

V

N.º 18

Manoel Maria Lopes



Púrpura hemorrágica num tuberculoso

(Trabalho da 2.ª Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À _____

Faculdade de Medicina do Porto



MAIO - 1919



174/5 FMP

1919

Escola Tip. da Oficina de S. José

PORTO



Púrpura hemorrágica num tuberculoso



Manoel Maria Lopes



Púrpura hemorrágica num tuberculoso

(Trabalho da 2.^a Clínica Médica)

TESE DE DOUTORAMENTO

— APRESENTADA À —

Faculdade de Medicina do Porto



MAIO - 1919



1919

Escola Tip. da Oficina de S. José

PORTO

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINARIOS

Augusto Henrique de Almeida

Brandão

Cândido Augusto Corrêa de Pinho

Maximiano Augusto de Oliveira

Lemos

João Lopes da Silva Martins Júnior

Alberto Pereira Pinto de Aguiar

Carlos Alberto de Lima

Luís de Freitas Viegas

José Dias de Almeida Júnior....

José Alfredo Mendes de Magalhães.....

Antônio Joaquim de Sousa Júnior

Thiago Augusto de Almeida

Joaquim Alberto Pires de Lima.

José de Oliveira Lima.....

Alvaro Teixeira Bastos.....

Antônio de Sousa Magalhães e

Lemos

Manuel Lourenço Gomes.....

Abel de Lima Salazar

Antônio de Almeida Garrett....

Alfredo da Rocha Pereira

Vago.....

Anatomia patológica.

Clínica e policlínica obstétricas.

História da Medicina. Deontologia médica.

Higiene.

Patologia geral.

Patologia e terapêutica cirúrgicas.

Dermatologia e Sifilografia.

Pediatria.

Terapêutica geral. Hidrologia médica.

Medicina operatória e pequena cirurgia.

Clínica e policlínica médicas.

Anatomia descritiva.

Farmacologia.

Clínica e policlínica cirúrgicas.

Psiquiatria e Psiquiatria forense.

Medicina legal.

Histologia e Embriologia.

Fisiologia geral e especial.

Patologia e terapêutica médicas.

Clínica das doenças infecciosas.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

A meus Pais

**Estão cumpridos os vossos
desejos.**

**Nem sequer saberei pagar a
alegria que hoje sentis.**

A minha Irmã Maria

A meu Irmão Alberto

A minha vida pertence-vos.

A meu Cunhado

A meus Sobrinhos

À memória de meus Avós

Saúde Eterna.

A meu Avô

A meus Tios

A minhas Tias

A meus Primos

A minhas Primas

A meus Primos

Florencia e Mário

A meus Tios

Francisco Barreira

Guilherme Oliveira

Albino Oliveira

A minhas Tias

Maria e Rosa

Ao Coelho da Silva

Recordação das
nossas « cólicas »

Ao Henrique Pereira

O meu « Bitorino »

Ao Joaquim Milheiro

Ao Gomes Fernandes

Do vosso amigo

Ao Antonio Meireles

A « caravana » ao
estrangeiro

Ao Francisco Felgueiras

Do « G... » ao « B... »

A todos os meus
condiscípulos

Ao meu grande amigo e leal
"companheiro das giratas,,

Francisco António Madureira

Ao Raul Pereira de Araujo

Caracter demasiado "rijo,,

Ao amigo Manuel António Lopes

Recordação do discípulo
das "primeiras letras,,

Ao Zé Praça

Obrigado pela tua ajuda

Ao meu amigo Arnaldo Lopes

Aos meus bons amigos

D. Candida C. Madeira Franco
é Alberto Augusto Franco

O esquecimento seria um
crime imperdoável.

A

X

Assustadora incógnita.

Ao ilustrado corpo docente

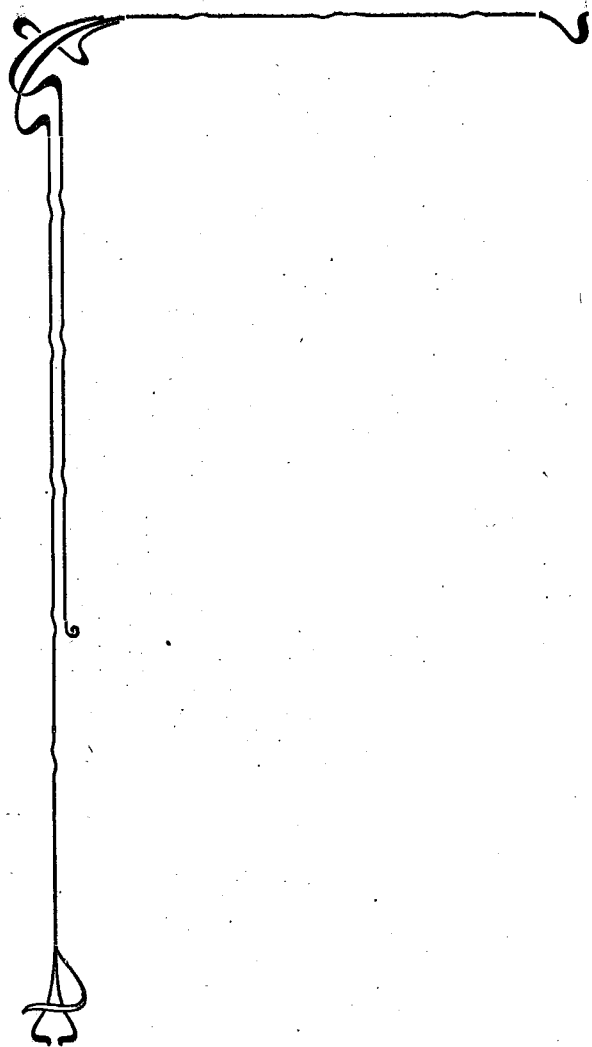
da

**FACULDADE DE MEDICINA
DO PORTO**

Ao ilustre sábio e digno professor,
meu presidente de tese

Ex.^{mo} Senhor

Dr. Thiago Augusto d'Almeida



Duas palavras

*A*ntes de mais nada, cumpre-me dizer o seguinte:

Êste trabalho tem como único fim satisfazer a lei que mo exige como carta de alforria para entrar na minha vida prática.

Dura lex, sed lex, diz o velho aforismo latino.

Foi nêste pensamento que eu alinha-

*vei estas páginas, nunca pretendendo
como quer a lei, apresentar novidades
nem curiosas observações pessoais, dada
a minha curta prática hospitalar em-
quanto frequentei a Escola. Além disso,
as dificuldades crescentes que me têm
surgido nos últimos meses, obrigando-me
a procurar já o fim útil do meu trabalho,
não permitiram que eu desse a este livri-*

nho o desenvolvimento de que o assunto era susceptível. Vai assim cheio de imperfeições e faltas.

Por isso ao sapientíssimo júri que houver de o julgar eu peço a sua benevolencia e a sua desculpa.

Para terminar, resta-me deixar aqui consignada a minha gratidão profunda ao muito sábio e digno professor Dr.

Thiago d'Almeida, meu ilustre presidente de tese, a quem devo o assunto que nela trato.

Faço-o com prazer e com saudade, porque durante toda a minha vida hão de servir-me de guia e de incentivo a grandeza e a profundidade dos seus ensinamentos.

1.ª PARTE

Ligeiras considerações
sobre púrpura

Definição

A PALAVRA *púrpura* significa erupção de manchas sangüíneas.

Quando nós falamos em *púrpura* não queremos dizer que se trate d'uma entidade mórbida, mas sim d'um sintoma comum a várias doenças e que é caracterizado por uma erupção de manchas vermelhas e purpúreas, de dimensões diferentes, tendo a sua séde em diversas regiões do corpo e devidas a hemorragias intersticiaes da pele.

É bem verdade que uma grande parte das vezes a erupção é apenas mais um elemento a juntar á symptomatologia da doença; mas outras vezes o quadro symptomático é mal percebido e a erupção apresenta-se-nos como elemento capital. Assim a palavra *púrpura* é tomada quer no sentido de symptoma quer no sentido de doença.

Swediaur e Alibert designaram a púrpura pelo nome de *peliose*. Adair classificava-a de *hemorrhœa petequialis*. Wiliam e Bateman collocaram-na na ordem dos exantemas ao lado do sarampo e da escarlatina; Bielt reconheceu o êrro nosológico e separou-a das febres eruptivas.

Alebert classifica-a nas dermatoses consecutivas a uma alteração do sangue; Cazenave considera-a como sendo uma hemorragia da pele.

Etiologia

A PÚRPURA está sempre sob a dependencia d'uma intoxicação, d'uma infecção ou d'uma doença orgânica. Umas vezes a afecção causal está bem determinada; outras vezes essa afecção não aparece bem nítida e a púrpura toma o principal papel no caso clínico. Assim, nós temos respectivamente no primeiro caso, as *púrpuras secundárias*, no segundo as *púrpuras primitivas*.

As formas *primitivas* aparecem prin-

principalmente nas crianças, em indivíduos novos e nas mulheres.

Henoch descreve formas fulminantes em crianças.

Nas *primitivas* podem aparecer como causas predisponentes ou ocasionais, o frio, a fadiga, as marchas prolongadas, etc.

Púrpuras secundárias — Podem aparecer nas doenças do sistema nervoso, do fígado e dos rins, do coração, nas infecções e intoxicações.

Sistema nervoso — A púrpura parece ter como causa as perturbações tróficas e vaso-motoras. Pode observar-se em todas as doenças nervosas tais como meningites agudas e tuberculosas, hemiplegias, nevrites alcoolicas, tabes, myelites, compressões da medula,

histeria, etc. Tem-se tambem observado em seguida a emoções.

Nas doenças do fígado e rins observa-se nas cirrroses, nas infecções digestivas principalmente quando o fígado é atingido, nas nefrites crónicas, etc.

Nas afecções crónicas do coração e dos vasos, podem apparecer manchas purpúreas attribuidas a estases sanguineas, a alterações do sangue e a alterações dos vasos.

Infecções em que ella pode apparecer :
— Febres eruptivas, difteria, febre tifoide, estreptococcias, tuberculose, paludismo, reumatismo, pseudo-reumatismos, infecções bronco-pulmonares, digestivas, genito-urinarias, etc. O seu apparecimento nestas doenças pode indicar que se trata de formas hemorrágicas.

A estes factores etiológicos ainda podemos juntar outros de natureza me-

cânica. Nesta categoria podemos enfileirar a erupção aparecendo depois d'um ataque de epilepsia; a púrpura que sobrevem num membro atingido de flegmasia alba dolens, e ainda sôbre um membro fraturado que tenha sido imobilizado e comprimido durante muito tempo e que rapidamente seja descomprimido.

Anatomia patológica

As hemorragias intersticiaes são as lesões encontradas ao nível da pele. Contudo a pele não é a habitação exclusiva destas lesões, porque nós podemos encontrar as manchas hemorrágicas ao nível de varios órgãos, como sejam o estômago, o intestino, o fígado, os rins, as meninges e o cérebro.

Sortais insistiu muito sobre as lesões do fígado e rins, mas principalmente sobre as primeiras, que atingi-

riam a própria célula hepática segundo Vernier, Apert e Grenet. As lesões dos vasos são muito pouco constantes aparecendo contudo alguns casos em que se encontram perfeitamente normais.

O exame histológico revela a presença de glóbulos vermelhos fóra dos vasos.

Patogenia ———

E FORA de dúvida que em qualquer caso de púrpura, existe sempre a presença d'uma infecção ou d'uma intoxicação.

Foi Hayem o primeiro que apresentou a teoria infecciosa da púrpura, teoria que é hoje universalmente admitida.

Os micróbios actuam pelas suas toxinas; Charrin e Ganarelli demonstraram-no reproduzindo a púrpura por

meio de injeções de toxina pyociânica ou tífica.

Mas como actuam estas toxinas em caso de infecção?

E como actuam os venenos mineraes em caso de intoxicação?

Nós sabemos que existem lesões do figado e dos rins. As primeiras permitem a passagem dos venenos no sangue; as segundas impedem a sua eliminação. Ora se é verdade que estas alterações nos permitem compreender a produção das hemorragias, elas não explicam a sua especial localização ao nível da pele. Leredde quiz explicar o fenómeno invocando uma paralisia das células endoteliaes dos vasos, produzida pela acção das toxinas em circulação. A opinião de Leredde foi posta de parte e hoje justifica-se o caso pelo papel representado pelas alterações nervosas, não isolada-

mente, mas em associação com as perturbações hepáticas. Dum lado a lesão visceral favorecendo a tendência á produção das hemorragias, do outro as perturbações nervosas presidindo á localização das lesões e á vaso-dilatação.

A púrpura resulta ao mesmo tempo duma lesão visceral e duma perturbação nervosa.

Descrição clínica —

Os elementos purpúreos têm como carácter geral uma coloração vermelha ou violácea não desaparecendo pela distensão da pele ou pela pressão do dedo como acontece nos eritemas, mas persistindo com toda a sua intensidade ou não se atenuando senão ligeiramente.

Pelo envelhecimento, passa-se com a coloração das manchas o mesmo que acontece com as equimoses traumáticas. A sua côr torna-se sucessivamente vio-

lúcea, amarela esverdeada, depois amarela clara e finalmente desaparece. Estas alterações de coloração são devidas à transformação da hemoglobina em hematóidina.

Distinguem-se três espécies de máculas, a saber: — *Petéquias*, *vibices* e *equimoses*.

As *petéquias* são manchas na sua maioria puntiformes, tendo algumas vezes no seu centro um orifício pilocebáceo.

As *vibices* apresentam um aspecto de estrias ou de raios hemorrágicos.

As *equimoses* são manchas mais extensas, arredondadas ou alongadas, de tamanhos variáveis, podendo ir até ao da palma dumã mão ou ainda em casos excepcionais ocuparem toda a superfície dum membro.

As grandes equimoses são acompa-

nhadas dum derrame sangüíneo profundo e algumas vezes dum endurecimento especial dos tegumentos ou mesmo de todo o membro.

Pode acontecer que a mácula purpúrea se torne um pouco saliente, se cubra duma bolha ou ainda se complique de escaras e então temos respectivamente a *púrpura nodular*, a *púrpura bolhosa* e a *púrpura necrósica*. Nos casos em que a *púrpura* se complica de escaras estas podem dar lugar a ulcerações e a cicatrizes extensas.

A *púrpura* não respeitando regiões da pele nem mucosas, parece contudo ter uma certa predilecção para os membros inferiores, acentuando-se mais nas extremidades do que nas raízes.

A *púrpura* pode ser acompanhada de diversas hemorragias tais como epistaxis, hematemeses, melenas, hematúrias

precedidas ou seguidas de albuminúria, metrorragias, hemoptises e mesmo hemorragias dos centros nervosos.

Quando a púrpura é limitada á pele, é chamada *simplex*; quando se acentua a tendencia hemorrágica, classificamos a doença de *púrpura hemorrágica*. Todavia não podemos estabelecer um limite nítido entre púrpura simplex e púrpura hemorrágica, porque uma púrpura que no seu início aparenta a primeira das formas, pode transformar-se na outra num dado momento.

Certas formas de púrpura são acompanhadas de edemas mais ou menos extensos, de dores e derrames articulares e de dores musculares.

Típos clínicos

PÚRPURAS SECUNDÁRIAS

QUALQUER que seja a sua etiologia as púrpuras secundárias podem aparecer sob a forma exantemática ou sob a forma hemorrágica. Em geral tanto uma como outra forma não são de mau prognóstico. Isto não quer dizer que não haja casos, e não muito raros, em que estas formas se tornam graves já porque aparecem em cachexias já por-

que aparecem em infecções intensas. Outras vezes aparecendo no início duma doença infecciosa, podem indicar que essa doença vai revestir uma forma hemorrágica.

Haja em vista o que acontece por exemplo com a varíola na qual existem duas formas hemorrágicas — *precoce* e *tardia*. — Na primeira destas formas além dos sintômas próprios á varíola — e nêste caso muito mais alarmantes que em qualquer caso vulgar — o doente apresenta antes do início da erupção, hemorrágias nasais e gengivais, escarrôs sangüinolentos, hematúrias, pele coberta de flictenas cheias de serosidade enegrecida, etc. A morte pode dar-se em pleno período hemorrágico, mesmo antes do comêço da erupção.

A forma *tardia* não é tão grave

dando-se as hemorragias em pleno período eruptivo.

Nas meningites agudas a púrpura aparece umas vezes com a forma exantemática, outras vezes com a forma hemorrágica.

PÚRPURAS PRIMITIVAS

I — Púrpura reumatoide ou púrpura exantemática reumatisal. — A maior parte das vezes esta forma acompanha-se de pseudo-reumatismo. A sua aparição no reumatismo articular agudo é rara. É mais freqüente nas creanças do que nos adultos. É pela primavera que costuma fazer a sua aparição. Ordinariamente acompanha-se de alguns sinais prodrômicos tais como febre, cefalalgias, etc.

A *púrpura exantemática reumatis-mal* é caracterisada por três ordens de sintomas: — erupção, dôres articulares e perturbações gastro-intestinais.

A erupção é principalmente petequial. Pode espalhar-se por todas as regiões do corpo, mas parece ter uma notavel predilecção em primeiro lugar pelos membros inferiores, e em segundo lugar pelos membros superiores. As grandes equimoses aparecem muito raramente.

As dôres articulares são mais frequentes nas articulações tibio-társicas e nas dos joelhos. Algumas vezes podem acompanhar-se dum ligeiro derrame sinobial. Os membros superiores também podem ser atingidos.

As perturbações gastro-intestinais, constantes e quasi sempre moderadas, podem revestir em certos casos uma grande intensidade que pode ir até ao

ponto de nos fazer pensar na peritonite aguda, na cólica saturnina, na cólica hepática e na apendicite.

II — **Púrpura infecciosa.** —

Nesta forma temos a descrever duas variedades: *Púrpuras hemorrágicas com fenómenos infecciosos e púrpura fulminante.*

A primeira variedade é acompanhada de fenómenos infecciosos intensos — cefalalgias, raquialgias, febre elevada, prostração, um estado tifoide muito pronunciado, delírios, urinas albuminosas, fígado e baço aumentados de volume e casos há em que notamos a aparição de icterícia.

As hemorragias mucosas são muito abundantes sendo geralmente constituídas por epistaxis, enterorragias e hematúrias. As hematemeses, hemoptises

e as hemorragias cerebrais e meníngeas são mais raras.

A erupção cutânea é ao mesmo tempo equimótica e petequial. Contudo as equimoses predominam sobre as petéquias. Muitas vezes uma injeção de sôro basta para provocar uma grande equimose. A distribuição das manchas pelas diferentes regiões do corpo é muito irregular. Os membros inferiores são atingidos com muita frequência.

As placas equimóticas podem recobrir-se de escaras e complicarem-se de gangrena.

III — **Púrpura fulminante.** —

Este tipo de púrpura é muito frequente nas crianças abaixo de cinco anos de idade. A sua aparição é brusca; a evolução é grave e rápida.

Ao contrário do que acontece com a

forma anterior aqui não ha hemorragias mucosas. O corpo do doente cobre-se de grandes equimoses que podem chegar a atingir a totalidade dum membro. O estado geral é grave; a febre é elevada; a morte sobrevem desde o segundo ao quinto dia.

IV — **Púrpura hemorrágica.**

— A púrpura hemorrágica é também chamada doença maculosa de Werlhof. Atinge os indivíduos novos e adultos; contudo parece que com maior frequência os primeiros e especialmente os do sexo feminino.

A erupção começando pelos membros inferiores estende-se rapidamente ao tronco e membros superiores. As mucosas bucal e ocular podem também ser atingidas. As máculas são indolores e não desaparecem pela pressão com o dedo.

Epistaxis, hemoptises e hematúrias podem fazer a sua aparição e dar lugar a uma anemia intensa.

Ha casos, embora raros, em que o doente pode succumbir a epistaxis abundantes ou a uma hemorragia cerebral.

Ordinariamente a púrpura hemorrágica é acompanhada duma ligeira reacção febril.

Geralmente nos casos favoraveis, esta forma de púrpura pode curar ao cabo de doze a quinze dias.

Encontra-se também aqui uma forma fulminante observada com maior frequência nas crianças, caracterisada principalmente, por hemorragias cutâneas e que pode produzir a morte sem que se chegue a observar qualquer hemorragia das mucosas.

V — Doença de Werlhof com forma crónica. — Esta forma aparece na primeira infância; geralmente não se acompanha de elevação de temperatura. As manchas tomam o aspecto de grandes equimoses que desaparecem e recidivam facilmente.

Podem aparecer hemorragias que se produzem duma maneira lenta.

Exame do sangue na púrpura

E principalmente na forma hemorrágica que o exame do sangue parece mais interessante.

Hayem notou a diminuição do número de hematoblastes e a irretractibilidade do coágulo. Bensaude confirma a opinião de Hayem e torna-a exclusiva á púrpura hemorrágica. Vem finalmente Lenoble que á irretractibilidade do coá-

gulo e á diminuição dos hematoblastes, acrescenta a presença de myelocitos, eosinofilia e a aparição de glóbulos vermelhos com núcleo. O mesmo Lenoble fundando-se na maior ou menor intensidade destes sinais, fazia uma classificação de púrpuras hemorrágicas.

Lion e Leblay citam dois casos de púrpura hemorrágica em dois indivíduos tuberculosos nos quais o exame hematológico deu o seguinte resultado: Diminuição do número de hematoblastes e irretractibilidade do coágulo. Num deles notou-se demora na coagulação; no outro verificou-se a presença de algumas hematias nucleadas. Grenet combate a irretractibilidade do coágulo e pronuncia-se em favor da diminuição do número de hematoblastes, dizendo mesmo que é um facto bem averiguado em certos casos de púrpura hemorrágica.

Diagnóstico

A ERUPÇÃO purpurea geralmente não é difícil de diagnosticar; mas a sua causa — e é para aqui que os nossos esforços devem ser dirigidos — nem sempre se revela com facilidade.

Embora classifiquemos algumas púrpuras de *primitivas*, nós sabemos que a palavra não é empregada no seu verdadeiro significado e que a púrpura é sempre sintomática duma infecção ou intoxicação. Um bom número de vezes ela

anda ligada a lesões do fígado e rins, de maneira que nestes casos é da máxima conveniencia ir interrogar estes aparelhos.

Longe de serem só as doenças destes órgãos que podem dar lugar à erupção, as lesões de muitos outros bem como uma infinidade de doenças podem-se fazer acompanhar de púrpura.

É conveniente não esquecermos que ela pode aparecer no princípio da varíola e que dando a esta o nome de varíola hemorrágica a torna de uma gravidade extrema. Outros casos têm aparecido, e não muito raros, em que a púrpura hemorrágica é o primeiro sintoma da meningite cerebro-espinal.

A confusão entre as formas crónicas de púrpura e a hemofilia, pode levar a erros de diagnóstico.

A hemofilia é uma doença hereditá-

ria, atingindo mais os rapazes que as raparigas.

O exame hematológico não revela lesões globulares e manifesta um retardamento notável na coagulação.

A demora da coagulação do sangue foi também encontrada por Leon e Leblay num caso de púrpura hemorrágica num indivíduo tuberculoso.

Prognóstico

DE ordinário consideramos separadamente o prognóstico das púrpuras primitivas e o prognóstico das púrpuras secundárias.

Nas formas primitivas parece estar em relação com a maior ou menor intensidade da sintomatologia da afecção.

Em quanto que a doença maculosa de Werlhof, a purpura reumatoide e a doença de Werlhof com forma crónica são a maior parte das vezes dum pro-

gnóstico benigno, as púrpuras com fenómenos infecciosos são já mais perigosas.

A maior ou menor gravidade das púrpuras secundárias, depende do seu agente causal e da época da sua aparição.

O prognóstico da púrpura nas doenças crónicas, e muito especialmente na tuberculose, está dependente de dois factores: um, a idade da doença que lhe deu origem; outro, a forma que a púrpura reveste. Se a erupção não reveste a forma hemorrágica e se sobrevem num período pouco avançado da doença, o prognóstico é benigno; mas se os dois factores se invertem, o prognóstico muda também de aspecto.

Nas afecções nervosas crónicas a gravidade é menor que nas afecções agudas. Quando por exemplo a meningite aguda se complica de púrpura, a morte é quasi certa.

Nas doenças infecciosas agudas, embora ela se apresente com o tipo exantemático, deve sempre fazer pensar em formas hemorrágicas da doença que quasi sempre são bastante graves.

Tratamento

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS GERAIS

O DOENTE será colocado no seu leito, em repouso absoluto.

Nos primeiros dias, alimentação lactea com o fim de prevenir as hemorragias renaes; nos dias seguintes podemos juntar-lhe as farinhas. Os azotados só serão permitidos quando a púrpura tenha desaparecido.

. Bebidas alcooolisadas ; bebidas aciduladas — limonada sulfúrica, tártrica ou cítrica. Nós sabemos que as hemorragias podem ser devidas ou á facil ruptura dos vasos ou á diminuição da coagulabilidade do sangue. A primeira indicação não pode ser preenchida imediatamente ; a segunda é satisfeita pelo emprego das substâncias capazes de aumentar o poder coagulante do sangue. Podemos empregar as seguintes : o cloreto de cálcio, introduzido na terapêutica da púrpura por Wright, na dose de 1 a 4 gramas em poção ; a adrenalina em solução millesimal — X gotas por dia ; sôro gelatinado em injeções de 25 a 50 gramas de três em três ou de oito em oito dias conforme a dose empregada ; sôro de cavalo em injeções de 20 a 40 centímetros cúbicos ; cloridrato de emetina em injeções hipodérmicas ; hipofisina

em injeções; extracto de ratânia em glicerina.

Gaucher aplica o extracto de ratânia da forma seguinte:

Extracto de ratânia.....	10gr.
Glicerina	90gr.

4 a 8 colheres de café por dia.

Gilbert indica o emprego do extracto de fígado em razão da frequência das alterações hepáticas.

Quando a anemia é muito pronunciada podemos empregar as injeções de sôro artificial.

Nêstes casos é necessário operar com muita prudência, porque nós podemos provocar novas hemorragias em virtude da elevação da tensão sanguínea.

Nobecourt e Tixier tentaram o em-

prego da peptona de Witte ministrada na seguinte solução:

Peptona de Witte.. .. .	5gr.
Cloreto de sódio.....	50cg.
Água destilada.....	100gr.

Esta solução que é turba a frio, clarifica-se pela ebulição. É filtrada a quente e esterilizada a 120.º Pode ser administrada por via hipodérmica ou por via rectal, sendo a primeira a mais utilizada. Podemos fazer injeções de 3 a 7 centímetros cúbicos de dois em dois ou de 3 em 3 dias.

Os resultados não estão ainda bem determinados.

As epistaxis podem ser tratadas pelo tamponamento nasal, etc.

As melenas pelos clisteres de cloreto de cálcio.

Na convalescença faremos o tratamento geral das anemias.

No tratamento é preciso não desprezar a doença causal quando ela seja conhecida.

2.ª PARTE



Observação

Observação

E. J. R., 34 anos de idade, casado, serralheiro.

Entrou para o hospital no dia 1 de Maio de 1918.

Foi transportado para a 2.^a Clínica Médica no dia 3 de Maio de 1918.

ESTADO ACTUAL

O doente apresenta uma anemia muito notável da pele e das mucosas;

ligeiro edema palpebral, zumbidos de ouvidos, tem suores nocturnos muito frequentes e de duração e intensidade bastante variáveis, quando se levanta sente vertigens, conserva o apetite; os sons difíceis; nos primeiros dias de permanência no hospital não fez temperaturas; apresenta cicatrizes de antigas úlceras ao nível da perna esquerda; tem gânglios inguinaes; é atacado de impotência sexual — desde dezembro até esta data teve três vezes relações sexuaes.

Manchas vermelhas e violáceas espalhadas por todo o corpo cuja topografia passamos a expor.

REGIÕES ATINGIDAS

Cabeça — Encontramos manchas ao nível das pálpebras, na conjuntiva esquerda (uma), na parte interna dos

lábios, na mucosa bucal dum e doutro lado do freio da lingua, e espalhadas por toda a face, mas mais para a direita que para a esquerda.

Torax — Manchas espalhadas por toda esta região; o hemitorax esquerdo é menos atingido que o direito e dêste o terço superior é mais atingido que os dois terços inferiores.

Abdomen — Nesta região as maculas são em grande numero.

Membros superiores — Os braços são pouco atingidos, mas no direito observa-se maior número de máculas. Nos antebraços a erupção é muito intensa, mas mais no direito. Na extremidade inferior da face anterior do antebraço esquerdo observa-se uma grande equimose.

Membros inferiores — Nesta parte do corpo a erupção é intensa, mas mais do lado direito.

REGIÕES NÃO ATINGIDAS

Palmas das mãos, plantas dos pés e parte posterior do tronco.

EXAME DOS DIFERENTES

APARELHOS

Aparelho digestivo — Língua húmida e coberta d'um ligeiro saburro escuro; listrado azul dos dentes superiores; ausência do primeiro premolar e canino esquerdos inferiores. Estômago e fígado de dimensões normaes. Uma defecação em cada 24 horas com fezes moldadas.

Aparelho cardio-vascular —

Ruidos cardíacos levemente reforçados sendo o 2.º pulmonar um pouco mais intenso — foco de auscultação sobre a caverna. — Pulso freqüente — 108 pulsações por minuto. T. M. = 15 tm = 9.

Aparelho respiratório —

Tosse freqüente; dôres no torax; voz um pouco velada; expectoração purulenta e hemoptóica desde o aparecimento das manchas. O exame laboratorial dos escarros revelou a presença de numerosos bacilos de Koch. Apresenta quarenta movimentos respiratórios por minuto.

O exame dêste aparelho revelou-nos a existência duma caverna ao nível do vértice do pulmão esquerdo, bem como mais os seguintes sinais: no vértice do

pulmão direito — diminuição da sonoridade torácica, respiração diminuída, vibrações bucaes aumentadas, broncofonia, sarridos sibilantes e de pequenas bôlhas; no vértice do pulmão esquerdo — diminuição da sonoridade, respiração soprada, broncofonia, vibrações bucaes aumentadas, expiração prolongada, sarridos de pequenas e médias bolhas; na base do pulmão esquerdo — sonoridade diminuída e respiração diminuída.

Aparelho nervoso — O doente é muito emotivo, chorando com facilidade.

*

*

*

A R. Wassermann feita no sêro do sangue do doente foi negativa.

A análise do sangue deu o seguinte resultado.

— Hemoglobina.....	40 %
— Glóbulos brancos por mm ³	15:000
— Glóbulos rubros por «	1:500:000
— Polinucleares neutrófilos.	78,2 %
— Mononucleares grandes..	1,65
— Mononucleares médios...	2,3
— Linfocitos.....	15,5
— Formas de transição.....	1,3
— Basófilos.....	0,8
— Myelocitos neutrófilos....	0,25

Poikilocitose acentuada e glóbulos rubros nucleados (6 em 920 leucocitos).

Vemos que a hemoglobina está diminuída, os glóbulos brancos aumentados, os glóbulos rubros muito diminuídos e que aparecem elementos anormais — myelocitos neutrófilos.

Da análise da urina colhemos o seguinte :

- Diurese normal
 - Côr amarela
 - Aspecto turvo
 - Depósito pequeno
 - Cheiro urinoso
 - Reacção ácida
 - Densidade 1,0179
- Tenuíssimos vestígios de albumina.

- Total das matérias
dissolvidas 29,000 por litro
 - Acidez total (expressa
em Ph^2O^5) 0,975 » »
 - Ureia 12,600 » »
 - Ácido úrico 0,672 » »
 - Ácido fosfórico (em
 Ph^2O^5) 1,357 » »
 - Cloreto de sódio 10,530 » »
 - Urobilina 0,100 » »
- Indicanúria abundante.

RELAÇÕES UROLÓGICAS

— Úrica.....	5,3
— Ureica.....	49,4
— Desmineralização	13,8
— Fosfo-ureica	10,7

O exame microscópico revelou a presença de piócitos, de células das vias genito-urinárias e cristais de fosfato amoníaco-magnésiano.

Ha portanto a considerar: eliminação de fosfatos, diminuição do total das materias dissolvidas, diminuição da secreção ureica, aumento na eliminação dos cloretos, ligeiro aumento da secreção de ácido úrico, ligeira diminuição de ácido fosfórico, indicação abundante, e, as relações úrica e fosfo-úrica aumentadas e as restantes diminuidas.

HISTÓRIA DA DOENÇA

Foi pelo dia 26 de Abril que a doença actual fez a sua aparição.

A erupção iniciou-se primitivamente na perna esquerda e passados dois dias generalizou-se ao resto do corpo. A expectoração tornou-se francamente hemoptóica; teve hematúrias e o estado de fraqueza acentuou-se mais. No dia 1 de Maio recolheu ao hospital.

ANTECEDENTES PESSOAES

Conta que teve um ataque em pequeno, mas não sabe pormonores. Teve sarampo aos 5 anos. Foi sempre muito fraco adoeecendo frequêntes vezes com bronquites. Aos 14 anos uma blenorragia que durou um mês; dois cancos venéreos aos 18. Nesta ocasião apparece-

ram-lhe dores bastante violentas nas articulações dos dedos das mãos, dores estas que duraram uns oito dias e que o obrigaram a recolher á cama.

Casou da idade de 20 anos; passados quatro anos, como se sentisse muito fraco, resolveu tratar-se no Dispensário Antituberculoso onde lhe deram pílulas, hóstias e injeções. Andou um ano em tratamento e apesar de experimentar algumas melhoras êle continuou a sentir-se fraco.

Há coisa dum ano a fraqueza aumentou, trabalhava pouco e com dificuldade; a tosse era grande, mas mais intensa à noite; faltava-lhe o ar; expectoração amarela e às vezes ligeiramente raiada de sangue; azia e dores gástricas; depois das refeições, vômitos provocados pela tosse; o apetite conservou-se sempre.

A mulher do doente teve 6 filhos; três morreram com ataques quando novos; os três restantes são todos doentes.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS

Pai, falecido ha 7 anos de tuberculose pulmonar; morreu da idade de 55 anos.

Mãe, falecida há 7 anos de tuberculose pulmonar; tinha 45 anos quando morreu. Teve 7 filhos: o primeiro, uma rapariga que morreu ainda em pequena; o segundo é o proprio doente; o terceiro tem a profissão de serralheiro e parece saudavel; o quarto, uma rapariga que morreu aos 21 anos com uma tuberculose pulmonar; o quinto tem 23 anos, é serralheiro e gosa de pouca saude; os dois restantes morreram aos dois anos.

Teve mais quatro abortos.

DIAGNÓSTICO

Este doente é um tuberculoso. Provam-no os seus sintomas objectivos e subjectivos; prova-o o exame laboratorial do escarro que revelou a existencia de numerosos bacilos de Koch, e para mais assegurar o nosso diagnóstico nem faltam quer os antecedentes do próprio doente quer os familiares.

É uma familia para quem tem havido uma só causa de morte — a tuberculose.

Ha neste doente um sintoma que não é muito freqüente nos individuos bacillares — a presença de appetite.

Por outro lado as hemorragias cutâneas bem como as hemoptises e hematurias revelam-nos a existencia duma púrpura hemorrágica. Trata-se portanto dum caso de púrpura hemorrágica num

indivíduo portador duma tuberculose pulmonar.

TRATAMENTO

O doente, desde que deu entrada na Clínica Médica, esteve com o seguinte tratamento:

4-V a 15-V — Limonada cítrica. Ácido cítrico — 1 gr. Água fervida — 500 gr. Assucar areado — 15 gr.

4-V a 15-V — Solutio normal de adrenalina na dose de X gotas por dia.

4-V a 15-V — Injecções de sôro gelatinado — 25 gr. de três em três dias.

4-V a 15-V — Porção de cloreto de cálcio. Cloreto de cálcio — 6 gr. Água distilada — 50 gr. Xarope sim-

ples — 50 gr. 3 colheres
de sopa por dia.

8-V a 31-V — Pílulas de dionina. Dionina — 5 milig. Balsamo de Tolú — 20 centigr. 3 por dia.

16-V a 30-V — Protoxalato de ferro na dose de 10 centigramas por hóstia. — 2 hóstias por dia.

1-VI a 3-VI — Criogenina em hóstias de 25 centigramas — 2 por dia.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA

No dia 9 de Maio desapareceu a expectoração hemoptoica. A temperatura conservou-se normal até ao dia 15 de Maio, elevando-se desde esse dia em diante. A erupção purpúrea foi-se ate-

nuando e o doente safu melhorado. Toda a outra sintomatologia apresentada pelo doente, manteve-se.

*
* *

Na tuberculose, segundo Rendu, a púrpura appareceria com bastante frequência sobre o dorso das mãos. O seu apparecimento precoce bem como a sua localisação nessa região, seriam factos que nos deviam fazer suspeitar da bacilose.

Bensaude e Rivet dizem que a púrpura hemorrágica nos tuberculosos pode apresentar um character crónico.

Na granulia, a púrpura que uma grande parte das vezes se apresenta com um aspecto hemorrágico, pode tambem revestir o tifo exantemático.

A patogenia da púrpura na tuberculose é um pouco complexa. O bacilo de Koch actuando pelas suas toxinas, a reactivação das lesões bacilares e a diátese hemorrágica creada pelas diferentes lesões do figado e do sistema nervoso são outras tantas causas que influem na aparição da púrpura nos tuberculosos.

A púrpura pode ser registada nos diferentes períodos da tuberculose. Póde ser observada na tuberculose latente; rara na granulia, ela é bastante frequente na tuberculose pulmonar crónica e mesmo em certos casos de tuberculose extra-pulmonar.

A origem tuberculosa da púrpura parecece não oferecer dúvidas. G. Monnot na sua tese cita 16 casos de púrpura em indivíduos que não têm nos seus antecedentes senão a infecção bacilar.

No nosso doente a etiologia bacilar é bem nítida.

O mesmo G. Monnot aponta um outro caso dum doente sem tara bacilar e que se torna tuberculoso depois de contrair a púrpura.

Bensaude e Rivet, já citados, têm encontrado bacilos de Koch ao nível das manchas de púrpura.

Mosny e Harvier reproduzem a erupção purpúrea por meio de injeções de tuberculina.

S. Canata, autopsiando um tuberculoso atingido de púrpura hemorrágica, encontrou lesões tuberculosas espalhadas por quasi todos os órgãos. Dentre êles eram as cápsulas suprarenais os atingidos com maior intensidade.

As lesões tuberculosas alterando a função secretória da glândula, modificariam o tonus vascular que favoreceria a

saida aos elementos sangüíneos para fóra dos capilares.

Por outro lado faltando a acção anti-tóxica da adrenalina, as toxinas tuberculosas não seriam neutralizadas e iriam exercer uma acção nociva sobre os vasos alterando-lhe a sua extrutura

O mesmo auctor explica pelo mesmo mecanismo o aparecimento de púrpura na febre tifoide, difteria, cólera, etc. Chega mesmo a dizer que para que haja púrpura é necessário e suficiente que as cápsulas suprarenaes sejam gravemente lesadas pela infecção ou intoxicação

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Tiago de Almeida.

Maximiano Lemos.

Bibliografia

PROF. THIAGO D'ALMEIDA — *Lições Clínicas* (1917-1918).

E. HENRIQUEZ — *Traité de Médecine*

G. HAYEM — *Maladies du sang.*

G. OSLER — *Patologia interna* (Trad. hespanhola de F. Biaggi).

G. MONNOT — *Purpure dans la tuberculose.*

S. CANNATA — *La pathogénie du purpure-hémorragique.*

G. DIEULAFOY — *Pathologie interne.*