

14

Alberto d'Oliveira Maia

TUBERCULOSE PERITONEAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Porto



Composto e impresso na Typ. da
Papellaria MONTEIRO
166, Rua do Mousinho da Silveira,
168 — PORTO

14714 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE SOUZA JUNIOR

LENTE SECRETARIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratcos

- 1.^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral . Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira—Physiologia Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira—Historia natural dos medica-
mentos e materia medica José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 4.^a Cadeira—Pathologia externa e thera-
peutica externa Carlos Alberto de Lima.
- 5.^a Cadeira—Medicina operatoria Antonio Joaquim de Souza Junior.
- 6.^a Cadeira—Partos, doenças das mulhe-
res de parto e dos recém-nascidos . Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira—Pathologia interna e thera-
peutica interna José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira—Clinica medica Thiago Augusto d'Almeida.
- 9.^a Cadeira—Clinica cirurgica Roberto B. do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira—Anatomia pathologica Augusto H. d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira—Medicina legal Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia
e historia medica Alberto Pereira Pinto d'Aguar.
- 13.^a Cadeira—Hygiene João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira—Histologia e physiologia
geral Vaga.
- 15.^a Cadeira—Anatomia topographica Joaquim Alberto Pires de Lima.

Lentes jubilados

- Secção medica } José d'Andrade Gramaxo.
 } Antonio d'Azevedo Maia.
- Secção cirurgica } Pedro Augusto Dias.
 } 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 Alvaro Teixeira Bastos.

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

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

A' saudosa memoria de meu Pae

A minha Mãe

*Acceitae, com este trabalho, o
tributo da minha gratidão.*

A meus Irmãos

Clementina

Manoel

Lucia

Um abraço do vosso Alberto.

A' memoria de meu Primo

Manoel Alves d' Azevedo Maia

e de meu Tio

Dr. Manoel Francisco Ramos

A meus Primos

D. Laurinda Izabel Bastos Corrêa

e

João Lopes Corrêa

*Jamais esquecerei o muito que
vos devo.*

A meus Tios

A meus Primos

Aos meus Amigos

Dr. Gabriel Cardoso Fanzeres
Dr. Manoel Dias Leite Machado
Dr. Manoel Lourenço Gomes
Dr. Curcino Dias
Dr. Cunha Reis
Dr. Manoel Fernandes da Silva
Primo Monteiro Madeira
Domingos da Costa Ramos
Joaquim de Freitas Salgado

Um grande abraço.

Aos meus Amigos

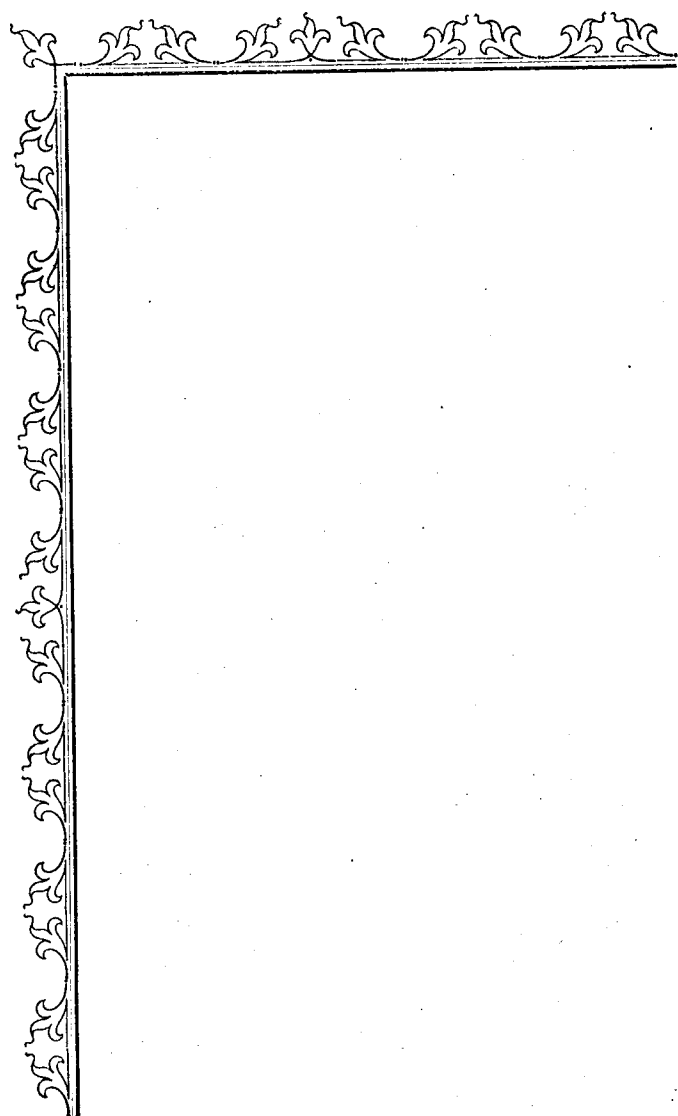
Aos meus Condiscipulos

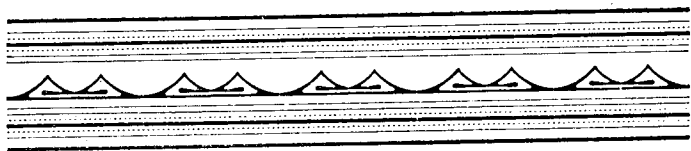
Aos meus Contemporaneos

Ao meu Presidente de These

Prof. ANTONIO PLACIDO DA COSTA

Testemunho de subido respeito.





DUAS PALAVRAS

A obrigação de apresentar um trabalho, imposta por uma inexorável lei, que nem mesmo agora depois de tão salutares e benéficas modificações, depois de iniciado um novo período de vida nacional, deixou a sua aspera exigência, alliviando-nos d'esta carga, que essencialmente nos esmaga a bolsa, trouxe-me momentos de grande perplexidade, de dolorosa hesitação por ter de seleccionar um qualquer assumpto que melhor me proporcionasse ensejo de bem satisfazer os rigores da dita lei, e mais ainda os desejos da minha vontade em bem cumprir esta exigência que me não foi perdoada.

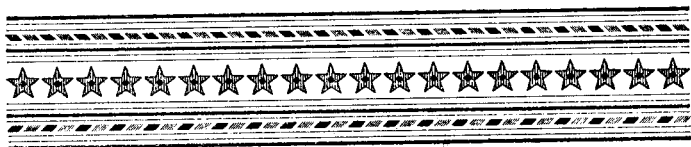
A quem deixa os bancos da escola, ancioso por liberdade e bons proveitos, com a bagagem scientifica em desalinho, immerso em theorias e alheio ás surpresas da pratica, não é facil lançar mão de um certo numero de casos de interesse que nos tragam os dados precisos para a confecção de um trabalho

d'esta natureza, que deveria sempre ser mais de vistas praticas do que theoricas.

E' pois um embaraço e é mais um caminho escabroso aberto deante de nós, pelo qual somos forçados a seguir até attingirmos esta ultima étape da nossa vida academica, para colhermos sãos e salvos o diploma que nos dá a garantia do futuro.

E' bem ardua tal tarefa e bem cruel tal exigencia.

Tive portanto de abraçar um assumpto, e, assim resolvi dar-me ao estudo d'este tão importante capitulo de pathologia peritoneal que hoje é digno do nosso estudo e cujo conhecimento é indispensavel a todos aquelles que queiram bem conhecer uma das affecções que mais abundam e que tão interessante é sob todos os pontos de vista.



TUBERCULOSE DO PERITONEO

Até aos primeiros annos do seculo XIX as lesões tuberculosas da serosa peritoneal, bem como as de outras especies microbianas, não tinham sido estudadas, nem caracterisadas, nem isoladas sequer do chaos das gastrites e das enterites. Só n'esta epocha é que alguma luz insidiu sobre as trevas em que jazia este estudo.

Foi então que os memoraveis trabalhos de Bichat, sobre as membranas serosas estabeleceram a existencia da peritonite chronica, e John Baron tentou mostrar o papel dos tuberculos na inflammção chronica do peritoneo; assim se começou a conhecer o assumpto, de tamanha importancia, suscitando-se muitos trabalhos de grande valor e alcance para o aclaramento d'este estudo que começava a esboçar-se.

Chomel e Grisolle fizeram descrições clinicas e assim se iniciou um novo periodo, periodo chame-mos-lhe anatomo-clinico, que continuou com os trabalhos de Lanceraux, de Tapret, de P. Brouardel, Delpech, e outros, que elucidaram as relações da peritonite tuberculosa com o alcoolismo, com as cirrroses hepaticas, as pleuriasias, as phlegmasias ge-

nitaes da mulher, separando da tuberculose peritoneal certas peritonites chronicas devidas ao alcoolismo, á syphilis, ao brytismo.

Vem em seguida a bacteriologia, a pathologia experimental e a cirurgia abdominal e abre-se uma nova era onde cahe uma verdadeira irradiação de luz. Desvenda-se então mais o assumpto, penetra-se melhor, com mais sagacidade e inicia-se o apuro de conhecimentos sobre a invasão da serosa pelo bacillo de Kock, a pathogenia e a histogenese das lesões anatomicas, e o interesse scientifico estimula altamente o interesse pratico. Os trabalhos laboratoriaes com os seus novos methodos, fazem com que o criterio bacteriologico, bem posto em evidencia, adquira um valor mais decisivo que os dados da anatomia e da histologia pathologica, e que os novos processos therapeuticos se iniciem. E, assim, com as perfeições dos trabalhos de laboratorio, com as provas experimentaes irrefutaveis de inoculações perfectas, se põe em materia de tuberculose peritoneal toda a verdade que lhe era precisa e toda a luz, que lhe era indispensavel.

*

*

*

Depois d'este rapido debuxo historico, sómente abordado para que o espaço seja dado a outras partes mais importantes d'este trabalho, antes de entrar no estudo verdadeiramente clinico, vou dizer algumas palavras sobre os differentes modos de invasão, quaes as vias pelas quaes o agente perturbador consegue fazer a sua invasão, com maior ou menor facilidade, e quaes as condições etiologicas que mais ou menos favorecem a sua germinação sobre o terreno peritoneal, e quaes as causas geraes ou locaes que põem na serosa uma diminuição de resistencia

tornando-a apta á disseminação dos bacillos, á sua completa invasão. E, a seguir, com um pouco de detalhe, entrarei no estudo das differentes modalidades estabelecidas pela anatomia pathologica, no estudo do diagnostico differencial, no do prognostico, e finalmente no estudo dos differentes processos prophylaticos e therapeuticos hodiernamente estabelecidos para a extirpação do dito agente morbifico.

O problema das vias de invasão do peritoneo pelo bacillo de Kock é um dos mais complexos d'aquelles que se apresentam á sagacidade do anatomopathologista e do clinico. Não é coisa facil pôr immediatamente a solução do problema.

Em face das diversas localisações tuberculosas, os caracteres anatomicos escolhidos não dão um criterio sufficiente para estabelecer as suas relações chronologicas, pois que muitas vezes as lesões mais avançadas sob o ponto de vista anatomo-pathologico, aquellas por exemplo em que a degenerescencia e as transformações caseosas se mostram ao maximo são as mais recentes.

E, quantas vezes o agente morbifico vivendo n'um estado latente no organismo só nos permite a sua descoberta por lesões estabelecidas muito depois da sua entrada no dito organismo? Não é pois coisa facil dar-se com rigor uma solução ao problema; sabidas são as vias de penetração do bacillo, mas o que se não pôde a maior parte das vezes é dizer com segurança qual foi a que lhe deu caminho. Mas, diga-se tambem de passagem, que a importancia d'esta destriça não é de tamanho vulto que se imponha como indispensavel o seu completo e perfeito esclarecimento. Cavidade fechada de todos os lados o peritoneo não pôde ser infectado senão por contiguidade, por ruptura, por via lymphatica ou por via sanguinea. A infecção por via lymphatica e por contiguidade são alliadas, porque, para haver infecção por contiguidade é necessario que os lymphaticos in-

tervenham; ficam pois as duas grandes vias de propagação por onde quasi sempre o agente faz caminho para a sua melhor disseminação — são a via lymphatica e a via sanguinea.

A primeira é talvez a que mais communmente transmite o bacillo de Kock até aos pontos onde se faz a lucta, e onde vencendo a resistencia dos elementos anatomicos acaba por operar as lesões que o revelam. Em ligação completa com todos os órgãos da cavidade abdominal e thoracica, a rêde lymphatica estabelece ampla comunicação entre a serosa peritoneal e todos os órgãos abdominaes, portanto natural é que a apparição de lesões se dê em logares bem distantes das verdadeiras portas de entrada, que nem sempre se podem determinar com verdadeiro rigor. A maior parte das vezes, ellas escapam á vista e as pequenas lesões que se fizeram superficialmente ou internamente desapareceram sem deixar da sua ephemera existencia o mais leve vestigio. Occulto pois fica este primeiro factor no campo etiologico. O que é incontestavel é que a via lymphatica está sempre prompta a prestar o seu concurso na invasão do organismo pelos agentes morbificos, ou seja de resultados favoraveis ou desfavoraveis para o terreno onde se tenta a sementeira.

Via sanguinea: — Ao lado da via lymphatica é esta a que mais serve de vehiculo ao germen da affecção que vimos descrevendo. Algumas vezes a infecção é rapida, (d'emblée), porém outras é morosa, e as suas manifestações são sempre muito posteriores á entrada dos bacillos no organismo, entrada feita despercebidamente, sem manifestações, sem phenomenos reaccionaes que revelem essa porta d'entrada.

Assim temos nós certas tuberculosos pleuro-peritoneaes sub-agudas ou chronicas, diffusas cuja apparição nos surprehende sem que se saiba explicar

a sua inicial origem. A entrada do bacillo no organismo tendo-se feito por uma superficie qualquer cutanea ou mucosa onde as manifestações locais não accusaram a mais insignificante reacção. Identicamente ao anterior caso que acima descrevi; assim se estabelece uma bacillose chronica, latente, dos ganglios, sobretudo dos internos do mediastim, do mesentereo ou das pleiades externas (micropolyadenopathia); em seguida faz-se a diffusão dos bacillos na pequena circulação, por intermedio do canal thoracico ou da grande veia lymphatica, d'onde após a traversia da rede pulmonar, bacillemia possivel, por diffusão discreta do microbio no sangue da circulação geral, e enfim fixação dos bacillos sobre a serosa pleuro-peritoneal. E, assim temos nós a explicação de uma invasão, cuja pathogenia bem acceptavel, explica o caminho seguido pelo agente da infecção até á sua ultima étape onde então surgiram as manifestações morbidas do seu ataque.

Vemos portanto o papel da via sanguinea n'esta invasão morosa, isenta de primeiras reacções que nos revelem a pista do bacillo, mas vejamos agora os outros casos em que a via sanguinea é a via de infecções amplas. Na infecção tuberculosa aguda com forma miliar, por exemplo, a lesão peritoneal diffusa não é senão uma determinação episodica da granulía generalisada, e generalisada pela via sanguinea que serviu de vehiculo.

A peritonite tuberculosa generalisada é uma tuberculose de disseminação por via sanguinea, semelhante a uma outra tuberculose serosa, a meningite tuberculosa que tambem apparece no decorrer de certas adenopathias bacillares latentes, e que tem a sua apparição sem que qualquer foco tuberculoso visinho nos induza na crença da sua propagação directa. Vemos pois n'estas rapidas linhas, de exemplos o sufficiente para conhecermos o seu importante papel na disseminação dos bacillos nos differentes pontos do

organismo. Agora olhemos para o que se passa com os lymphaticos e com outras vias que, com elles estão intimamente ligadas, e as quaes tem importante papel na infecção que vimos descrevendo. Em primeiro logar fallarei do intestino. Admitte-se hodiernamente que as duas capitaes portas de entrada do bacillo de Kock na economia, são o apparelho respiratorio e o digestivo. Affirmou Behring a penetração por ingestão, e perante a sua affirmação nasceram discussões differentes e muito interessantes. A entrada pelo apparelho respiratorio é corrente, ao passo que a entrada directa pelo digestivo é muito mais rara, e até mesmo muitos põem em duvida certas invasões tuberculosas generalisadas que muitos clinicos quizeram dar como partidas do intestino. No entanto certo é que o intestino tem o seu papel importante na etiologia da infecção. E' bem provado isto, e certas peritonites circumscriptas, localisadas em volta de lesões tuberculosas do intestino, dizem-nos o preciso para a nossa convicção; assim se formam certos typos clinicos de tuberculoses entéro-peritoneaes como sejam a typhlitis e a perityphlitis tuberculosas.

Quando se dá a invasão do intestino, a segunda étape bacillar parece fazer-se nos ganglios mesentericos, mas o que tambem parece é que elles não são o ponto de partida da tuberculose peritoneal. Quizeram certos auctores que a via genital fosse tambem a porta de entrada para a infecção tuberculosa, mas provou-se que tal se não dá, e que a infecção é sempre secundaria e nunca primaria.

Resta-nos agora a via pleural. Podemos applicar ás connexões lymphaticas da pleura e do peritoneo o mesmo que dissemos a proposito das communicações lymphaticas entre as serosas e os órgãos que ellas recolhem.

Posto isto que nos dá o conhecimento da forma como se opera a invasão da serosa peritoneal, que nos diz quaes as mais importantes vias de conducção dos bacillos tuberculosos, antes de entrarmos na parte verdadeiramente clinica d'este trabalho, farei um rapido estudo anatomico das reacções organicas provocadas pela infecção bacillar do peritoneo para depois estabelecer as suas distincções, distincções que serão as mesmas que as estabelecidas para a clinica, como adeante teremos ensejo de vêr.

A tuberculose do peritoneo como a das outras serosas evolue da mesma maneira, com as mesmas formas agudas e chronicas, sendo estas mais frequentes.

Portanto vejamos entre as duas formas quaes são as modalidades anatomo-pathologicas para assim estabelecermos as divisões cujo conhecimento tem todo o interesse para a parte verdadeiramente clinica. Na forma aguda temos — a forma miliar granulica, — e a forma pleuro-peritoneal sub-aguda.

A primeira é assim denominada porque a doença não affecta sómente o peritoneo; é uma granulica com predomínio peritoneal, onde as lesões inflammatorias são diminutas, e as lesões tuberculosas exageradas. E' portanto mais uma infecção sceptica do que uma peritonite a bem dizer, e a evolução das lesões é de uma accentuada rapidez.

N'esta forma apparece a ascite em maior ou menor abundancia, e as lesões que são um conjuncto de granulações de côr amarellada, de consistencia dura, sub-endotheliaes, são disseminadas ou pelas differentes visceras ou pelas differentes serosas do or-

ganismo. E' pois uma verdadeira tuberculose granulica das serosas.

A segunda forma é uma variante de tuberculose aguda; aqui as lesões em vez de serem generalizadas são limitadas á cavidade pleuro-peritoneal; dá-se a infecção das duas serosas por via sanguinea talvez, mas mais accentuada n'uma do que n'outra, e assim vae evoluindo a doença com maior ou menor prazo podendo mesmo passar ao estado chronico. São estas as duas formas caracteristicas de tuberculose aguda, vejamos agora quaes as da tuberculose chronica.

A commum origem de todas as formas anatomicas da reacção da serosa á mesma infecção, explica a mistura d'estas formas sobre a mesma serosa, e por outro lado, a passagem de uma á outra em diferentes periodos da doença, mostra que estas variedades anatomicas representam mais do que formas distinctas, os estados successivos de uma mesma evolução pathologica.

Quatro variedades aqui se apresentam; quatro formas distinctas; *ascitica*, *caseosa*, *fibrosa* e a forma *chronica localisada*.

Na primeira predomina a ascite como o seu nome indica, e apparecem granulações, sendo umas superficiaes (sub-endotheliaes) e outras profundas (perivasculares). A segunda que pôde succeder á primeira é uma das mais frequentemente observadas. E' caracterisada pela fusão e liquefacção das massas tuberculosas caseificadas cuja destruição progressiva tem como consequencia ulcerações e perforações dos órgãos subjacentes. E' a forma ulcerosa de alguns auctores; é a mais antigamente conhecida, e o que se dá n'este trabalho de caseificação é interessante porque ao mesmo tempo que progride no centro dos focos o trabalho destruidor e suppurativo, organisa-se á sua periphéria um processo activo de sclerose que vae provocando a formação de adherencias solidas

e por ultimo a formação de uma capsula fibrosa. Estas adherencias ligam o intestino á parede abdominal e aos órgãos contidos na cavidade; o grande epiploon é muito attingido acabando por ficar, depois da sua infiltração e da sua retracção, como uma corda dura. Todos os órgãos soffrem alterações graves e o intestino umas vezes é perforado outras obstruido. Vejamos agora a forma *fibrosa*.

Disse acima que á volta do foco tuberculoso se formava uma camada de tecido conjunctivo que isolava a massa caseosa e que se tornava como uma muralha de defeza d'esse foco. Ora é justamente quando o predominio da tendencia fibrosa sobre a caseosa se accentua que a peritonite adquire uma forma anatomica e clinica novas. Assim, a transformação do tecido conjunctivo em tecido fibroso cicatricial termina pelo isolamento dos tuberculos enkystados, e este enkystamento pára a extensão das lesões destructivas secundarias á fusão caseosa do centro dos tuberculos e oppõe-se ao avanço da infecção. N'este progredir fibroso, digamos assim, se vae operando a cura d'esses focos centros de irradiação da infecção e que occultos na concha fibrosa perdem a sua impetuosa malignidade.

Restam-nos agora as peritonites tuberculosas localisadas. Como o seu nome indica esta forma é a localisação dos tuberculos n'um qualquer ponto da cavidade abdominal. Formam-se assim, pelo ataque localisado, algumas vezes verdadeiros tumores que põem no diagnostico uma grande difficuldade, e que a maior parte das vezes são confundidos com tumores de outras origens e natureza. E' o que se dá por exemplo em certas pelvi-peritonites tuberculosas que encham a pequena bacia arrastando desvios do utero e dos annexos. E' um conjuncto de kystos com um liquido seroso ou purulento e com adherencias em torno do seu envolvero. Outros exemplos temos na *épiploite* chronica com a sua tumme-facção transver-

sal mascarando o estomago e recalcando o colon transverso.

Vimos portanto n'este rapido estudo etiologico e anatomico os aspectos differentes da tuberculose de serosa peritoneal, vimos qual a maneira como os bacillos penetrando no organismo fazem a sua invasão, quaes as vias de propagação, e vimos tambem embora pallidamente qual a defeza do organismo em face das lesões estabelecidas, e entrevimos finalmente a possibilidade da cura pela evolução fibrosa das lesões e a desappareição final dos tuberculos enkystados.

Posto isto passemos agora ao estudo verdadeiramente clinico, onde as distincções são baseadas na anatomia pathologica das lesões e pelo qual veremos como estes dados têm alta importancia n'esta segunda parte que é a parte mais pratica e mais importante para a clinica.

São as mesmas as divisões estabelecidas pela anatomia pathologica e por isso nos estudos dos symptomas temos a seguir a mesma ordem e a vêr em cada variedade os elementos de mais saliencia para a melhor caracterisação da forma que se nos apresente.

*
* *
*

Symptomatologia: — Subsistem as duas formas aguda e chronica e em cada uma d'ellas as mesmas que haviamos estabelecido; assim na primeira temos — a *forma miliar granulica*, e a *forma miliar pleuro-peritoneal*, e na segunda a forma *ascitica*, a *ulcerosa* ou *caseosa* e a *fibrosa*.

I—Forma miliar granulica

O quadro clinico é aqui o da tísica aguda granulica com lesões miliares disseminadas sobre as serosas e nos parenchymas. A invasão do peritoneo revela-se por dôres abdominaes, vomitos e meteorismo; o estado geral é Typhoide, a febre continua e irregular, o emmagrecimento rapido. Em certos casos a granulia predomina sobre todas as serosas, outras accentua-se mais no peritoneo, e então o symptoma peritonitico salienta-se. Apparece então o quadro clinico da tuberculose geral como veremos.

II—Forma miliar pleuro-peritoneal

N'este caso é uma especie de granulia, mas atenuada na sua virulencia e localisada na sua erupção ás serosas pleural e peritoneal. Os symptomas dominantes são as dôres abdominaes, os vomitos biliosos, meteorismo, constipação, febre continua, com exacerbações pulso pequeno; apparece a ascite e em maior ou menor abundancia.

O exame do thorax revela a existencia de um maior ou menor ataque de pleurisia com ou sem derramamento. A invasão da pleura revela-se pela tosse, pontadas, dyspnéa.

Estes symptomas thoracicos pôdem faltar na forma aguda, mas nas sub-agudas raramente deixam de manifestar-se; o seu valor semeologico é precioso, e pôde contribuir a distinguir não sómente a extensão mas ainda a natureza bacillar das lesões peritoneaes.

Ha ainda uma outra forma que muitos auctores têm defenido com sufficiente minucia e das quaes tem dado observações affirmativas da sua razão de ser, é a forma miliar peri-coecal, a typo appendicu-

lar. Esta variedade tem uma marcha um pouco ty-pica; annuncia-se bruscamente, com dôres vivas e localisadas em torno do ponto de Mac-Burney. Apparecem os vomitos, diarrhêa ou ao contrario uma constipação muito accentuada e tenaz. Ha febre e o pulso é rapido.

A evolução d'esta forma pôde fazer-se de dois modos; no fim de vinte e quatro a trinta e seis horas ou se mostra o quadro clinico de uma appendicite com peritonite localisada, ou a affecção evolue com o aspecto de uma peritonite diffusa aguda por perfuração appendicular.

No primeiro caso a duração é de muitas semanas e não deixa de ser frequente a passagem ao estado chronico; na segunda é frequente a morte.

Disse acima que na classificação dos symptomas tinhamos a seguir a ordem da classificação anatomo-pathologica, portanto vejamos agora a symptomatologia morbida das differentes formas de tuberculose passada ao estado chronico. Adoptando pois as mesmas divisões que as feitas no quadro anatomo-pathologico temos na:

Tuberculose chronica:—1.º a forma *ascitica*. Pertence a esta divisão, uma affecção chronica do peritoneo especial á segunda infancia caracterisada pelo desenvolvimento lento de uma ascite que se torna abundante, mas que é indolor, apyretica e espontaneamente curavel. N'esta forma clinica ha dôres vagas, paroxisticas no abdomen, a diarrhêa pôde existir com nauseas e vomitos, e uma ligeira ascensão thermica ás tardes de trinta e oito a trinta e nove graus. A creança é pallida, magra e com ar de fatigado.

O exame physico mostra a existencia de uma ascite livre, simples sem rede venosa sub-cutanea, sem phenomenos inflammatorios circumstantes. No fim de alguns mezes a ascite pôde desaparecer e a saude reaparecer, outras vezes a tuberculose pôde

continuar a sua evolução e revelar-se mais adiante por um dos typos clinicos da forma fibrosa ou caseosa, realisado por lesões especificas. Aqui ainda pôde dar-se a cura, essencialmente havendo a evolução fibrosa.

Forma caseosa:—Os dados da anatomia pathologica são para aqui de uma alta importancia para que bem possamos comprehender o seu quadro clinico com as suas manifestações morbidas e com as suas consequencias que tem uma perfeita harmonia com a forma das suas lesões. N'esta variedade de peritonite ou pôde ser subita na sua appareição ou ser secundaria a uma phase ascitica, ou ainda embora raras vezes, a uma phase fibrosa. No primeiro caso é extremamente insidioso o seu começo; ha um conjuncto de perturbações digestivas varias como sejam; a falta de appetite, as nauseas, as colicas intestinaes, as crises de constipação e de diarrhêa até que um symptoma mais caracteristico faz a sua appareição, o meteorismo abdominal. O ventre parece inchado e esta distensão abdominal contrasta com o emmagrecimento dos membros. Os doentes perdem as forças o fascias modifica-se e o estado geral perturba-se accentuadamente.

Acabado o periodo inicial vem o periodo da sua caracterisação completa. Ao meteorismo succede a ascite e então os phenomenos geraes são mais accentuados; grande emmagrecimento, asthenia, aspecto cadaverico do fascias, pulso fraco e pequeno, febre, suores profusos. Do lado do apparelho digestivo ha por vezes diarrhêa e o appetite desaparece.

A morte pôde vir ou porque uma complicação qualquer appareça, ou porque se dê uma generalisação da infecção bacillar. A cura pôde dar-se mas excepcionalmente e se se dá é porque ha a passagem das lesões ao estado fibroso, ou porque se fez a abertura no intestino, do foco purulento. Resta-nos agora a:

Forma fibrosa: — Como na anterior ella póde apparecer primeiro ou depois da phase ascitica, ou da phase caseosa, ou ainda depois da phase aguda ou sub-aguda da tuberculose da serosa. Se é primitivo o principio é insidioso, ha a alteração do estado geral e perturbações intestinaes. O exame do abdomen revela primeiro, meteorismo e a seguir denota-se um derrame ascitico. Mais adeante este derrame ascitico desaparece e o ventre retrahê-se; fica em cova (en bateau) como dizem os francezes e a massa intestinal retrahê-se e foge para a parede posterior da cavidade. O estado geral no decorrer d'estas transformações não é muito alterado e a apyrexia é normal. Esta doença póde terminar pela morte que é determinada pela generalisação das lesões bacillares, pela degenerescencia caseo-ulcerosa das lesões fibrosas, ou por um ataque de tuberculose peritoneal aguda, ou póde ao contrario acabar pela cura quando uma melhora progressiva seja iniciada com o desaparecimento das alterações intestinaes.

Vejamos por fim as formas localisadas.

Da mesma sorte que as outras infecções peritoneaes a tuberculose póde dar localisações á volta de um orgão ou n'uma determinada região.

Até mesmo quando ella é generalisada póde dar-se o predominio n'um determinado ponto, quasi sempre em torno de visceras. Estes dois casos são relativamente frequentes e têm grande importancia; assim a pelvi-peritonite tuberculosa que se mostra como um tumor pelvico acompanhado de symptomas do lado do aparelho genital, como perturbações urinaes, dôres etc., e que se vê bastantes vezes. Outros exemplos temol-os na périhepatite, e na perityphlite.

Em cada uma d'estas localisações a peritonite tuberculosa póde affectar as duas formas fibrosa ou caseosa com predominio das lesões suppurativas, fungosas, fistulares ou de produções fibrosas seccas, adhesivas.

Acabamos portanto de vêr a estreita ligação do quadro clinico com o quadro anatomo-pathologico e as modalidades symptomaticas da affecção, cujos aspectos tão diversos nos põem tanta difficuldade por vezes no estabelecimento de um diagnostico seguro. Estas difficuldades são muito variaveis segundo a forma anatomo-clinica da affecção, o periodo em que se investiga a doença e finalmente a idade do doente.

Altamente necessario se torna saber quaes as affecções com que temos de entrar para estabelecer o diagnostico, affecções que egualmente pôdem ter um periodo agudo ou chronico. Não posso pois deixar de, n'este rapido estudo, dizer quaes as affecções que mais nos pôdem induzir em erro dando-nos uma symptomatologia com caracteres identicos e com aspectos approximados. São affecções que por vezes têm tambem um periodo agudo e um periodo chronico.

Assim na forma aguda e febril temos: as peritonites agudas por perforação, a appendicite, a peritonite tuberculosa aguda peri-cecal, e a carcinose miliar aguda do peritoneo. Esta affecção offerece por vezes grandes difficuldades de diagnostico. A ausencia de febre na carcinose, a pouca idade na tuberculose são elementos importantes, porque os outros sendo semelhantes não permitem muito a distincção.

A appendicite tem a caracterisal-a mais a dôr brusca com localisação. As peritonites por perforação têm um principio mais brusco e uma evolução morbida mais precipitada, e a dôr é mais viva. A temperatura, essa nada nos deixa conhecer sobre a sua evolução.

Vejamos agora as formas chronicas. N'estas ha a considerar os casos em que surge a ascite e aquelles em que ha meteorismo e perturbações — gastro intestinaes, porque é em volta d'estes symptomas mais salientes que temos de fazer a distincção. Assim com meteorismo abdominal temos uma das manifes-

tações do kysterismo, em que o quadro symptomatico se approxima muito do da tuberculose peritoneal, não só por este como por muitos outros symptomas. Os elementos principaes de diagnostico são tirados do character apyretico, irregular, anormal e desharmonico dos accidentes, da influencia da suggestão sobre as variações symptomaticas, e do estudo dos antecedentes.

A dyspepsia gastro intestinal chronica das creanças dá tambem logar, pelo alongamento do intestino, ao desenvolvimento de um grosso ventre tympanico analogo ao ventre rachitico e devido ás mesmas lesões (dolicho-enteria de Marfan). A enterocolite mucromembranosa pôde dar tambem meteorismo e similar um pouco a affecção que vimos descrevendo, mas o exame das feses revelando as falsas membranas pôde esclarecer o diagnostico.

A cirrhose alcoolica no inicio da sua evolução quando ha crises de diarrhéa pôde tambem dar o meteorismo, o emmagrecimento e um fascias parecido de modo a induzir em erro. N'este caso os estigmas do alcoolismo chronico e notadamente as perturbações gastricas, a constatação de um certo grau de splenomegalia e de um esboço de circulação collateral, os caracteres das urinas raras coradas em escuro avermelhado e urobilinuricas, em uma palavra, o esboço do syndroma de hypertensão portal fornecerão as presunções serias em favor da cirrhose alcoolica.

Passando agora á forma ascitica onde as difficuldades de diagnostico são muito maiores vejamos quaes os dados com que podemos jogar para remover os embarços que por vezes surgem ante as diferentes e multiplas affecções em que a appareção da ascite mascara uma symptomatologia especial e caracteristica da affecção tuberculosa.

Traduzindo a ascite a affecção de alguns órgãos contidos na cavidade abdominal preciso se torna vêr

o mais nitidamente possível qual o seu ponto de partida, o que diga-se desde já não é sempre fácil.

Certos tumores abdominaes por exemplo dão ascite, mas estes tumores serão reconhecidos pelo seu volume ou por uma punção; não é portanto d'elles que mais temos a occupar-nos, mas sim e sobretudo da questão de diagnostico differencial da peritonite ascitica e das cirrheses com ascite. Este é que é o essencial ponto para o estudo que vimos fazendo. Não insistirei sobre o diagnostico das cirrheses paludeanas, e das cirrheses cardiacas, nas quaes a ascite é inconstante, ou tardia, ou só apparece quando o diagnostico da affecção hepatica tem sido feito pelos seus caracteres evolutivos especiaes.

Portanto o estudo que mais interessa para aqui é o das cirrheses alcoolicas e o das cirrheses tuberculosas. O problema seria simples se estas tres affecções, peritonite tuberculosa, cirrrose alcoolica e cirrrose tuberculosa, não tivessem outro ponto commun senão as analogias symptomaticas. Mas na realidade a etiologia mostra-nos que nos adultos attingidos de peritonite tuberculosa o alcoolismo se associa muitas vezes á tuberculose e a anatomia pathologica revela-nos a frequencia de lesões de peritonite tuberculosa nas cirrheses alcoolicas e vice-versa; impossível se torna pois estabelecer portanto clinicamente n'um quadro symptomatico o que pertence a cada um d'estes factores etiologicos, ou fixar o momento em que um d'elles intervêm para dar a sua nota caracteristica. Nos casos typos em que as cirrheses atrophica ou hyperthrophica são isoladas de toda a lesão tuberculosa peritoneal, e onde esta se não acompanha de lesão do figado, a differenciação entre as duas affecções não é difficil, e os seus symptomas especiaes como sejam, a rede venosa abdominal, as perbubações gastricas o ventre indolor, a ascite movel, apyrexia, ubilinuria, facilmente a revelam sem que a nossa confusão seja muito susceptivel de dar-se.

Ora se n'um dado momento esta affecção se complica da affecção tuberculosa então as difficuldades surgirão e não é facil no momento do ataque reconhecer a sua invasão. Pelo evoluir poderemos caracterisal-a pois que a sua symptomatologia morbida é differente; assim a apparição da febre, de dôres abdominaes, as divisões fibrosas na ascite, os vomitos, a diarrhéa, os suores profusos serão dados de certo valimento para nos pôrmos no caminho da sua caracterisação.

O quadro da cirrhose tuberculosa simples é em summa o da cirrhose alcoolica com a differença que o figado é sempre moderadamente hyperthrophiado, pouco doloroso, a ascite mais precoce, a circulação collateral abdominal menos desenvolvida e os symptomas de insufficiencia hepatica são mais precoces e mais accentuados. Mas, os individuos atingidos d'esta affecção tem muitas das vezes lesões tuberculosas pulmonares e febre, e por isso o erro que pôde dar-se e que se dá mais frequentemente consiste em admittir a tuberculose peritoneal, mesmo nos casos, de resto raros, em que ella não coincida com cirrhose tuberculosa. Pelo menos se taes erros são quasi inevitaveis, é preciso ter grande conta nos signaes de insufficiencia hepatica, porque não será indifferente sob o ponto de vista therapeutico conhecer a sua importancia no processo morbido. A hepatite tuberculosa sobrevindo no decorrer de uma tuberculose peritoneal será reconhecida pelos signaes de insufficiencia hepatica no meio do syndroma peritoneal.

Póde a syphilis tambem arrastar além de lesões visceraes sclero-gommosas, uma verdadeira syphilose peritoneal com predominio peri visceral e dar tambem a ascite, mas as lesões de syphilis terciaria ou as manifestações de heredo-syphilis dar-nos-hão o conhecimento devido no campo etiologico.

Vemos portanto a frequencia das duas affecções nos alcoolicos, esclerose e tuberculose do figado e

peritoneo que são em proporções maiores ou menores, n'um complexo morbido que convem conhecer tanto quanto seja possível.

Hodiernamente para muitos, afirmar a natureza tuberculosa de uma ascite com evolução chronica equivale a afirmar a sua natureza tuberculosa. Sempre legitima quando se trate de uma creança ou de um adolescente, tal afirmação é por vezes falsa quando se trate do adulto. A peritonite chronica é certamente rara fóra da tuberculose, mas existe e por isso não se pôde pôr de parte o estudo das peritonites chronicas não tuberculosas.

Restam agora as duas formas caseosa e fibrosa. Na primeira as difficuldades de diagnostico com os kystos do ovario ou com os kystos hydaticos do peritoneo é por vezes grande; estes serão reconhecidos pelos commemorativos (accidentes anteriores de ruptura de um kysto hydatico visceral) com evolução ordinariamente lenta e apyretica e pela reacção de fixação feita com o sôro do doente. No entanto tal diagnostico nem sempre é isento de difficuldades.

O cancro do peritoneo tem a differencial-o a côr do doente amarello palha, a emmaciação extrema, o desenvolvimento consideravel dos ganglios inguinaes, a intensidade das dôres abdominaes e a natureza hemorrhagica da ascite.

Na peritonite fibrosa, a ascite é mais ou menos abundante e as difficuldades de diagnostico podem surgir em face de accidentes de occlusão intestinal ou pelo estabelecimento lento mas progressivo de uma obstrucção intestinal chronica. Posto isto que mostra o quanto é por vezes difficil o diagnostico, e a importancia que tem o seu conhecimento o mais nitido possível para os fins therapeuticos ou cirurgicos passemos ao tratamento propriamente dito da affecção cujo estudo vimos fazendo.

*
* *
*

Tratamento:—Póde este ser medico ou cirurgico consoante as formas clinicas porque se apresenta a affecção. O tratamento cirurgico que teve a sua epocha de destaque está hoje mais abandonado, e poucas são já as formas em que intervem, o bisturi, ao passo que o tratamento medico tem progredido mais e melhor se tem aperfeiçoado com os progressos da hygiene e da dietetica.

O tratamento medico varia tambem segundo as formas clinicas da affecção. Assim na forma aguda que acima mencionei se conjunctamente existe uma granulia a localisação abdominal é rara, mas se a ha póde recorrer-se aos meios therapeuticos conhecidos para acalmar a intensidade das dôres; servir-nos-hemos de compressas quentes ou de gelo; recorreremos ao opio e ao acido lactico por exemplo para diminuir a diarrhéa; se houver vomitos empregaremos qualquer das medicações conhecidas para a sua acalmiação a par de uma dieta hydrica ou lactea.

Passando agora ás formas chronicas temos a distinguir as formas torpidas e apyreticas das formas com accessos agudos febris. Nas primeiras prescrever-se-ha o repouso, a vida ao ar livre, ou o clima maritimo, uma alimentação substancial mas sem os exageros da hyperalimentação. Serão dadas as preparações iodadas e os phosphatos.

Nas formas febris aconselharemos o repouso absoluto, a renovação continua do ar, mas o clima maritimo será proscripto. Os antithermicos serão empregados no entanto o seu uso commum que seja moderado.

E' pois um tratamento altamente hygienico o

que vimos descrevendo assemelhando-se ao da tuberculose pulmonar.

Resta agora o cirurgico: Este pôde consistir n'uma simples punção seguida de injeccão modificadora com naphthol camphorado por exemplo, ou n'uma laparotomia. Esta operação quando seja aconselhada não deve ser muito cheia de minuciosas buscas, e na maioria dos casos não deve mesmo ir além de uma simples abertura da cavidade seguida de uma lavagem com um soluto antiseptico, ou com a solução salina physiologica esterilisada, havendo o maximo cuidado para evitar a ruptura de adherencias que teria por consequencia a abertura de um foco que por acaso podesse existir e o mesmo prejuizo da perda das adherencias que muitas vezes são favoraveis.

A lavagem consecutiva á operação que teve a sua voga está hoje posta de parte porque se provou que ella origina fistulas que se prolongam por assim dizer indefinidamente e cuja cura é difficil.

A intervenção cirurgica não tem gravidade e muitas vezes tem dado resultados bastante favoraveis, principalmente nas formas asciticas e quando as lesões tuberculosas não estão muito disseminadas. Ora em todos os casos as indicações operatorias não deverão levar a pôr de parte o tratamento medico cujas prescripções hygienicas e dieteticas serão o melhor adjuvante da intervenção cirurgica tanto antes como depois da operação.

Proposições

Anatomia:—No espaço de Grinfelt está a menor espessura da parede costo-abdominal.

Physiologia:—Os musculos são os auxiliares do coração.

Anatomia topographica:—O cadaver é o melhor atlas conhecido.

Anathomia pathologica:—A infecção placentar após a dequitação é a melhor porta d'entrada ás infecções.

Partos:—No caso de retracção uterina indomável, prefiro a embyotomia á versão podalica.

Materia medica:—A força do organismo é a balança directriz da medicação.

Pathologia externa:—As endometrites são inimigos da fecundação.

Gynécologia:—Nunca os órgãos genitales femeninos são via d'accessão á infecção tuberculosa.

Pathologia interna:—As pleurisas tuberculosas são independentes das peritonites da mesma natureza.

Pathologia geral:—A' infecção generalizada equivale a uma intoxicação.

Operações:—Rapidez e limpeza valem mais do que uma rigorosa technica.

Hygiene:—Ar e luz são os melhores desinfectantes.

Medicina legal:—A asseveração de virgindade nem sempre deixa tranquilla a consciencia.

Visto

A. Placido da Costa

Póde imprimir-se

Louza Junior

Director.