

JOSÉ DE ALMEIDA FEIJÃO

TV

Contribuição para o estudo
da evolução da tuberculose
pulmonar na criança ○○○○

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Porto

199/4 FMP

PORTO, 1922

Contribuição para o estudo
da evolução da tuberculose
pulmonar na criança ◻ ◻ ◻

TIP. SEQUEIRA, LIMIT.
114, R. José Falcão, 122
— PORTO —

JOSÉ DE ALMEIDA FEIJÃO

Contribuição para o estudo
da evolução da tuberculose
pulmonar na criança ○○○○○

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Porto

PORTO, 1922

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

Prof. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO INTERINO

Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Agular
Anatomia Patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene e Epidemiologia	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia médica e Clínica de Moléstias Infecciosas	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral e Hidrologia médica	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica	Vaga
História da Medicina e Deonto- logia médica	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifillografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor Jubilado

Pedro Augusto Dias Lente catedrático

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
Art. 15.º, § 2.º do Regulamento Privilégio da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920.

IN MEMORIAM

A meu padrinho

P.^e Manuel Maria de Barros

A minha Mãe

Maria da Conceição Barros

Infundas saudades de
quem tudo vos deve.

A meu Pai

Muita dedicação e respeito.

A minha mulher

Como prova de muita estima.

A' minha filhinha

Alda Maria

A quem dedico o meu modesto
trabalho como testemunho
da minha muita amizade.

A meus irmãos

Sincera amizade.

A meus sinceros amigos

Aos meus dois ilustres
Professores e amigos

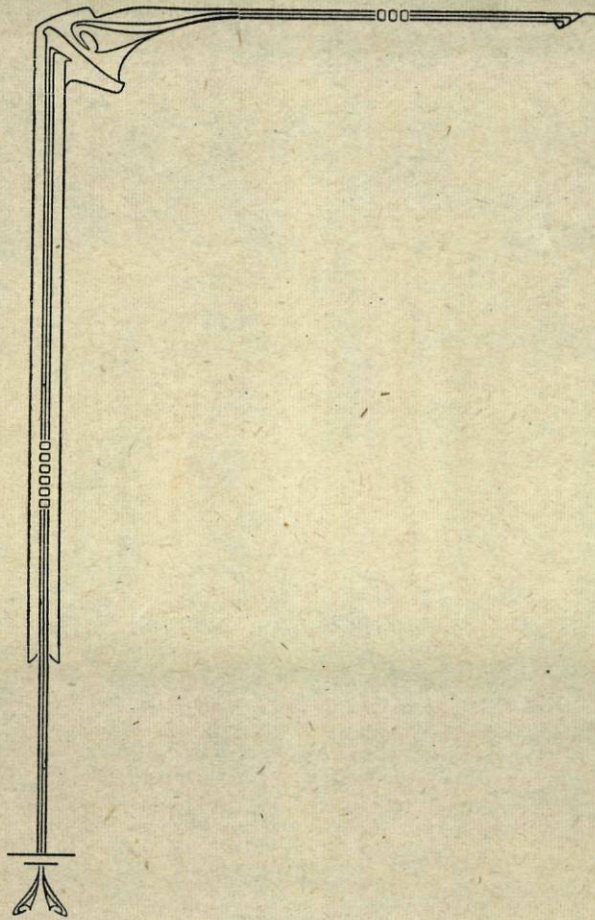
Dr. Manuel de Carvalho
Dr. Couto Nobre

Homenagem de profundo reco-
nhecimento.

Ao ilustre professor
e meu presidente de tese

Dr. Antonio de Almeida Garrett

Como prova de muita conside-
ração e respeito.



SÓMENTE DUAS LINHAS

A sciencia é feita de migalhas que espiritos investigadores arranjam, isolados uns dos outros, para serem depois reunidas.

LEVEREI longos meses primeiro que me fixasse sobre o assunto que constitue o tema da minha tese. Muitos desfilaram perante o meu espirito mas nenhum como este me mereceu acolhimento. É que nunca é demais falar sobre tuberculose, esse terrivel flagelo que todos os dias e por toda a parte, leva o luto a milhares de corações.

Podia talvez escolher um assunto mais facil de estudar e de mais efeito para uma tese, mas eu, desde que me decidi a fazer este trabalho, pensei não só em satisfazer uma disposição da lei, mas tambem em produzir qualquer coisa de util para aqueles que quizerem lêr-me.

São numerosas as publicações sobre tuberculose

que dia a dia vão aparecendo porque esta grave doença que constitue o mais terrível flagelo social, interessa, com razão, muitas inteligencias. E de notar, porém, que bem pouco se referem os autores á localização e evolução pulmonar da tuberculose na criança e é por isso que eu trato este assunto, contribuindo com o meu modesto trabalho para um mais perfeito conhecimento deste capitulo da pediatria.

E a minha migalha.

E se eu conseguir que esta migalha, reunida a outras, produza um todo de algum valor, julgo-me bem pago de todo o meu esforço.

*

* *

As minhas observações foram colhidas no Dispensario da Assistencia Nacional aos Tuberculosos do Porto e o meu trabalho orientado e dirigido por o Prof. Dr. Almeida Garrett a quem deixo aqui patenteado o meu mais profundo reconhecimento.

(As observações vão reduzidas ao minimo indispensavel para a compreensão dos respectivos casos.)

Cumpre-me agradecer tambem, neste lugar, ao ilustre Director do Dispensario, Dr. Carteado Mena, a prontidão com que me dispensou todas as facilidades para a realização deste trabalho.

Outubro de 1922.



SE na idade adulta a tuberculose tem enorme papel em patologia humana, não o tem menor na infancia, epoca da vida em que a infecção se estabelece.

E a infancia a idade das infecções, mas a infecção tuberculosa ocupa o lugar de primacia manifestando-se por um extraordinario polimorfismo, indo das formas latentes, (que por vezes passam despercebidas aos olhos do clinico e em que a autopsia tem revelado massas tuberculosas) á forma cavernosa do adulto.

Este polimorfismo, revelado por a enorme variedade dos quadros clinicos porque se manifestam os processos bacilares nas crianças, é tambem função da idade, pois a tuberculinização, que pode começar pouco depois da nascença, cresce constantemente com os anos e cada vez vai dando formas mais localizadas.

Outros factores hã que podem concorrer bastante para o polimorfismo da bacilose e sua curabilidade:

- a) numero, qualidade e forma do bacilo;
- b) associações bacilares (unico nas tuberculoses latentes e associado nos cavitarios);
- c) topografia das lesões;
- d) doenças associadas;
- e) condições do terreno organico em que o bacilo se instala e o meio onde vive o doente.

Primitivamente havia a concepção de que a tuberculose era excepcional no lactante.

Landouzy em 1886, provou com numerosas autopsias que quasi um terço da mortalidade dos lactantes é devida á tuberculose.

Segundo as estatisticas de Küss, Comby, Kossel e Hamburger, a percentagem da mortalidade infantil pela tuberculose calculada por cento dos obitos para cada idade é:

	Küss	Comby	Kossel	Hamburger
0 a 3 meses	1,6	2	1,6	6
3 a 6 »	13	18	11	17
6 a 12 »	»	27	»	22
2 anos	24	43	»	»
2 a 4 »	50	»	»	30
Puberdade	»	»	»	53

Naegeli verificou que a frequencia da tuberculose cresce do 1.º ao 18.º ano e na puberdade a presença de lesões tuberculosas reveladas por a autopsia observa-se já de 96 %.

A cuti-reacção positiva á tuberculina mostra bem a progressão com a idade da infecção bacilar:

Percentagem das cuti-reacções positivas segundo a idade

	V. Pirquet	Hamburger	Mantoux
0 a 3 meses	3	0	2,4
3 a 12 »	»	»	»
2 anos.	2	9	29
3 a 4 »	13	23	50
5 a 6 »	17	36	»
7 a 10 »	35	47	82
11 a 14 »	55	51	»

*

* *

A evolução da infecção tuberculosa da criança, segundo os estudos de Debré, Jacquet, Paraf e Dautrebande, varia conforme a dose de bacilos infectantes, e, as formas serão tanto mais graves, não apresentando a criança qualquer imunidade, quanto maior fôr a quantidade de bacilos absorvidos em massa ou em inoculações sucessivas.

Com infecções bacilares discretas a criança pode apenas manifestar ligeiras perturbações que não seja possível ao clínico decifrar o mal sem lançar mão da cuti-reacção (tuberculoses latentes). É preciso notar que não é para desprezar o periodo de tempo que decorre entre o momento da infecção bacilar e a reacção positiva á tuberculina — periodo anti-alergico — de Debré e Jaquet que é tanto mais curto quanto maior fôr a infecção bacilar e a idade da criança; por conseguinte, mais grave será então a forma da tuberculose.

Processos latentes ha que rapidamente se transformam em processos agudos, a curto praso mortais, e assim Ribadeau-Dumas e Rolland apresentaram a observação de duas crianças de 1 e 6 anos nas quais se constatou no curso duma tuberculose latente, um síndrome terminal caracterizado sobretudo por uma modificação brusca no estado geral sem sintoma de localização preciso, á parte vagos sinais de reacção meningea.

A infecção tuberculosa na criança aumenta, como já foi dito, á medida do seu crescimento e ao mesmo tempo tornam-se mais evidentes os quadros clinicos por se definirem melhor as localizações bacilares.

Temos, pois, processos latentes, discretos e arrasados e processos em evolução, generalizados ou loca-

caracteres especiais; outra, a partir do prazo em que a tuberculose pulmonar, embora evoluçionando sempre com mais rapidez que no adulto, se não diferencia clinicamente da deste. Nestes casos, quanto mais a idade se aproxima da adolescencia tanto mais a marcha da tuberculose é vagarosa, mais notados são os caracteres diferenciais que permitem estabelecer os periodos em que o processo se divide: periodo incipiente, tuberculose confirmada, cavernização e caquexia.

Não ha duvida que esta evolução das formas clinicas da tuberculose é a que mencionam os diversos autores e ela parece de facto traduzir a verdade.

O illustre prof. Dr. Almeida Garrett, no seu livro —*Contribuições para o estudo do diagnostico precoce da tuberculose*— insere uma estatistica relacionando a frequencia da bacilose pulmonar e outras formas da tuberculose na criança com a idade dos doentes:

Idades	Tuberculose pulmonar	T. generalis. discreta	Outras tuberculosas
0 a 6 meses	—	1	—
6 a 12 »	—	5	2
1 a 2 anos.	—	21	2
2 a 3 »	2	23	5
3 a 4 »	6	8	4
4 a 5 »	9	17	8
5 a 7 »	36	44	19
7 a 10 »	86	21	11
10 a 14 »	199	3	15

A tuberculose pulmonar, rara nas primeiras idades, torna-se sobretudo frequente ao avizinhar-se da adolescência, tomando então os caracteres clinicos proprios da tuberculose pulmonar do adulto. São, porém, bastante omissos os livros de pediatria sobre o que respeita ás localizações pulmonares nas crianças.

Como se apresenta nas diversas idades da infancia essa localização pulmonar?

Qual é a sua evolução segundo a idade do doente?

Qual é a gravidade dessas lesões em relação á idade do doente e á situação do processo bacilar?

São outras tantas perguntas a que não encontrei nos livros consultados respostas suficientes para esclarecer o clinico que tenha de tratar esses casos de tanto interesse na pratica.

Daqui nasceu a ideia de escrever este trabalho baseando-o em observações clinicas. Das observações que colhi, algumas se referem a crianças da 2.^a infancia. Não pude observar casos de bacilose pulmonar durante a primeira infancia. A raridade desses casos é referida por todos os autores.

De facto, se a tuberculose se instala de preferencia nos pulmões, em qualquer idade, durante a primeira infancia é em regra uma infecção generalizada, em que as manifestações pulmonares são apenas uma parte das

diversas localizações do processo bacilar que o doente simultaneamente apresenta. Como forma mais localizada, ou melhor menos generalizada, ha a bronco-pneumonia tuberculosa, aguda, que sendo extensa leva á morte, e sendo um foco reduzido representa a porta de entrada do bacilo para uma infecção generalizada, que pode ou traduzir-se logo por sintomas de granulia, ou levar ás diversas formas de bacilose generalizada cronica.

Da segunda infancia, tenho 8 observações, de crianças entre 2 e 6 anos, sendo de 2 anos, no limite portanto da primeira infancia, — 3 casos. Mas nenhum destes 3 casos apresenta uma localização pulmonar nítida, se bem que tenham sintomas toraxicos, a par de sintomas gerais dominando o quadro clinico e definindo o diagnostico de bacilose.

É exemplo o doente n.º 1:

N.º 1

J. F. S., de 2 anos, inscrito em 31 de Agosto de 1922.

Ha 3 meses que tem tosse sêca, rara, suores, diarrêa ás temporadas e por vezes abundante e aquosa, mas já de ha muito tempo vem emagrecendo e tomando a côr palida cada vez mais acentuada, segundo informa a mãe.

O exame clinico mostra uma micropoliadenia, rêde venosa toraxica e ipertricrose palpebral.

Doentes desta ordem, podem ter, com o agravamento dos sintomas infeciosos, uma terminação fatal, num prazo mais ou menos curto.

Foi o que sucedeu ao doente n.º 2, cuja historia clinica era a seguinte:

• N.º 2

A. C., de 2 anos, inscrito em 17 de Novembro de 1921.

Desde os 6 meses, depois duma enterorragia, começou a emagrecer, a ter tosse sêca, rara e anorexia. E' uma criança palida, com ipertricrose ciliar e micropoliadenia. Cuti-reação positiva.

Abandonou o Dispensario em 17 de Novembro de 1921, vindo a falecer mais tarde.

Mas, casos ha em que a evolução se faz benignamente, melhorando o estado geral e os sintomas locais. Fazem pensar esses casos na doutrina que diz haver sempre no estabelecimento do processo tuberculoso na criança, uma lesão pulmonar; que a porta de entrada do bacilo é pelo aparelho respiratorio, e que a fenomenos de localização bronco-pulmonar mais ou menos evidentes, se succede uma septicemia, ou intoxicação geral, que transforma o organismo em receptaculo da bacilose, ficando os bacilos acantonados nos ganglios satelites dos territorios em que se fez a localização primaria.

Segundo Heubner a infecção bacilar, ou melhor a localização pulmonar da tuberculose, na criança, começa sempre por um ou varios ganglios linfaticos do

hilo do pulmão, á volta dum bronquio, sendo principalmente affectados os que rodeiam o bronquio do lobo medio do pulmão direito; daqui a infecção tuberculosa propaga-se ao tecido pulmonar e avança pouco a pouco para o interior deste.

É exemplo de casos de evolução benigna o seguinte:

N.º 3

R. S., de 2 anos, inscrito em 15 de Junho de 1917. Uma irmã e a mãe são tuberculosas.

Desde que nasceu tem sofrido de repetidas enterites.

Ha 15 dias que tosse, faz febre ás vezes, tem diarrêa frequente e suores frios; micropoliadenia, inapetencia, anorexia, e emaciação. Sarridos dispersos de bronquite.

A minha obs. feita em 23 de Outubro de 1922, revelou sarridos de bronquite dispersos no pulmão direito; a tosse é mais humida, tem mais apetite e poucos suores noturnos. Apresenta regular estado geral.

O doente de menos idade que observei com localização pulmonar bem nitida tinha 3 anos de idade. A historia da sua doença, mostra como rapidamente se instalaram as lesões pulmonares, a seguir a sintomas intestinais, que podiam ser de ordem banal, ou ser já resultado da infecção bacilar:

N.º 4

B. N. A., de 3 anos, inscrita em 5 de Outubro de 1922.

Em 4 de Setembro de 1922, teve uma enterite com enterorragia, e de então para cá tem tosse, dispnêa, suores frios e noturnos, anorexia e inapetencia. O exame clínico revelou emagrecimento notável, micropoliadenia, sarridos de fusão em ambos os vértices pulmonares e zonas de infiltração para as bases.

A minha obs. feita em 20 de Outubro de 1922, revelou palidez acentuada, emagrecimento, febre elevada ás tardes, tosse violenta e humida, suores frios, micropoliadenia, forte dispnêa e sarridos de fusão ocupando os $\frac{2}{3}$ superiores dos dois pulmões.

As seguintes observações são de dois doentes, com 5 anos de idade, que foram seguidos durante cerca de 5 meses e que apresentavam já localizações nos vertices, semelhantes ás da tuberculose pulmonar do adulto e acompanhadas dos habituais sintomas de intoxicação geral:

N.º 5

A. S., de 5 anos, inscrito em 20 de Abril de 1922.

Desde ha 15 dias para cá tem tosse rara e sêca, anorexia e mucosas anemiadas. Emagrecimento, micropoliadenia, dôres toraxicas do lado esquerdo com exacerbação á pressão; sub-macicez, sarridos finos e numerosos, broncofonia e aumento das vibrações vocais no vertice pulmonar esquerdo.

A minha obs. feita em 20 de Outubro de 1922: tosse sêca e rara, apetite, regular estado geral. Sub-macicez ligeira, respiração rude, expiração prolongada e vagos sinais de bronquite no terço superior do pulmão esquerdo.

N.º 6

E. C. F. S., de 5 anos, inscrita em 22 de Junho de 1922.

Teve a coqueluche ha 3 anos, e ficou sempre com tosse, ora mais ora menos, por acessos, coqueluchoide.

Tem suores noturnos e por vezes apresenta expectoração muco-purulenta. E' uma criança magra, com micropoliadenia, sinal de Smith e sinais de bronquite nos dois pulmões.

A minha obs. feita em 20 de Outubro de 1922: tosse violenta principalmente de noite, pouco apetite, suores frios e noturnos, dôres abdominais e diarrêa por vezes; sub-macicez, aumento das vibrações vocais, murmurio respiratorio rude e sarridos de bronquite nos vertices pulmonares.

A par da localização mais acentuada nos doentes destas idades, quando o processo faz a sua evolução de uma maneira lenta, o prognostico passa a ser mais benigno.

Essa impressão colhe-se bem das duas seguintes observações, nas quais os doentes foram seguidos durante bastante tempo: um durante 1 ano e o outro durante 3 anos. Estes dois doentes, melhoraram tanto dos sinais locais como dos gerais:

N.º 7

A. C. B., de 6 anos, inscrito em 18 de Junho de 1921.

Vem emagrecendo e tossindo desde Janeiro; tem anorexia, rêde venosa toraxica, astenia, micropoliadenia cervical e axilar direita, pequena ipertricose palpebral. Ligeira sub-macicez, murmúrio respiratorio soprado e broncofonia em quasi toda a snperficie do pulmão direito; sibilos, broncofonia e sôpro bronquico no espaço interescapular.

A minha obs. em 12 de Outubro de 1922: palidez pouco acentuada, apetite regular, tosse muito rara. Respiração rude, expiração prolongada, á direita; respiração e sonoridade diminuidas á esquerda.

O estado geral é regular.

N.º 8

A. A. C., de 5 anos, inscrita em 5 de Agosto de 1914.

Tem tido fastio, tosse sêca, febre ás tardes, suores e tem emagrecido bástante. O exame bronco-pulmonar mostra uma respiração rude, com sub-macicez, vibrações vocais aumentadas, broncofonia, no vertice pulmonar direito e atritos pleurais na sua face posterior.

A minha obs. em 29 de Junho de 1917: torax um pouco estreito, emaciação, ipertricose palpebral, micro-adenia cervical, suores raros mas frios e noturnos, tosse não muito violenta e apetite regular; sarridos dispersos de bronquite no pulmão direito e broncofonia, vibrações vocais aumentadas e ligeira sub-macicez no vertice.

Cuti-reacção positiva.

Passemos á idade escolar. Os limites entre a segunda infancia e a grande infancia, pelo que respeita á bacilose pulmonar não são nitidos. Acentuam-se as localizações, e a marcha do processo é variavel, podendo ser a que se deduz das observações anteriores. Nem sempre, como se passou com o ultimo caso mencionado, é benigna a marcha da bacilose pulmonar nessas idades. Os casos em que a evolução se faz progressivamente para a morte, são frequentes. E como sucede no adulto, os casos peores são em geral aqueles em que dominam os fenomenos gerais, denunciadores da actividade do foco infeccioso.

Eis uma observação dessa evolução fatal:

N.º 9

J. L. P., de 7 anos, inscrito em 6 de Julho de 1922.

Ha 6 meses que começou a ter diarrêa, tendo antes perdido a appetite. Tem emagrecido e enfraquecido muito a ponto de pouco poder andar. E' uma criança com notavel palidez, grande astenia, anorexia, tosse sêca e rara; tem suores noturnos e abundantes, micropoliadenia, ventre abaulado e doloroso, por vezes diarrêa. Roncos, sibilos, murmurio respiratorio diminuido e vibrações vocais aumentadas em quasi todo o pulmão direito.

Faleceu em 22 de Agosto de 1922.

A evolução da doença neste caso, não foi alem de 2 meses. Mais arrastada, e parece-nos que mais se con-

forma com a maioria dos casos da clinica, foi o da seguinte observação, em que o doente, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, durou cerca de um ano:

N.º 10

C. A. C., de 9 anos, inscrito em 19 de Novembro de 1921.

De ha 6 meses para cá começou a perder o appetite, a emagrecer, e cada vez a tossir mais; súa de noite, tem febre ás tardes, tosse por vezes violenta, expectoração muco-purulenta.

Sarridos de fusão no vertice pulmonar esquerdo; sub-macicez, ruído de gargolejo, broncofonia no vertice pulmonar direito.

Abandonou o Dispensario em 19 de Janeiro de 1922, vindo a falecer mais tarde.

Quando este doente foi observado pela primeira vez, com cerca de 6 meses de doença, os pulmões estavam já em fusão; e vê-se nesta observação como com o progredir das lesões locais e consequente invasão do organismo pelas toxinas, o doente caminhou para a caquexia final.

Casos ha porém, em que a evolução é muito rápida, dando a impressão de um processo agudo implantado sobre uma lesão que ao começo parecia de evolução lenta.

É assim o seguinte caso:

N.º 11

L. C. G., de 9 anos, inscrita em 10 de Agosto de 1922.

Começou a doença por fastio e emagrecimento ha cerca de 3 meses. Tem perdido o apetite e emagrecido a olhos vistos ha 2 meses para cá; tem tosse rara, micropoliadenia. Murmurio respiratorio rude, expiração prolongada, sonoridade diminuida na zona de Chauvet direita.

Abandonou o Dispensario em 7 de Setembro de 1922 e veio a falecer pouco depois.

Quando casos destes aparecem na clinica, deve pois prever-se a possibilidade de uma rapida aceleração do processo, sem que se possa dizer que tal se dará de uma maneira certa. Esta duvida existe por exemplo no caso seguinte em que o processo bacilar se torna evidente pela existencia de sintomas gerais de intoxicação, mas que, seguido durante 2 meses, se manteve estacionario o estado local.

N.º 12

M. M., de 8 anos, inscrita em 17 de Agosto de 1922.

Ha 4 anos que emagrece e tem fastio. Tem suores noturnos tosse rara e sêca, ipertricose palpebral e facial, micropoliadenia; é notavel a palidez da pele e mucosas. Murmurio respiratorio diminuido, submacicez e vibração vocais aumentadas no vertice pulmonar direito.

A minha obs. em 20 de Outubro de 1922: continuam a acen-
tuar-se os mesmos sintomas gerais colhidos na 1.^a obs. O exame
bronco-pulmonar mostra o murmúrio respiratório diminuído, sub-
macicez e broncofonia no vertice pulmonar direito.

Igualmente localizado, e com marcha torpida, man-
tendo-se sensivelmente o estado do doente, é o pró-
cesso da seguinte observação, em que o doente foi se-
guido por mais largo prazo de tempo — 19 meses:

N.º 13

D. L. C., de 8 anos, inscrito em 7 de Janeiro de 1920.

Ha 1 mês teve o sarampo, e desde então tem tido sempre
tosse, fastio e tem emagrecido. O exame clinico mostra uma criança
magra, com ipertrícose palpebral e micropoliadenopatia. Inspiração
intercisa, expiração prolongada e sinais de bronquite em quasi toda
a extensão do pulmão direito.

A minha obs. em 19 de Outubro de 1922: tem pouco appetite,
continua a emagrecer, dôres abdominaes expontaneas e provocadas,
diarrêa por vezes. No vertice pulmonar direito: inspiração intercisa,
expiração prolongada, aumento das vibrações vocais e ligeira sub-
macicez.

Respiração rude no vertice esquerdo.

Pela mesma forma arrastado é o caso seguinte,
que pode ser observado durante 17 meses, mas em
que lentamente se vai fazendo uma evolução má. As
lesões pulmonares progridem e o estado geral peora:

N.º 14

B. C. F., de 10 anos, inscrita em 10 de Março de 1921.

Teve a coqueluche ha 2 anos e de então para cá tem tido sempre tosse, que agora é mais violenta, tem hemoptises repetidas vezes; expectoração muco-purulenta, suores noturnos, febre ás tardes, inapetentia e emaciação.

Sarridos sub-crepitantes nos $\frac{2}{3}$ superiores do pulmão esquerdo; sub-macicez, estalidos, vibrações vocais aumentadas, sarridos sub-crepitantes finos no vertice pulmonar direito.

A minha obs. em 20 de Outubro de 1922: mau estado geral, notavel emagrecimento, dispnêa, tosse violenta, expectoração muco-purulenta e por vezes hemoptoica, suores frios e noturnos. Sub-macicez, respiração diminuida, vibrações vocais aumentadas no vertice direito; sarridos de fusão em quasi todo o pulmão direito e no terço superior do pulmão esquerdo.

Mas a observação mais interessante, por existir a sua historia clinica desde o começo da doença, e ter sido o caso seguido durante 4 anos, é a que passamos a expôr. Parecem-nos de maior valor observações como esta, em que se segue o doente durante um longo período de tempo, mostrando assim a marcha que a doença pode seguir. E, ao contrario do que se passou com o caso anterior, a evolução do processo, tem sido favoravel neste doente:

N.º 15

R. J. S., de 9 anos, inscrita em 16 de Outubro de 1918.

Teve a gripe ha 10 dias e ficou com tosse um pouco sêca, com maior expectoração do lado da manhã; tem emagrecido, sente-se fraca e queixa-se de pontadas toraxicas. Murmurio respiratorio rude, e sibilos no vertice pulmonar esquerdo; murmurio respiratorio rude, leves sarridos sub-crepitantes, e aumento das vibrações vocais no vertice pulmonar direito. Dôres abdominais e diarrêa.

A minha obs. em 23 de Outubro de 1922: tosse rara e sêca, appetite, estado geral regular. O exame bronco-pulmonar mostra: respiração rude, inspiração intercisa e sibilos no vertice pulmonar direito.

Temos assim colecionadas 7 observações, diversas, de casos entre os 7 e os 9 anos.

Vamos vêr alguns casos de doentes entre os 10 e os 12 anos. Eis 3 observações em que a par de sinais de lesões nos vertices, em variavel periodo de evolução, se apresentam sintomas bronquicos e pleurais, que nos parecem coexistir com frequencia nestas idades em que se faz a transição da criança para o adulto:

N.º 16

M. A., de 12 anos, inscrito em 10 de Agosto de 1922.

Desde pequeno que tosse mais ou menos. Por vezes a tosse é violenta, causando escarros sanguineos e é mais frequente de noite, segundo diz a mãe.

O exame clínico revela: poliadenia, sub-macicez, roncós e sibilos de bronquite em toda a extensão dos dois pulmões.

A minha obs. em 19 de Outubro de 1922: tosse mais diminuída, anorexia e inapetência.

Nô vertice do pulmão direito: sub-macicez, respiração rude, inspiração intercisa, expiração prolongada, sibilos e broncofonia; respiração rude e atritos pleurais no vertice esquerdo.

N.º 17

A. S. C., de 12 anos, inscrito em 17 de Agosto de 1922.

Este doente queixa-se de grande fraqueza, suores noturnos e de tosse com expectoração mucosa.

O exame torácico revelou micropoliadenia acentuada, ipertricrose palpebral, murmúrio respiratório diminuído em quasi todo o pulmão direito, leves sarridos crepitantes e sinais pleurais no vertice.

N.º 18

E. C. S., de 12 anos, inscrito em 7 de Setembro de 1922. A mãe é tuberculosa.

De ha 3 meses para cá tem tosse, por vezes violenta, com expectoração mucosa, suores noturnos e anorexia; tem emagrecido e sente-se fraco. Ha micropoliadenia, macicez, vibrações vocais aumentadas, murmúrio respiratório soprado, sarridos de bronquite no vertice pulmonar esquerdo; sub-macicez e vibração vocais aumentadas no vertice direito e sinais de pleurisia sêca na base.

A minha obs. em 20 de Outubro de 1922: palidez, notável emaciação, ipertricrose palpebral e da face, micropoliadenia acentuada, anorexia, vômitos, tosse com expectoração muco-purulenta, febre ás tardes; sub-macicez, respiração diminuída, sarridos de fusão nos $\frac{2}{3}$ superiores dos dois pulmões.

O seguinte caso, observado pela primeira vez já com sinais de fusão pulmonar extensa, é um exemplo da tuberculose pulmonar ulcerada crônica, de marcha arrastada e progressivamente encaminhada para a terminação fatal:

N.º 19

C. A. S., de 10 anos, inscrita em 3 de Setembro de 1921.

Desde Julho de 1920 que vem tossindo e emagrecendo, sintomas estes que ultimamente se tem acentuado; suores noturnos.

A tosse é frequente com expectoração muco-purulenta e por vezes hemoptoica; tem anorexia, micropoliadenia e vomitos. Submacicez, sarridos de bolhas finas, roncos, aumento das vibrações vocais no vertice pulmonar direito.

Ruido de pleurisia sêca na base esquerda.

A minha obs. em 30 de Março de 1922: suores noturnos, anorexia, astenia, emagrecimento notavel, tosse com expectoração muco-purulenta ou hemoptoica, febre ás tardes.

Vibrações vocais aumentadas, broncofonia, sarridos de fusão no vertice pulmonar direito; atritos pleurais na base esquerda.

Morreu em 13 de Maio de 1922.

Tambem com reacção pleural, acompanhando as lesões pulmonares, temos o seguinte caso, em que o doente foi visto ainda numa fase menos avançada do processo ulcerativo. E a evolução fez-se neste doente de modo inteiramente diverso, tendo melhorado um pouco durante os 2 anos em que foi seguido:

N.º 20

M. L. A., de 11 anos, inscrita em 6 de Outubro de 1920.

Tem tosse sêca, suores noturnos, febrícula ás tardes.

O exame toraxico revela pequena retração do hemitorax direito, sonoridade diminuida, respiração rude e leves sinais pleurais em toda a altura do pulmão direito; respiração diminuida no vertice esquerdo.

Sente-se fraca, tem emagrecido, e uma inapetencia irresistivel.

A minha obs. em 12 de Outubro de 1922: appetite regular, tosse rara, microadenia axilares. Respiração rude, inspiração intercisa, sonoridade diminuida no terço superior do pulmão direito; respiração prolongada no vertice esquerdo. Sente bastante melhoras.

Comparando estes dois casos, semelhantes pela marcha lenta do processo, vê-se que não é possível neste segundo caso prevêr qual a evolução futura, porque o processo pode de um momento para outro agravar-se e passar a tomar o aspecto da primeira observação. Mas o que se depreende de ambas elas é a marcha arrastada do processo. Essa marcha parece ser a habitual nestas idades. E mais se acentua o facto, á medida que os doentes se aproximam da adolescencia.

Eis um exemplo de bacilose pulmonar discreta, mantendo-se no mesmo estado durante cerca de 2 anos:

N.º 21

M. J. G., de 12 anos, inscrita em 21 de Julho de 1920. O pai é tuberculoso. E' uma criança magra e fraca, tem suores, tosse rara, com expectoração muco-purulenta pouco abundante; já teve hemoptises.

A auscultação revela: roncos, respiração rude e intercisa, expiração prolongada, broncofonia no vertice pulmonar esquerdo.

A minha obs. em 20 de Outubro de 1922: tosse rara, pouco apetite, suores, dôres abdominais e diarrêa.

Respiração diminuida, broncofonia no vertice direito; ligeira sub-macidez, inspiração intercisa, expiração prolongada no vertice esquerdo.

Por ser tambem interessante, exaremos o caso de um doente seguido durante mais de 6 anos, que foi lentamente caminhando para a cura:

N.º 22

E. S., de 12 anos, inscrito em 14 de Fevereiro de 1916.

Desde Agosto de 1915, tem-se queixado de dôres toraxicas, tosse, suores frequentes e de fraqueza: tem diarrêa por vezes e tem emagrecido.

Murmurio respiratorio mais rude, inspiração intercisa, expiração prolongada do lado esquerdo. E' notavel a palidez da face e mucosas, micropoliadenia, ipertricrose palpebral.

A minha obs. em 25 de Outubro de 1922: não tem tosse, tem bom apetite e apresenta regular estado geral. Murmurio respiratorio rude e inspiração intercisa no vertice esquerdo.

Eis agora dois casos de marcha lenta igualmente, que embora apresentando já, nas primeiras observações, lesões extensas de fusão pulmonar, e caminhando a olhos vistos para a morte, puderam contudo ser seguidos durante cerca de um ano:

N.º 23

M. F. S., de 13 anos, inscrito em 13 de Agosto de 1919. Desde Novembro de 1918 que tem dôres toraxicas, tosse violenta, dispnêa, suores noturnos, anorexia e inapetencia. Teve hemoptises ha 8 dias.

O exame toraxico mostra sarridos de fusão nos dois vertices pulmonares.

Já tinha frequentado o Dispensario havia 6 meses.

Não voltou á consulta desde o dia 27 de Agosto de 1920, vindo a falecer mais tarde.

N.º 24

M. C. S., de 13 anos, inscrito em 26 de Abril de 1921.

É uma criança magra, tem suores noturnos, tosse com expectoração muco-purulenta, dispnêa.

Sarridos de fusão no lobo superior do pulmão direito.

A minha obs. em 30 de Março de 1922: estadô geral mau, tosse com expectoração muco-purulenta abundante.

No vertice do pulmão direito: sarridos de fusão, gargolejo, sopro anforico, vibrações vocais aumentadas; pequeno derrame pleural na base. No vertice esquerdo: murmurio respiratorio rude.

Deixou de frequentar o Dispensario em 20 de Julho de 1922, e faleceu mais tarde.

*

* *

Na primeira infancia, a tuberculose pulmonar, como manifestação isolada da infecção bacilar, é excepcional. Os sintomas toraxicos são parte do quadro clinico duma infecção generalizada. Exceptuando a bronco-pneumonia tuberculosa, aguda, os sinais pulmonares são em geral discretos, dando vagos sinais estetoscopicos, como disso dão exemplo os doentes n.^{os} 1, 2 e 3, que conquanto passem já da idade da primeira infancia, estavam proximos do limite desta.

A partir da idade dos dois anos as localizações pulmonares tornam-se mais evidentes, parecendo esta idade marcar o limite de transição entre as formas generalizadas e as localizações pulmonares.

O doente n.^o 4, de 3 anos de idade, apresenta já nitida localização pulmonar e de marcha progressiva para a cavernização e caquexia terminal.

As lesões tuberculosas são, por via de regra, mais extensas nas baixas idades, como se observa nos doentes n.^{os} 3, 4, 5, 7, 8 e 9 (2 a 7 anos) e mais localizadas aos vertices pulmonares a partir desta idade, sendo bem explicitos os casos com mais de oito anos, em que sempre se afirmaram localizações semelhantes ás observadas no adulto. As reacções pleurais tuberculosas, banais no adulto, (onde são representadas mais frequentemente pela pleurisia sero-fibrinosa) são raras na criança.

E' muito variavel a evolução. O processo bacilar pode parar em qualquer dos diferentes estados da sua evolução, encaminhando-se para a cura ou para a terminação final.

As melhoras apresentadas pelos doentes n.^{os} 5, 7, 15 e 20, no curto prazo de tempo decorrido entre a 1.^a e 2.^a observação são bastante consideraveis.

Pelo contrario, assistimos a evoluções graves e rapidas nos casos n.^{os} 4, 6, 14, 18, 22, 23.

Apartando por idades os casos de evolução favoravel e os de evolução desfavoravel, vê-se que ha uma preferencia dos primeiros para as idades menores. A tuberculose pulmonar, se segue uma marcha tanto mais cronica, em geral, quanto maior é a idade da criança, também mais rapidamente resolvem, ou para a cura ou para a morte.

Assim se compreende como das muitas crianças infectadas no decurso da segunda infância, por via pulmonar, as que escapam tem os casos de bacilose cronica e discreta, tão frequentes, com os seus sinais da existencia anterior de uma lesão pulmonar. Esta lesão pode subsistir em actividade apagada, ou dela ter ficado uma cicatriz que pode clinicamente ser perceptivel ou imperceptivel.

Mais tarde o foco primitivo pode reacender-se, ou instalar-se novo foco.

Então temos o processo fazendo a sua evolução como no adulto, e a tuberculose pulmonar perde as caracteristicas proprias da infancia, para ficarmos em

frente de casos semelhantes aos que se observam na clinica usual dos adultos: casos de tuberculose pulmonar ulcerosa cronica, na maior das vezes.

NOTA

O tratamento instituido a este doentes foi apenas sintomatico e remineralizante, e em muitos se fez tratamento iodado para actuar sobre as adenias.

VISTO

Almeida Garrett

Presidente

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins

Director

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Contribuição para o estudo do diagnóstico precoce da tuberculose — DR. ALMEIDA GARRETT — 1916.

Medicina Contemporanea — 1922.

APERT — *Maladies des enfants*, Paris — 1920.

SUÑER Y ORDOÑEZ — *Enfermedades de la infancia* —
Tomo I e II.

COMBY — *Maladies de l'enfance* — Paris, 1907.

Presse medical — 1914, 1919, 1920.

Paris medical — 1920, 1922.

Revista de tuberculosis (Valencia) — 1921, 1922.

Revista de higiene y de tuberculosis (Valencia) — 1922.