 os movimentos tinham sido perdidos, augmentou a tumefacção e a perna estava mais dolorosa.

Em 30. — A tumefacção e dôr tinham diminuido. A faixa esteve 8 horas. A duração da applicação foi augmentando pouco e pouco, sem que o estado se modificasse.

Em 6 d'abril — 10.<sup>a</sup> sessão. — Deram-se pontas de fogo no joelho para combater a tenacidade das dôres. Para observar o effeito não quiz collocar a faixa. A' tarde, porém, o doente queixou-se que as dôres eram mais fortes ainda e como nunca as tinha sentido. Colloquei-lh'a então e como elle a supportasse bem ás 8 da noite deixei-a ficar até ao dia seguinte, permanecendo no lugar durante 21 horas.

Até á 12.<sup>a</sup> sessão teve a duração de 20 a 22 horas. Suspendi o methodo recolhendo, até esse dia, alguns mo-

vimentos no joelho, diminuição das dôres e a descida do perimetro de alguns millimetros.

Em 11 d'abril appareceu-lhe na articulação tibio-tarsica, algumas dôres e uma tumefacção.

Em 16 — vendo a chronicidade da doença voltei a applicar-lhe a faixa mas apenas durante duas horas.

Em 18 -- 15.<sup>a</sup> sessão — Teve dôres de noite. Desenhoulhe pela primeira vez a irregularidade da tumefacção.

Os movimentos foram-se accentuando e em 23 já o doente auxiliado pela bengala, deu um passeio pela enfermaria.

A applicação começou a ser irregular e combinada com as pontas de fogo. Por occasião do encerramento das aulas havia ainda tumefacção, uma pequena dôr provocada ao nivel da cabeça do peroneo e algum custo na marcha. Continua na enfermaria.

Notas. — A tumefacção do joelho subiu com a applicação do methodo e na ultima observação o perimetro ainda não tinha descido ao numero primitivamente tomado.

## IX

Antonio da Silva Monteiro, de 28 annos, casado, seralheiro, natural do Porto, entrou para clinica medica em 13 de março de 1909.

Antecedentes. — Teve aos 18 annos uma blenorrhagia, um bubão que elle proprio abriu e uma ulcera venerea.

Este bubão localizado na virilha direita, appareceu-lhe algum tempo antes da ulcera; na virilha esquerda não teve adenite. A ulcera era profunda, dura e suppurada; durante um mez a suppuração foi desapparecendo, com pensos d'agua phenica e a ulcera cicatrizou. Nunca apresentou quaesquer manifestações syphiliticas.

Casou aos 23 annos, tendo tres filhos todos muito doentes. A mulher tambem era muito pouco robusta.



Os paes são vivos ainda; são já idosos e tem sido sempre saudaveis.

**Historia da doença.** — Em novembro de 1908 começou a sentir um pigarro na garganta, enrouquecendo também com o uso demasiado da falla.

A rouqueira foi-se accentuando mesmo sem o abuso da falla, principalmente ao fim do dia.

Em fevereiro sentia dysphagia, mais para os liquidos que para os solidos; ao mesmo tempo sobreveio uma expectoração abundante e aphonía permanente. No principio de março, apesar dos medicamentos que usava, tinha uma aphasía para os solidos e dysphag'ia para os liquidos, refluindo-lhe estes em parte pelo nariz.

**Exame.** — Magreza extrema. Conserva o appetite. Tem expectoração purulenta abundante; os symptomas: dysphonia, dysphagia e dôres. Tem insomnias provocadas pela accumulacão dos escarros e pela dyspenêa que isso lhe produz, sendo obrigado a rogeital-os continuamente.

O exame laryngoscópico mostrava uma congestão das fauces e de toda a abertura da larynge; infiltração da epiglote, com um nucleo de tumefacção no bordo esquerdo e fissuras disseminadas; a abertura da larynge bastante retraída; cordas vocaes congestionadas e tumefacta a corda direita.

A auscultação pulmonar fornecia uma rudeza no vertice direito, expiração prolongada e vibrações exageradas.

A analyse da expectoraçõ foi positiva para o bacillo de Koch.

**Tratamento.** — Embora não se suspeitasse de manifestação syphilitica, foi sujeito ao tratamento mercurial, tomando dez injeções de biiodeto de mercurio sem resultado favoravel, ao contrario com aggravamento do estado local. O iodeto de potassio produzia-lhe uma sensaçõ de queimadura.

Esteve depois no uso de glycero-phosphato de cal,

de injeções de cacodylato de sódia e de applicações intralaryngeas de Paratoxina  $\beta$ .

Quiz o prof. Thiago d'Almeida que se tentasse o methodo de Bier — fazendo-lhe eu por esse motivo 17 sessões de duas horas, com uma leve constricção em torno do pescoço.

Esta applicação teve de ser suspensa durante alguns dias para servir a observação da Paratoxina  $\beta$ .

Depois das quatro primeiras sessões — 1 a 4 d'abril — a expectoração tinha diminuido bem como uma parte da dysphagia — o doente até ahí impossibilitado de ingerir solidos verificou que, não só os liquidos deixaram de refluir pelo nariz, mas tambem ingeria o pão desde que fôsse amollecido pelo leite.

Até 11 d'abril não teve a faixa e esteve no uso apenas da Paratoxina.

N'esse dia, sem que tivesse havido má applicação da injeção, o doente sentiu-se peor. Não pôde jantar, voltaram-lhe as dôres, a aphagia, o refluxo e a expectoração augmentou. Voltei a collocar-lhe a faixa para o animar e obtive a auctorisação para elle seguir este tratamento.

As melhoras subjectivas voltaram mas a febre hectica que acompanhou o doente durante toda a sua estada na enfermaria, recrudescia d'intensidade e elle, presagiando a morte, pediu alta em 28 d'abril.

As lesões pulmonares accentuaram-se cada vez mais.

Este doente falleceu um mez depois da sahida do hospital.

## X

José Moreira da Costa, de 14 annos, chapeleiro, natural do Porto, entrou para a enfermaria n.º 6 em 23 de junho de 1909.

Em 15 d'este mez sentiu uma dôr na epiphyse superior da tibia esquerda, com tumefacção do membro e

rubôr dos tegumentos. No dia 25 foi-lhe trepanada a tibia e dada a sahida a um foco purulento.

Attribue este facto a um resfriado porque não soffreu o menor traumatismo.

Foi sempre saudavel, á excepção d'uma otorrhea que teve aos 13 annos no ouvido direito, de que se curou ficando um pouco surdo.

**Antecedentes familiaes.** — Têm pouca importancia: não sabe de que falleceu o pae; a mãe é viva; teve tres irmãos, fallecendo-lhe um tuberculoso; uma das irmãs é casada e tem dois filhos saudaveis.

**Exame.** — 18 d'agosto — A metade superior da tibia esquerda é muito mais volumosa que a sua homologa. Na face interna, logo abaixo da tuberosidade anterior tem uma ferida longitudinal d'alguns centímetros, apparentando uma fraca vitalidade. No fundó tem dois trajectos de profundidades differentes: o inferior encontra logo a face exterior da tibia, desnudada o superior entra na cavidade medullar e mostra uma superficie mais rugosa; por elles sai uma suppuração pouco abundante. A sondagem é completamente indolôr.

As articulações mais proximas não offerecem perturbações de mobilidade. Tem adenopathia inguinal esquerda.

A' auscultação não revela lesões pulmonares.

Nas notas da tabella, encontra-se archivada a temperatura até 20 de julho. Por ella se vê que o doente nunca esteve apyretico, tendo tido algumas vezes febre vespereal de 39,6 e muitas vezes de 38°.

Não fez uso de qualquer medicação interna.

Continua na enfermaria para soffrer uma operação liberadora da parte ossea necrosada.

## 2.<sup>ª</sup> PARTE

## A tuberculose em geral

A tuberculose é uma doença, commum ao homem e a certos animaes, produzida pelo bacillo de Koch.

Conhecida clinicamente, desde muitos seculos por uma das suas terminações mais frequentes — a tísica — foi referida, desde as primeiras necropsias effectuadas pelos medicos, anatomicamente a uma formação modular, caracteristica — o tuberculo — e estudada n'essa fórma por Bayle em 1810.

Era uma doença pulmonar, iniciando-se pelo tuberculo e terminando pela sua ulceração seguida d'um estado cachetico do doente.

Laënnec, continuando a obra dos primeiros observadores, considerou esta doença como uma producção extranha ao organismo e adicionou-lhe outras fórmas anatomicas, taes como a pneumonia caseosa, onde nem traço de tuberculo apparecia.

A obra de Laënnec foi mais tarde consagrada scientificamente pelas investigações de

Villemin que demonstrou a inoculabilidade da doença e pela descoberta de Koch em 1882, do bacillo que é, ainda hoje, considerado como o seu verdadeiro e unico agente.

A tuberculose é de todas as doenças do homem, a mais mortifera. Concorre para isso a ubiquidade do seu bacillo e as fracas condições de resistencia que o organismo a maior parte das vezes lhe oppõe. Companheira inseparavel da miseria social, cada vez maior, ella victima ainda os que, dispondo d'algum conforto, possuem a miseria physiologica proveniente quer d'uma vida desregrada quer d'uma falha organica congenita ou hereditaria.

O bacillo de Koch é, como a maior parte dos agentes pathogeneos, um parasita do homem. Espalhado nas poeiras atmosphericas, depois da dissecação dos productos excrementicios dos doentes, elle é constantemente introduzido com o ar inspirado nas nossas vias aerias, demorando-se nas regiões superiores detido pelos obstaculos que a natureza ahi lhe offerece, attingindo menos vezes as inferiores; ingerido com os alimentos provenientes d'animaes tuberculosos ou inquinados pelos toques impuros, como o da mosca que acabasse de pousar n'um escarro suspeito, attinge o intestino, atravessando todo o aparelho digestivo que póde em qualquer ponto offerecer-lhe uma barreira; deposto á superficie da pelle pelo contacto d'um objecto que tivesse servido a um tuberculoso, póde ahi permanecer

e, se alguma erosão existir, introduzir-se por ella no organismo.

Quasi sempre as secreções organicas o atacam, englobam e desalojam do ponto onde elle se fixou, depende isso do grau d'irritação que elle possa produzir; algumas vezes porém elle é facilmente consentido e pôde viver durante muito tempo n'um estado verdadeiramente inoffensivo.

A biologia especial d'este bacillo mostra-nos que elle pôde apresentar fôrmas e reacções variadas. Esta particularidade é o ponto de partida da opinião que o considera como uma grande familia onde a par de graus de virulencia menor, como nas tuberculoses dos animaes de sangue frio, ha fôrmas especiaes como a actinomycosica, estreptococcica, diphtheroide, etc.; n'essa familia entraria o enorme grupo dos acido-resistentes.

O bacillo de Koch é um bastonete de 3 a 6  $\mu$  de comprimento por 0,3 a 0,6  $\mu$  de largura, levemente incurvado e arredondado nas extremidades. Não é dotado de movimentos proprios. Pôde ser visto em fraca ampliação e distinguir-se d'outros bacillos pelo emprego do methodo de coloração de Ziehl-Nelsen que lhe dá a coloração vermelha sobre um fundo violeta.

Este exame directo de qualquer producto suspeito nem sempre revela o bacillo. O laboratorio emprega ainda os meios de cultura, semeando-os em caldos glicerinados ou no sangue gelosado, obtendo culturas rapidas se bem que muitas ve-

zes incertas. E a inoculação ao cabiá na pelle do abdomen ou no peritoneu, conforme a pureza do producto, que se torna o recurso mais valioso, pois aquelle apresenta uma tuberculose generalizada com productos que por vezes nada revelavam aos dois outros processos d'investigação.

As condições de vida d'este bacillo exigem uma temperatura constante de 30 a 40° além do meio exterior conveniente. É verdade que resiste muito tempo a temperaturas inferiores a 0° e de 20 a 10 minutos ás temperaturas superiores de 60 a 70°, mas posto fóra d'aquella temperatura o bacillo não se reproduz, o que é um indice de vida latente.

Deduz-se d'aqui que é justa a designação de parasita, porque só os animaes superiores lhe pódem offerecer essa constancia de temperatura.

Os bacillos pódem acclimatar-se a temperaturas inferiores, como nos animaes de sangue frio, e reproduzem-se então; mas transportados depois para o homem elles são d'uma perfeita inocuidade.

Um facto posto já em evidencia por Koch é que o bacillo cresce muito lentamente, facto que explica até certo ponto certas resistencias individuais.

Ha ainda uma outra condição indispensavel ao seu desenvolvimento—a obscuridade. Nos laboratorios é preciso vedar a luz por cortinas negras para se conseguir o desenvolvimento das culturas; á luz solar não só directa mas mesmo



reflectida, as culturas ficam estereis. É esta condição uma das melhores armas que a hygiene aproveita na lucta anti-tuberculosa, fazendo com que a luz penetre nas casas d'habitação em todos os seus recantos.

Como actua o bacillo de Koch para exercer o seu poder pathogeneo?

O bacillo tem os seus productos de desassimilação como toda a materia viva; sómente em vez de serem uteis para o organismo que o hospeda, como o são os productos dos órgãos entre si, elles são extremamente venenosos. Esses productos — as suas toxinas — não são todos conhecidos. Koch tornou conhecida a tuberculina que obtinha pela filtração dos caldos de cultura, dando-lhe o nome de lymphá de Koch. Mais tarde modificou a sua technica: dissecou as culturas, esmagou-as n'um almofariz, ajuntando agua e centrifugando a mistura.

Conforme o grau da centrifugação e o nivel da massa centrifugada, assim forneceu duas tuberculinas, designadas por estas abreviaturas T. O. e T. R. entregando-as á therapeutica que quasi logo as pôz de parte. Behring apresentou outras tuberculinas, a tulase, a T. C. e T. X. cuja natureza e modo de preparação só elle conhece.

Mas estas tuberculinas nada informam sobre a complexidade dos productos do bacillo. Só Auclair teve o merito de lhe separar duas substancias a chloroformo-bacillina e a ethero-bacillina, cujo papel é importante, porque, isoladamente, a

primeira provoca a formação do tecido fibroso e a segunda a caseificação, terminações que nós veremos effectuar-se nas lesões tuberculosas.

Como apparece na natureza o bacillo de Koch, está hoje estabelecido ser pelo lançamento no meio exterior dos productos que o conteem, quer pertençam ao homem, quer aos outros animaes.

Salienta-se actualmente a hypothese d'uma origem saprophytaria do bacillo, inoffensiva para o homem que por uma evolução especial se tornou pouco e pouco pathogenea. Os experimentadores, apezar de receiarem affirmar definitivamente essa origem, conseguem já fazel-o voltar a essa primitiva fórma, esperando grandes progressos na futura therapeutica da tuberculose. Mas a forma pathogenea actual, essa só é encontrada nos doentes.

Referi já, embora levemente, os modos como elle penetra no nosso organismo, as suas principaes «portas d'entrada»; mas a importancia do assumpto obriga-me a demorar um pouco mais essa descripção.

A porta principal é, como o attesta a frequencia da tuberculose pulmonar, o aparelho respiratorio. Cada inspiração introduz n'esse aparelho juntamente com o ar, todas as particulas que n'elle estão suspensas. Os escarros dos tuberculosos, depois de expulsos, soffrem uma dissecação, reduzem-se a poeiras muito finas e pelas correntes d'ar são projectados continua-

mente na atmosphaera; comprehende-se o perigo ou prejuizo que soffre todo aquelle que vive n'um meio onde a tuberculose é muito frequente e onde os tuberculosos não respeitam as leis estatuidas pela hygiene.

As tuberculosos dos animaes, cuja carne serve d'alimento ao homem, criam, pela identidade do bacillo, um outro meio de propagação da doença. A carne d'esses animaes póde conter tuberculos apesar d'um estado de boa saude apparente do animal e das precauções que as auctoridades sanitarias tenham tomado nos matadouros.

Nocard conta que em 1892 o *boeuf-gras* d'uma cidade franceza teve de ser apprehendido por uma tuberculose generalisada, e acrescenta que não é raro encontrar nos matadouros, bois tuberculosos, laureados nos concursos (1).

O leite e os lacticineos, d'um uso tão espalhado na nossa alimentação, participam tambem do papel de propagadores da infecção tuberculosa, quer porque as femeas tenham lesões de mastite tuberculosa, quer porque não haja limpeza na colheita do leite.

A eliminação pela mamma de bacillos, na ausencia de lesão local, é pouco provavel e a relativamente diminuta frequencia de mastites, levam a crêr que é a falta d'aceio que quasi sempre inquina o leite. A pratica tão seguida da fer-

---

(1) Nocard — *Les tuberculoses animales*.

vãra prolongada d'esses alimentos é justa e digna do maior assentimento. Infelizmente a fervura tira ao leite certas propriedades, principalmente os seus fermentos, vantajosas na alimentação; por esse motivo tende-se hoje a introduzir no commercio o leite recolhido asepticamente de vacas sujeitas a frequentes inspecções.

São estas as principaes portas d'entrada. A inoculação pelos tegumentos, evidente n'alguns casos, é quasi sempre um producto da experimentação; tambem quasi sempre se limita á producção d'um tuberculo ou d'uma tuberculose local de pouca tendencia invasora. A infecção urogenital, theoricamente possivel, é um assumpto pouco estudado, conhecido apenas do laboratorio e ignorado completamente pela clinica.

Para Bouchard, seria preciso, em certos casos, fazer intervir um outro modo de infecção:

«Na maior parte dos casos, diz elle, pôde-se accusar uma gravidez, e a contaminação seria feita por intermedio d'um feto saído d'um pae ty-sico. Este facto que tem a sua analogia em certos casos de transmissão da syphilis, resultaria d'esta especie d'equilibrio vital que a gravidez estabelece entre a mãe e o feto, da impregnação reciproca d'um pelo outro. É, se se quer, uma hereditariedade retrograda, mas que não suppõe de nenhum modo a intervenção obrigada d'um virus.» (1)

---

(1) Jaccoud — *Dictionnaire de médecine et chirurgie*, 1884.

Das duas vias, intestinal e pulmonar, a primeira é mais frequente na primeira infancia, a segunda nas outras edades. (1)

A creança possui uma grande susceptibilidade, em todos os seus órgãos, para todos os agentes pathogeneos; protegida pela placenta, durante a vida intra-uterina, não tem preparados os seus órgãos de defeza e traz para o mundo apenas a immundade hereditaria. Compreende-se que a amamentação natural por uma mãe doente ou artificial por leite suspeito lhe possam acarretar os perigos d'uma localisação intestinal. A possibilidade d'essas localisações foi estabelecida pelos trabalhos de Chauveau que fazendo ingerir materia tuberculosa a tres vitellas, conseguiu tor-nal-as tuberculosas.

No adulto é o pulmão o mais frequentemente attingido. As localisações intestinaes são quasi sempre secundarias e attribuem-se á deglutição dos escarros, d'onde o preceito, talvez contrario á physiologia, de expulsar sempre os escarros.

E' verdade também affirmar-se que a tuberculose pulmonar é muitas vezes secundaria á tuberculose intestinal, propagação feita pela cor-

---

(1) Nas creanças, a infecção tuberculosa intestinal desempenha um papel importante ainda que menor que o da infecção aerogenea. Nos adultos a porta d'entrada preponderante dos bacillos é seguramente o pulmão.

Conclusão de Hugo Ribbert no Congresso d'hygiene de Berlim de 1907 — cit. do *Journal de Physiologie et de Pathologie generale*, 1908.

rente lymphatica. D'este modo se estabelece um circulo d'infecção e a facilidade d'associação das duas localisações.

Behring sustenta uma doutrina, suggestiva á primeira vista porque explicaria as localisações mais extravagantes, de que toda a tuberculose manifestada em qualquer idade provém d'uma infecção intestinal da primeira infancia. Essa infecção poderia mesmo não deixar vestígios na mucosa intestinal, nem nos ganglios mesentericos e acantonar-se em quaesquer pontos afastados da primitiva entrada. Approximam ainda os seus proselytos, os factos da pathologia comparada, e, entre elles, este que a picada na cauda d'um burro com uma agulha molhada n'uma cultura de mormo, determina uma pneumonia mormosa sub-aguda.

Renon, (1) sem negar completamente a tuberculose pulmonar primitiva, remata d'este modo o seu juizo: «Reconhecendo a grande frequencia da porta d'entrada digestiva da tuberculose, é preciso não rejeitar, no homem, a contaminação pelo apparelho respiratorio. Aliás vêr-se-ia pôr de parte as medidas da prophylaxia tomadas actualmente e perder-se-ia rapidamente o beneficio das campanhas que educaram o publico sobre os perigos do contagio.» (1)

Contra esta theoria depõem as experiencias

---

(1) Renon — *Maladies populaires.*

de Cohnheim e Salomonsen, estabelecendo que a tuberculose começa sempre por uma doença local que não se propaga senão pela diffusão do germen mas só depois de deixar vestígios da sua passagem. (1) Inoculavam coelhos, na camara anterior do olho e obtinham ao fim de tres semanas nodulos tuberculosos, com propagação muito posterior aos outros órgãos.

Expostos, num meio inquinado, nem todos os individuos contraem a tuberculose. Ha muitos que ficam indemnes e nos attingidos ha variadissimos graus d'infeção desde a que cura com facilidade até á que mata em algumas semanas com o caracter d'uma septicemia.

Esta maneira differente como o organismo se comporta levou á concepção de que se o bacillo era factor indispensavel *para a producção da doença não era contudo sufficiente*. O outro factor que se obrigava a intervir era um conjuncto de causas creando uma receptividade, designado por uma simples expressão — o terreno. — Terreno e semente são hoje os dois elementos da doença, sem algum dos quaes ella não poderá implantar-se no individuo.

A existencia forçada do terreno estabelece já que a tuberculose não é uma doença contagiosa, como o é por exemplo a syphilis. N'esta basta o

---

(1) Cit. de Strümpell — *Pathologie et therapeutique des maladies internes*.

agente animado infectante para fazer todas as despesas d'uma doença, a despeito de qualquer terreno. (1) Em hypothese poder-se-ia affirmar que a tuberculose seria facilmente combatida, mais que nenhuma outra doença, pelo maior numero de meios d'ataque que se lhe póde offerecer.

Para a realisação do terreno concorrem todas as causas que diminuem a resistencia organica. A miseria com todo o seu cortejo: má alimentação, habitação insalubre, ar viciado, a inobservancia dos mais simples preceitos hygienicos, paga o maior tributo; nas classes pobres e desprotegidas quasi se não regista, no obituario, outra doença.

As doenças anteriores criam sempre no organismo um estado de menor resistencia; a tuberculose pulmonar é muitas vezes o remate das bronchites de repetição.

A syphilis, o alcoolismo, teem na sua expressão hereditaria, juntamente com a propria tuberculose, um papel de capital importancia. Ellas criam os typos, cheios de vicios organicos, incapazes de qualquer resistencia. O alcoolismo

---

(1) Diz Peter, se a tísica fôsse contagiosa, a discussão já não existiria, toda a gente estaria d'accordo; o contagio se importaria de per si, porque a tísica seria a mais contagiosa das doenças contagiosas, ella que na sua longa duração, poderia contagionar e da maneira mais evidente, milhares de pessoas, um só varioloso bastando em quinze dias a muitos milhares de factos de contagio — Jaccoud, loc. cit.



chronico acarreta mesmo aos proprios bebedores uma predisposição notavel. (1)

Resta, para terminar estas considerações geraes, apontar quaes as lesões que a tuberculose cria quando o seu bacillo se implanta definitivamente no organismo.

Qualquer que seja a porta d'entrada o bacillo desperta nos tecidos um certo grau d'irritação. As cellulas fixas do tecido conjunctivo e os leucocytos vindos por diapedese, principalmente os mononucleares estabelecem uma defeza, constituindo, por uma proliferação activa, o folliculo tuberculoso. O folliculo compõe-se de tres zonas: a interna formada pela cellula gigante, cellula formada a seu turno pela fusão de muitas cellulas, que incorpora os bacillos; a media, de cellulas epithelioides e a externa de cellulas embryonarias. As duas primeiras são constituídas pelos elementos conjunctivos fixos e a ultima por leucocytos. O folliculo não possui vasos, é essa a razão do seu destino: dentro em pouco tempo começa a necrozar-se do centro para a periphéria, pela degenerescencia de todos os elementos, de-

---

(1) Ch. Lesieur et Legrand colheram das suas experiencias os seguintes resultados: O alcool ethylico injectado na dose de 1 cc., todos os dias, para os coelhos e cabiás — de 5 cc. para os cães, favorece a eclosão da tuberculose d'inoculação, facilita a evolução e as localizações pulmonares, produz abscessos frios locais e conduz rapidamente á cachexia. Eguaes resultados colheram com as essencias d'aniz e d'absintho. — *Revue de physiologie*, etc., 1908.

generescencia que Virchow chamou caseificação e que Weigert approxima da necrose de coagulação.

O folliculo pôde permanecer isolado. O mais frequente, porém, é originarem-se outros folliculos e conglomerarem-se, formando lesões cada vez maiores: o tuberculo miliar, que deu o nome á doença, o grande tuberculo e a infiltração diffusa.

O destino ulterior da massa caseificada pôde variar. Ou ella é infiltrada de saes calcarios e parte dos productos são absorvidos, ou soffre a transformação fibrosa, ou se elimina para o exterior formando uma ulceração.

Esta marcha pôde ser modificada, mas isso está dependente d'outras condições que nos capitulos seguintes irei apontando devidamente.

Não me prendo com mais detalhes sobre a hystogenese do folliculo porque, as opiniões que sobre elle versam os auctores, estão ainda longe de se harmonisarem, quer sobre as cellulas que concorrem á formação da cellula gigante quer sobre a possibilidade da não existencia d'este meio de defeza. Isso mesmo me arrastaria a de-longas que este trabalho me não permite.

## As differentes localisações da tuberculose

Verificamos que a tuberculose pôde existir no pulmão, no intestino e na pelle. Não se limita apenas a estes órgãos toda a sua acção; partindo d'estes pontos ella pôde attingir os outros órgãos alongando o quadro das suas localisações.

Não ha uma sequencia necessaria entre as trez primeiras lesões e as restantes localisações. Por uma modificação especial, que nós versaremos quando fallarmos da hereditariedade tuberculosa, é perfeitamente arbitraria, porquanto ignoramos as leis que a isso presidem, a primeira localisação. Qualquer órgão a pôde possuir; d'este modo teremos tantas tuberculosas primitivas quantos os órgãos susceptiveis de serem attingidos.

E' o systema lymphatico a via que, em geral, o bacillo segue. Algumas vezes não se encontra vestigio algum, n'este systema, de continuidade das duas localisações; admite-se então que a via sanguinea, por um thrombus ou qualquer outro processo, conduziu o bacillo. Para alguns, estas duas

vias não abrangem todos os casos e certas localizações tem ainda uma pathogenia muito obscura.

No estudo que segue serão passadas em revista as lesões tuberculosas dos differentes tecidos e apparatus. Com ellas serão descriptas ou mencionadas apenas, outras lesões que lhes são affins, embora o bacillo não appareça ás mais cuidadosas investigações mas que a clinica obriga a incluir no grupo das lesões tuberculosas.

N'esse estudo, rapido como não permite melhor as condições d'este trabalho, só uma ou outra particularidade nos deterá, bastando para os informes detalhados a consulta de qualquer tratado de pathologia.

**Visceras e serosas visceraes.** — No pulmão a tuberculose tem uma predilecção pelos vertices, ao contrario d'outras affecções, como a pneumonia, que atacam quasi sempre os lóbos inferiores. N'esta circumstancia quizeram vêr alguns um motivo para pôr em duvida a infecção directa do tecido pulmonar; a tuberculose seria ganglionar e invadiria de preferencia o vertice por ser um terreno mais propicio pela renovação incompleta do ar.

A lesão primitiva situa na parede dos bronchiolos ou alveolos, formando uma peri-bronchite; soffre a sua evolução produzindo uma ulceração que é o rudimento da caverna. A confluência das lesões origina grandes cavernas.

A esta peri-bronchite associam-se lesões da

bronchite catarrhal e mais tarde, quando a caverna está formada, associações microbianas diversas, que agravam extraordinariamente a lesão existente.

Nas lesões pulmonares encontra-se sempre o bacillo de Koch, pelo menos nas phases mais iniciaes; nas phases muito avançadas apenas apparecem os microbios pyogencos vulgares.

O processo pôde avançar, invadindo successivamente todo o pulmão e o pulmão opposto, acarretando uma morte mais ou menos proxima; algumas vezes a formação fibrosa intervem trazendo a cura e nos casos menos favoraveis uma evolução torpida e muito lenta.

A pleura, raras vezes se isenta do processo. Muitas vezes observam-se pleurisias sêccas; á superficie dos folhetos ha uma formação da fibrina que pôde organisar-se terminando por adherencias dos dois folhetos.

Outra fórmula frequente das pleurisias é a exsudativa, com derrame sero-fibrinoso; o derrame tanto pôde ser reabsorvido, como pôde soffrer uma transformação purulenta, terminação felizmente menos vulgar. As pleurisias são quasi sempre secundarias. Nas, clinicamente, primitivas encontra-se quasi sempre a appareção da tuberculose pulmonar a precisar a sua natureza e a firmar a sua verdadeira origem.

A segunda localisação — a intestinal — é, como já ficou apontado, uma localisação secundaria. O bacillo fixa-se nas placas de Peyer, in-

vade toda a espessura do intestino, produzindo ulcerações, quasi sempre circulares, que, cicatrizando, trazem apertos d'um prognostico sempre sombrio pelas perturbações que acarretam. O peritoneo póde, conjunctamente com os ganglios, ser invadido pelos productos d'estas formações tuberculosas. A peritonite que assim se forma toma uma feição chronica, por vezes acompanhada d'ascites multiplas pelos varios septos que as adherencias preparam.

As meninges são por vezes atingidas n'estas tuberculosas. Em geral ellas só apparecem nas evoluções avançadas e por isso o seu prognostico é sempre fatal.

Todas as outras visceras podem soffrer localisações do bacillo; a sua evolução não differe da mencionada no aparelho pulmonar; tambem por isso nos dispensamos de lhes fazer outra referencia especial.

**Pelle.** — Uma das manifestações mais nitidas da tuberculose cutanea é o lupus vulgar.

Esta lesão tem uma séde de preferencia na face em qualquer das suas sub-regiões, mas apparece n'outra qualquer região; na vulva é ella que quasi sempre origina o esthiomena.

Caracterisa-se o lupus por um trabalho hypertrophico, a appareção de nodulos discretos ou confluentes, acompanhado quasi sempre, d'ulceração e suppuração. Estas ulceras cicatrizam lenta e difficilmente pela falta de vitalidade dos bordos

e pelo obstaculo que oppõe o seu fundo cheio de fungosidades.

As cicatrises por vezes são molles, doentias e facilmente permitem uma nova ulceração. Entretanto as lesões avançam, quer invadindo outras regiões contiguas, de camada em camada, quer por propagação a maior ou menor distancia das formações nodulares.

Esta invasão póde ser muito lenta e sempre superficial; raras vezes affecta a forma phagedenica grave, superficial e profunda, chamada Lupus vorax ou terebrante, roedora inclusivamente dos ossos e cartilagens, que transforma horrosamente a physionomia. No lupus vulgar encontra-se o bacillo de Koch e a evolução classica da tuberculose. A causa d'esta localisação parece ser a infecção, *in loco*.

Todavia n'uma estatistica feita por Bender (1) sobre 159 casos, apparecem 33 % com hereditariiedade lupica e 62 % com antecedentes pessoas tuberculosos; ainda mais, muitas vezes ha a coincidencia d'uma tuberculisação pulmonar. São factos que depõem bastante contra essa infecção exogenea da pelle.

O lupus póde attingir as mucosas; uma das localisações que mais vezes lhe é consecutiva é o lupus da larynge.

---

(1) Cit. de Berlioz— *Manuel pratique des maladies de la peau*.

Afora o lupus vulgar outras especies clinicas existem dentro do dominio da tuberculose. Em primeiro lugar apparece o lupus erythematoso ou de Cazenave, considerado por alguns como uma toxemia tuberculosa porque nas suas lesões não se encontra nem tuberculos nem bacillos e a inoculação dos seus productos ao cabiá não é positiva para o bacillo de Koch.

A sua affinidade com a tuberculose é, porém, manifesta porque coexiste quasi sempre com lesões escrofulosas e arthropatias tuberculosas.

De menor importancia são certas dermatozes que entram no cortejo das lesões escrofulosas: observam-se erupções pustulosas, pustulo-crustosas e algumas dermites sêccas. O que as caracteriza, segundo Lebert, (1) é a tendencia pronunciada á exsudação purulenta, á ulceração ou á hypertrophia.

As crôstas são formadas pela dissecação do pús misturada á esfoliação epidermica. O typo mais frequente da erupção pustulo-crustosa é o impetigo das creanças.

Nas dermites sêccas predomina a esfoliação da epiderme; o eczema é um exemplo d'este typo.

Quanto ás regiões mais affectadas, a face é a séde principal do impetigo. No couro cabelludo

---

(1) H. Lebert—*Traité pratique des maladies scrofulenses et tuberculeuses.*



apparece uma dermite exsudativa, a falsa tinha, que é a mais frequente das dermatozes escrofulosas. O eczema não tem séde da predilecção.

Da pelle póde approximar-se a tuberculose das mucosas. Aqui raras vezes se dá a implantação de tuberculos.

Nas mucosas mais em contacto com o meio exterior produzem-se corrimentos muco-purulentos, quer por viciação das secreções quer pela invasão offensiva dos differentes saprophytas que ahí são depostos: são os catarrhos nasal, vaginal, etc.

Na restante porção das mucosas, na pharyngo-larynge, por exemplo, quando se verifica a infiltração tuberculosa, apparecem ulcerações idiopathicas-acompanhadas de suppuração restricta; este ultimo character distingue-as das ulcerações consecutivas á ruptura d'abcessos, onde a suppuração é abundante.

**Tecido cellular sub-cutaneo e ganglios lymphaticos.** — E' bem conhecida a affinidade do bacillo de Kock para o systema ganglionar, pelas adenopathias que acompanham as lesões tuberculosas de qualquer orgão e pelas hypertrophias dos ganglios que constituem a principal caracteristica da diathese escrofulosa. Toda a tuberculose seria sempre primitivamente ganglionar, avançam alguns auctores e a propria localisação pulmonar só se daria consecutivamente a uma adenopathia tracheo-bronchica.

Os ganglios podem soffrer uma hypertrophia simples o que é, para Lebert, a lesão característica da escrofulose ou uma inflammação chronica; com producções especificas, o que dá as adenites tuberculosas. As adenites pôdem ser multiplas, evolucionarem isoladamente ou soffrerem uma coalescencia produzindo tumôres mais ou menos volumosos.

O bacillo produz, a par das formações proprias, um processo d'esclerose, que torna a capsula dura e fibrosa e os seus septos muito mais espessos, e, uma zona de irritação no tecido cellular circumvisinho. Póde a adenite soffrer uma infiltração calcaria; póde a esclerose invadir os tuberculos caseificados e dar-se um trabalho regressivo; em geral um abcesso se fórma, em que o tecido cellular toma parte, e a collecção, feita de pús seroso ou misturado a concreções, é eliminado para o exterior, produzindo-se mais tarde cicatrizes indelevelmente disformes que se tornam os estigmas d'um temperamento mais ou menos escrofuloso.

As principaes sédes d'estas adenites são o pescoço, as axillas e as virilhas.

Lebert não considera estas adenites como manifestações escrofulosas por vêr n'ellas uma fusão de tuberculos. Associa as adenites superficiaes á adenite tracheo-bronchica e á *scrofula mesaraica* e vê n'ellas uma complicação da escrofulosé.

No tecido cellular, algumas são as fórmas

que a tuberculose apresenta. A mais frequente é o abcesso frio.

O abcesso frio é uma collecção purulenta produzida, lentamente e sem grandes phenomenos reaccionaes (d'onde lhe vem o nome), pela transformação caseosa dos tecidos.

Este abcesso tanto pôde ser idiopathico como symptomatico, o que é o caso mais frequente, d'affecções osseas, articulares ou ganglionares.

Gerdy chamava abcessos ossifluentes os abcessos symptomaticos de lesões do esqueleto, dividindo-os ainda em duas classes: sesséis, quando existiam na visinhança da lesão e abcessos por congestão quando se affastavam, por emigração, do ponto d'origem.

Os abcessos idiopathicos tem clinicamente duas fôrmas: ou se fixam na derme e tecido conjunctivo sub-dermico — gomina tuberculosa de Vidal — ou occupam o tecido conjunctivo sub-cutaneo e sub-aponevrotico — abcesso frio vulgar. Se formam tumor, Lannelongue chama-lhes tuberculomas.

O conteúdo dos abcessos frios é um pús mal ligado, mais fluido que o pús phlegmonoso, dividindo-se em camadas, das quaes a superior é serosa, com aspecto turvo e uma proporção diminuta de leucocytos ( $\frac{1}{20}$  em vez de  $\frac{1}{4}$ ).

O destino d'este abcesso não é sempre o mesmo: os elementos sólidos podem desaparecer e fica um kysto seroso; a parte liquida pôde ser ao mesmo tempo absorvida e a cura sobrevem; pôde

soffrer uma inflammação secundaria; quasi sempre é eliminado tal como foi produzido, por meio de larga ulceração dos tegumentos ou escoando-se por trajectos fistulosos.

«Estas ulceras, diz Guersant, (1) são mais ou menos profundas, não são ordinariamente talhadas a pique como as ulceras syphiliticas; os bordos são descollados, adelgaçados, arredondados, irregulares; o fundo é desigual, mamillonado, fungoso, pardacento, muitas vezes ichoreo e entreabre-se para deixar algumas vezes sair materia tuberculosa».

Tratadas convenientemente, estas lesões podem cicatrizar. As dos abcessos idiopathicos desaparecem logo com a evacuação do pús; nas consecutivas a adenites, a cicatrisação é mais lenta pela eliminação obrigatoria da capsula; nas outras a intervenção do cirurgião é quasi sempre necessaria. Qualquer descuido, porém, póde permittir associações dos agentes pyogenicos vulgares e a ulcera toma então o character phagedenico, acarretando perdas enormes de tecidos, como o exemplifica a minha obs. v.

Nos abcessos ossifluentes a eliminação faz-se por trajectos, fistulosos pela permanente saída de pús, ás vezes sinuosos, difficultando muito o diagnostico. Quasi sempre, esses trajectos, partem

---

(1) Cit. de Lebert.

de cavidades, descollamentos que o pús produziu, antes e enquanto procurou a sua saída.

Uma outra formação tuberculosa do tecido cellular é a gomme. E' um tumor duro que amollece, ulcéra, permittindo a saída de pús caseoso. A razão da sua existencia está na semelhança que affecta com a gomme syphilitica, de que se distingue pela pequena tendencia á gangrena. Cicatrizam tambem, mas algumas vezes persistem indefinidamente no estado d'ulcera limitada, recoberta de crustas quando se tara a suppuração.

Estas lesões serão todas produzidas pelo bacillo de Koch? As gommias são-no evidentemente; os abcessos frios não o são sempre.

Lebert não observava na maior parte d'esses abcessos as formações tuberculosas e concluia que elles eram tributarios quasi sempre da escrofulose.

N'esse tempo não era conhecido o bacillo de Koch e a lesão característica da tuberculose era o tuberculo. Hoje que os processos d'investigação estão mais aperfeiçoados, ainda não se encontra o bacillo de Koch em todas essas lesões. Por isso a hypothese de que as adenites eram complicações das lesões escrofulosas, admittida por Lebert, tem ainda um fundo de verdade.

**Tecido osseo e apparelho locomotor.** — No tecido osseo encontram-se, segundo Lannelongue, tres fórmias de tuberculose: o tuberculo enkystado de

Nelaton, a infiltração diffusa e a carie. (1) Todas estas fórmulas têm o mesmo ponto de partida, o folliculo tuberculoso, differindo apenas na extensão da localisação. Os ossos reagem segundo um processo anatomo-pathologico commum a todas as suas lesões: a par da osteite rarefaciente e da hyperplasia dos elementos medullares que formam á superficie as fungosidades, encontram-se lesões d'osteite productiva ou condensante.

As lesões pódem ser pouco profundas, separando-se parcellas osseas necrosadas de tamanhos variados, por vezes imperceptiveis; algumas vezes, porém, a espessura é toda attingida e um segmento completo apparece necrosado; em altura, a necrose póde levar toda a diaphyse.

Um abcesso se forma então. No tuberculo de Nelaton elle fica enkystado, por vezes largo tempo, sem damno para o organismo e susceptivel d'uma terminação feliz. Nas outras fórmulas a collecção, depois d'uma reacção geral quasi sempre pouco intensa, emigra para o tecido cellular e fere uma passagem até ao exterior; algumas vezes só o faz depois de se ter lançado primeiramente n'uma articulação visinha atravez da epiphyse ou correndo ao longo da capsula articular.

Para a localisação do bacillo não se encontra sempre uma pathogenia adequada. As experiencias de Max Schuller fixando bacillos, inje-

---

(1) Lannelongue — *La tuberculose chirurgicale.*

ctados no sangue, em pontos traumatizados, serviu muito tempo essa pathogenia; mas na clinica esse traumatismo não apparece sempre e algumas localisações ficam obscuras sob esse ponto de vista.

Ha na clinica uma lesão ossea — a osteomyelite de crescimento — fórma clinica que affecta os individuos no periodo do seu maior desenvolvimento, imputavel por todos os auctores a causas diversas menos á tuberculose.

Na minha observação, essa osteomyelite apparecia sempre em creanças com um aspecto lymphatico, e com antecedentes familiaes tuberculosos; além d'isso o traumatismo nem sempre existia a explicar tal processo e no passado dos doentes não se encontrava outra doença que não fôsse as lesões vulgares da escrofulose. Um facto que me surprehendia era a ausencia de lesões pulmonares qualquer que fôsse o grau de cachexia e de localisações n'outros quaesquer órgãos, como se a lesão constituisse o antigo fongico que chamasse ahi todos os humôres viciados do organismo, para os eliminar.

Na symptomatologia das lesões osseas ha algumas vezes impotencia funcional; os symptomas mais frequentes são a dôr localisada e a fluctuação. A fluctuação é por vezes difficil de depistar pela sensação dubia que offerecem as fungosidades; no inicio das lesões essa sensação deve ser muito bem distincta, pois o bisturi pôde ser levado a procurar um abcesso que não existe ainda.

As articulações estão sempre em perigo todas as vezes que uma lesão ossea se produz na sua vizinhança. A tuberculose pôde formar arthrites primitivas; em geral toda a arthrite provém d'uma osteite que derramou os seus productos na cavidade articular ou a infectou, de camada em camada, por via lymphatica. Lannelongue organisoou uma estatistica onde esta ultima figura na proporção de 180 para 200.

As duas principaes fórmãs que reveste a arthrite tuberculosa são: o tumôr branco e a hydarthrose.

O tumôr branco é a arthrite purulenta e é a fórmula que reveste principalmente toda a lesão secundaria. A hydarthrose é um derrame seroso articular com impotencia funcional da articulação, quasi sempre a fórmula primitiva.

As lesões osseas que se observam nas epiphyses ou nos ossos ricos em tecido esponjoso, como os ossos curtos da mão e pé, vão avançando pouco e pouco, corroendo o revestimento cartilagineo da articulação, quando não invadem o tecido cellular, e lançam os seus productos na synovial. Uma arthrite se forma que evoluciona isoladamente invadindo todas as partes da articulação: as cartilagens perdem o seu polido e n'alguns pontos desaparecem; os ligamentos e a capsula perdem o seu poder de contractão e permittem que a articulação tome posições viciosas ou que faça os movimentos mais extravagantes; o contacto das superficies osseas



permite que a lesão atinja a outra extremidade; a synovial perde a sua estrutura e apparece cheia de fungosidades.

O processo póde avançar ainda comprometendo os órgãos peri-articulares, formando as atrophias musculares e, pelas contracturas, as posições viciosas dos membros. Estas posições são previstas por uma lei estabelecida por Lan-nelongue: os grupos musculares mais volumosos, isto é, os mais potentes, que são habitualmente os mais visinhos da articulação, são atingidos desde o principio e durante todos os periodos da doença. D'esta lei deprehende-se o corollario de que uma articulação toma sempre a mesma attitude viciosa.

Quando o abcesso está constituido elle tende a caminhar para o exterior por meio de tractos e nunca por ulceração larga.

A symptomatologia d'estas lesões é quasi toda objectiva; comprehende o estado da região, as modificações da motilidade e a existencia d'uma fluctuação. Antes da formação das fistulas estes symptomas são quasi communs ao tumôr branco e á hydarthrose. A punção exploradora, aqui, como nas pleurisias, é o unico meio seguro de diagnostico differencial.

Ultimamente A. Poncet reunindo trabalhos diversos, esparsos na sciencia, creou, sob a rubrica de tuberculose inflammatoria, uma pathologia das articulações differindo da existente pela

falta dos elementos conhecidos das formações tuberculosas.

Essa pathologia é formada por lesões sem caracter específico, tendo apenas a suspeita clinica por um conjuncto de circumstancias demasiado fieis para serem uma mera coincidencia.

O rheumatismo tuberculoso — assim é denominada essa nova entidade morbida — entra na pathologia cerceando o numero das arthritides rheumatismaes, designação que nada exprime desde a filiação d'outros rheumatismos na gonococcia, na syphilis, etc. E' uma para-tuberculose analoga á para-syphilis de Fournier, accarretando para o organismo perigos da mesma ordem, pois não é raro que as suas lesões se transformem em lesões tuberculosas classicas.

O rheumatismo tuberculoso primitivo é um producto da hereditariedade, nenhum outro factor pôde ser ainda apontado. O rheumatismo secundario existe com qualquer lesão visceral.

Com estes dados tentou-se explicar a sua pathogenia mas a incerteza existe ainda de modo a permittir que as opiniões sejam differentes: para alguns o bacillo acantona-se n'um ponto qualquer do organismo e lança para a circulação as suas toxinas que vão fixar-se nas serosas articulares, como de resto em qualquer outra serosa; outros julgam que o bacillo tenha alguma toxina especial para o produzir, por analogia com as bacillinas d'Auclair que sub-

traidas ao bacillo, retiram-lhe a faculdade de produzir as suas lesões especificas; outros veem apenas producções d'um bacillo extremamente atenuado.

Poncet estabelece um numerozo grupo clinico do rheumathismo. Depois da divisão em rheumatismo agudo e chronico, distingue n'este ultimo as variedades: osteoporose rheumatismal, polyarthrites deformante e deslocante, a arthrite sêcca senil e a arthrite plastica ankylozante. <sup>(1)</sup> Todas estas variedades são mais ou menos desfinidas pelos seus nomes, não teem lesão anatomica que as distinga, e, certas particularidades lesionaes que n'ellas existam, encontram-se por vezes misturadas entre si.

A intensidade do processo pôde ser minima, como em certas arthralgias; outras vezes é maxima: ha lesões multiplas, invadidas pela tuberculosa classica e associadas a tuberculoses visceraes.

Um dos symptomas que não apparece mencionado e que verifiquei no doente da obs. vi e n'outros doentes de que não foram recolhidas observações completas é a existencia d'uma tumefacção molle *sem fluctuação*, signal que julgo servir, a ser confirmado, para distinguir o rheumatismo da hydarthrose.

---

<sup>(1)</sup> A. Poncet et R. Leriche — *Le rhumatisme tuberculeux*.

Poncet deixa-se arrastar por um delirio no seu estudo, incluindo no rheumatismo, lesões e perturbações de todos os apparelhos, sob a designação de rheumatismo abarticular ou extra-articular. E' claro que levada esta theoria assim ao excesso, a prova clinica vae faltando cada vez mais, restando por fim a hypothese que, desde que seja conduzida por um espirito apaixonado, tanto póde conduzir á tuberculose, como a qualquer outra causa.

**Apparelho uro-genital.** — Não está isento este apparelho da acção do bacillo de Koch. Sendo mais frequentes no homem as lesões do apparelho urinario, na mulher, ao contrario, é o apparelho genital mais vezes attingido.

A maneira como o bacillo de Koch chega até elle, é, segundo os auctores, ou uma infecção por via sanguinea — descendente — ou penetração directamente do exterior — ascendente.

Esta ultima via é pouco provavel, carecendo ainda da confirmação clinica, apesar do exemplo que offerece o gonococco, pois só condições muito mal estabelecidas conseguem realisal-a, mesmo experimentalmente.

É a via sanguinea, descendente, a que clinicamente póde ser defendida. No rim tem o organismo um emunctorio por onde expulsa as toxinas e os bacillos que se encontram no sangue. Ahi pódem observar-se lesões de duas ordens: ou uma nephrite chronica quasi sempre de predomi-

nio intersticial — a esclerose renal —, ou as formações nodulares específicas. É provavel que para a primeira concorra a eliminação das toxinas e para a segunda a passagem dos bacillos.

Sendo assim deduz-se já, que não pôde haver tuberculose renal sem que haja outra qualquer localização, isto é, não haveria tuberculose renal primitiva.

As formações nodulares seguem a sua evolução habitual lançando, após a formação da caverna, os productos de caseificação no bassinete. As restantes porções do aparelho são a seu turno diversamente attingidas: o bassinete apresenta lesões de pyonephrose; a bexiga, allia á cystite catarral, produzida pela passagem do pús ou por infecção dos agentes pathogeneos vulgares, uma ou outra localização em volta das aberturas dos ureteres e da urethra.

Do aparelho genital do homem o testiculo é a séde mais frequente da tuberculose. Nas causas que favorecem esta localização contam-se: a idade (dos 15 aos 35 annos), os traumatismos e as orchy-épididymites blenorragicas anteriores. As lesões situam em geral no testiculo e epididymo e acompanham-se de pachyvaginalite. A suppuração não é fatal. Quando existe, os productos collectam-se e abrem caminho para o exterior por fistulas estreitas, deprimidas, escoando eternamente um liquido sero-purulento, cicatrizando algumas vezes com formação de cordões duros retracteis.

A tuberculose testicular acompanha-se algumas vezes d'um escoamento purulento urethral, indicio de que as outras partes e principalmente a prostata, foram tomadas.

Na mulher as lesões fixam-se ao nivel dos annexos formando as salpingites ou as salpingo-ovarites. Estas lesões associam-se e aggravam-se com as lesões do restante aparelho, em geral de natureza differente e podem evolucionar até á formação da peritonite tuberculosa (Bouilly).

**Localizações diversas.** — Como as outras serosas, as bolsas synoviales tendinosas podem ser invadidas. A fórma mais vulgar é a synovite fungosa. Esta fórma termina em geral por ulceração dos tegumentos ou pela formação d'um abcesso escoado por trajectos, mais tarde, fistulosos. Encontra-se a fórma fibrosa — conhecida pela designação synovite de grãos risiformes — clinicamente formada por um derrame seroso, susceptivel d'uma terminação fungosa. Os tendões em geral são poupados pelo processo, mas o seu funcionamento é prejudicado pela destruição da synovial.


Das synoviales tendinosas podem approximar-se as synoviales das bolsas serosas. Os hygromas são hoje, para alguns, lesões tuberculosas.

Para estas localizações contribue poderosamente o attrito que as diversas profissões ahi provocam, como succede para os hygromas dos joelhos das lavadeiras.

Os órgãos dos sentidos são atingidos pelas lesões da escrofulose, com tal frequencia que obriga a consideral-as como seus symptomas. Nos olhos, a ophtalmia localisa-se nas palpebras e nas membranas superficiaes. A cornea é ainda a séde de keratites rebeldes, accarretando por vezes a perda da visão. Temos pois tres grupos de lesões: blepharites, conjunctivites e keratites, abrangendo cada uma estas tres fórmas: exsudativa, purulenta e vesiculosa. A blepharite purulenta colla durante a noute as palpebras entre si, dando por isso a perda das celhas e ulcerações dos bordos; a camada glandular hypertrophia-se debruando as palpebras com uma orla vermelha mais ou menos saliente.

Nos ouvidos encontra-se a otite media que perfurando a membrana do tympano fórma as otorrhêas, corrimentos felidos, onde se veem por vezes esquirolas, acarretando uma surdez definitiva. Neste apparelho originam-se complicações graves, como as mastoidites, as paralyisias faciaes e accidentes meningeos. No nariz a escrofulose fórma lesões já mencionadas a respeito das mucosas.

São variadissimas todas as localizações da tuberculose, poder-se-ia mesmo dizer que o seu numero é quasi infindo, mas as que ficam apontadas bastam para deixar bem frisadas a sua extensão e a sua importancia.



## A heredo-tuberculose — As tuberculoses medica e cirurgica

Depois de attingidos tantos orgãos não tem extincta, a tuberculose, toda a sua acção. Prolonga-se ainda na descendencia do individuo, creando seres doentios que cedo ou tarde serão victimas da selecção natural.

Mas não é já o bacillo de Koch que intervem então. Directamente a sua acção não passa do individuo para se estender á especie. São modificações nutritivas, dyschrasias especiaes que orientaram as cellulas reproductoras n'um dado sentido, creando uma tara que, cabendo no ambito das leis da hereditariedade e por ellas determinada, acompanhará o novo sêr em toda a sua evolução.

A hereditariedade da tuberculose é um facto estabelecido ha muito tempo pela observação. Antes da descoberta do bacillo, quando eram arvoradas causas, todos os factores que a pathologia geral põe hoje em logar muito secundario por serem communs a outras doenças, a hereditarie-



dade resistia sempre aos embates dos que, com prejuizo das outras, apontavam e defendiam uma nova causa.

A descoberta do bacillo prejudicou-a um pouco: toda a tuberculose devia ser n'esse momento producção do Bacillo de Koch, e, Brauell-Davaine tinham demonstrado que a placenta era para os microbios um filtro perfeito. Não era possível a hereditariedade quando a propria congenidade tinha o obstaculo da placenta, que a ser vencido tornaria nado-morto o feto ou provocaria immediatamente o aborto.

Esta impossibilidade foi sempre confirmada; sómente o bacillo deixou de ser tão necessario. A hereditariedade, mantida ainda pela observação constante e continua, tornou-se então objecto da interpretação scientifica. Herdava-se o terreno e não a tuberculose; nascia-se tuberculisavel mas não tuberculoso e assim era admittida a hereditariedade.

O terreno não passava d'uma perturbação nutritiva bastante profunda. Para a tuberculose se declarar seria preciso ainda que mais tarde uma inoculação se effectuasse. Era esta maneira de vêr uma conciliação que voltava a estabelecer a necessidade do bacillo para o apparecimento das lesões.

Tal doutrina, porém, não abrange todos os factos e só subsidiada pela imaginação póde explicar que haja lesões onde o bacillo de Koch não apparece ás mais minuciosas investigações mas

aonde a clinica poz com segurança a rubrica de tuberculosas.

O terreno é, porém, um factó indiscutível e talvez sufficiente para tudo explicar.

Uma dyschrasia não será com effeito susceptível de provocar uma hypertrophia ganglionar? No momento d'uma grande actividade nutritiva, como no crescimento individual da adolescencia, em especial o dos ossos, não poderá formar uma osteo-myélite? Bastaria que um órgão tivesse pervertida ou abolida a sua função anti-toxica em face dos venenos cellulares dos outros órgãos, para que estes, á semelhança das toxinas microbianas, podessem produzir essas e muitas outras lesões.

Orientado n'este sentido poder-se-ia ir ainda mais longe. Os productos teriam mesmo um certo caracter especifico e reproduziriam nos animaes as lesões que se effectuassem no homem.

Depois de constituida a primitiva lesão, qualquer especie microbiana se poderia ahi fixar, e, fixar-se-ia segundo as leis da pathologia geral, desde que uma vez fôsse introduzida no organismo. Não admirava pois que n'ellas apparecesse o estaphylococco, para alguns o agente especifico da osteo-myélite, o bacillo d'Eberth-Gaffki, o estreptococco ou até o bacillo de Koch e que a sua evolução ulterior fôsse diversamente determinada. O traumatismo localizador poderia existir e realmente muitas vezes existe, isso não offerece contestação alguma; mas a concluir d'ahi que elle

seja necessario, é impossivel porque, como ficou firmado, a maior parte das vezes esse traumatismo não apparece na historia da doença.

E' o que consta das obs. II, III, VI e VIII.

A obs. X era o inicio d'um inquerito que, sob este ponto de vista, tencionava fazer e que a falta de tempo me não permittiu levar a cabo. De resto, este facto é já doutrina corrente para muitos auctores e, entre elles, Le Dentu.

A tuberculose hereditaria sendo forçadamente admittida, não póde ter a interpretação que actualmente tem. Só a viciação nutritiva a poderá explicar nos seus menores detalhes, e, se se aponta contra esta maneira de a comprehender, que isso é apenas o fructo da hypothese, tambem a interpretação actual não deixa de ser uma mera concepção.

A heredo-tuberculose tem differentes manifestações clinicas consoante talvez o grau d'intensidade. A chlorose, o chamado temperamento lymphatico tem com ella uma certa afinidade; a manifestação, porém, que firmemente a caracteriza é a escrofulose.

A escrofulose é d'um conhecimento anterior á tuberculose. N'ella estiveram incluidas todas as lesões tuberculosas até ao principio do seculo XIX, epocha em que Baillie e Bayle principiaram a separar o tuberculo.

Laënnec manteve mais tarde a unidade das duas lesões mas a escrofulose foi successiva-

mente separada. Bouchard fazia-a figurar nas suas diatheses, embora lhe não conhecesse a natureza do seu vicio nutritivo; a escrofulose era a diathese, a tuberculose a infecção. Ultimamente tem sido negada a sua existencia diathetica e tem sido apontada como uma lesão tuberculosa.

E' curioso citar que a hereditariedade foi a causa quasi sempre incriminada: assim, um auctor inglez, admittindo a constancia da hereditariedade, não hesitou, em face d'uma creança escrofulosa, cuja familia não apresentava os mais leves vestigios de tal doença, em affirmar a existencia d'um adulterio. Entre outras causas tambem foram incriminadas a fecundação durante a menstruação — a procriação de filhos por paes muito idosos ou d'edades muito desproporcionadas, causas que têm hoje um valor apenas historico.

As escrofulas, diz Lebert, são uma doença da infancia e da juventude, caracterizada por uma série de localizações que affectam a maior parte das vezes, fórmas diversas de phlegmasias chronicas de tendencia essencialmente ulcerosa ou pyogenica e mais raramente a forma d'hypertrophia, quer primitiva, quer consecutiva a um trabalho inflammatorio.

Procurando no seu admiravel estudo, a lesão caracteristica da escrofulose, este auctor não a encontrou. A clinica, porém, reconheceu que um conjuncto de caracteres, podia formar um

typo do escrofuloso de modo a tornal-o perfeitamente distincto.

O cabello louro, a pelle quasi glabra, fina e muito branca; nariz chato e largo; labio superior grosso; carnes molles, flacidas; thorax estreito e comprido, com as escapulas proeminentes; desenvolvimento desigual e demorado; incapacidade para qualquer esforço um pouco prolongado, são os principaes traços exteriores do escrofuloso.

Estes individuos são attingidos de frequentes perturbações: na pelle, inflammações pustulosas (impetigo, por vezes eczemas); nas mucosas, catarros d'uma grande chronicidade, como as coryzas, a leucorrhêa, a otorrhêa, etc.; as palpebras attingidas de blepharite ciliar; as amygdalas hypertrophizadas; uma preguiça no funcionamento de todos os apparelhos, como a constipação, a dyspnêa, a menstruação retardada, a fadiga ao menor esforço; a eliminação contínua e exagerada de productos toxicos, traduzindo-se nos catarros das mucosas, na seborrhêa, na diaphoresese, etc.

As mulheres abortam frequentemente.

Este quadro não apparece sempre assim tão completo. Como cada individuo offerece um grau especial de impressão morbida, muitas vezes alguns dos caracteres não apparecem. Póde mesmo não apparecer um só d'elles; nesse caso, bem como em todos os que possam offerecer duvida, um elemento servirá para conduzir ao diagnos-

tico, é a existencia da tuberculose nos antepassados ou nos parentes collateraes do individuo.

A heredo-tuberculose tem ainda manifestações profundamente graves como o são as lesões osteo-articulares e muitas das localizações que, como tuberculosas, foram apontadas no capitulo anterior.

Estas manifestações não apparecem em todas as edades com igual frequencia. Raras na primeira infancia, ellas são frequentes na segunda infancia e durante a adolescencia.

É com effeito a adolescencia a epocha da vida em que mais se activa a nutrição. Todos os órgãos são a séde d'um desenvolvimento rapido e só um organismo bem constituido póde presidir e acompanhar esse desenvolvimento; a viciação dos meios nutritivos acarreta necessariamente uma viciação na modificação dos órgãos. No esqueleto, principalmente dos membros, esse desenvolvimento que, num espaço de tempo relativamente curto, faz augmentar á estatura alguns centimetros, e, que por isso se torna um dos maiores focos nutritivos, no esqueleto regista a clinica ter a sua séde o maior numero d'essas localizações.

N'esta idade a marcha da doença é sempre «trainante»; a resistencia ainda grande que o organismo possui, o bom estado dos emunctorios, permitem á doença já de indole chronica, que se prolongue indefinidamente sem accarretar a morte.

Um exame cuidadoso dos outros órgãos mostra uma relativa integridade de todos, integridade que irá desaparecendo sem duvida com a suppuração abundante, com a febre se algum foco não tem communição por onde elimine os seus productos, com a falta dos cuidados que devem ser dispensados. Colhe-se a impressão de que a lesão libertou o restante organismo da influencia da diathese.

A auscultação pulmonar, n'estas doenças, não revela a menor lesão e contudo é bem conhecida a predilecção do bacillo de Koch para este órgão, e, é tão frisante este facto que, estando o organismo em plena cachexia, o pulmão continua a não revelar o menor signal esthetoscopico.

No adulto a frequencia diminue sem chegar a desaparecer. Comprehende-se que o individuo que, ou por ter uma leve tara ou por dispensar consigo os cuidados convenientes, transitou sem incidente o periodo do seu maior desenvolvimento, tenha agora menos possibilidades de ser tocado pela localisação tuberculosa.

Mas que supprima os cuidados de que carece ou que soffra algum traumatismo em qualquer dos aparelhos ou que lhe sobrevenha alguma doença a influir no seu estado geral, terá então as lesões de que escapou na adolescencia.

O que mais frequentemente acontece é implantar-se no organismo a tuberculose pulmonar ou intestinal, simples ou associadas a quaesquer

lesões da heredo-tuberculose. N'estes casos então a auscultação, que os livros incluem nos meios de diagnostico, pôde fornecer algum elemento positivo.

Quando se determinou a natureza tuberculosa d'algumas lesões externas, dividiu-se a tuberculose em interna e externa. A differença de tratamento que ellas requeriam levou a denominar-as respectivamente tuberculosas medica e cirurgica. D'este modo as lesões osseas foram incluídas no segundo grupo porque o seu tratamento era feito pela cirurgia e com essas lesões todas as que o bisturi conseguiu attingir.

Successivamente foram entrando na tuberculose cirurgica as lesões testiculares, as peritonites, as pleurisias; o bisturi conseguiu mesmo penetrar no pulmão e se não levou mais longe a sua audacia foi porque a importancia d'alguns órgãos lhe oppoz uma insuperavel barreira.

A tuberculose medica viu desertar pouco e pouco todas essas lesões e quasi ia perdendo o seu direito á existencia, com proveito da tuberculose cirurgica que com isso augmentava dia a dia o numero das suas lesões.

Se n'esse momento fôsse necessario definil-a ella seria apenas o grupo das lesões tuberculosas que não fôsem susceptiveis d'uma intervenção cirurgica. Abrangeria a enterite e a meningite e para adquirir a tuberculose pulmonar esperaria que o bisturi lh'o consentisse; seria assim um



valôr oscillante, permitido em toda a parte menos em medicina, onde a expressão dos termos precisa de ser rigorosa. Também por isso Le Dentu dizia que «hoje, esses termos ficariam exactos desde que se não exigisse uma barreira nitida.»

Uma reacção se produziu mais tarde, que domina ainda hoje o tratamento da tuberculose, contra a maior parte das intervenções cirurgicas. Accusou-se-lhes com justa razão, o aggravarem o processo por uma generalisação post-operatoria, principalmente quando a intervenção era mutiladora. D'um caso me lembro, que não figura nas minhas observações por não possuir informes completos, que depõe perfeitamente n'esse sentido: uma mulher cheia de gommas tuberculosas n'uma perna soffreu, na enfermaria da Clinica Cirurgica, uma amputação supra-condylia de que saiu curada. No anno seguinte vi-a na clinica do dr. Franchini com o corpo e principalmente a cabeça cheios de gommas, n'um estado verdadeiramente miseravel. Ignoro o destino que essa doente teve.

Essa reacção tem diminuido o numero das tuberculosas cirurgicas e com tão louvavel esforço que lhes tem arranjado um tratamento efficaz exclusivamente medico. Para algumas fórmas, onde a maior parte das vezes é o desmazelo do doente ou da familia que as occasiona e se não digo sempre é porque a falta de meios e o desamparo das classes miseraveis desarmam completamente o medico, para algumas fórmas, ia dizendo, a ci-

rurgia ainda é util desde que seja conduzida com prudencia e se torne avara nos tecidos que elimine.

A orientação actual do estudo da tuberculose cirurgica, difficulta extraordinariamente a sua definição. Poder-se-ha chamar cirurgica, uma lesão que tanto pôde ser tratada por meios medicos como por cirurgicos? Evidentemente que não. E' o erro fatal d'acceitar como criterio d'uma definição uma base eminentemente variavel.

Lannelongue procurando essa base na natureza, na fórmula e na séde da tuberculose não encontrou caracter distinctivo. Para elle «a distincção existe todavia e o que a origina é o concurso d'um certo numero de condições que se encontram ou não simultaneamente: estado geral do individuo, rasoavel durante muito tempo apezar d'uma lesão muitas vezes avançada; delimitação do mal, sobre toda a extensão do qual se pôde mais ou menos actuar; a séde emfim, n'um ponto onde a intervenção é possivel.»

A tuberculose cirurgica é um termo transitorio, como toda a therapeutica cirurgica. Serviu já e actualmente começa a declinar a sua existencia para bem cedo desaparecer na voragem do progresso.

Ainda ha porém uma modificação que se lhe pôde introduzir para augmentar o seu valor e precisar melhor a sua natureza.

Na historia dos doentes, principalmente nos attingidos de lesões osteo-articulares, é frequente

encontrar nos ascendentes, uma familia de tuberculosos. Transcrevo dos meus apontamentos esta nota d'uma doente que tambem não figura nas observações, por não a ter podido seguir completamente: doente Ermelinda de Jesus, da enfermaria de Clinica Cirurgica, para onde entrou em 25 de fevereiro de 1908 com uma osteite do femur e perturbações articulares (rheumatismo tuberculoso) do joelho correspondente. *Antecedentes.*— Tinha a mãe viva; o pae fallecera tuberculoso. D'este casal houve cinco filhas: a mais velha morreu com a doença do pae; a immediata era doente, parecendo possuir tambem a mesma doença; a terceira era de todas a mais saudavel. A' excepção da mais nova, todas casaram e das casadas só a segunda não teve filhos. A mais velha teve nove e d'esses só um era vivo; a terceira teve quatro: um morreu, dois eram doentes e um saudavel; a doente teve um aborto e tres filhos: dois morreram, o vivo era saudavel. Em resumo de 17 netos (incluindo o aborto) ficaram vivos apenas cinco e n'estes havia só um saudavel. O marido da doente era bastante saudavel...

Com o mesmo fim inclui no meu trabalho a obs. vii.

Esta ascendencia encontra-se constantemente quando o doente sabe das informações e conhece a sua familia mais directa.


Uma tal constancia não permittirá affirmar que estas lesões sejam um producto da heredo-tuberculosa?

Para mim isso é um ponto de fé e assim vejo que todas as lesões que constituem a tuberculose cirurgica entram perfeitamente no grupo da heredo-tuberculose. Só a tuberculose cutanea pôde n'alguns casos fazer excepção pela sua proveniencia exterior.

Assim mesmo ainda poderia sujeitar-se á discussão e tornar-se um producto combinado da hereditariedade e da infecção.

As tuberculosos pulmonar e intestinal tornar-se-iam as tuberculosos adquiridas.

Em resumo: — A divisão da tuberculose em medica e cirurgica, não pôde subsistir porque lhe falta a base da sua distincção. A divisão em tuberculose adquirida e tuberculose hereditaria tem uma base verdadeira, que lhe fornece a pathologia geral. Estas duas expressões correspondem e substituem vantajosamente as duas primitivas.



## IV

### Tratamento

A divisão da tuberculose tem aqui uma aplicação. Enquanto que as tuberculoses adquiridas, embora susceptíveis de cura, tem um tratamento reduzido e incerto, as tuberculoses hereditarias tem um tratamento vastissimo e de effeito muito mais seguro.

Uma parte d'esse tratamento é commum ás duas fórmas e só por isso a tuberculose adquirida merecerá talvez uma ou outra referencia.

As regras a que tem de obedecer o tratamento são, para Lebert, quatro, assim formuladas: modificar a crase sanguinea; attingir as causas exteriores capazes de conservar a doença; cumprir as indicações referentes ás localizações; reparar as deformidades. Essas regras podem ser simplificadas; basta estabelecer duas indicações: a modificação do vicio nutritivo e a reparação das lesões que esse vicio provocou. Para a primeira os recursos são fornecidos pela hygiene e pela pharmacologia; a segunda é da alçada da cirurgia.

Bem ou mal empregados, estes recursos são desde ha muito utilizados pela clinica; mas em todos os tempos foram sempre os primeiros, que merceceram a preferencia.

Occorre-me citar, apenas a titulo de curiosidade, algumas das praticas seguidas pelos antigos. E' bom sempre recordar os usos e costumes que passaram porque elles são marcos por onde nós avaliamos os progressos que as sciencias effectuam.

No dominio da superstição havia uma pratica antiquissima, de cura das escrofulas que consistia em o doente ser tocado por uma mão real. Era costume dos povos do norte da Europa, mas os reis da Inglaterra e da França chegaram a possuir esse privilegio. Esta crença, que não prevaleceu sempre, tem hoje a corresponder-lhe a confiança que o publico deposita em todos os charlatães e em todas as panacéas cuja reputação é sempre firmada no reclame estrondoso, remedios que se furtam á experimentação e a que alguns medicos (?) por vezes associam, sem escrupulo, o seu nome.

Pelo tempo fóra empregaram-se meios d'algum valor therapeutico, mas que nós podemos chamar barbaridades: os exutorios como o sedenho na nuca para as ophtalmias rebeldes, as moxas, as riscas de fogo, as fricções com pomada estibiada; este ultimo principalmente, deixava marcas indeleveis que desfiguravam completamente o doente quando applicado na cara.

Fazia-se constantemente o tratamento anti-phlogistico pelos derivativos: sangria, sanguessugas, ventosas escharificadas e purgantes; n'este grupo entrava ainda a hydropathia de Priessnitz, ingestão de grandes quantidades de liquido seguida d'uma provocada e abundante sudação.

O numero de substancias medicamentosas, esse então era enorme. D'esse uso poucas prevaleceram; algumas tem hoje uma larga applicação, outras, apesar d'um valor incontestavel, foram, sem se saber porque, abandonadas pela clinica. D'essas fallarei no decorrer da minha descripção, apontando quando pudér a primeira data da sua applicação.

Quasi se pôde dizer que não ha hygiene especial para estas doenças; para ellas bástam os preceitos geraes desde que sejam applicados na sua totalidade.

A alimentação deve ser feita, como até para os sãos, com generos de boa qualidade. Tudo o que o appetite pedir poderá ser usado sem inconvenientes.

E' bom comtudo que a alimentação se cinja pouco mais ou menos a estes alimentos: Sopas substanciaes, carnes succulentas, legumes, fari-nhas, fructos bem sazonados, vinho addicionado d'agua, ou cerveja.

O regimen deve ser mixto não só para que o organismo fórme facilmente a sua ração alimentar mas tambem porque o uso de vegetaes é menos toxico que o da carne e combate a constipa-

ção, habitual n'estes doentes. Deve ainda ser ministrado em pequenas quantidades de cada vez e muitas vezes por dia.

A habitação deve ser bem ventilada e visitada demoradamente pelo sol. Escolhe-se o aposento que receba o sol logo de manhã para que o doente possa fazer uso de banhos de sol, para que não demore a reacção depois dos banhos frios e para que, despido, execute com uma maior liberdade de movimentos todos os exercicios de gymnastica medica.

O ar das aglomerações humanas é pouco benéfico. As municipalidades criam hoje jardins de modo a espalhar-os por todos os bairros, medida excellente porque as arvores são magnificos depuradores do ar; mas está provado que essa área de depuração é restricta e limitada logo pelas primeiras casas. Essa medida tornar-se-ia completa se fosse possivel dar um jardim a todas as ruas.

E' ao ar da aldeia, maritimo, ou da montanha que estes doentes se devem entregar. O ar maritimo tornou-se ultimamente quasi que um agente therapeutico especifico.

Nas lesões minimas a curta permanencia que exige o uso dos banhos é bastante para as curar completamente. Nas lesões mais avançadas o tratamento tem de ser mais intensivo, é preciso aproveitar todas as vantagens da estação maritima: o ar, o banho, o sol, o descanso, a recuperação das forças pelo augmento do appetite, etc., demorando-se ahí o doente por largo tempo.



N'outros paizes povoa-se a beira-mar de sanatorios e, com orgulho verifica-se que o arsenal cirurgico para nada mais serve que para ornamento das vitrines; o nosso apenas conta dois o que, em face do numero de doentes existentes, toma uma proporção muito inferior.

E' o medico quasi sempre arrastado a substituir estes recursos naturaes por uma therapeutica differente, pharmacologica ou cirurgica; tem porém a felicidade de ahi encontrar ainda recursos valiosissimos.

O primeiro logar é occupado pelo oleo de fígado de bacalhau, medicamento empregado ha mais d'um seculo nas margens do mar Baltico, introduzido depois na Allemanha, mais tarde na França e em seguida generalisado. Deve ser usado na dóse diaria de 30 gr.<sup>s</sup> durante muitos mezes, descansando todos os mezes alguns dias ou alterando com outras substancias, principalmente os iodetos. E' um medicamento complexo, d'um valor simplesmente empirico mas por todos reconhecido.

A repugnancia que elle merece a alguns doentes levou a exploração mercantil a addicionar-lhe ou subtrair-lhe substancias que tornassem mais agradavel a sua ingestão. Ora é preciso convir que assim modificado, será tudo menos o oleo prescripto pela clinica ou um succedaneo como gratuitamente se affirma. E' preferivel convencer o doente a usar o remedio tal como elle é ou escolher um outro medicamento do grupo dos to-

nicos, a não ser que elle prefira deixar-se explorar.

Os iodetos, quer o iodeto de potassio quer o iodeto de ferro, tem por vezes uma acção curativa, manifesta principalmente nas hypertrophias ganglionares, mas tão ampla que o seu ensaio nas outras lesões é sempre justificado.

Nas enfermarias de clinica cirurgica empregava-se, principalmente nos menores, uma preparação da Ph. P. com excellente resultado, o xarope iodo-tannico. A esta preparação é costume addicionar-se-lhe os phosphatos ou os glycero-phosphatos, addicção que em nada a prejudica.

Os mercuriaes e entre elles o bichloreto de mercurio preconisado por Kopp, de Hanan, na Allemanha e por Phillips, em Londres e d'um valor discutivel para Lebert, estão hoje em parte abandonados. Comtudo elles são ainda d'um largo emprego em certas affecções escrofulosas, como o precipitado amarello e os calomelanos em ophthalmologia e como o sublimado corrosivo nos pensos vulgares.

O mercurio tem porém uma acção modificadora geral altamente aproveitavel, desde que seja, aqui mais que nas lesões syphiliticas, ministrado por via hypodermica. Os resultados pouço animadores de Lebert talvez sejam tributaveis da má administração que antigamente se effectuava e que tornava incerta a cura da propria syphilis.

O mercurio em injeccões só foi applicado na doente da obs. v, na qual se não encontraram os

mais leves vestígios de syphilis hereditaria, e com essa applicação o estado da ulcera melhorou como até ali se não observara.

Os arsenicaes completam este primeiro grupo que pôde chamar-se o dos tonicos geraes. São elles os preferidos todas as vezes que se encontra uma intolerancia invencivel para o oleo de figado de bacalhau. Licôres de Pearson e de Fowler, aríhenal e cacodylate de soda são preparações que se equivalem e que merecem a maior confiança.

Qualquer tratamento local pôde ser feito com substancias medicamentosas; momentaneo, com o fim apenas de limpar o foco, ou demorado, pondo em contacto substancias diversas: anti-septicas, adstringentes, excitantes, etc.

Para o primeiro fim, os mais empregados, por ordem da sua importancia são: a agua oxigenada, o sublimado corrosivo, o permanganato de potassa, a agua iodada e ainda a agua phenica; raras vezes é preciso empregar taes antisepticos, a agua fervida é bastante desde que se respeitem todas as regras da asepsia.

Os segundos tem contra si a facilidade d'inquinação por agentes extranhos, sujãm o foco, tornam-se por fim agentes extranhos e provocam, pela irritação, uma maior suppuração nem sempre proveitosa.

Para orientar a lesão n'um determinado sentido vale mais, depois d'uma asepsia perfeita, a cauterisação com nitrato de prata, tintura d'iodo, calor sêcco (Verneuil), etc.

Algumas affecções beneficiam com a massagem prudentemente conduzida, principalmente quando se procura um effeito analgesico ou tonificar algum grupo muscular.

Os banhos sulfurosos para certas affecções cutaneas e, pelo calôr, para as affecções reumaticas, levam a aconselhar as estações thermaes. As curas produzidas fizeram porém estender o seu uso a muitas outras lesões; quasi sempre n'este caso é a realisação dos preceitos hygienicos apontados que produz os resultados que augmentam o numero das suas indicações.

Não ficaram certamente mencionados n'esta exposição todos os recursos, o que me demoraria largo tempo, mas a referencia que fiz aos principaes permite-me passar a descrever a therapeutica cirurgica.

Já, incidentalmente, foram apontados meios cirurgicos, tão difficil é estabelecer uma barreira nitida entre os dois grupos de meios therapeuticos.

A cirurgia offerece dois methodos distinctos: sangrento e não sangrento, a cirurgia sangrenta podendo ainda ser conservadora ou mutiladora.

A audacia, que permittiu o advento da asepsia, levou o cirurgião a toda a parte do organismo, para extirpar o foco qualquer que elle fôsse.

A reacção que os desastres provocaram levou a cirurgia a intervir apenas nas tuberculozes locais d'onde ultimamente tendem ainda a desalojar-a.

Ora se uma amputação da coxa por arthrite do joelho não é curar a arthrite mas sim mutilar um membro, também muitas vezes abandonar á natureza a cura d'uma lesão é tarefa que pôde custar uma vida. E' preciso não ser intransigente em qualquer dos campos; vale mais actuar segundo as circumstancias que se offerecerem, o que conduz a admittir a vantagem da cirurgia conservadora.

Lebert já asseverava que as amputações nos escrufulosos deviam ser praticadas o mais raramente possível.

Le Dentu (1) estabelecendo as indicações operatorias diz-nos: «...Escusado será insistir sobre as indicações das arthrectomias, reseccões e amputações. Limitar-me-ei a dizer que só se deve renunciar aos methodos menos radicaes quando a importancia das lesões seja tão grande que tire todas as probabilidades de successo. E' preciso empregar aquellas quando a affecção segue o seu curso apezar d'um pertinaz tratamento não sangrento; quando o doente ultrapassou os 15 annos e não attingiu pelo menos 40 a 50; quando não existem n'outros pontos lesões tuberculosas graves; quando as lesões são bem localizadas ou na articulação ou nas extremidades articulares dos ossos... A amputação é a *ultima ratio* se as condições inversas se apresentam.»

---

(1) Le Dentu et Delbet — *Traité de chirurgie.*

Nos methodos não sangrentos empregam-se a immobilisação, a compressão e a revulsão em certas affecções articulares, quando ha uma tendencia fibrosa que por si só pôde curar a lesão. Nos trajectos e focos purulentos injectam-se substancias modificadoras, porém com resultados incertos, como o acido acetico, nitrato de prata, tintura d'iodo, naphtol camphorado, ou etheroleo d'iodoformio a 5 %.

Lannelongue preconisa com o fim de enkys-tar as lesões, a injeccão de chloreto de zinco, substancia esclerogenea, profundamente até ao esqueleto e deposta, circumdando a lesão, de modo a isolal-a do resto do organismo. Este methodo esclerogeneo tem poucos adeptos e não é corrente a sua pratica. Nunca o vi applicar a não ser modificado d'este modo: a injeccão do chloreto de zinco no proprio foco, com o fim de n'elle provocar a esclerose.

Algumas vezes é preciso recorrer a processos intermediarios: a curetagem, a excisão e a thermo-cauterisação para libertar a lesão das fungosidades ou das partes molles já necrosadas e que os outros meios não podem eliminar.

A cirurgia sangrenta varia com cada orgão: ou abre largamente o fóco e subtrahе os tecidos doentes o que a torna conservadora, ou elimina o orgão, e, n'este caso cortando por largo, tornando-se mutiladora. Quasi sempre a primeira termina por uma ressecção ossea — um fragmento necrosado — que rehabilita o doente a uma cura

é que, com as modificações introduzidas por Ollier, pôde permittir a reconstituição da peça sequestrada.

A segunda é raras vezes praticada, porque, depois de gastos todos os outros recursos, também não é uma lesão de molde a permittir um exito ao cirurgião. Se é praticada n'estas condições, a cura é perfeitamente aleatoria porque d'ahi a pouco tempo virá o desengano. Algumas operações felizes traduzem apenas a impaciencia do cirurgião; que para ellas outros meios haveria a escolher prova-o o processo de que vou fallar agora.

**O methodo de Bier.** — Baseado sobre este facto, observado por muitos auctores, de que as lesões cardiacas que acarretavam uma estase na circulação pulmonar eram incompativeis com a existencia da tuberculose n'esse apparelho, Bier aproveitando tentativas esparsas na sciencia, estendeu essa estase a outros órgãos com o fim de curar as diversas lesões tuberculosas, erigindo assim um processo curativo qualificado de «o maior progresso que fez a therapeutica cirurgica desde Lister.»

Como nas autopsias se verificasse que as lesões tuberculosas do pulmão eram invadidas por tecido fibroso, o seu processo habitual de cura, julgou-se por algum tempo que era ainda por formações fibrosas que nos outros órgãos se effectuava a cura.

Era no inicio ainda das experiencias quando a technica e as indicações estavam por estabelecer, que reinava essa opinião. Mais tarde porém, a hypothese da formação fibrosa foi posta de parte porque se verificou que a estase era o exa-gero do processo inflammatorio normal, que por ella se provocava uma phagocytose mais intensa, desembaraçando a região d'aquellas producções morbidas com pequeno prejuizo da morphologia e physiologia dos órgãos.

O methodo tem já larguissimas applicações : é empregado nas affecções agudas e chronicas, tuberculosas ou não; tem variantes de technica que exigem, na sua applicação, uma escolha a que não pôde ser extranho o tino clinico.

Bier tem dois modos de obter a estase n'um dado territorio : ou retardando o curso do sangue venoso por meio de ventosas seccas applicadas na região doente e por faixas elasticas postas acima da lesão ou provocando um affluxo de sangue arterial por meio de caixas d'ar quente, onde o ar circula a uma temperatura superior a 100°.

D'estas duas hyperhemias, a passiva, isto é, a primeira, tem uma mais larga applicação, é mesmo d'um manejo mais facil e d'um dispendio reduzido.

A faixa elastica é applicada, depois d'um penso bem feito se ha communicação do foco com o exterior, enrolando, como se fôsse uma ligadura, n'umas seis voltas o membro doente um pouco acima da lesão; refiro-me a um membro por que é



ahi onde ella é mais facil e mais commumente empregada. Deve haver um certo grau de constrição mas graduada de tal modo que a circulação se não suspenda; o alarme é dado pela côr violacea e pelo arrefecimento da região hyperhemiada.

A faixa permanece de 2 a 22 horas conforme a chronicidade ou a agudeza do processo morbido, podendo comtudo ser retirada ao fim de qualquer hora se se torna incommoda para o doente. Espera-se para a applicação seguinte que o oedema provocado pela da vespera tenha desaparecido o que se póde favorecer pondo o membro n'uma attitude elevada.

As ventosas são applicadas pelo auctor durante cinco minutos mediando cada vez tres minutos e isto repetido seis vezes o que dá uma duração approximada de  $\frac{5}{4}$  d'hora.

Entre nós, no Porto, o methodo quasi não tem tido applicação. Em 1896 o prof. Luiz Viegas recolhia na sua dissertação de concurso duas observações cujas conclusões transcrevo: « Ficou-nos a impressão de que mais algum tempo de tratamento pela congestão venosa levará á cura da lesão, que tão rebelde se mostrou a todos os outros methodos therapeuticos — obs. LXXVI; . . . tudo leva a crer que uma longa permanencia n'este tratamento produzirá, não diremos a cura, mas melhoras taes que compensem sobejamente os incommodos d'este methodo therapeutico — obs. LXXVII ».

Parece que em seguida só continuou a ser

applicado na enfermaria n.º 9 e na consulta externa annexa a esta enfermaria. A' excepção d'este serviço regular só tem havido experiencias archivadas na dissertação inaugural (1907) do dr. Alvaro Carvalho e na presente these.

Só estas ultimas seguiram a technica adoptada ultimamente pelo auctor por conselho do dr. Feiteira que, em Berlin, estudou com o antigo professor de Bonn a pratica do seu methodo.

As conclusões que permitem tirar as observações que obtive são de pouco valôr para um trabalho d'estatistica, mas ainda assim animadoras para proseguir na sua execução.

Os casos que tratei n'este ultimo anno não foram escolhidos, aproveitei os doentes que por outros motivos iam parar ás nossas enfermarias.

N'esses mesmo, houve pequenos proveitos a registrar para o methodo e se elle se encontra associado a outros tratamentos, é facil separar a parte que lhe pertence.

A pratica do methodo não pôde isolar-se da restante therapeutica: uma osteo-mylite ou uma osteo-arthritis com formação de sequestro, não pôde evidentemente evolucionar para a cura sem a extracção d'esse sequestro, o organismo sendo impotente, como é, para absorver, por exemplo, uma diaphyse completa.

Julgo mesmo que a falha do methodo é provocada mais vezes por uma interpretação incompleta da variedade clinica que se apresenta ou por uma imperfeição de technica.

Pelas hesitações que algumas vezes senti, compreendo que um ou outro experimentador chegasse a tornar-se adverso ao methodo. Assim passo a transcrever uma d'essas conclusões, a de Robert Dupont: (1) Sobre dez casos agudos — Fractura complicada do femur, terminada por amputação — Ferida do punho, idem — Phlegmão da mão, cura (obs. pouco proveitosa) — Arthrite gonococcica, arthrotomia — Gangrena senil d'um dedo do pé, amputação — Ferida da mão, inconclusa — Anthraz da nuca, cura — Phlegmão da axilla e adenite suppurada do pescoço, por ventosas, obs. inconclusas — e sobre quatorze casos chronicos não obtive resultados favoraveis.

Mas como procedia elle? não porfiando no tratamento, pois, com o pretexto de presar mais a vida do doente, punha de parte o methodo com a maior facilidade, quando algum incidente inesperado lhe apparecia.

Que, comparando os resultados que obtive com as conclusões que outros experimentadores tem tirado, se permitta affirmar que o methodo tem os seus insuccessos é perfeitamente legitimo; mas que se torna uma lei necessaria em therapeutica, o seu emprego antes de decidir uma operação e principalmente uma amputação não é tambem menos verdadeiro.

---

(1) *Revue de Chirurgie*, n.º 2 — 1909.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia descriptiva.** — As anomalias dos órgãos tem sempre uma interpretação phylogenetica.

**Physiologia humana.** — O organismo é um somatorio de glandulas.

**Materia medica.** — As curas das estações hydro-mineraes estão mais vezes nas condições mesologicas que no uso das suas aguas.

**Pathologia externa.** — Da efficacia do tratamento mercurial não se deve inferir que o doente seja sempre um syphilitico.

**Medicina operatoria.** — A pleurotomia, mesmo combinada ás operações d'Estlander ou Quénu, é, nas pleuriasis tuberculosas um pessimo recurso.

**Partos.** — A vida da mulher é ameaçada momentaneamente pela gravidez e accidentada continuamente pela esterilidade.

**Pathologia interna.** — Em nevropathia as entidades morbidas são menos frequentes que os typos clinicos.

**Anatomia pathologica.**— O fibroma uterino é uma esclerose.

**Medicina legal.**— Na clinica das nossas Associações de Soccorros, o medico perde e o doente pouco ou nada lucra.

**Pathologia geral.**— A febre deve ser sempre combatida mas nunca sem ter sido interpretada.

**Hygiene.**— A moda é necessaria porque a par das suas ridiculas creações, fornece um ou outro melhora-mento no vestuario.

**Physiologia geral.**— Toda a reproducção é se-xuada.

**Anatomia topographica.**— Dae-me a região e eu farei o diagnostico.

Visto

A. Brandão.

Póde imprimir-se

A. Brandão.



## ERRATAS

- Pag. 28 — linha 33 — e esthetoscopicos — esthetoscopicos
- » 34 — » 43 — Vladimiroff-Mikulick — Wladimiroff-Mikulicz
  - » 41 — » 30 — sob-maxillares — sub-maxillares
  - » 47 — » 43 — espeno-pneumonia — espleno-pneumonia
  - » 50 — » 47 — dyspenêa — dyspnêa
  - » 58 — » 1 — cabiá — caviá
  - » 67 — » 28 — cabiás — caviás
  - » 67 — » 28 — ecclosão — eclosão
  - » 68 — » 40 — calcarios — calcareos
  - » 68 — » 18 — hystogenese — histogenese
  - » 72 — » 11 — meningas — meninges
  - » 85 — » 6 — rheumathismo — rheumatismo
  - » 102 — » 27 — das — dar
  - » 102 — » 31 — tuberculosa — tuberculose
  - » 118 — » 7 — por conselho do — aconselhada por o snr.

As expressões : *têm, n'um n'esses*, etc. — que uma ou outra vez apparecem no decurso da obra, substitui-las-á o leitor por est'outras mais correctas : *teem, num, ness es...*