

ANNIBAL BROU

BREVE ESTUDO COMPARATIVO  
SOBRE A  
EXTIRPAÇÃO E AS INJEÇÕES INTERSTICIAES  
DE  
ETHER IODOFORMADO E NAPHTOL CANFORADO  
NO  
TRATAMENTO DAS ADENITES TUBERCULOSAS  
DO PESCOÇO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO  
IMPRESA PORTUGUEZA  
Rua Formosa, 112  
—  
1894

75/3 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

*Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima*

SECRETARIO O ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.<sup>MO</sup>S E EX.<sup>MO</sup>S SRS.

- |                                                                                              |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral . . . . .                               | João Pereira Dias Lebre.        |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .                                                | Antonio Placido da Costa.       |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .         | Dr. José Carlos Lopes.          |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                  | Antonio J. de Moraes Caldas.    |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .                                        | Pedro Augusto Dias.             |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . . | Dr. Agostinho A. do Souto.      |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                  | Antonio d'Ohveira Monteiro.     |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .                                             | Antonio d'Azevedo Maia.         |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .                                          | Eduardo Pereira Pimenta.        |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .                                      | Augusto H. Almeida Brandão.     |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .   | Manoel Rodrigues Silva Pinto.   |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. . . . .             | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia . . . . .                                                                          | Nuno Freire Dias Salgueiro.     |

### LENTES JUBILADOS

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção medica . . . . .    | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica . . . . . | Visconde de Oliveira.   |

### LENTES SUBSTITUTOS

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { Maximiano A. Lemos.          |
|                            | { Vaga.                        |
| Secção cirurgica . . . . . | { Ricardo d'Almeida Jorge.     |
|                            | { Candido Augusto C. de Pinho. |

### LENTE DEMONSTRADOR

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| Secção cirurgica . . . . . | Roberto B. do Rosario Frias. |
|----------------------------|------------------------------|

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

*(Regulamento da Escola, art.º 155.º)*

*A meus queridos paes*

*A minha esposa*

**A MEUS IRMÃOS**

AOS MEUS PARENTES

---

A MINHA CUNHADA

E

SEU EX.<sup>mo</sup> ESPOSO

Á EX.<sup>MA</sup> SR.<sup>A</sup>

**D. Anna de Jesus Pires Soares**

E

SUA EX.<sup>MA</sup> FAMILIA

---

AO EX.<sup>MO</sup> SR.

*Padre Julio Lecour de Menezes*

E

SUA EX.<sup>MA</sup> FAMILIA



AOS MEUS INTIMOS

*Dr. Julio da Costa Cabral  
Julio da Mouta Sardinha  
José Carlos Lopes Junior  
Ricardo Luiz d'Abreu  
Joaquim d'Almeida Cunha*

E

SUAS EX.<sup>MAS</sup> FAMILIAS

Aos meus amigos

## Aos meus condiscipulos

E EM ESPECIAL A

*Abel Brandão Leite P. Cardoso de Menezes*

*Accacio Umbelino Pereira da Silva*

*Adolpho Pinto M. da Cruz*

*Armando da Cunha Azevedo*

*Antonio Julio Ferreira de Barros*

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

*Eduardo Maia*

*Flavio Norberto de Barros*

*Francisco da Silva Carvalho*

*Henrique Carlos Rodrigues*

*Joaquim Arantes Pereira*

*Joaquim Manoel Cabral*

*João Machado d'Araujo*

*Joaquim José Pinto*

*José Antonio Duarte*

*José Baptista Gonçalves Dias Junior*

*Narcizo da Silva Guimarães*

Á MEMORIA DOS MEUS CONDÍSCÍPULOS

*Manoel Garrido Monteiro*

*Alberto d'Armada*

*José Gonçalves d'Araujo*

Aos meus contemporaneos

AOS EX.<sup>MOS</sup> SRS.

E MEUS MESTRES

*Dr. José Carlos Lopes*

*Dr. Pedro Augusto Dias*

*Dr. Antonio d'Alveida Maia*

AO EX.<sup>MO</sup> SR.

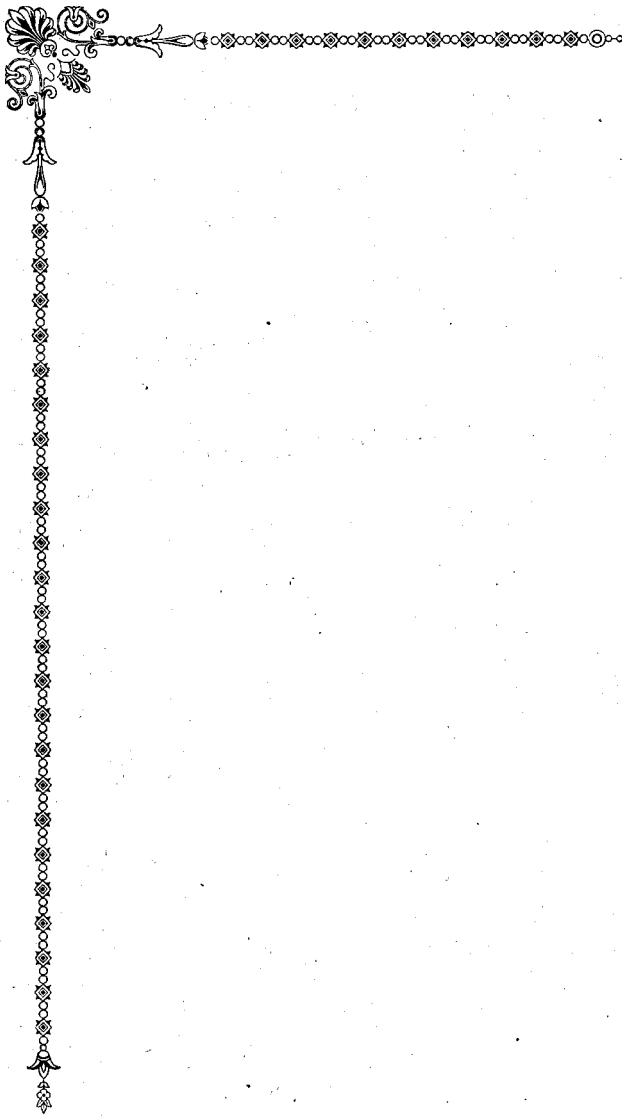
Dr. Manoel Rodrigues da Silva Pinto

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EX.<sup>mo</sup> SR.

*Dr. Eduardo Pereira Pimenta*





Regulamento da Escola Medico Cirurgica do Porto:

.....  
Art.º 154—Servirá de objecto do Acto grande uma Dissertação sobre qualquer materia de Cirurgia, escolhida pelo candidato, e seis proposições medicas ou cirurgicas egualmente da sua escolha.  
.....

*« Quelqu'un pourroit dire de moy  
que j'ai seulement fait icy un amas de  
fleurs estrangieres, n'y ayant fourny  
du mien que le filet à les lier. »*

MONTAIGNE.

# PRIMEIRA PARTE

---

## Methodos sangrentos

### Historia

D'um modo generico pôde dizer-se que a expectação só, ou acompanhada por uma medicação geral, e a intervenção cirurgica, succedendo-se e alternando-se conforme as ideias reinantes e o modo de ver de cada cirurgião, e por ultimo as injeções de liquidos modificadores, constituem toda a historia do tratamento das adenites tuberculosas do pescoço.

Se estudarmos um pouco detidamente, nas suas diversas phases, a historia da cirurgia dos ganglios tuberculosos, o *pessimus colli morbus* de Hippocrates, as escrophulas de todos os tempos, vemos que a cirurgia é chamada a intervir sempre que o tratamento geral não pôde de per si debellar a enfermidade. Assim é que já nas obras de Galeno se podem encontrar as mais lisongeiras referencias á extirpação.

A medicina arabe nada nos diz a este respeito, e é-nos preciso chegar á Renascença, onde, com a revivescencia das ideias gregas, os cirurgiões lhe dão de novo o lugar de honra.

Vesale, Fallopio, Duret e Sanctorius, praticam-na ousadamente e apontam-na como o unico meio de cura. *Strumæ nunquam sanantur nisi evellantur*, dizia este ultimo.

Considerada doença puramente local, a extirpação impunha-se, de resto, a todos os espiritos.

Mais tarde, com o predominio das theorias humoristicas, as ideias tornam-se diametralmente oppostas. A extirpação d'um foco superficial é considerada como causa de repercussão interna, e os cirurgiões tornam-se cada vez mais timidos, limitando-se a combater os symptomas predominantes ou dolorosos por meios therapeuticos apropriados. D'este modo os methodos sangrentos são banidos por completo, e a expectação assume de novo toda a sua preponderancia.

Diversas medicações topicas foram então tentadas, e transplantaram-se para o campo das adenites tuberculosas todos os meios empregados nas adenites chronicas. Os resolutivos e os fundentes, pommadas iodadas e de iodeto de chumbo, tintura de iodo, compressão, vesicatórios, etc., tudo foi ensaiado.

Os maus resultados colhidos, porém, por todos estes meios, isolados ou secundados por uma medicação geral, trouxeram o desanimo

a quasi todos os espiritos que começavam a olhar menos desdenhosa, se não menos reaciosamente, a intervenção cirurgica. E assim, em 1774, Magniez, cirurgião militar, vendo que todos os meios lhe falhavam e que as recidivas e as complicações eram cada vez mais numerosas, voltou decididamente ás antigas ideias hellenicas. A extirpação é exercida como regra por este distinctissimo operador, que de 1774 a 1837 consegue organizar uma estatistica de duzentos casos com quatro mortes apenas.

O exemplo de Magniez não tarda a ser seguido, e a extirpação torna-se uma operação corrente nas mãos de operadores como Larrey, Begin, Molle e Sedillot.

Em 1836, Malgaigne limitava-se ao esmagamento dos tumores por meio da mão ou d'um sinete. Mais tarde, abandonando este processo, dividia-os debaixo da pelle com o auxilio d'um bisturi, ao mesmo tempo que os esmagava com os dedos, expulsando atravez da ferida os destroços escrophulosos.

Baudens, sem regeitar este processo, recorria de preferencia á extirpação dos ganglios engorgitados. Começava por immobilisal-os com bastantes dias de antecedencia, facilitando assim a operação e diminuindo o perigo. As hemorragias resultantes da secção dos vasos nutritivos do ganglio eram evitadas por meio da torção.

A partir d'esta época, a intervenção cirurgica torna-se mais circumspecta; as sciencias

medicas fazem progressos e mostram-nos que entre os tumores do pescoço algumas distincções se devem fazer: a adenite e o lymphadenoma tornam-se conhecidos.

Entra-se então em pleno periodo *histologico*, periodo intermedio da historia da tuberculose ganglionar.

Já Lænnec tinha emittido a ideia de que o pulmão póde não ser o primeiro orgão atacado pela tuberculose, e Leber, em 1849, tinha escripto que «*les maladies glandulaires des scrophuleux sont bien plus souvent de nature tuberculeuse qu'inflammatoire ou hypertrophique*». O microscopio veio confirmal-o.

Virchow assignala, por sua vez, a tuberculose primitiva dos ganglios e a theoria unicista triumphou com as investigações de Friedlander, Charcot, Lannelongue, Kiener, Brissaud e os trabalhos de Cornil e Grancher.

Finalmente, o periodo bacteriologico, com Koch, Schuchardt, Krause e a inoculação, consagra definitivamente a unidade da escrophula e da tuberculose ganglionar.

Estabelecida uma tal theoria, comprehendese que a therapeutica cirurgica, agora apoiada em bases scientificas, se affirmasse cada vez mais e creasse dia a dia maior numero de adeptos. A extirpação e a curetagem dos ganglios tornam-se, pois, operações correntemente postas em pratica até 1884, em que a bem conhecida observação de Poulet, lida por Chauvel na Sociedade de Cirurgia de Paris, veio, por assim

dizer, paralyzar o braço de quasi todos os cirurgiões, pôr um dique ao enthusiasmo louco com que se praticavam taes operações.

A observação de Poulet demonstrava, com effeito, ao contrario do que geralmente se pensava e admittia, que a extirpação dos ganglios tuberculosos não era inoffensiva.

Desde algum tempo, como acabámos de ver, as theorias adoptadas sobre estas adenites, que se consideravam como focos tuberculosos, tinham levado os cirurgiões, na Allemanha principalmente, a abraçar os processos sangrentos.

Sem negar a possibilidade da cura natural pela morte *in loco*, pela mumificação ou pela cretificação dos germens tuberculosos depois da destruição dos ganglios, pensavam elles que este modo de cura não é habitual, e que o mais das vezes o ganglio fica o ponto de partida de novos accidentes tuberculosos locais ou geraes, havendo, portanto, o maximo interesse em libertar o organismo de tão terrivel inimigo.

Mas curará a extirpação a tuberculose de um modo radical?

Questão é esta que tem levantado a maior discussão e dividido os pathologistas e os praticos em dois campos os mais oppostos.

Sendo a adenite tuberculosa a consequencia d'um germen exterior que se localisa n'um grupo de ganglios, que ahi se acantona e ahi se desenvolve, comprehende-se que a extirpação, comtanto que seja radical, completa, possa



impedir os progressos do mal: tal a opinião de Hueter, Virchow, Billroth, Fischer, Kucher e muitos outros, plausivel sim, mas difficil de realisar.

De resto, declaram outros, nem as razões theoricas, nem os factos apresentados, convencem cabalmente, e póde mesmo avançar-se que, sem rejeitar d'uma maneira absoluta a intervenção cirurgica, ella não póde nem deve de modo algum ser erigida em regra geral. Como os cirurgiões que tentam a extirpação não podem, a não ser em casos excepçionaes, attingir a totalidade das partes doentes, a operação é por isso mesmo muito incompleta.

Admittindo mesmo a cura das feridas operatorias, o que nem sempre se dá n'esta região, a cura da doença póde deixar de admittir-se.

Finalmente, em 1885, o tratamento das adenites tuberculosas tinha de passar por uma outra phase que tambem nada tem de nova. No primeiro congresso francez de cirurgia d'este anno, fez effectivamente Verneuil uma importante communicação sobre as vantagens do ether iodoformado, em injeccões intersticiaes, no tratamento dos abscessos frios. Pouco mais tarde, em 1888, Desesquelle preconizou o emprego do naphtol canforado para o mesmo fim.

Da parte historica d'estas injeccões, fallaremos quando sobre ellas nos detivermos.

**Processos sangrentos no tratamento  
das adenopathias  
tuberculosas do pescoço**

De duas fórmulas póde a cirurgia intervir no tratamento das adenopathias tuberculosas do pescoço:

- a) ou extirpando
- b) ou incidindo e fazendo a curetagem dos ganglios.

**a) Da extirpação**

*Modus faciendi*—Tres casos se podem observar:

1.º O ganglio ou feixe de ganglios é pouco volumoso, não amollecido e movel ou com adherencias insignificantes;

2.º O ganglio está suppurado n'um ponto;

3.º O ganglio está suppurado e a pelle ulcerada.

1.º) No primeiro caso a incisão deve ser proporcional ao tumor, tendo em conta os inconvenientes da cicatrização ulterior, sem todavia nos expormos a desillusões e a accidentes. O campo operatorio deve ser bem accessivel á vista, offerecendo um manobrar facil. Fixa-se o ganglio com a mão esquerda e faz-se a incisão na melhor direcção, n'aquella que o bom senso e o criterio do operador indicar. Corta-se a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo, e chega-se

á camada cellulosa que envolve o ganglio. Abre-se esta camada, e, exercendo presa sobre um ponto qualquer do ganglio, separa-se por completo dos tecidos visinhos e tira-se para fóra.

O pediculo vascular do tumor, que póde ser desprezado quando o ganglio é pequeno, deve, nos feixes ganglionares volumosos, ser pinçado e seccionado. As pinças hemostaticas occuparão o seu logar em face dos vasos abertos, para que o terreno em que se opera seja o mais exangue possivel.

Fixado então o tumor com uma pinça de Muséeux, apanha-se com a mão esquerda, e examinam-se attentamente as suas relações e adherencias, quando as haja. N'este caso pede-se á sonda canula os seus serviços para nos libertarmos d'ellas.

Por meio do dedo, procura-se igualmente saber se existem pequenos ganglios satellites que pudessem ter-se occultado á vista. Depois, laqueados os pequenos vasos abertos, sutura-se a pelle e pensa-se devidamente a ferida, que deve reunir por primeira intenção.

2.º) *O ganglio é suppurado n'um ponto.*

N'este caso o manual operatorio é o mesmo. Devemos no entanto precavermo-nos o mais possivel contra a contaminação das partes sãs pelo pus tuberculoso.

Lavagens antisepticas, injeccões d'ether iodoformado, de naphtol canforado ou ainda a cauterisação pelo chloreto de zinco, a um para vinte, teem sido empregados com vantagem.

Um dreno no ponto de maior declive da incisão pôde igualmente prestar bons serviços.

3.º) *O ganglio é suppurado e a pelle ulcerada.*

Devemos extirpar toda a parte doente. Farse-ha uma incisão elliptica nos limites da pelle sã, procedendo-se depois até completa extirpação, como no primeiro caso. Unir-se-hão em seguida os labios da incisão por pontos de sutura e applicar-se-ha um dreno.

Em todos estes casos se devem pôr em vigor as precauções geraes de antiseptia e asepsia usadas em qualquer operação cirurgica; mas n'este ultimo caso os cuidados devem dobrar.

*Esboco critico* — Já na parte historica d'esta dissertação vimos que a intervenção cirurgica no tratamento das adenopathias tuberculosas, se tinha numerosos partidarios, contava tambem bastantes detractores. Tentaremos, pois, apresentar, embora succintamente, uma vista geral sobre as vantagens e os inconvenientes d'este methodo.

Deverá a cirurgia intervir no tratamento das adenopathias tuberculosas do pescoço?

Difficil, senão impossivel, é responder á pergunta assim formulada.

Dividem-se os pathologistas, e as opiniões apresentadas são as mais contradictorias.

Na sessão de 9 de maio de 1885 da Sociedade de Cirurgia de Paris, dizia Verneuil: «... pôde affirmar-se que o traumatismo inter-

vem frequentemente na primeira apparição, na localisação secundaria e mesmo na generalisação da escrophulá e da tuberculose. A aggravação da tísica pelas operações cirurgicas não é já hoje facto duvidoso. Segundo Ch. Leroux, as amputações dos membros nos tísicos accleram a marcha das lesões thoraxicas na metade dos casos.»

Esta opinião não era, porém, unanime, e n'esta mesma sessão os partidarios da intervenção cirurgica apresentam, pela bocca de Trelat, uma serie d'observações tendentes a demonstrar que a operação melhoravá os doentes.

A intervenção, affirma mesmo Trelat, impõe-se sempre que uma das localisações aggrava o estado geral.

No emtanto a mesma Sociedade, um anno apenas volvido, em 1884, pronuncia-se abertamente contra a intervenção, a proposito da communicação de Poulet, e apenas Trelat se levanta contra a proscipção excessiva d'um meio therapeutico a que recorreu bastantes vezes e com successo.

Na sessão de 3 de fevereiro de 1886, Mahout levanta de novo a questão das indicações operatorias, apresentando dois casos e concluindo que ainda se não póde estabelecer regra alguma a este respeito.

Os espiritos estavam já então de muito outro modo orientados, e a intervenção foi defendida por Chauvel, Lucas-Championière, Reclus, Le Fort, Trelat e Desprès, e combatida, ainda

que com restricções, por Verneuil: «Certas operações teem por fim, nos tuberculosos, como nos cancerosos, consolar e alliviar. É preciso ser extremamente radical n'esta época, do mesmo modo que era preciso ser extremamente conservador até então. Emquanto a pelle estiver intacta devemos ater-nos á immobilisação, aos revulsivos, etc...»

Reune-se em 1889 o Congresso francez de cirurgia, e a discussão recahe ainda sobre os — *resultados immediatos e afastados das operações praticadas para as tuberculosos locais.*

Nenhuma voz se levanta para combater d'um modo absoluto a intervenção; todos a admittem e apenas a oportunidade da operação é discutida.

Le Dentu apresenta algumas curas simultaneas de muitas lesões tuberculosas depois da intervenção sobre uma d'ellas, e Demosthen, de Bucharest, não hesita em declarar que muitos dos seus doentes foram postos pela operação ao abrigo de manifestações ulteriores.

Daniel Mollière considera que a cura radical pela intervenção cirurgica é certa sempre que a tuberculose esteja bem limitada. Da mesma opinião é Houzel «... *tout en sauvegardant le présent, le bisturi preserve l'avenir.*» E mais adiante: — «Emquanto um doente estiver apenas em poder de tuberculose sem manifestações locais, a hygiene póde salvá-lo, mas desde que um foco se declarou, desde que ha productos activos, vivos, cuja evolução natural é

avançar de camada em camada até que se torne senhor da praça, é preciso, custe o que custar, deter o incendio, ainda que para o apagar haja de se destruir uma parte do organismo.»

No mesmo congresso apresenta Bousquet varios casos e chega ás seguintes conclusões:

1.<sup>a</sup> As operações praticadas para as tuberculosos locais, rodeadas de todos os cuidados antisepticos, não dão logar a complicação alguma;

2.<sup>a</sup> Mesmo no caso em que as incisões são extensas nunca observou a generalisação do mal;

3.<sup>a</sup> Nos casos em que foi obrigado a intervir em pessoas cujos pulmões estavam tuberculizados, não sómente não houve aggravação do estado geral, mas manifestas melhoras.

A identicas conclusões chega Routier, que apresenta uma estatistica de 150 operados com duas mortes apenas. Elle accrescenta, no entanto, que as operações que menos resultado deram foram as que praticou nos ganglios tuberculosos, sobretudo nos do pescoço. A recidiva é quasi fatal, e muitas vezes n'um praso de alguns mezes a alguns annos.

A mesma opinião é expressada por Leonte (de Bucharest): «As adenites tuberculosas recidivam com uma facilidade caracteristica e por isso renunciei de todo á extirpação, para lançar mão das injecções intersticiaes.» E por Schwartz: «N'este caso (feixes ganglionares) o resultado foi excellente para os ganglios da

axilla, mas mau para os do pescoço, onde a recidiva é frequente e rapida.»

Bem ao contrario declara Thiery, na sua these de 1890, que, pelo que respeita aos successos operatorios consecutivos á intervenção cirurgica nas tuberculosos locais, são os processos sangrentos os que melhor resultado dão.

Dos 64 casos que estudou, conclue elle que a extirpação precoce dos ganglios lymphaticos tuberculisados está sujeita ás regras da extirpação dos tumores mais benignos, isto é, que o resultado não póde deixar de ser satisfatorio, se se tomarem todas as precauções antisepticas. Em 20 casos, accusa 19 successos e uma morte por generalisação. Devemos, porém, notar que ainda que o auctor tivesse acompanhado os seus casos até agora, nada ainda podia concluir de definitivo quanto á recidiva e á generalisação.

No meio de todas estas opiniões, racionais nos parecem as palavras de Iscovesco no já citado congresso de cirurgia: «As adenites são entre as tuberculosos localizadas as que se observam mais frequentemente. Uma intervenção operatoria precoce, praticada n'estes casos para tirar aos doentes a origem de qualquer infecção secundaria, só é justificavel quando estivermos certos de extrahir a totalidade dos ganglios tuberculosos.» Effectivamente, em tal caso teriamos a vantagem de fazer desaparecer n'alguns dias lesões que d'outro modo levariam mezes a curar. A cicatriz assim obtida é linear,



pouco visível, ao passo que abandonada a si, depois d'um periodo prolongado de suppuração, a cicatrisação far-se-hia disformemente. O receio de complicações post-operatorias não é legitimo, graças aos methodos antisepticos e asepticos.

Infelizmente, porém, nem sempre isto é possível.

Se o foco tuberculoso está suppurado, por mais cuidado que haja, ficarão sob a cicatriz outros ganglios mais pequenos que augmentarão por sua vez, substituindo os extirpados. A operação será incompleta, o estado geral aggravar-se-ha e novas manifestações tuberculosas podem apparecer. A este respeito citarei ainda as palavras de Iscovesco, e terminarei com as de Trelat na sessão da Sociedade de Cirurgia de Paris, de 3 de fevereiro de 1886:

«Em 18 casos, diz Iscovesco, d'extirpação d'adenites tuberculosas que observei em Berck-sur-Mer, tirei bastantes vezes, a muitos centimetros de distancia dos orgãos doentes, pequenos ganglios sãos na apparencia. Sempre, sem excepção, elles apresentavam um ou muitos focos caseosos. Julgo-me, pois, auctorisado a declarar que se não tira nunca a totalidade dos focos tuberculosos.»

Finalmente, diz Trelat: «A verdadeira difficuldade que se encontra sempre, é a determinação dos limites da infecção n'um caso dado; se o doente é portador de um, dois ou muitos focos declarados, pode-se reconhecê-lo, mas se

elle apresenta focos latentes que vão inflammarse em consequencia da operação, nada pôde fazel-o prever, e é o que deixa sempre um certo *alea* n'esta especie d'intervenção.»

Vejamos agora o que nos diz a estatistica, se da estatistica alguma cousa se pôde concluir.

Estas são com effeito bastante contradictorias. Ao passo que as estatisticas allemãs se mostram quasi todas adversas á extirpação, as estatisticas francezas assentam n'um campo mais optimista.

A primeira estatistica de Riedel (1) comprehende 13 casos: 5 successos completos, vigiados durante seis annos, e 8 insuccessos. A segunda comprehende 19 casos: 10 curas observadas de tres a seis annos, e 9 insuccessos; 12 por cento de mortes por tuberculose.

A estatistica da clinica de Fischer, apresentada por Krish, relata, em 92 casos operados, 35 por cento de curas completas, 44 por cento de curas incompletas e 22 por cento de recidivas; 16 operados morreram.

Fraenkel dá apenas 6 curas em 49 casos.

Gruenfeld, na sua clinica, 41 successos em 58 casos.

Billoth, 24 por cento em 128 casos.

Como se vê do estudo das estatisticas allemãs, os resultados da extirpação estão longe de ser abonatorios; mas a frequencia das recidi-

(1) BERCHON — *Du traitement des adenites tuberculeuses du cou.*

vas provém em grande parte, como diz Poulet, de que os operados curados da tuberculose ganglionar não o estão da sua miseria physiologica, e, mergulhados de novo no foco onde foram contaminados, a affecção pôde reaparecer.

Ainda assim é licito pensar que em mãos tão habéis, como as de Fischer e Billroth, os resultados de 35 e 24 por cento deixam muito a desejar.

Menos desanimadoras são as estatísticas francezas, pelo menos as que pudemos ter de baixo dos olhos, que poucas foram.

Começaremos pela de Casin, um dos mais ardidos defensores da extirpação: «... a ablação dos ganglios tuberculosos, diz elle, é isenta de perigos se se tomarem as precauções indicadas: dá muito melhores resultados que a expectação. Deixa após si cicatrizes menos disformes e talvez mesmo diminua as probabilidades de tuberculisação geral.»

A sua estatística, organisada em Berck-sur-Mer, dá 83,34 por cento de curas pela intervenção cirurgica, e 68,77 por cento pela expectação. Não devemos, no emtanto, esquecer que o tratamento de Casin encontrava um poderoso auxiliar no ar do mar, e que nem todas as ablações se fizeram no pescoço, onde as difficuldades, os perigos e, portanto, os insuccessos são muito maiores.

Leonte, de Bucharest, apresenta uma serie de 16 operados com 14 curas e 2 insuccessos (87,5 por cento de curas).

Bouilly, na sessão do Congresso francez de cirurgia de 10 de abril de 1885, diz ter operado 65 casos, sendo 22 de adenites tuberculosas e as restantes de abcessos frios d'outra proveniencia. A mortalidade não consecutiva á operação, mas nos cinco ou seis mezes que se seguiram, foi de 15 por cento, e sempre como consequencia de tuberculisação pulmonar ou cerebral. Teve 8 curas incompletas e 46 successos.

Total 69,69 por cento de curas.

Esta estatistica não é de grande valor no nosso caso, porque não podemos destringar o que pertence á tuberculose ganglionar e aos abcessos frios d'origem cellular, etc.

Perloti apresenta, em 53 operados de ganglios tuberculosos, 70 por cento de curas.

Como se vê, a estatistica franceza é mais favoravel á operação. O seu valor não é, porém, muito grande, já pelo pequeno numero que pudémos obter, já porque a maior parte dos pretendidos successos não foram observados durante tempo sufficiente.

Para que a estatistica tenha valor é preciso, como diz Verneuil, observações mais longas e que attendam ao mesmo tempo a um certo numero de condições, cuja influencia é incontestavel, e que se referem quer ao doente, quer á operação, quer ainda ao tratamento que precedeu, acompanhou ou seguiu a intervenção.

N'um outro ponto nos resta tocar — a innocuidade operatoria. Ella tem sido affirmada por

grande numero d'auctores, e ainda, em 1892, no Congresso da Sociedade Russa de Cirurgia, reunido em Moscow, Lindenbaun a fundamenta n'uma serie de 94 operados sem uma unica morte. No emtanto, o proprio Lindenbaun declara na mesma occasião que em tres casos arrancou um bocado da jugular interna.

Comprehende-se a innocuidade da operação, quando ella recahe sobre um só ganglio, movel e sem grandes adherencias, mas quando se está em face de massas ganglionares inflammadas, com adherencias mili-espersas, a operação está longe de ser innocente, como o demonstram as observações dos mais habéis operadores.

Senão vejamos algumas tomadas ao acaso:

Billroth, em 128 operações, reseccou 16 vezes um tronco da jugular interna.

Trendelenbourg desnuda, n'um caso, a jugular interna desde a base do craneo até á clavícula; n'um outro laqueia e resecca a jugular interna, abre a jugular, faz entrar o ar nas veias, fere o canal thoraxico e lesa a recorrente esquerda.

Schnell fere a arteria mammaria interna, depois de ter reseccado a jugular interna.

Furst relata um caso de paralyisia parcial do facial como consequencia da extirpação de ganglios sub-maxillares e retro-maxillares.

Poulet perdeu um doente quinze dias depois da laqueação da carotida primitiva, por causa d'uma hemorrhagia septicemica.

Krish, na sua estatistica da clinica de Fis-

cher, apresenta tambem tres casos de morte operatoria.

Roux cita um caso de morte por entrada do ar no systema venoso.

E como estas, muitas outras observações poderíamos citar para demonstrar que a extirpação não é tão inoffensiva como alguns querem.

Mas quer isto dizer que o cirurgião se deva abster? De modo algum. A intervenção impõe-se sempre que haja indicação, como muito bem diz Schwartz: «Os factos podem desanimar o cirurgião, mas não devem fazel-o rejeitar a intervenção, quando se ache indicada de qualquer modo.»

É d'estas indicações que vamos agora tratar, depois de nos referirmos, ainda que muito ao de leve, por não ser objecto d'esta dissertação, á incisão e curetagem dos ganglios.

#### b) Incisão e curetagem dos ganglios

É processo bastante infiel, que só em casos muito excepçionaes póde ser recommendado. O cirurgião obra ás cegas, os tecidos doentes passam desapercibidos, correndo-se o perigo de atravessar a casca fibrosa, se ella não é bastante resistente, e espalhar o contheudo do abcesso, o que constitue uma ameaça para os tecidos visinhos. De resto, como facil é de ver, os accidentes operatorios são aqui muito mais

frequentes e difficeis de remediar, do que em campo descoberto.

A condemnação do processo encontra-se nas proprias palavras de Volkmann, o auctor da cureta em taes casos empregada, no decurso do quarto Congresso de Cirurgia franceza: « *il faut faire le curage et l'ablation des ganglions tuberculeux, et plutôt l'ablation, parce que le grattage n'est pas assez radical et laisse forcément des parties de capsule infectées ou même de petits ganglions qui se caseifieront en suite.* »

Não passa d'um processo de necessidade, sobretudo recommendavel quando os ganglios são suppurados e principalmente ulcerados. N'estes casos deve completar-se a operação pela cauterisação com o chloreto de zinco ou pela applicação d'um penso naphtolado.

#### **Indicações e contra-indicações da intervenção cirurgica no tratamento das adenopathias tuberculosas do pescoço.**

Entramos agora n'um dos capitulos mais difficeis da pathologia cirurgica.

D'um modo geral, quaes são as indicações e as contra-indicações da intervenção cirurgica nas localisações externas da tuberculose?

Não é facil e póde mesmo dizer-se que é

quasi impossivel estabelecer a este respeito regras geraes.

Á antiga formula—é preciso tirar uma lesão tuberculosa *logo que* se torne uma causa de esgotamento—opoz Coudray (1) esta outra mais racional—que é preciso tirar uma lesão tuberculosa *antes que* se torne causa de esgotamento.

Contra-indicações apenas, no dizer do dr. Aimé Guinard, ha uma d'ordem geral. É a tendencia espontanea do mal para a cura. Ora é preciso não esquecer, diz Coudray, que «esta tendencia natural para a cura, que constitue a excepção nos doentes do hospital, é, pelo contrario, frequente n'uma certa cathegoria de doentes.»

Quanto ás lesões visceraes, não são sempre uma contra-indicação. Deve-se sómente determinar se as lesões externas desempenham um papel predominante, e n'este caso deve intervir-se.

No dizer ainda do auctor que vimos citando, as lesões visceraes, que são sobretudo de natureza a impedir a intervenção cirurgica, podem ordenar-se em tres grupos:

- 1.º Um estado pulmonar grave com evolução rapida;
- 2.º As lesões do apparelho urinario (albuminuria, etc.)

(1) *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose.*



3.º A cachexia (diarrheia, emmagrecimento rapido, etc.)

Estas são também, com pequenissimas variantes, as ideias de Trelat.

Em presença de tuberculoses multiplas, se ellas são muito numerosas, o cirurgião fará bem se confiar o seu tratamento á medicina pura, diz Le Dentu, que acrescenta: «... mas, se são em pequeno numero, não é duvidoso que uma operação, recahindo sobre um d'estes focos, exerce uma acção salutar sobre aquelles em que se não tocou. Isto é sobretudo verdadeiro quando nos referimos aos pulmões. A tuberculose pulmonar concomitante, comtanto que não seja muito avançada, que se não acompanhe d'uma cachexia profunda ou d'um estado febril muito accentuado, deve ser considerada antes como uma indicação, do que como contra-indicação.»

Da mesma opinião são quasi todos os tratadistas que tem escripto sobre o assumpto.

Mas isto é geral, é de todas as tuberculoses cirurgicas; desçamos, porém, ao nosso caso e vejamos se alguma cousa podemos colher de especial.

No já citado congresso de cirurgia, diz Iscovesco: «A intervenção não me parece justificada senão quando os feixes ganglionares ameaçam abrir-se, quando se trata de evitar aos doentes cicatrizes disformes ou uma supuração prolongada. Na maioria dos casos, um tratamento medico e hygienico é sufficiente.» E

mais adiante: «nas adenites tuberculosas do pescoço, a recidiva é quasi constante.» Esta é, de resto, como já tivemos occasião de ver, a opinião de quasi todos os cirurgiões.

Em vista d'isto, e não esquecendo que, para a extirpação dar resultado, é necessario que seja completa, o que só na minoria dos casos é possivel, lembrando-nos mais que em alguns casos é impraticavel, como quando tem de recahir sobre feixes poly-ganglionares disseminados sobre uma larga superficie ou sobre ganglios adherentes a grossos vasos, parece-nos racional concluir com Berchon que apenas em dois casos a extirpação se encontra indicada:

- 1.º Quando os ganglios são pequenos, moveis debaixo da pelle e facilmente enucleaveis;
- 2.º Quando a affecção se revela por perturbações funcçionaes que tornem a operação necessaria.

Acompanhemos agora Berchon na enumeração d'estas perturbações funcçionaes.

Os tumores deformam o pescoço; podem adquirir um volume tal que a situação da cabeça seja modificada; d'onde, difficuldade em abrir a bocca, trismus, secreção salivar dolorosa.

Pela compressão das arterias e principalmente da carotida, podem provocar anemia cerebral.

Pela compressão das veias, hyperhemia cerebral e congestão parcial do cerebro, edema dos membros superiores, dilatação das veias

superficiaes, facial e jugular, trombose do seio cavernoso.

Por compressão nervosa podem produzir: nevralgias diversas, dores intoleraveis do plexo brachial; paralytia dos ramos do pneumo-gastrico e do recorrente, d'onde dysphagia; compressão do pneumo-gastrico, d'onde suffocação.

A compressão da pharynge produzirá dysphagia.

A compressão da tracheia, o espasmo da glotte.

## SEGUNDA PARTE

---

### Injecções intersticiaes

#### **Parte historica**

Não faremos aqui a historia completa das injecções modificadoras empregadas no tratamento das adenites tuberculosas; apenas diremos sobre ella algumas palavras.

Ha muito já que estas injecções se empregam. Fabricio d'Aquapendente pratica injecções de oxymel, e Dupuytren, impressionado com o bom resultado do vinho quente na cura do hydrocele, applica este mesmo tratamento aos ganglios tuberculosos.

Boinet e Lujol empregam injecções de tintura d'iodo com os mais funestos resultados. Mais tarde Velpeau, depois de ter ensaiado o nitrato de prata, volta a injectar tintura de iodo, mas os resultados não foram melhores que os obtidos por Boinet e Lujol. Injecta então o iodeto de potassio.

Por esta época empregava Luton, com successo, as injecções intersticiaes de tintura de iodo no tratamento do bocio. Os felizes resultados obtidos por Luton fazem applicar de novo este methodo aos ganglios escrophulosos. Injectava-se em doses mais fracas, 5 a 10 gottas apenas, mas ainda assim os accidentes sobrevieram em breve.

Todos os antisepticos véem então por sua vez alimentar uma nova esperança o mais das vezes seguida d'uma nova desillusão.

Reclus, baseando-se nas pretendidas vantagens do arsenico tomado internamente, no tratamento das tuberculoses medicas, tenta injectar nas adenopathias tuberculosas do pescoço o licor de Fowler em doses progressivamente crescentes (8, 10, 12 gottas em 24 horas). A principio os resultados foram bastante animadores; não se mantiveram, porém, e o methodo foi abandonado.

Forgue ensaiou recentemente injecções de licor iodo-tannico nas mesmas doses progressivas. Dos resultados colhidos fallam as seguintes palavras tiradas d'um seu artigo na *Gazeta dos Hospitaes*: «*Les injections ont été tolérées sans reaction inflammatoire vive par les ganglions et leur gateau peri-adenique ambiant.*

*Chez un soldat porteur d'un gros paquets ganglionnaire retro-angulaire, l'effet therapeutique a été notable. Le malade jusqu'alors ioduré et gavé d'huile de foie de morue sans*

*resultats a vu fondre en un mois et demi sa masse adenique.»*

Quenu, pela pyoctanina, obteve n'um caso uma diminuição consideravel d'um tumor ganglionar tuberculoso.

Bouchard e Gimbert utilisaram a creosota dissolvida em oleo, com bons resultados. Este methodo tem apenas contra si o seu emprego muito difficil, porque a injecção deve durar muito tempo. É preciso, além d'isso, uma installação especial.

Richelot ensaia de novo a tintura d'iodo e obtem, segundo diz, alguns successos, produzindo a atrophia.

Danzac, em presença d'uma adenite suppurada, faz uma punção no ponto de maior declive, depois uma lavagem com uma solução phenicada forte, e por ultimo uma injecção, na cavidade do abcesso, d'algumas gottas de glicerina creosotada a dois por cento.

Chega agora a vez ao salol. Havia muito já que Menkie, Potein e Nicot tinham indicado, sem a utilizar, a propriedade que tem o salol de entrar em fusão á temperatura de 42°.

Foi esta propriedade que Reynier utilisou, injectando o salol liquido nas adenites tuberculosas. Esta liquefação mantem-se a uma temperatura bastante inferior ao seu ponto de fusão. Arrefecendo, o liquido solidifica, moldando-se á cavidade onde crystallisa.

Este liquido tem sido ensaiado nas adenites tuberculosas suppuradas, mas não abertas, e

nos trajectos fistulosos consecutivos a adenites, com successo em bastantes casos. É um processo que não merece olvido.

No Congresso dos medicos allemães de 1881, Mickulitz apresenta dois casos da clinica de Billroth, em que foi experimentado o iodoformio.

O processo de Mickulitz consistia em injectar uma emulsão de 10 partes de iodoformio em 100 de glicerina. Os resultados não são, porém, conhecidos, porque os doentes não foram seguidos.

Na mesma época, Marc Sée gaba, na Sociedade de Cirurgia de Paris, os bons effectos do iodoformio.

É, porém, verdadeiramente a Verneuil que se deve a introduccção d'este agente na clinica das adenites tuberculosas e dos abscessos frios. Elle substitue, porém, a glicerina iodoformada pelo ether iodoformado.

O processo operatorio e os resultados obtidos foram descriptos em 1885 por Verneuil (1) e pouco depois, em 1886, por Verchère (2) n'um artigo publicado na *Revista de Cirurgia*.

D'então para cá o iodoformio tem sido quotidianamente empregado em casos taes.

Finalmente, em 1888, o naphtol, que já tinha sido empregado no tratamento das tuberculoses

(1) *Injections d'ether iodoformé dans les abcès froids, par le professeur Verneuil—Revista de Cirurgia.*

(2) *Revista de Cirurgia, de 1886—Traitement des abcès froids par les injections d'ether iodoformé—VERCHÈRE.*

externas por Kaposi, associa-se á canfora e apparece a disputar o campo ao iodoformio no tratamento das adenites tuberculosas. É a Desesquelle que se deve esta descoberta.

De todos os medicamentos que levemente temos passado em revista, dois apenas encontram a sua consagração na pratica: o ether iodoformado, e o naphthol canforado. D'elles nos occuparemos pois.

### **Injecções intersticiaes d'ether iodoformado no tratamento das adenites tuberculosas do pescoço**

Aqui, como na extirpação, começaremos por estudar o

*Modus faciendi.*—O processo operatorio foi pela primeira vez descripto por Verneuil; Verchère (1) introduziu-lhe, porém, algumas modificações, e é esse processo assim modificado que nós vamos descrever.

A evacuação do pús faz-se geralmente com a agulha n.º 3 do aparelho Dieulafoy. Acabada a punção e a evacuação, esvasia-se a seringa do pús extrahido, e enche-se d'ether iodoformado, que se injecta na cavidade do abcesso. A quantidade do iodoformio injectado varia com o volume do tumor. É preciso, no

(1) Loc. cit.



entanto, que esta não seja excessiva para evitar os phenomenos d'intoxicação: 3 ou 4 grammas são, no dizer de Verchère (1) e mesmo no de Verneuil, sempre sufficientes.

Quando a cavidade do abcesso é grande, quando se póde empregar uma grande quantidade de liquido, Verneuil emprega uma solução a 5 % e injecta 50 grammas d'esta solução. Quando a cavidade é pequena, a solução tem de ser mais concentrada, 10 % d'ordinario. A quantidade injectada é apenas de 20 ou 25 grammas.

Em cavidades ainda mais pequenas, que são as mais communs no nosso caso, a quantidade a injectar é apenas uma seringa de Pravaz de solução saturada.

Muitas vezes o ether e o iodoformio dissolvido sahem pelo orificio d'entrada da agulha, sem serem detidos pelo algodão nem pelo colloidio com que se tenta obstruir este orificio. Foi para evitar este inconveniente que Verchère modificou o manual operatorio de Verneuil.

Quando a pelle que cobre o abcesso é espessa e resistente, enterra-se obliquamente o trocate, abrindo assim uma via entre a pelle e a propria parede do abcesso.

D'este modo, pela falta de correspondencia entre os orificios, superficial e profundo, a tensão da bolsa torna-se um poderoso auxiliar para fechar o trajecto da punção.

(1) Loc. cit.

Quando a pelle é adelgaçada e vermelha, constituindo em parte a parede do abcesso, o processo é assim descripto por Verchère: «A agulha da seringa de Pravaz, sem nenhuma aspiração, deve ser deixada de reserva na cavidade; servirá, depois da evacuação, para fazer a injeção. N'uma outra extremidade do tumor faz-se uma punção com a agulha n.º 3 de Dieulafoy; esvasia-se o abcesso por esta agulha e, depois de ter retirado o trocate, faz-se cuidadosamente a oclusão com o collodio. Quando o collodio estiver bem secco, bem adherente, e a oclusão do orificio seja perfeita, para injectar a cavidade bastará introduzir pela agulha fina de Pravaz, posta de reserva, uma ou duas seringas de solução etherea. O orificio devido á picada da agulha antes de fazer a aspiração, é bastante pequeno e não permite ao gaz injectado sahir da bolsa. A precaução de enterrar a agulha de Pravaz antes de fazer a aspiração, assegura-nos que se está na cavidade, a qual seria difficil de encontrar depois da evacuação.»

Este é o manual empregado quando o ganglio é fluctuante, quando ha um verdadeiro abcesso frio. No caso contrario, a unica difficuldade que apresenta o processo consiste em injectar o liquido bem exactamente no proprio ganglio.

Para isto fixa-se com a mão esquerda o ganglio, se este é muito moavel, depois enterra-se rapidamente a agulha de Pravaz, isolada e

préviamente desinfectada, no tumor. Sente-se muito bem, por causa da resistencia que se experimenta, quando a agulha penetra no ganglio.

Como contra-prova, póde imprimir-se á agulha movimentos de bascula que devem arrastar o ganglio, quando liberto da mão esquerda. Pela canula introduzida, injecta-se então a solução.

Esta mesma operação se repete uma, duas ou mais vezes, conforme fôr necessario.

No caso mais frequente, os ganglios tuberculosos da mesma massa não estão todos na mesma phase da sua evolução. Entre elles, ha alguns duros, mais ou menos isolados, bem moveis, mas outros estão agglomerados, cimentados, por assim dizer, pelo tecido ambiente, formando um tumor mais ou menos circumscripto, adherente á pelle, com certos pontos menos resistentes.

O tratamento não deve recahir simultaneamente sobre todos estes ganglios; cada um d'elles deve soffrer um tratamento isolado. Nunca as injectões intersticiaes deverão ser feitas em diferentes pontos da massa ganglionar ao mesmo tempo. Tratar-se-ha cada ganglio de per si, começando pelos mais adiantados em evolução.

Assim procede Verchère, não mediando, todavia, mais de seis dias do inicio do tratamento d'um ganglio ao d'outro.

Uma outra modificação a este methodo, descripta, mas raramente posta em pratica, por

Verneuil e Verchère, consiste em praticar uma pequena abertura no abcesso, depois d'uma injeção d'ether iodoformado mais concentrada.

A eliminação rapida da bolsa e a reunião ulterior por primeira intenção, permitem obter a cura muito mais depressa, depois d'uma só injeção d'ether iodoformado, enquanto que no processo sub-cutaneo é preciso a pratica de muitas injeções para obter a retracção completa e a transformação fibrosa da bolsa.

#### **Efeitos immediatos da injeção**

O primeiro effeito da injeção é a volatilisação do ether, arrastando comsigo a distensão da bolsa do abcesso. Esta distensão dá origem a dores mais ou menos bem supportadas, segundo o temperamento do doente. Isto é o normal. Em alguns casos, porém, a distensão vae mais longe, e dá logar a accidentes. A bolsa pôde romper-se e o vapor diffundir-se em todos os tecidos ambientes; d'aqui resulta uma exaggerada distensão, bastante dolorosa, d'estes tecidos. Assim o attestam os dois casos citados por Verchère. Se este phenomeno se produz em crianças, mulheres, ou na visinhança d'orgãos que offereçam perigo pela compressão, recommenda este auctor que se introduzam em diferentes pontos algumas agulhas de Pravaz, que formarão outras tantas chaminés por onde o ether pôde sahir para o exterior.

Depois de ter penetrado na cavidade do

abcesso, o ether no estado de vapor espalha-se em todas as suas partes. Os diverticulos, mesmo os mais afastados, os trajectos mais sinuosos e mais estreitos, são dilatados pelo vapor do ether, e são, como a cavidade principal, tapetados por uma camada continua de iodoformio. Esta a vantagem da associação do ether ao iodoformio e a unica originalidade do methodo.

Qualquer outro liquido que, effectivamente, se empregasse como vehiculo, obedeceria á gravidade, á contracção muscular e á compressão das partes em que o doente se apoiasse, e accumular-se-hia n'uns pontos em puro detrimento d'outros. «*Le dépôt immédiat, diz Verchère, instantané dont la vapeur distent tous les points rétrécis et pénètre dans les parties les plus reculées des cavités, ne peut être obtenu par les autres modes d'injection iodoformée, tels que la glycerine. Avec l'ether il se fait une véritable sublimation de l'iodoforme.*»

D'aquí por diante a marcha differe bastante, segundo o periodo da evolução ganglionar e, sobretudo, segundo o estado da pelle.

Se a pelle está sã, mal a cura se inicia, vê-se a bolsa diminuir a pouco e pouco, depois o abcesso desaparecer para dar logar a um endurecimento por vezes movel, mas ordinariamente fixo, adherente ao abcesso; depois vem o desaparecimento da membrana interna e a cura.

Este tratamento é, porém, moroso; é pre-

ciso repetir as injeções de quinze em quinze dias, durante dois ou tres mezes.

«A duração do tratamento foi em media de dois mezes e meio; mas em todos os doentes o tumor desapareceu ou tornou-se inapreciavel á vista sem que este tenha dado logar a cicatrizes cutaneas» diz Verchère.

Quando a pelle é adelgaçada, vermelha, violacea, como succede tão frequentemente nos pequenos abcessos frios do pescoço, o processo de cura é outro: ha sempre uma solução de continuidade que apparece um, dois ou mesmo tres dias depois da injeção. Esta ulceração, longe de ser um accidente que se deva temer, vem pelo contrario apressar a marcha da cura.

«O mecanismo d'esta cura, diz o auctor que vimos acompanhando, é bastante original, e permite comprehender como esta abertura da bolsa tuberculosa póde ser considerada como um incidente feliz.

«Quando a pelle ulcerada se perfura, o conteúdo da bolsa escapa-se para o exterior. Elle é ordinariamente constituido por um pús seroso escuro; depois o escoamento cessa rapidamente, e as paredes do abcesso entregues á sua flacidez acham-se em contacto, apenas separadas por uma fina camada d'iodoformio que lhes fica adherente».

Depois vem o trabalho de cicatrização que se faz por primeira ou segunda intenção, conforme a espessura da tunica profunda.

Quando a camada tuberculosa é muito es-

peça, a desorganisação faz-se mais lentamente. A bolsa soffre uma verdadeira mortificação, destaca-se pouco a pouco da camada fibrosa e vem formar no centro da cavidade um carnicão que se elimina pelo orificio cutaneo. Depois da sua sahida a cicatrisação faz-se rapidamente.

No caso em que propositadamente se rompe a pelle, a marcha é analoga. A abertura da pelle dá logar a uma cicatriz, mas ella é geralmente pequena; n'alguns casos a eliminação faz-se pela abertura do trocate, apenas alargada um pouco. Esta cicatriz não é viciosa, e em alguns casos mal se distingue. A pelle adelgada, tapetada internamente pelo iodoformio, adquire no fim d'alguns dias a sua côr e a sua apparencia normaes; desde que a abertura da bolsa se faz e a distensão cessa, começa a eliminação do carnicão, e ao cabo de pouco tempo a reunião é perfeita.

#### **Vantagens e inconvenientes das injeções intersticiaes de ether iodoformado**

A quatro se podem reduzir as vantagens do ether iodoformado, segundo os vulgarisadores do methodo:

- a) O iodoformio exerce uma acção antiseptica poderosa sobre o bacillo de Koch;
- b) Não determina accidentes quando se não

injectam mais de 5 grammas d'uma vez (Verneuil), 3 a 4 (Verchère);

c) É uma operação benigna que não deixa deformações;

d) Póde ser applicado sem que o doente interrompa as suas occupações.

Os seus detractores oppoem-lhe, por seu turno, quatro inconvenientes:

a) É um mediocre antiseptico;

b) Póde determinar perturbações graves por causa da sua introducção na economia;

c) Póde provocar accidentes depois da injectção;

d) É um tratamento muito moroso.

Vamos passar em revista, o mais resumidamente possível, todas estas vantagens e inconvenientes.

Foi von Mosetig-Moorhof quem, pela primeira vez, em 1880, affirmou a especificidade do iodoformio contra a tuberculose. Baseado na obra d'este eminente professor, Verneuil começa em 1883 os seus ensaios a seu respeito, e declara que se não é um especifico, é pelo menos um poderosissimo antiseptico. Da mesma opinião é Verchère, cujo entusiasmo por este agente se reflecte claramente n'estas suas palavras: «Em todas as observações que acabamos de apresentar, póde facilmente ver-se o effeito innegavel e constante do iodoformio sobre os tecidos tuberculosos. A sua destruição é na maioria dos casos rapida, e é-nos permittido



*perguntar se o iodoformio não será o veneno por excellencia do tuberculo».*

Villemin e Constantin Paul, sem negarem que elle suspende por bastante tempo a eclosão do bacillo da tuberculose, contestam todavia a sua pretendida especificidade. Da mesma opinião são Gubler e Lallier.

Por outro lado, alguns experimentadores, entre elles Filanus e Duclaux, declaram que o iodoformio é um antiseptico mediocre; e Fayot e Poincarré chegam mesmo a negar-lhe estas mediocres propriedades antisepticas.

Devemos no entanto notar que estas affirmativas são de experimentadores, e as deducções tiradas do gabinete para o organismo humano devem sempre ser o mais reservadas possivel.

Quanto a toxicidade, diz Verchère :

«O iodoformio não actua sómente como topico á superficie interna do abcesso; póde ainda actuar como medicamento interno. Os perigos d'intoxicação são pouco para temer se se não injectarem mais de 2 ou 3 grammas d'iodoformio; a absorpção faz-se muito lentamente».

A dóse maxima é para Verneuil ainda maior:

«Em resumo, as probabilidades d'intoxicação são bem insignificantes, se não injectarmos senão uma quantidade rasoavel do medicamento, porque o ether não se torna ameaçador e o iodoformio parece inoffensivo, comtanto que a dóse não exceda 5 grammas».

No entanto, alguns accidentes lhe são impu-

tados pelos seus adversarios. Mais d'uma vez se tem observado somnolencia com anesthesia durante duas horas e meia, e depois vomitos incoerciveis durante muitos dias.

Boeckel (1) menciona um caso de morte subita. Tratava-se d'um abcesso tuberculoso da região supra-clavicular. Injecta-se uma pequena quantidade d'ether iodoformado a 4 0/0, e o doente morre subitamente. Procede-se á autopsia e vê-se que o foco communicava com a arteria sub-clavea por intermedio d'um ganglio profundo que determinara a ruptura da arteria. É um accidente perfeitamente fortuito, impossivel de prever, e que não pôde constituir argumento contra o methodo.

O proprio Verchère cita, porém, um caso de collapsio, e muitos outros são citados por Dentu, Bouilly e Brun. São meros accidentes proprios de todos os processos, e que na nossa opinião não bastam a condemnar o iodoformio.

Não nos devemos com isto esquecer que ha a este respeito idyosincrasias impossiveis de prever.

Pôde provocar accidentes logo apoz a injectão, argumentam ainda os detractores do methodo.

Ninguem o contesta, e Verchère é o primeiro a confessal-o:

• «A distensão provocada pelo ether, volatili-

(1) Citado por Berchon.

sando-se rapidamente na cavidade do abcesso, limita-se o mais das vezes a produzir uma dôr pouco intensa e perfeitamente supportavel, *mas em alguns casos acarreta diversos inconvenientes*».

E em abono do que avança, cita em seguida estes dois casos, a que já tivemos occasião de nos referirmos:

«N'uma criança portadora d'um abcesso frio do volume d'uma maçã, nas partes lateraes da tracheia, vimos nós, depois da injeccão, sobrevirem taes phenomenos de distensão, que produziram, pela compressão da tracheia, embaraço respiratorio acompanhado de dôres violentissimas que arrancavam dilacerantes gritos ao paciente .....

..... ao cabo d'alguns minutos (depois da introduccão das agulhas de Pravaz, conforme já foi indicado), a bolsa distendeu-se e tudo entrou no estado normal».

E o outro: «Como consequencia d'uma injeccão n'um abcesso frio ao nivel da fossa temporal, vimos produzir-se uma infiltração consideravel dô vapor d'ether: tendo-se a bolsa provavelmente rompido, todo o peri-craneo se descollou e insuflou em alguns instantes, e a cabeça adquiriu um volume consideravel».

Berger, Marchand e Reclus referem casos de esphacelamento extenso da pelle. Berchon cita um caso analogo.

Todos estes accidentes foram, porém, facil-

mente remediados, e nenhum teve consequencias funestas, se exceptuarmos o já citado de Boekel.

Quanto á morosidade do tratamento, ultima objecção feita ao methodo, encontra a principal opposição na ultima das suas vantagens: os doentes não são de modo algum obrigados a estar de cama, e, durante todo o tratamento podem entregar-se ás suas occupações.

Ainda assim, uma viva reacção se levantou contra o iodoformio, e o naphtol canforado, que acabava de ser descoberto, foi ensaiado.

#### **Injecções intersticiaes do naphtol canforado**

Os trabalhos de Bouchard sobre o naphtol  $\beta$  levaram os medicos e os cirurgiões a introduzil-o na therapeutica. Sendo este corpo pouco toxico, e tendo um grande poder antiseptico, Kaposi emprega-o pela primeira vez no tratamento das tuberculoses externas, e depois d'elle Maximovitch, Reverdin, Parlz, Burrel, etc.

A ideia de o associar á canfora é, como já foi dito, devida a Desesquelle, que recommenda a seguinte formula:

«Naphtol . . . . .	100 grammas
Canfora . . . . .	200 »

Pulverisae finamente cada uma das substancias, depois aquecei brandamente a mistura até

á fusão completa. Não se deve juntar alcohol, nem agua. O liquido obtido deve ser conservado em frascos de vidro amarello, bem arrolhados.»

Os successos que se obtinham com este medicamento, como cicatrizante, nas feridas de má natureza, serviram-lhe de introductores na cirurgia e no tratamento das adenites tuberculosas.

«As numerosas observações, diz Schwartz, que podémos fazer depois que empregamos correntemente este antiseptico, levam-nos a recommendal-o activamente como muito efficaz e inoffensivo.»

N'uma communicacão lida na sessão de 14 de outubro de 1889 da Sociedade Medica-pratica, reconhece ainda Schwartz os bons effeitos do naphthol canforado e as vantagens que d'elle se podem tirar no penso das feridas e ulceracões tuberculosas. Emprega-se um composto d'uma parte de naphthol  $\beta$  e duas de canfora, o que constitue um liquido escuro, transparente, oleoso, e facilmente absorvivel pelas peças ordinarias do penso, nos casos de tuberculoses locais ulceradas, d'abcessos frios ganglionares, abertos e desembaraçados de productos fungosos pelo bisturi e pela cureta cortante.

Esta applicação do benzo-naphthol aos pensos, foi principalmente preconisada por Reverdin n'um seu artigo na *Revue médicale de la Suisse romande*, de 20 de novembro de 1888.

«*L'opération terminée, la suture faite, on projete sur la ligne de réunion une petite*

*quantité de poudre de naphthol, puis la plaie est recouverte d'un petit paquet de gaze naphtholé contenant en poids 10 ou 15 parties de naphthol pour 100 d'étoffe. Par dessus on applique de l'ouate benzoïque et une bande.»*

Schwartz faz o penso com o proprio naphthol canforado. Embebe no liquido compressas de tarlatana desgommada e fervida, exprime-as moderadamente e applica-as sobre a ulceração tuberculosa, desembaraçada das suas fungosidades. Cobre-as em seguida com tafetá impermeavel, e renova o penso todos os dias.

Nicaise preconisa tambem o naphthol  $\beta$  nos pensos, em pó, em gaze naphtholada e sob a fórma de naphthol canforado.

As injecções intersticiaes d'esta substancia no tratamento das adenites tuberculosas, foram principalmente empregadas por Rebeul, em Marselha, e depois d'elle por Nelaton.

O manual operatorio é analogo ao que já descrevemos para as injecções d'ether iodoformado.

*Resultados* — Podem resumir-se, com Rebeul, nos seguintes grupos:

1.º *Casos em que existem trajectos fistulosos.*

N'estes casos as injecções de naphthol canforado podem produzir melhoras, até curar.

2.º *Ganglios tuberculosos amollecidos.*

Evacua-se a bolsa e injecta-se o naphthol canforado. Os resultados podem fazer-se esperar mezes, emquanto que o histuri pôde curar os doentes em oito dias.

3.º *Massas enormes com embaraço de movimentos.*

Póde tentar-se a injeção, e Reboul cita um caso d'um homem de 32 annos que tinha a totalidade dos ganglios cervicaes invadida, e que, no fim d'um anno de tratamento, foi completamente curado.

David, na sua these de 1891, apresenta 21 observações d'adenites tuberculosas tratadas pelo naphtol canforado.

Sete casos eram de ganglios duros e não suppurados—7 curas; 9 casos de ganglios suppurados—4 curas; 5 casos de ganglios ulcerados—5 curas. Os casos não curados foram melhorados.

Berchon, em 6 casos tratados por este modo, apresenta duas curas, dois casos melhorados e dois insuccessos.

Schwartz, na sessão da Sociedade de Cirurgia de Paris, de 21 de fevereiro de 1894, refere o caso d'uma doente portadora de adenites cervicaes volumosas suppuradas com fistulas multiphas. A doente curou-se depois de *duzentas* injeções intersticiaes de naphtol canforado, dadas durante *nove* mezes.

### **Vantagens e inconvenientes do naphtol canforado**

Estudal-as-hemos quando applicado em injeções intersticiaes e como elemento de penso.

No primeiro caso as vantagens são, no dizer dos principaes defensores do methodo :

1.º A retracção da casca e o endurecimento do ganglio sobreveem progressivamente;

2.º O naphtol é mais antiseptico que o iodoformio.

Póde ser encontrado nas urinas durante perto de oito dias, o que permite suppor que o seu emprego é d'alguma utilidade para impedir a inoculação secundaria e a recidiva. Isto mesmo se póde, porém, observar com o iodoformio, como claramente se vê no já citado artigo de Verchère.

3.º Não ha a recear accidentes graves, como depois da injecção do iodoformio. Por mais de uma vez se teem examinado as urinas de doentes tratados por este methodo e nunca se encontrou o mais leve vestigio de albumina, que na opinião de Bouchard é o primeiro signal de intoxicacção naphtolada.

No emtanto, algumas accusações lhe são dirigidas, e Marchand refere um caso de accidentes epileptiformes com albuminuria, como consequencia das injecções de naphtol canforado. Verdade seja, apressam-se os partidarios do methodo a accrescentar, que *« il est cependant important, de bien examiner les malades au point de vue des lésions viscérales, car c'est à cette cause que sont dus les quelques accidents epileptiformes avec albuminurie, que Marchand a constatés chez une de ses malades. »*



4.º A dôr é nulla. Quando existe é insignificante.

Os inconvenientes imputados ao naphtol canforado são pouco numerosos. Em alguns casos o naphtol produz a irritação da pelle e tem sido observadas por vezes pequenas placas de erythema nas mulheres de pelle sensível. Estas placas desapparecem, porém, com facilidade e podem evitar-se com a applicação de vaselina borica.

Uma outra accusação que lhe é feita é a extrema morosidade do tratamento. Isto não constitue, porém, como já n'outra parte dissemos, grande inconveniente.

Quanto ao penso de naphtol canforado, quaes são as suas vantagens? Descreve-as assim resumidamente Nicaise:

«A dôr é quasi nulla. Consiste n'uma leve ardencia que desapparece no fim de muito pouco tempo. A feliz influencia do naphtol canforado não tarda a manifestar-se.

A gemmação effectua-se rapidamente e a ferida tende para a cicatrisação.»

No dizer de Reverdin e Nicaise, o naphtol só determina dôr quando collocado sobre uma ferida aberta.

No entanto, o dr. Girard, de Berne, que empregou tambem o naphtol como antiseptico, diz que teve de o abandonar por causa da irritação produzida na pelle.

### Tratamento geral

Seja qual fôr o periodo de evolução ganglionar, e o processo de tratamento que se ponha em pratica, o tratamento geral deve sempre ser chamado a intervir.

A therapeutica, será com effeito, tanto mais efficaz, quanto melhor fôr a hygiene, e quanto mais satisfatorias forem as condições geraes e sociaes do doente. Custa mesmo a comprehender o radicalismo d'alguns auctores que apenas querem a intervenção cirurgica, desprezando por completo o tratamento geral.

Esta medicação póde, no entanto, prestar enormes serviços nas creanças tuberculosas, portadoras de enormes massas ganglionares ainda duras e resistentes.

O oleo de figado de bacalhau, o licor de Fowler, as preparações iodadas, as pilulas de iodoformio e a creosota, formam a base d'esta medicação geral.

Fóra d'estes meios, a alimentação, o ar, a luz e o exercicio physico são ainda entre os modificadores geraes da economia, os mais poderosos.

As aguas chloretadas sodicas de que em Portugal ha as importantes nascentes da *Amieira*, no districto de (Coimbra); *Cucos* (Lisboa), muito ricas em chloreto de sodio; *Freião*, (Braga); *Branças e Fervença*, (Leiria); *Mon-*

*chique*, (Faro); e sobre tudo o ar do mar, tem egualmente dado os melhores resultados.

Casin em 1293 casos d'engorgitamentos ganglionares cervicaes e maxillares, tratados no hospital de Berck-sur-mer, obteve 990 curas (76%). O inverno não constitue um obstaculo á continuacão do tratamento maritimo, e ha mesmo quem affirme (Marchand) que os melhores resultados são sempre colhidos durante os mezes mais frios do anno.

Na sessão da Sociedade de Cirurgia de Paris, de 13 de fevereiro de 1884, insiste Chauvel sobre os bons resultados que os doentes colhem da sua permanencia no littoral do Mediterraneo, que reúne ao mesmo tempo as vantagens do ar do mar e do clima do meio-dia.

Os resultados colhidos por este tratamento são realmente maravilhosos; mas é sobretudo á sua demorada applicação que elles são devidos.

Esta perseverança da medicação, que é uma condicção indispensavel para o successo, não póde, porém, ser observada pela maioria dos doentes a quem as suas condicções sociaes não permitem uma longa permanencia n'uma estacão balnear.

E', pois, preciso fazer coincidir com o tratamento geral um tratamento local apropriado.

### Conclusões

De tudo o que fica dito parece-nos licito concluir que é preciso não ser exclusivista na therapeutica das adenites tuberculosas do pescoço.

Todos os methods tem as suas vantagens, todos apresentam uma vasta lista de serviços prestados, mas todos tem as suas indicações, para fóra das quaes não devem sahir.

Nem ferozmente radical, nem timoratamente conservador, parece-nos a mais rasoavel fórmula de proceder. O excesso e o partidarismo cego para qualquer dos lados, só pôdem, com effeito, prejudicar; medicações successivas, bem dirigidas, sem opinião preconcebida, darão, a nosso vêr, excellentes resultados.

A medicação geral, seja qual fôr o periodo d'evolução ganglionar, é a primeira indicação a prehencher. Depois o tratamento variará conforme vamos vêr.

#### *a) Ganglios endurecidos e moveis.*

Se a região é apparente e o doente se occupa em extremo com a esthetica, devem empregar-se as injeccões intersticiaes d'ether iodoformado ou de naphthol canforado para evitar as cicatrizes resultantes dos processos cirurgicos.

Se a região é occulta, devemos ainda tentar este meio, e só, quando elle falhar ou quando o doente se não queira sujeitar a tão longo tratamento, deveremos empregar a extirpação.

#### *b) Ganglios suppurados.*

Analogas considerações faremos ainda.

Se o doente temer a cicatriz, e ainda mesmo quando a não tema, deverá fazer-se uma punção com a agulha n.º 3 de Diculafoy, e a injeção no interior da bolsa d'uma pequena quantidade d'ether iodoformado ou de naphthol canforado. Se este meio falhar, poderá ser tentada a extirpação, não esquecendo que n'este periodo as adherencias podem existir mais ou menos numerosas e expôr á recidiva. A bolsa não deve ser lacerada durante a extirpação, ainda para evitar a recidiva pela disseminação das culturas.

Póde igualmente tentar-se n'este periodo a incisão e a curetagem da cavidade seguida da cauterisação pelo chloreto de zinco. A antiseptia da bolsa e a excitação das granulações destinadas a encher esta cavidade, obtêm-se pela introdução d'uma mecha iodoformada.

Este processo não offerece tambem segura garantia de cura, porque podem existir anfractuosidades onde a cureta não chegue.

*c) Ganglios ulcerados.*

É necessario fazer cessar a suppuração que enfraquece constantemente o doente. A introdução de lapis antisepticos nos trajectos fistulosos póde prestar alguns serviços; mas n'este caso encontra-se principalmente indicada a curetagem seguida ou não pela cauterisação com o chloreto de zinco e pela applicação d'um penso de naphthol canforado conforme foi descrito.

*d) Todas as phases anteriormente descritas se encontram simultaneamente.*

Devemos combinar todos estes methodos de tratamento. Cada ganglio será tratado, segundo o que deixamos dito para a phase d'evolução em que se encontrar.

Por tudo isto nos quer parecer que não ha um verdadeiro, um real antagonismo, entre estes differentes methodos; antes somos levados a crer que elles são muitas vezes chamados a completarem-se e a auxiliarem-se.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—O pretendido esphincter interno da bexiga é um incidente na evolução d'este órgão.

**Physiologia** — O pneumogastrico exerce uma acção excitante sobre todas as secreções.

**Materia-medica** — A acção antithermica do guaiacol applicado topicamente explica-se pela irritação das extremidades nervosas centripetas.

**Anatomia pathologica** — A fôrma do *bacillus scepticus gangrenae* varia no homem com o meio organico em que se encontra.

**Pathologia geral** — Theoria alguma explica satisfactoriamente a immuidade.

**Pathologia interna**—Os leucocytos desempenham um papel importante no phenomeno da intermittencia febril do impaludismo.

**Pathologia externa** — O tratamento dos myomas uterinos pela electricidade é apenas palliativo.

**Operações**—O habito do cirurgião é um elemento de valor na escolha do processo operatorio.

**Partos**—A gravidez tem manifesta influencia sobre a tuberculose.

**Hygiene** — Reprovo os torneios velocipedicos.

---

Visto,

Pimenta.

Póde imprimir-se.

O director,

Wenceslau de Lima.