

VI

Artur Nery de Oliveira e Sousa

N.º 10



Tuberculoses pulmonares
==== latentes ====

TESE DE DOUTORAMENTO
apresentada à Faculdade
de Medicina do Pôrto



Dezembro de 1918

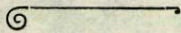
IMPRENSA NACIONAL
—Jaime Vasconcelos—
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

179/6 FNP

TUBERCULOSES PULMONARES
—— LATENTES ——

Artur Nery de Oliveira e Sousa

N.º 10



Tuberculosas pulmonares ===== latentes =====

TESE DE DOUTORAMENTO
apresentada à Faculdade
de Medicina do Pôrto



Dezembro de 1918

IMPRESA NACIONAL

—Jaime Vasconcelos—

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Augusto Henriques de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Cândido Augusto Correia de Pinho . . .	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior . . .	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luis de Freitas Viegas	Dermatologia e sifilografia.
José Dias de Almeida Júnior	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães . . .	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
António Joaquim de Sousa Júnior . . .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Tiago Augusto de Almeida	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
António de Sousa Magalhães e Lemos .	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
António de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas. Clínica das doenças infecciosas.
Vaga	

Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

A meus queridos e extremosos Pais

À vossa grande amisade correspondo com a minha gratidão.

A minha Noiva

Nos momentos de desfalecimento animaste-me sempre com os teus carinhosos conselhos.

À minhas Irmãs,
Irmãos
e Cunhado

Um grande abraço.

Aos meus bons Amigos

D. Branca Patricio

e

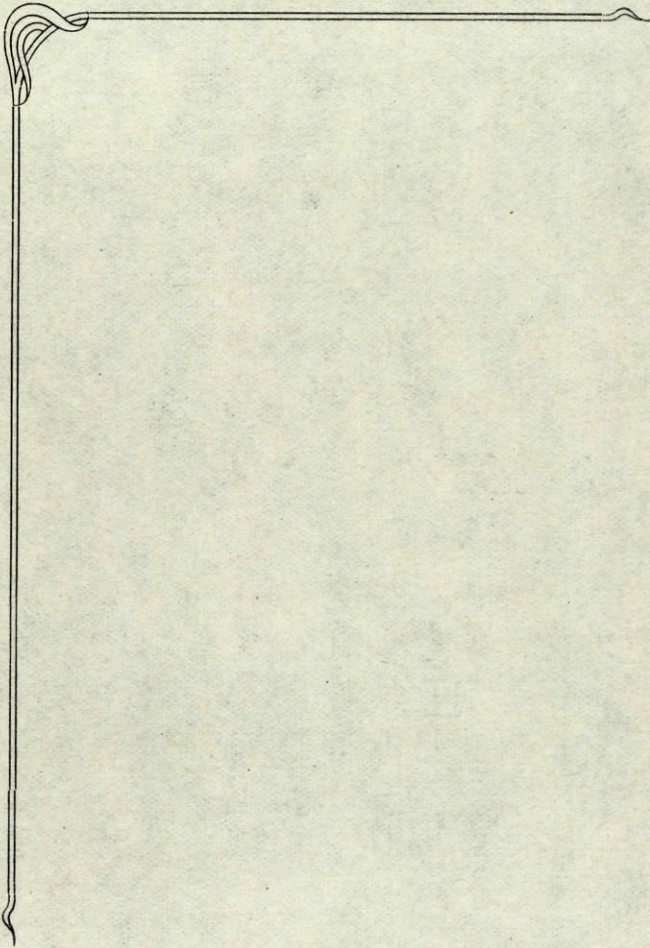
Dr. Luiz Patricio

Protestos de verdadeira es-
tima.

Ao meu ilustre professor
e digníssimo presidente de tese

Dr. Thiago d'Almeida

Veneração e profundo reco-
nhecimento do discípulo muito
grato.



On doit beaucoup exiger de celui qui se fait auteur par un sujet de gain et d'intérêt; mais celui qui va remplir un devoir dont il ne peut pas s'exempter est digne d'excuse dans les fautes qu'il pourra commettre.

LA BRYÈRE.

Durante a minha freqüência em 2.^a clínica médica notei que os casos de tuberculoses em início eram abundantes. Mas o que me feriu mais a atenção foi o facto dalguns doentes trazerem de fóra a rúbrica de cloróticos, uns; dispépticos e neurasténicos outros. A confusão podia dar-se porquanto os sintomas pulmonares eram, geralmente, pouco claros e as perturbações em outros órgãos e aparelhos mais evidentes. Mas, pouco a pouco, habituei-me a estar prevenido contra êste precalço. O meu fim é tão sómente coligir aquilo que ouvi ao professor da cadeira que, proficientemente, versou estes assuntos.

Além disso os efeitos brilhantes da tuberculina, como agente medicamentoso, animaram-me a escrever êste trabalho (que a lei obriga) para que eu

possa legalmente exercer a sagrada profissão que, com fé, abraçei.

*

* *

Dividi o assunto em cinco capítulos como segue:

I. Importância da tuberculose pulmonar latente em clínica.

II. As formas variadas da tuberculose pulmonar latente.

III. Eficácia com todos os meios de tratamento.

IV. Valor especial das Tuberculinas—Soros.

V. Observações.

Neste último capítulo apresento as observações que servem de exemplo às formas latentes e aquelas

em que os doentes seguiram o tratamento tuberculínico e soroterápico.

*

* *

Deixo aqui exarado os meus sinceros agradecimentos ao Prof. Thiago d'Almeida pela honra de presidir a esta minha dissertação.

CAPÍTULO I

Importância da tuberculose pulmonar latente em clínica

O conhecimento destas formas da infecção tuberculosa é muito importante, não só pela sua frequência, como pela possibilidade de se confundir com outras doenças (clorose, neurastenia, dispepsias, etc.), pela sua demorada evolução, pela multiplicidade de aspectos que pode apresentar, mas muito principalmente pela facilidade de se conseguir a cura dum estado mórbido reputado por muitos como incurável. E a cura é possível, nestas formas, com todos os meios de que dispomos e em especial com as tuberculinas, como se verá mais adiante. Atendendo que a curabilidade da doença é tanto mais fácil quanto menos intensa é a intoxicação do organismo, mais curta a sua evolução e menos extensas as lesões a reparar, o valor do conhecimento duma forma da tuberculose cujos sintomas nos

podem encaminhar para um falso diagnóstico, e assim perdermos a melhor oportunidade de instituímos a terapêutica apropriada, resalta bem aos olhos.

Conhecida a tuberculose pulmonar nas suas primeiras manifestações, quando o estado geral é ainda relativamente florescente, quando a intoxicação pelos produtos bacilares é pouco avançada, quando as lesões são pouco extensas eis a melhor ocasião para ensaiar o tratamento pelas tuberculinas, pois é o momento em que o êxito pode ser brilhante e completo. Se deixarmos passar esta oportunidade as probabilidades da cura são mais incertas e daí nasce êsse pessimismo que corre pelo vulgo de que a doença é incurável, recebendo as afirmações em contrário com ar de incredulidade. Na Alemanha tem-se atendido muitíssimo ao estudo do conhecimento precoce da tuberculose pulmonar para instituir o tratamento nos sanatórios. E tanto assim é que o número dos internados por tuberculose incipiente é maior que os outros em período mais avançado do mal e a percentagem dos óbitos nestes estabelecimentos torna-se pequena, exactamente, por causa do internamento dos doentes no momento oportuno.

Nem sempre êste diagnóstico pode ser feito precocemente, porque o doente, quando procura o

médico, já vem muito intoxicado pelas toxinas bacilares e com graves lesões e outras vezes mesmo desconhecia a doença que o vinha minando sem dar sinal da sua existência, aparecendo num dado momento dum maneira mais ou menos aparatosa e chamando então a atenção, quer do doente, quer da sua família. Chamado o médico êste nota então uma tuberculose com lesões muito acentuadas e a terapêutica é então mais precária, embora se possa ainda conseguir, com mais dificuldade, sustar a marcha invasora do processo.

Outras vezes, porém, a doença evolui lentamente, simulando uma cloro-anemia ou uma dispepsia com sintomas respiratórios mínimos e faz-se então um êrro de diagnóstico. É feito o tratamento da *pseudo-doença*. Dada a resistência do indivíduo a doença mantem-se assim durante um tempo, mais ou menos longo, até que um dia ela aumenta e aparecem as hemoptises ou instala-se a febre. E se a infecção é intensa as probabilidades de cura são pequenas ou nenhuma e o doente morre num estado lastimoso de caquexia e cheio de sofrimentos. Perdeu-se um tempo precioso a dar-lhe tónicos, ferruginosos ou medicamentos para lhe combater uma pseudo-dispepsia. Se se tivesse feito um bom diagnóstico o doente teria, sem grande dificuldade, sustado a marcha da sua doença com

um regime higiênico-dietético ou com uma cura tuberculínica, ou outro meio qualquer, logo que fosse bem aplicado. Desta forma aumentam, dia a dia, os casos fatais e o público tem a impressão de que está em face duma doença que os médicos *não sabem curar*. É inegável que a tuberculose é uma doença séria e grave, mas que cura tratada a tempo. Todos os fisiologistas são desta opinião. A tuberculose, diz Grancher, é a mais curável das doenças crónicas. Assim tem mostrado os doentes que, curados, continuam a trabalhar activamente e chegam mesmo a idades avançadas.

É preciso contar com a opinião daqueles que, em face de um doente curado logo aos primeiros sintomas da doença, dizem que o médico tem a mania de ver em toda a gente *pulmo-tuberculosos*. Visto a grande frequência destas tuberculosos latentes e dada a sua insidiosidade, apresentando-se obscura nos seus sintomas, é necessário lançarmos mão de todos os meios de que podemos dispôr, no momento actual, para se conseguir evitar erros que, como já demonstrei, serão fatais para os doentes. Os processos de diagnóstico são:

a) *Clínicos*. — Os sintomas gerais e torácicos apresentados pelos doentes.

Entre os sintomas gerais os mais importantes são: O *emagrecimento* que para Piery é "o sinal,

senão mais constante, pelo menos mais característico do comêço da tuberculose pulmonar». Todavia nem sempre se faz notar; há doentes que se apresentam com um certo grau de gordura. Em outros doentes, porêem, o emagrecimento é notável e atinge não só o tecido adiposo, mas também os musculos, principalmente os da cintura escápulo-humeral.

A curva do pêso do doente segue a evolução da doença. É de notar que o emagrecimento é, às vezes, muito acentuado embora as lesões pulmonares sejam pouco avançadas.

A *anorexia* é algumas vezes absoluta, sentindo os doentes grande repulsão pelos alimentos, principalmente pela carne; outras vezes é pouco acentuada manifestando-se sómente por um apetite desigual e caprichoso; os doentes começam a notar que comem menos do que anteriormente sem motivo aparente que justifique êste estado de coisas. A mais das vezes a anorexia vem acompanhada de dispepsia com pêso ou sensação de plenitude gástrica após as refeições, eructações, vômitos, sêde, constipação ou diarreia (síndrome gástrico de Marfan).

A *anemia* é um sintoma freqüente. Pode ser ligeira, pouco notável ou grave, obscurecendo então o prognóstico.

Guéneau de Mussy diz: "eu desconfiarei sem-

pre destas cloroses que aparecem desde a infância e que persistem depois da puberdade.. Nota-se a palidez da face, das mucosas (sinal de Thompson — listrado esbranquiçado das gengivas) e às vezes de todo o corpo.

A *febre* é geralmente ligeira e transitória; é uma febrícula que passa, muitas vezes, despercebida dos doentes que, interrogados sôbre ela, respondem dizendo que não fazem febre. É necessário, pois, ensinar aos doentes que investiguem a sua temperatura pelo menos duas vezes ao dia pela manhã (6 às 9 horas) e à tarde (3 às 6).

Convêm notar que os tuberculosos que apareçam ao médico pelas primeiras vezes devem tirar as suas temperaturas mais amiúde para se apurar do seu movimento febril e dos caracteres da curva térmica (Thiago d'Almeida).

Devem mais registrar as temperaturas durante dias seguidos, até semanas, pois que essa curva dá ensinamentos para o tratamento, para o prognóstico e também para o diagnóstico, porque um indivíduo que faz uma temperatura de $37^{\circ},5$ com remissão matinal, embora não apresente sinais evidentes gerais ou locais, pode ser um tuberculoso. Darenberg dá muita importância à diferença entre as temperaturas mínima e máxima e, quando essa diferença vai além de $\frac{6}{10}$, pode considerar-se

o indivíduo como um tuberculoso. A febre pode ser provocada em certos doentes que são aparentemente apiréticos. É a prova provocada de Darremberg e Penzoldt pela reacção da temperatura à marcha.

A injeção de sôro cloretado sódico dá acessos febris nos tuberculosos, mas também os pode produzir em doentes portadores doutros estados mórbidos e portanto esta prova deixa de ser específica.

Os *suores* ligeiros, de aparição noturna e mais para a madrugada, localizam-se na cabeça, pescoço e peito. Contudo há doentes que suam quando comem, quando dormem a qualquer hora, que suam com o menor movimento.

A *astenia* é quasi constante. O doente fatiga-se facilmente e sente que as forças lhe veem faltando.

As *perturbações cardíacas e circulatórias* são a regra. A taquicardia é pouco ou muito acentuada. O pulso é no geral facilmente modificável consoante o doente está em repouso, deitado ou em movimento. Há doentes que tem palpitações cardíacas. A hipotensão arterial é quasi constante como tive ocasião de constatar em clínica médica.

Os *sintomas urinários* mais importantes são: a *poliúria* muitas vezes acompanhada de fosfatúria que dá às urinas um aspecto turvo e que, geral-

mente, não se revela pelos processos químicos. Em alguns doentes não há aumento no valor absoluto dos fosfatos, mas simplesmente inversão na proporção normal dos fosfatos terrosos. Há algumas vezes cloretúria, assim como albuminúria leve, ora descontínua, ora irregular, pouco notável.

Os *sintomas nervosos* são variados. Desde a emotividade à histeria, a epilepsia, neurastenia, tristeza, egoísmo e como sinal mais constante a cefalalgia que pode ser diurna ou noturna, ligeira ou tenaz, quer frontal, orbitária, ou temporal, ora trazendo a sensação dum círculo de ferro que esmagasse o crâneo.

As insónias também são freqüentes quer impossibilitando o doente por completo de dormir, quer sejam os sonos curtos, inquietos, com pesadelos.

Sintomas torácicos. — A *tosse* é um dos sintomas mais constantes e mais precoces, precedendo os sinais estetoscópicos. É uma tosse sêca, quintosa e convulsiva, persistente em alguns doentes, aumentando para a noite; é freqüente durante o primeiro sono e ao levantar; outras vezes não é tão violenta e é pouco persistente, aparecendo com os movimentos, com a respiração funda ou com os alimentos.

Nem todos os doentes tem forçosamente tosse.

Há alguns que chegam a revelar lesões avançadas do parenquima pulmonar com uma tosse insignificante ou nula. Há a tosse emetisante que aparece após as refeições e que se torna um verdadeiro suplício para o doente que não consegue sustentar os alimentos no estômago. Há também a tosse coqueluchoide de adenopatia tráqueo-brônquica. Nem sempre a tosse é sêca. Pode ser acompanhada de expectoração e então é a tosse útil, tosse de irritação.

Expectoração. — Nestas formas de tuberculose latente a expectoração é geralmente diminuta, apresentando os escarros o aspecto de *mucus*, esbranquiçados ou amarelados, com ligeiras faxas de purulência. Quanto aos bacilos de Koch são de aparição intermitente, pouco numerosos e nem sempre se revelam ao exame microscópico. Quando existem são raros *monoliformes longos*. Os escarros devem ser estudados segundo os caracteres *macroscópicos* (côr, quantidade, cheiro, consistência, forma, sabor, composição), segundo os caracteres *microscópicos* (fibras elásticas, globulos rubros, leucócitos, células epiteliais, cristais e bacilos). A presença dos bacilos na expectoração é um sinal inconstante, geralmente tardio, para que possámos esperar por êle para o diagnóstico precoce da tuberculose. O exame *químico* revela a presença de albumina mesmo nos casos de lesões ligeiras.

Dores. — As dores nem sempre estão em relação com as lesões pulmonares e também nem em todos os casos aparecem. Há doentes que com lesões insignificantes apresentam dores vivas; então outros tendo o parenquima pulmonar bastante avariados não se queixam de dores ou quando as têm são quasi insensíveis. As dores podem ser espontâneas (pleurites, mialgias, nevralgias, nevrites intercostais) ou provocadas (pressão, tosse, respiração, movimentos) e a sua localização tanto pode ser apicular, basilar, lateral, ou retro-esternal.

Dispneâ. — Quasi sempre insignificante a ponto do doente não a notar. É, porém, geralmente evidente para o observador. O indivíduo não pode sustentar uma conversa ou leitura em voz alta durante muito tempo que não comece a sentir um certo cansaço. A espirometria dá a capacidade respiratória inferior a 2 1/2 litros.

Sinais locais. — Para poder apreciar com exactidão as perturbações no murmúrio vesicular, ritmo, etc., é preciso um ouvido muito exercitado e bem educado, senão alguns dos sinais passam sem serem notados e daí os falsos diagnósticos tão perniciosos aos doentes. Essas perturbações são: a diminuição do murmúrio respiratório (R—) ou ausência (Ro), a sonoridade diminuída (S—) ou aumentada (S+), a respiração rude (Rr), a respiração

de vaga (Rv), a inspiração e a expiração prolongadas (I_→) (E_→), a inspiração intercisa (ξ), as vibrações vocais aumentadas (V+), os sarridos roncantes (x x) ou sibilantes (; ;), ligeiros atritos pleurais (/// ///), sarridos sub-crepitantes (° °), sarridos crepitantes (:::). Estes sinais podem aparecer isolados ou combinados de diferentes formas e os pontos onde devem ser procurados são a região supra-clavicular, infra-clavicular, fosseta de Morenheim e axila.

b) *Processos laboratoriais.* — O *exame dos escarros* na investigação de bacilo de Koch, quando êste é positivo, vem por si confirmar o diagnóstico. Mas, como já disse, não se deve esperar por êle para esta diagnose e por várias razões. Em primeiro lugar há doentes que não expectoram, pois a sua tuberculose está ainda fechada, em segundo lugar há doentes que embora expectorem abundantemente, com lesões profundas que não deixam restar a menor dúvida a respeito da doença, não revelam senão muito tardiamente os bacilos (Souza Teixeira); a *cultura dos bacilos* em meios apropriados é pouco empregada como meio de diagnóstico; a *inoculação* em animais de produtos tuberculosos é um bom meio de diagnóstico. A inoculação faz-se quer pela via intra-peritoneal, quer pela via sub-cutânea; passados dias o animal é sacrificado e notam-se as lesões dos gânglios e órgãos abdo-

minais; a *albumino-reacção* dos escarros, quando positiva, vem em favor do diagnóstico da tuberculose, excluindo os casos em que haja afecções agudas dos pulmões, edemas pulmonares *brighticos*. O método tem importância nas formas fechadas em que não há bacilos; o *exame do sangue* revela uma diminuição dos glóbulos rubros e da hemoglobina; o *exame das urinas* revela poliúria, fosfatúria, cloretúria e albuminúria.

c) *Processos biológicos*. — O organismo reage por uma série de fenómenos reaccionais, de modificações humorais ou celulares à invasão microbiana, tendente a aumentar o poder de defesa do mesmo organismo. Estas reacções são específicas em face dum dado agente infeccioso e por isso servem para chegar ao diagnóstico duma doença, cujo micróbio seja conhecido. É o que se chama o *sôro-diagnóstico* (Arloing e Paul Courmont), produzindo-se a aglutinação de culturas microbianas.

É certo que a aglutinação se pode dar com outras doenças, como a pneumonia, a febre tifoide, etc. Os soros dos tuberculosos em presença de extractos bacilares *precipitam*. Êste fenómeno tem sido empregado com o fim de diagnóstico, mas não tem trazido grandes resultados práticos.

O *index opsonico* também tem pouca utilização prática, pois é muito variável nos seus efeitos.

d) *Reacções à tuberculina.* — O tuberculoso oferece uma grande sensibilidade em face das injeções de tuberculina, apresentando reacções que se não dão nos indivíduos sãos. Estas reacções podem ser gerais ou locais.

Os diferentes processos empregados baseiam-se no mesmo princípio; são a sub-cuti-reacção, a oftalmo-reacção (Wolff-Eisner-Calmette), a intra-dermo-reacção (Mantoux), a cuti-reacção (Von Pirquet), o método per-cutâneo ou dermo-reacção (Moro) e o método do tratamento tuberculínico como meio de diagnose (Sahli).

Sub-cuti-reacção. — Consiste na reacção consecutiva à injeção de tuberculina no tecido celular sub-cutâneo. É um processo que tem inconvenientes pelas contra-indicações formais que se lhe opõem, mas que em certos casos é o único meio realmente específico.

Empregam-se doses fracas de tuberculina, convenientemente diluída, injectando-se no tecido celular sub-cutâneo em qualquer ponto. É preferível fazer as injeções de manhã como no tratamento tuberculínico, para se notar bem os efeitos sobre a temperatura.

Antes de sujeitar o doente a esta prova é necessário recomendar-lhe que tire a sua curva de temperatura durante os dias que precedem as injec-

ções. Depois continuar-se-ão a registrar as temperaturas para se poderem comparar. A questão da dose a empregar não é igualmente aceite por todos. Alguns usam doses pequeníssimas com receio de accidentes; outros empregam-as mais fortes porque, dizem eles, podem investigar tuberculoses muito atenuadas.

Começa-se por doses de $\frac{2}{10}$ de miligrama ou seja $\frac{2}{10}$ de c. c. duma solução a $\frac{1}{1000}$ e sendo necessário ainda se injectam doses mais fracas.

Se uma injeccção não dá resultado positivo, faz-se uma segunda ou mais, com 3 dias de intervalo, para que a sensibilidade seja aumentada. A reacção é positiva ou negativa conforme há ou não sintomas gerais e entre estes o mais importante é a hipertermia.

Pode haver também uma reacção no fóco ou até no local da injeccção. Quando haja uma ascensão de $\frac{5}{10}$ de grau a reacção é já positiva. Os outros sintomas a juntar à hipertermia são os arrepios, dores de cabeça e nos membros, náuseas, palpitações, sêde, anorexia e insónias.

Os sintomas *focais* a registrar são a dor, aumento da tosse e da expectoração.

A reacção local é mais rara e sem grande valor para o fim que desejamos. Os *accidentes* que podem surgir consistem na extensão do processo com agra-

vamento do estado geral e focal. Êste método só deve ser aplicado nos casos em que haja completa apirexia e nas formas muito atenuadas. Há indivíduos que não sendo tuberculosos apresentam, contudo, reacções com o emprêgo dêste método e são eles principalmente os dotados de temperamento nevropata. Como se vê a sub-cuti-reacção dá bons resultados, mas é bastante perigosa, podendo ir agravar, duma maneira assustadora, o estado do doente. Por isso será empregado *sómente* nos casos em que os outros métodos de diagnóstico falharem, mas em que fique no espírito a suspeita de que o indivíduo seja portador da doença.

Oftalmo-reacção. — Emprega-se uma solução de tuberculina a $\frac{1}{100}$, depondo-se no ângulo interno do olho uma gota da dita solução. Passados alguns segundos deixa-se o indivíduo fechar o olho. A reacção é positiva quando se nota, passadas algumas horas (5 aproximadamente), uma congestão palpebral com edema.

A carúncula tumefaz-se, cobrindo-se dum exudato fibrinoso, acompanhado de lacrimejamento.

Ao cabo de 5 a 6 horas a secreção fibrinosa torna-se mais abundante e passadas 24 horas, pouco mais ou menos, a congestão vai diminuindo até desaparecer. Não há grandes fenómenos subjetivos, a não ser uma ligeira dor e algumas perturbações

visuais. Não se nota reacção térmica. A reacção é negativa quando não se passa nada de anormal ou simplesmente se vê vermelhidão da conjuntiva que em breve, porém, desaparece sem exudato ou lacrimajamento. Os efeitos não são os mesmos sobre todas as pessoas; há reacções ligeiras, médias e intensas. Tem-se visto alguns acidentes aparecerem com êste método; às vezes sobrevêm uma conjuntivite purulenta, outras vezes keratites, irites e até cegueiras. Contudo parece que estes precalços são complicações em doentes que anteriormente já sofriam dos olhos; portanto nunca se deve empregar a oftalmo-reacção em casos desta ordem. Mas hoje mesmo o processo vem sendo abandonado, pois o olho é um órgão delicado para sofrer estas manipulações.

Intra-dermo-reacção. — Injecta-se a tuberculina, em diluição a $\frac{1}{5000}$, na derme. A injeção é feita na coxa ou na região deltoideia de modo que a agulha penetre na derme e seja vista por transparência. A quantidade a injectar é de $\frac{1}{20}$ de c. c. ou (o que equivale o mesmo) $\frac{1}{100}$ de miligrama de tuberculina. Forma-se na pele um pequeno edema esbranquiçado; ao fim de 8 horas, em média, (podendo ser mais tarde) nota-se um endurecimento avermelhado, mais ou menos culminante, cuja base varia de proporções. Êsse endurecimento está circuns-

crito por uma zona eritematosa; a pele da região fica quente e sensível. O carácter mais importante da reacção é a parte endurecida que, às vezes, se acompanha duma ligeira descamação. A reacção é pelo contrário negativa quando o endurecimento é pouco notável e desaparece pouco tempo depois. Pode haver uma pequena elevação térmica sem gravidade; não existem (ou só raramente aparecem) os fenómenos no fóco e quanto aos sintomas gerais não são importantes. Quando o resultado não fôr positivo com a primeira injeccção, repete-se a prova que, da segunda vez, pode ser positiva.

Cuti-reacção.— A tuberculina é introduzida na pele por escarificações pouco profundas. A solução empregada é a $\frac{1}{1.000}$ da tuberculina. As escarificações fazem-se de preferência no braço (não passando a epiderme) e aí se deixa cair uma gota da solução. Em algumas das escarificações feitas deixa-se cair uma gota de água destilada para contra-prova. (Técnica seguida em clínica médica). Quando a reacção é negativa nota-se simplesmente uma rubefacção que desaparece em breve, ficando uma crôsta no logar da escarificação. Quando é positiva, no fim de 8 horas ou mais cêdo ainda, vê-se a rubefacção persistir e aumentar e em seguida aparece uma pápula que vai progressivamente endurecendo.

Aparecem algumas vezes umas pequenas vesículas que se podem reunir em uma bolha volumosa.

Os fenómenos reaccionais atingem o seu apogeu no segundo dia e em seguida vão declinando, até desaparecerem, restando uma descamação que deixa a pele com uma côr acobreada, durante algum tempo. A reacção pode ser fraca, média ou forte consoante as pessoas. Dos sintomas subjetivos, quando os há, notamos a dor, mas quasi insignificante; o estado geral pouco sofre. Às vezes aparecem algumas perturbações da pele, mas dá-se aqui o mesmo que com a vacina anti-variólica—o doente soffria já de qualquer afecção cutânea. Se a primeira experiência não der resultado satisfatório, pode-se fazer nova prova que, então, colherá melhor resultado pelo facto da hipersensibilidade do organismo. Êste processo tem os seus inconvenientes, não pelo lado da saúde do doente, mas pelo lado do diagnóstico, porquanto falha em casos de tuberculoses avançadas (que não é grande inconveniente) mas principalmente, porque é positivo em casos de *não tuberculose*, como se viu nas experiências feitas em clínica médica.

Pode ser que esses casos fossem de doentes curados duma infecção tuberculosa já antiga ou mesmo indivíduos muito fracamente intoxicados

pelo mal, tendo outra doença com carácter mais nítido.

Para evitar êste inconveniente Castaigne aconselha que se empregue esta prova *sómente nas crianças*, porque, diz êle, (e Sahli confirma) nessas idades as tuberculoses larvadas ou curadas são excepcionais e portanto, sendo a reacção positiva, devemos-nos inclinar para a bacilose.

Nas observações feitas em clínica médica chegou-se ao seguinte resultado em 29 doentes sujeitos à prova:

$$29 \text{ doentes } \left\{ \begin{array}{l} \text{em } 22 \\ + \\ \text{em } 7 \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 2 + + \\ 19 + \\ 1 + \end{array} \right.$$

$$\text{nos } 22 \left\{ \begin{array}{l} 2 + + \left\{ \begin{array}{l} \text{tuberc. hepát.} \\ \text{adenop. tr. brônq.} \end{array} \right. \\ 1 + \text{ insuf. mit.} \\ 19 + \left\{ \begin{array}{l} \text{tub.} = 14 \\ \text{não tub.} = 5 \end{array} \right. \end{array} \right.$$

$$\text{nos } 7 \left\{ \begin{array}{l} \text{tub.} = 2 \\ \text{não tub.} = 5 \end{array} \right.$$

Dos 5 não tuberculosos em que a reacção foi positiva dois eram palúdicos, uma clorótica, uma insuficiência mitral, uma endocardite reumatisal.

Dermo-reacção (método per-cutâneo).—É uma modificação introduzida por Moro na técnica da cuti-reacção.

Com a seguinte pomada

Antiga tuberculina de Koch	6 gramas
Lanolina	5 „

fricciona-se a pele numa extensão de 5 centímetros durante um minuto, tendo o cuidado de esperar que a pomada tenha secado completamente. Ao cabo de 24 horas vêem-se pápulas em número variável, com ou sem rubefacção da pele, quando a reacção é positiva.

Método do tratamento tuberculínico como meio de diagnose.—Sahli condena o emprêgo destas injecções, como meio de diagnóstico, baseando-se no facto de que nós vamos impôr ao organismo uma *sobrecarga de tuberculina* para obrigá-lo a reagir. Ora como veremos, ao tratar do tratamento pelas tuberculinas, temos em vista evitar sempre os efeitos reaccionais violentos, empregando para isso doses pequeníssimas. Como queremos agora obrigar o organismo a reagir duma maneira brutal a estas doses de tuberculina? Por êste motivo Sahli emprega o seu método de tratamento, ainda com meio de diagnóstico no caso em que apareçam dúvidas

a respeito da doença e se pense tratar-se duma bacilose.

Se é verdade que alguns dos processos acima referidos não são perigosos (ou só raramente o são), também os seus resultados são muitas vezes incertos ou pouco garantidos, como vimos com a cuti-reacção.

Sahli com a sua autoridade e com a sua experiência exprime-se desta forma: "considero as injecções de tuberculina, feitas segundo as regras e com a dosagem prudentemente indicadas, como de tal modo inofensivas que com toda a consciência não hesito em aconselhá-las a título de ensaio nos casos em que o diagnóstico da tuberculose não é absolutamente certo, mas sómente provável, assim como nos predispostos e os doentes simplesmente suspeitos, por consequência com o fim profilático.

*

* *

Pelo que se vê todos os meios e métodos empregados para diagnosticar precocemente a tuberculose devem ser ensaiados sempre que haja suspeita de que o indivíduo venha fazendo uma intoxicação bacilar e que os métodos de investigação clínica não sejam suficientes para por si sós, che-

garmos a êsse *desideratum*. É um êrro pensar que a chave do problema reside nos meios laboratoriais e outros processos não clínicos. A clínica deve estar acima de todos os outros e sómente quando ela por si não baste, iremos então em busca dos seus *adjuvantes*, lançando mão de todos os processos científicos para que a diagnose seja feita, em proveito da aplicação terapêutica a tempo e horas.

CAPÍTULO II

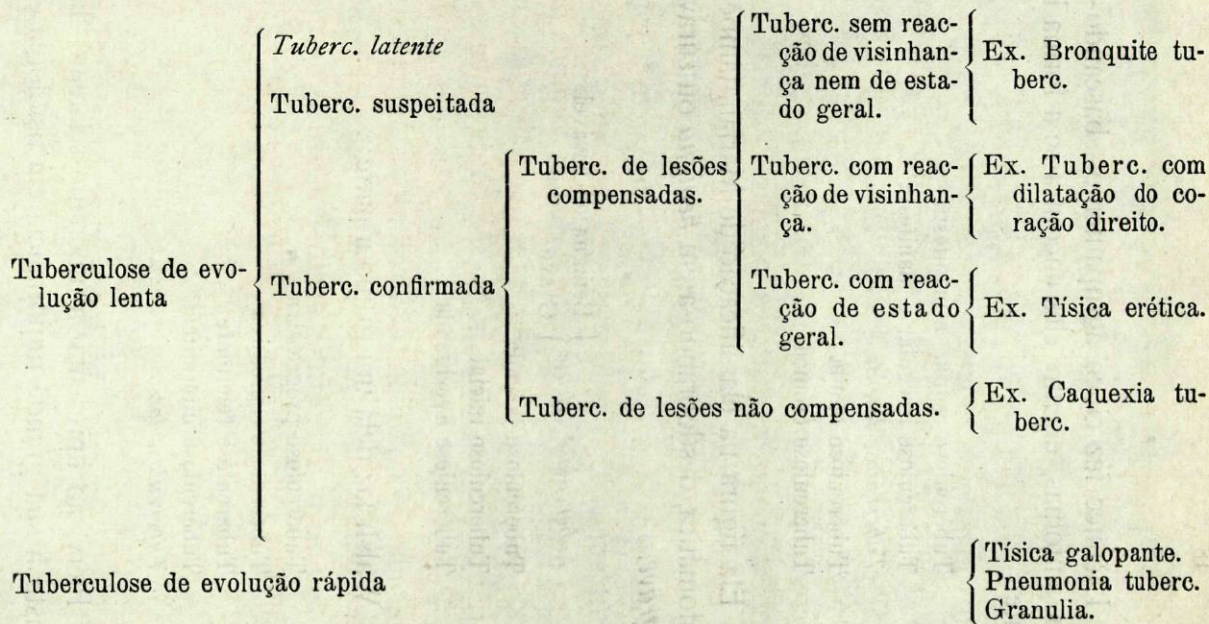
As formas variadas da tuberculose pulmonar latente

Dados os aspectos clínicos, tão variados, que apresentam as tuberculosas pulmonares, resultantes dos caracteres que a doença pode apresentar, da sua evolução consoante a resistência do organismo e o grau de violência da intoxicação, das condições e do meio em que os doentes vivem, etc., não é bastante dizer-se que um dado indivíduo é um pulmo-tuberculoso. É preciso indicar a forma e o grau de evolução da doença para se instituir uma boa e conveniente terapêutica, e até orientar o prognóstico. Atendendo ao polimorfismo desta doença e às variadas modalidades de que pode revestir-se é necessário estabelecer também formas clínicas múltiplas e completas, não sendo suficiente uma descrição única de conjunto. Seguindo esta orientação os patologistas têm procurado organizar, desde os

tempos primitivos da medicina, classificações da tuberculose pulmonar, separando os tipos clínicos dessemelhantes e agrupando aqueles que mais se aproximam em caracteres semelhantes.

Assim se criaram as variadas e múltiplas classificações dos autores, seguindo cada um o seu *modus faciendi* para esta confecção e baseando-se diferentemente, ora nas influências individuais, os temperamentos, as diáteses, ora nos sintomas, ora na extensão aparente das lesões e sua gravidade, ora nas diferenças das localizações anatómicas das lesões e da sua evolução, para chegarem a estes agrupamentos. E entre essas modalidades clínicas figura a tuberculose pulmonar *latente* admitida por todos os fisiologistas eminentes que dão muita importância ao seu estudo e ao seu conhecimento.

Pégurier ao organizar a sua classificação das tubercúlozes pulmonares, dividindo-as em tubercúlozes de evolução rápida e de evolução lenta, não se esqueceu da forma latente. Veja-se o agrupamento de Pégurier, organizado como se segue:



Laënnec fez cinco agrupamentos, baseando-se nos sintomas, e entre eles encontra-se a forma latente:

Tuberculose regular e manifesta
 Tuberculose irregular e manifesta
Tuberculose latente
 Tuberculose aguda
 Tuberculose crônica

Ela figura na classificação de Marfan, também sintomática, desdobrando-a em *benigna* ou curável e *grave*.

Tuberculose latente { Benigna ou curável
 Grave
 Tuberculose larvada
 Tuberculose inicial
 Tuberculose averiguada

Walsh faz dela um grupo à parte:

Tuberculose progressiva
 Tuberculose regressiva
 Tuberculose remitente
 Tuberculose intermitente
Tuberculose latente

Piéry, ao apresentar a tuberculose latente, diz: "visto a sua grande importância em fisiologia e a

utilidade do seu conhecimento sob o ponto de vista do diagnóstico da tuberculose pulmonar. Este autor modifica um pouco a classificação de Bard e faz o seguinte *esquema*:

Tuberculoses crônicas e sub-agudas	{	Tub. fibro-caseosas
		Tub. fibrosas
		Tub. benignas ou atenuadas ou discretas
		<i>Tub. latentes</i>
Tuberculoses agudas	{	Tub. caseosas
		Granólia
		Tub. septicêmica

Grancher divide, como se sabe, a tuberculose crônica em 4 períodos seguindo a evolução da doença:

Germinação
Infiltração
Fusão
Cavernização

Ora a tuberculose latente pertence precisamente ao período de germinação, atendendo aos seus caracteres sintomáticos e clínicos.

Como os diferentes autores não seguem o mesmo critério para elaborarem as suas classificações,

vejamos como se pode definir as tuberculoses latentes.

Gueneau de Mussy define-as: "tuberculoses em que o trabalho de tuberculização faz-se sem produzir, em princípio, nem perturbações graves das funções respiratórias, nem repercussão nociva sobre o organismo".

As formas que Laënnec apresenta como latentes, chama êle *tuberculoses insidiosas*, pois que muito embora se manifestem, até uma dada época, como dispepsias, hipocondrias, ou bronquites crônicas, um dia declaram-se com os sintomas nítidos duma tuberculose confirmada.

Laënnec, porém, separa distintamente a sua *forma latente* da tuberculose crônica comum.

Piéry define-as como: "tuberculoses caracterizadas por lesões mínimas que escapam ao exame clínico e que não trazem perturbações bem aparentes no estado geral.

Maragliano divide as tuberculoses latentes em *duráveis* e *temporárias*.

As latentes duráveis são aquelas que teem uma sintomatologia clínica muda ou cujos sinais são difficilmente apreciados. Tendem pouco e pouco para a cura que se dá na idade média (trabalhos de autópsias).

As latentes temporárias são aquelas em que a

infecção esteve latente mais ou menos tempo e um dia patenteia-se abertamente, quer por uma hemoptise, quer por uma pleurisia, etc.

São geralmente as formas que os clássicos descreviam como caracterizando a *pré-tuberculose*. Como se depreende a infecção existia já, o indivíduo era um tuberculoso e não um pretuberculoso. Sómente o *momento aparente* da doença târdiamente se mostrou. Assim se explicam tuberculoses que *aparecem* após certas doenças infecciosas, após as marchas forçadas dos soldados ou como consequência dum traumatismo. A doença já existia; estava como que adormecida até ao momento que uma *causa ocasional* a fez despertar.

Souza Teixeira, adotando a definição de Arthaud apresenta-as como: "tuberculoses pulmonares cujas lesões completaram a sua evolução, terminando pela esclerose pulmonar".

Walsh define-as como: "tuberculoses de marcha extremamente morosa das lesões e lesões cicatrizadas, mas com persistência do estado local e geral.

As definições das tuberculoses pulmonares latentes são, como se acaba de vêr, um pouco diferente segundo cada autor. Para uns o quadro das formas latentes fica muito restringido outros; alargam-no um pouco mais.

O Prof. Thiago de Almeida apresenta uma definição em que cabem todas as formas anteriormente descritas e abrange novas modalidades clínicas. O Prof. da 2.^a clínica médica define-as como: "formas em que as lesões se não exteriorizam em sintomas locais, ou só ligeiramente o fazem, sem ulcerações pulmonares, sem expectoração, ou com reduzidos esputos, sem bacilos na expectoração, ou de aparição intermitente, mas com sintomas gerais atenuados, e perturbações em órgãos a distância".

Nesta definição, assim concebida, cabem todas as formas apresentadas desde as de Piéry, de Souza Teixeira e Arthaud, as de Walsh, as insidiosas de Mussy até às temporárias de Maragliano que mostram claramente que as *tuberculosas incipientes* dos clássicos estão mal rotuladas.

Como havemos de precisar o momento em que a doença *começa*? Portanto é mais lógico e preciso o termo *de tuberculose latente* até que os sintomas sejam nítidos e a doença confirmada. Foi seguindo o critério apresentado que eu separei algumas das observações feitas durante a minha passagem pela 2.^a clínica médica para servirem de exemplo a estas considerações.

No capítulo anterior referi-me aos sintomas mais importantes das tuberculoses pulmonares latentes. Agora, porém, vou apresentá-los, em conjunto, para frisar bem a sintomatologia extra-pulmonar, geralmente mais aparatosa que a pulmonar.

Sintomas gerais.— *Fadiga fácil, emagrecimento, miastenia, febre ligeira e transitória, suores ligeiros, micropoliadenia, anemia, amenorreia* (nas mulheres).

Sintomas torácicos e respiratórios.— *Tosse sêca ou com pequena expectoração* (sem bacilos ou de aparição intermitente), dispneia pouco marcada, *dores*, amiotrofia escápulo-torácica, capacidade respiratória diminuída (inferior a 2 1/2 litros), adenopatia tráqueo-brônquica.

S—	S+	V+	Brc.f.
R—	Ro	Rv (sinal de Dumont)	
Rr	I ₂	I→	
Es	E→		
///	///	:::	(x x) ... 0 0 0
///	///	:::	(x x) ... 0 0 0

— — — sarridos vesiculares ou pulmonares

Sinal de Murat—Vibração do pulmão pela voz do doente e sentida por êle.

Estes sinais podem estar sós ou combinados.

Sintomas cárdio-vasculares.—Sinal de Cardile (desvio da ponta do coração para o esterno), arborisação venosa do tórax, *taquicardia*, *baixa tensão arterial*, pulso de pequena amplitude.

Sintomas urinários.—*Poliúria*, *fosfatúria*, cloretúria, albuminúria leve e intermitente, reacção de Ehrlich e de Weiz.

Sintomas digestivos.—*Anorexia*, sinal de Thompson, síndrome gástrico de Marfan, dores epigástricas e enterocolite muco-membranosa.

Sintomas nervosos.—*Cefalêas*, tristeza, apatia intelectual, preocupação exagerada com a doença, eretismo nervoso, rebeldia às prescrições médicas e *insónias*.

Os *índices de mensuração* são geralmente inferiores à normal.

*

* *

Como se vê a multiplicidade de sintomas extra-pulmonares é grande e por isso não admira que, quem estiver pouco familiarizado com estas tuberculoses, fixe a sua atenção para um dado

órgão ou aparelho que não o pulmão. Os sintomas predominantes, ora são os nervosos, ora os gastro-intestinais, ora é uma anemia que nos chama a atenção. Dos 9 casos por mim observados e aqui registados posso classificá-los pela sintomatologia mais evidente.

A primeira (obs. I) apresentava a sintomatologia duma histérica, assim como as das obs. III e VII em que se notavam também perturbações dispépticas. A obs. II apresentava dilatação de estômago com dispepsia.

Nas obs. IV e V predominavam os sintomas digestivos. Na obs. VIII notavam-se perturbações dispépticas e cloro-anemia: na obs. VI era notável a anemia. A doente da obs. IX apresentava sintomas gastro-intestinais importantes, porque era portadora duma úlcera do estômago além da sua tuberculose pulmonar.

CAPÍTULO III

Eficácia com todos os meios de tratamento

Como já vimos anteriormente a tuberculose é de todas as doenças crônicas a mais curável. A cura pode efectuar-se mesmo nos períodos mais avançados da doença, como confirmam muitos doentes que, sendo tuberculosos desde a sua mocidade, chegam a viver muitos anos fazendo uma vida activa, cheia de trabalho. Jaccoud referia-se à curabilidade da tuberculose mesmo em todos os períodos d'evolução da infecção. Contudo o bom êxito da cura é tanto maior quanto mais cedo a doença é tratada, logo nos seus primeiros sintomas, chegando até a obter-se a cura anatômica, como os trabalhos de autópsias teem demonstrado. Mas mesmo que a cura não fosse tão radical, logo que o doente conseguisse sustar o processo na sua marcha invasora, aquietando as lesões, era já um

grande passo dado em favor da humanidade. Há realmente doentes que não conseguem fazer retroceder, duma maneira completa, as lesões que a doença produziu no seu organismo; mas obtem com o tratamento uma cura relativa que lhes permite trabalhar e viver com quietação das lesões, tornadas assim estacionárias. Compreende-se facilmente o valor do diagnóstico destas tuberculoses pulmonares latentes que são exactamente as que tem mais probabilidades de curarem, atendendo que o organismo se encontra ainda pouco intoxicado e portanto pode reagir com todos os meios ao seu alcance para se defender dum hóspede tão incómodo. É necessário que o médico consiga dar coragem ao doente e à familia para que não sejam levados pela idea falsa que corre no *vulgo* de que a tuberculose é incurável e não descurem as prescrições indicadas.

Nestas formas latentes todos os meios empregados para as debelar dão bom resultado.

E, se muitas vezes não se consegue bom êxito, não se deve attribuir a culpa propriamente à doença, mas é preciso investigar em que meio vivia o doente e principalmente quais os seus meios de fortuna.

Em todo o caso deve acrescentar-se que muitos doentes, com os meios de fortuna mais que

necessários para levarem uma vida de inactividade e de descanso, não se curam por sua culpa, porque cedo de mais se divorciam da tutela do médico que os tratam.

Não é indiferente, porém, tratar tuberculosos ricos, remediados ou pobres.

Aos primeiros pode-se, desde o princípio, instituir uma terapêutica, consistindo num benéfico repouso, bom ar e boa alimentação. E aos ultimos? Temos que nos limitar, as mais das vezes, a um tratamento paliativo, pois os seus recursos financeiros não lhes permitem deslocar-se da sua casa, do seu emprêgo ou profissão, sem deixarem a família na mais negra das misérias. É aqui que fazem falta os sanatórios como são organizados na Alemanha para as classes pobres. Contudo não é isto razão para que o médico não dê os seus conselhos a um doente pobre, pois muito embora não consiga curá-lo, pode ao menos prolongar-lhe a existência e já representa alguma coisa de bom para êle e para os seus. O tratamento da tuberculose pulmonar é muito complexo e varia conforme as circunstâncias. Duma maneira geral temos em vista dum lado procurar enfraquecer o bacilo, multiplicando os meios de defeza do organismo, fornecendo-lhe todos os meios para que êle saia vencedor dessa luta e por outro lado combatendo as repercussões

do bacilo e seus produtos sôbre os órgãos, fazendo terapêutica sintomática.

Compreende-se facilmente quão útil é a um tuberculoso, como a qualquer doente, viver em boas condições higiênicas, fugindo do ar confinado, do ar carregado de poeiras ou quaisquer outras partículas que absorvidas iriam irritar o parenquima pulmonar. Daí o recomendar-se a um doente desta categoria que procure viver num meio em que o ar seja o mais puro possível e portanto evitar a permanência em cidades muito movimentadas, deslocando-se para o campo sempre que isso seja possível. O bom ar tonifica o organismo, dá vitalidade às células, abre o apetite e além disso havendo uma boa ventilação pulmonar o pulmão descongestiona-se. O doente deve evitar, como já anteriormente foi dito, a permanência prolongada numa atmosfera viciada, quer pela aglomeração de pessoas (teatros, cinematógrafos, etc.), quer por agentes de combustão (fogões, etc.). Quando não lhe seja permitido transportar-se para o campo (como seria para desejar), deve procurar alojamentos em ruas abrigadas dos ventos, expostas ao sul e sem poeiras, de forma que o quarto receba a acção da luz solar. Evitará os ventos e os nevoeiros que predisõem às hemoptises. O ideal seria que estes enfermos pudessem viver sempre ao ar livre.

Mas, como nestes casos que estou a tratar, os tuberculosos podem ter uma vida de relativa actividade e não abandonam os seus afazeres por completo, devemos contentar-nos em indicar-lhes *uma cura de ar* compatível com o seu modo de vida.

Juntamente à cura de ar diurna aliar-se-há a cura de ar noturna, de maneira que o doente durma com as janelas do quarto abertas. Para isso é preciso que êle se habitue pouco a pouco, começando por abrir uma pequena fresta e ir aumentando a abertura até conseguir abrí-la por completo. É conveniente fazer-se isto mesmo no inverno, de forma que o doente esteja no seu leito convenientemente agasalhado, evitando que o ar venha directamente sôbre êle. Com raras excepções quási todos conseguem habituar-se a esta *cura noturna*. Se, porém, não fôr possível habituá-lo a esta maneira de proceder, não se insistirá e graduar-se-há a sua susceptibilidade em face do frio. Esta cura deve ser metódicamente feita, evitando as violências de forma que o doente nunca sinta frio.

O tuberculoso nunca deve *fatigar-se*; a fadiga faz dispender energias que o organismo precisa ávaramente armazenar em seu proveito exclusivo. O doente que se fatiga, perde o apetite, obriga o seu coração a um trabalho excessivo, dorme mal, consome mais cal e fósforo, desmineralizando e defrau-

dando o seu sistema nervoso em elementos de que tanto precisa para o seu bom funcionamento. Além disso a fadiga produz agentes tóxicos que, somados à infecção já existente, vão depauperar um ser tão debilitado pela doença que o vem minando há meses, às vezes até há anos. O *repouso* traz ao tuberculoso melhores noites, facilita-lhe as digestões e o seu apetite, geralmente caprichoso ou nulo, reaparece e assim o pêso aumenta.

A tosse e mesmo a expectoração diminuem sem outra terapêutica e sómente com um repouso bem manejado e doseado. Com a cura de repouso registam-se melhoras apreciáveis não só no estado geral, mas até nos focos, vendo-se as lesões estacionarem e pouco a pouco retrocederem, até à completa cicatrização. Em terapêutica de tuberculosos é conhecido o grande poder anti-térmico que o repouso possui. Se não fôsse assim o que havia de ser dos pobres físicos que fazem temperaturas elevadas durante meses, com suores noturnos abundantes? Dar-lhes os anti-térmicos químicos? Seria ir acrescentar ao seu mal, outro mal. Também em casos de hemoptises quão salutar não é, além dos medicamentos adequados o emprêgo dêsse grande adjuvante—o repouso absoluto!

Nos doentes tratados em clínica médica notei melhoras bem patentes, embora as enfermarias não

ofereçam as condições mais rudimentares para tratamento desta espécie de enfermos. Assim mesmo as melhoras acentuavam-se bem em alguns, internados sómente durante 2 a 3 meses.

Como não aproveitariam esses doentes se permanecessem algum tempo em um sanatório com as condições de hygiene e de disciplina ali observadas!

Como se deve efectuar a cura de repouso?

Evidentemente só em casos excepcionais será preciso obrigar os pulmo-tuberculosos latentes (como eu os aponte) a um repouso absoluto. Basta, na maior parte das vezes, evitar toda a fadiga física ou intelectual. Na fadiga física estão englobados os esforços musculares, as relações sexuais muito aproximadas e toda a causa que presente cansaço.

O doente deve evitar o trabalho físico ou intelectual seguido, como leituras demoradas que exijam atenção de memória ou de intelligência. As emoções, os desgostos, enfim todas as contrariedades devem ser suprimidas, procurando rodear o doente dum certo carinhoso conforto. Quando seja possível transportá-lo para um sanatório é sempre de grande utilidade para abreviar a cura, pois aí fará, sob fiscalisação médica permanente, um repouso benéfico com as suas horas de passeio e leitura. Mas geralmente os doentes não são obrigados a

abandonar as suas ocupações e neste caso a cura de repouso será feita de forma que eles se fatiguem o menos possível, procurando ao meio do dia descansar no leito ou numa *chaise-longue* durante 3 a 4 horas. Deitar-se-há cedo, dormindo, sempre que possa, 8 a 9 horas.

É conveniente que descanse meia hora antes das refeições para que tenha mais apetite. Quando se consente aos doentes que se mantenham nas suas ocupações a cura torna-se mais lenta e até podem apresentar um estado satisfatório, sem contudo se curarem por completo, localizando, porêm, os focos tuberculosos e tornando-os estacionários. Para que a cura seja mais fácil e rápida é preciso que os doentes sigam um regime mais severo durante alguns meses ou pelo menos que, de quando em quando, se sujeitem a êsse tratamento indo passar uma temporada a um sanatório. Não querendo ou não podendo ir para um estabelecimento destes poderá seguir um modo de vida, assim metódico por Daremberg: "cessar toda a ocupação fixa, habitar durante o inverno uma região pouco fria e no verão dirigir-se para a montanha; levantar-se entre as 8,30 e 9,30 da manhã; fazer um pequeno almoço; dar um passeio de 1 hora, pouco mais ou menos; fazer repouso de meia hora antes do almoço tendo o cuidado de se agasalhar conveniente-

mente; almoçar ao meio dia; da 1 às 4 horas da tarde descansará ao ar livre, abrigado do sol e do vento, ou quando o tempo não permita ficará no quarto com a janela aberta, podendo ler alguma coisa para se distrair; às 4,30 merenda e das 5 às 6 passeio, quando o tempo permita, ou então ler ou entreter-se com alguma coisa. Jantar às 8 horas e deitar-se às 9 horas. Êste regime será mais ou menos severo consoante o modo como o doente reage à marcha, fazendo ou não temperatura, se aumenta ou diminui em pêso.

As pesagens são feitas de tempos a tempos. As diferenças de temperatura são registadas de forma que o doente as note antes e após a marcha.

Se o passeio lhe trazer uma temperatura de 38°, deve imediatamente repousar e daí em diante fazer marchas menos demoradas.

O pulso também nos fornece algumas indicações; se notarmos uma aceleração acentuada, produzida pela marcha, é necessário restringí-la mais. Os sinais locais, como a tosse, a expectoração, etc., indicam a maneira criteriosa como o médico deve dar as suas indicações ao tuberculoso.

À cura de ar e repouso é necessário juntar uma *boa alimentação*.

Esta tem por fim fornecer ao organismo *são* os materiais necessários à sua conservação. Ora o tu-

berculoso é um ser que desassimila muito em relação ao que assimila e por isso o nosso fim é dar-lhe uma alimentação que possa suprir as faltas produzidas pelos *desgastos*.

Contudo não nos deixemos levar pela falsa idea da super-alimentação que outrora esteve muito em voga, prejudicando os doentes que eram vítimas de semelhante regime.

Todos os doentes e até os sãos precisam poupar o seu canal digestivo para que a assimilação se faça em boa ordem, fortalecendo o organismo para que possa levar o bacilo e suas toxinas de vencida.

Os alimentos devem ser ricos em substâncias nutritivas para que, em pequeno volume, se consigam tantas calorias quanto as necessárias para compensar os gastos que a doença vem fazendo e reparar as perdas devidas ao funcionamento da vida. Mas se quizermos submeter o doente a uma super-alimentação, forçando a sua capacidade digestiva, sobreveem perturbações gastro-intestinais e êle perde o apetite, emagrece a-pesar-da quantidade de alimentos que ingere.

E assim desta intoxicação alimentar resulta para o enfermo más noites, cefalalgias, mal-estar, etc. Como já disse os alimentos devem ser ingeridos em pequena quantidade de cada vez, Tateando

a tolerância gástrica de cada doente para que se possa estabelecer o seu regime alimentar.

O aumento de pêso deve ser gradual e não feito brutalmente.

Como, porém, o tuberculoso consome muito mais que o homem são, natural é dar-lhe uma quantidade de alimentos maior para compensar êsse *déficit*. A alimentação deve estar em harmonia com o género de vida e com a profissão do doente; deve ser fortificante e não simplesmente fornecer-lhe uma camada, maior ou menor, de tecido adiposo que não denota que a doença evolui para a cura. Que espécie de alimentos devem os doentes ingerir? Os azotados, os feculentos, as substâncias gordas, em pequena quantidade, são ótimos alimentos. A carne fresca de vaca ou de peixes magros teem grande quantidade de princípios alimentares, assim como os ovos que contem grande percentagem de albumina, ferro e lecitina. O leite é também um bom alimento muito útil aos tuberculosos pela sua acção diurética, produz poucas substâncias tóxicas e contém uma percentagem grande de matérias nutritivas: albuminas, gorduras, açúcar e sais. Deve ser ingerido nos intervalos das principais refeições na dose de um litro, aproximadamente, por dia. Quando o doente não o tolere, pode-se substitui-lo pelo *kefir* (leite de vaca

fermentado) ou pelo *koumys* (leite de jumenta fermentado). O leite de jumenta é muito nutritivo, assim como o de cabra. As farinhas de cereais são remineralisantes, como também alguns legumes (lentilhas, feijões, favas e as ervilhas) que devem fazer parte da ração alimentar dos tuberculosos.

Os frutos podem fazer parte da alimentação dos doentes; há, porém, alguns que devem ser evitados, porque descalcificam o organismo (laranjas e limões). A alimentação líquida deve ser constituída por água, leite ou vinho com água, mas sempre em pequena quantidade no momento das refeições.

O alcool é proibido aos tuberculosos e completamente banido da sua alimentação, mesmo em forma de vinhos medicamentosos, pois é um veneno do sistema nervoso e produz perturbações digestivas e insónias e entrava o bom funcionamento dos rins. Os alcoólicos são fácilmente vencidos pela doença e Lancereaux constatou em 2.192 alcoólicos 1.229 tuberculosos.

Quantas refeições devem fazer por dia?

Neste ponto não podemos estabelecer um critério único. A maneira de agir depende dos doentes, da sua capacidade estomacal e da qualidade dos alimentos que ingerem.

Tódavia poder-se-há estabelecer cinco refeições por dia, sendo duas fortes e três pequenas, mas su-

ficientemente espaçadas umas das outras, para não fadigar o estômago e dar tempo a que as digestões se façam antes de nova ingestão de alimentos.

Os alimentos devem ser bem mastigados, afim de poupar o mais possível o trabalho das vias digestivas.

Além disso é necessário recommendar aos doentes o máximo aceio da cavidade bucal.

*

* *

Climas. — A tuberculose é uma doença curável em qualquer parte (Thiago d'Almeida). Contudo há climas que gosaram outrora duma grande nomeada (chegando mesmo a pensar-se que havia regiões *imunisadoras*) e que hoje ainda prestam bons serviços no tratamento de tuberculosos. Mas a cura climatérica tem as suas indicações limitadas e precisa ser bem manejada como qualquer outro agente medicamentoso, procurando-se as indicações para cada caso, consoante o estado dos doentes.

É verdade que as altitudes oferecem condições especiais para que o doente possa ser instalado num sanatório, vivendo abrigado dos ventos, dos nevoeiros, num ar sêco e recebendo em amplas respirações um ar fortemente oxigenado. Mas êsse ar

puro pode tornar-se viciado, carregado de agentes microbianos, se êsse meio se transformar num aglomerado social.

As vantagens dêstes climas são múltiplas e variadas. A *rarefação do oxigênio* obriga os doentes a uma maior amplitude respiratória, forçando-os assim, sem violência, a uma ginástica pulmonar útil. A *intensidade da luminosidade* é grande, devido a ausência de nevoeiros, recebendo assim o organismo todas as emanações solares com os seus raios ultra-violetas, tónicos e estimulantes.

A *secura do ar* opõe-se ao desenvolvimento dos organismos inferiores, garantindo a pureza da atmosfera.

O *abaixamento da pressão atmosférica* produz uma circulação sanguínea periférica mais intensa, fazendo o afluxo do sangue para a superfície e descongestionando os órgãos internos. Além disso a ausência de ruídos e de poeiras, o afastamento dos centros populosos, tudo concorrê para o bom êxito que, para os tuberculosos, pode resultar da sua permanência nestas regiões. É costume dividir os climas montanhosos em: pequenas, médias e grandes altitudes, conforme atingem respectivamente 500 metros, de 500 até 1.000 metros, e de 1.000 metros para cima.

Qualquer das altitudes é favorável aos casos de

que estou tratando (tuberculoses em início, tuberculoses com anemia, tuberculoses de evolução lenta e tuberculoses com febre ligeira). Para os febricitantes as altitudes são contra-indicadas, porque a sua influência sôbre a hipertermia faz-se sentir à medida que se vai subindo. Para esta espécie de doentes é preferível a planície, com temperatura regular e sem grandes variações, com bastante arborisação (pinheiros).

Climas marítimos.—A beira-mar pertence ao grupo dos climas excitantes, tendo quási os mesmos elementos das altitudes, luminosidade, radiações solares, pureza do ar. Tem, porém, um grau maior de humidade, menores variações térmicas e barométricas, e maior freqüência de ventos. O ar marítimo possui grande percentagem de cloro, iodo, ozônio e silício, tornando-se um excitante do apetite e do sistema nervoso, aumenta a hematopoiese e acelera a nutrição. Está bem indicado êste clima nas formas escrofulosas, linfáticas, ósseas e ganglionares. Nos tuberculosos latentes, em alguns casos, também se pode consentir a cura marítima logo que não seja muito demorada e que o doente procure afastar-se da beira-mar, evitando além disso os grandes ventos.

Climas de planície.—São climas com propriedades intermediárias às altitudes e aos climas marí-

timos. São, como já disse, convenientes aos febricitantes.

*

* *

Os *sanatórios* são estabelecimentos *fechados* que, pela sua situação, arquitectura e regime apropriado, se prestam ao tratamento dos tuberculosos, exercendo-se a fiscalização médica permanente. O regime de vida aí seguido baseia-se na trilogia: ar puro, boa alimentação e repouso. Os doentes aproveitarão, permanecendo aí algum tempo, porque tem a fiscalização médica que não teriam se fossem abandonados a si próprios. Além disso estão sujeitos a uma disciplina severa e aqueles que se recuzam obedecer são imediatamente despedidos. O sanatório é, por assim dizer, uma escola onde os doentes vão aprender a maneira de cuidar de si e onde aprendem as regras de profilaxia tendentes a evitar a propagação da doença às pessoas de família e aos estranhos. Êste regime está perfeitamente indicado para os doentes indóceis, indisciplinados, que se não sujeitariam ao tratamento conveniente em suas casas e para aqueles que as suas finanças permitirem.

Apresentado o sanatório como uma casa de disciplina fica posto de lado o *sanatório-hotel*,

onde os doentes teem uma fiscalisação médica não permanente, fazendo o tratamento um pouco a seu gôsto, sem estarem sujeitos a uma direcção que os obrigue ao cumprimento das prescrições (Daremberg). Duma maneira geral os sanatórios compõem-se de um corpo central com quartos para doentes, dependências para cosinha, desinfecção e lavanderia, galerias de cura (onde os enfermos permanecem deitados em *chaise-longues* durante certas horas), salas de recreio e de refeições, gabinetes para os serviços clínicos. Os quartos podem ser individuais ou colectivos. Alguns sanatórios possuem pavilhões isolados para os dois sexos e pavilhões para famílias.

A tuberculose é tratável em toda a parte onde se disponha de certas condições apropriadas. Mas, atendendo ao regime, fiscalisação, clima e condições de vida que os tuberculosos aí teem, a cura é mais fácil e mais duradoira se a sua permanência fôr longa.

É o método da *residência fixa* de Jaccoud: determinar a adaptação e se é possível, manter o doente na região escolhida tanto tempo emquanto a observação demonstrar os bons efeitos e que não apareça qualquer contra-indicação.

Assim deve ser. O tratamento climatérico faz sentir a sua acção lentamente, como outro qual-

quer agente. Portanto a sua aplicação deve ser permanente e demorada para que os seus efeitos se façam sentir duma maneira satisfatória.

*

* *

**Medicação anti-bacilar, sintomática e reconstituente —
Acção psíquica do médico e sugestão medica-
mentosa**

Até aqui tenho-me referido exclusivamente ao tratamento da tuberculose duma maneira em geral.

Além da tríade "ar, repouso e alimentação," nós podemos lançar mão de agentes e meios que podem ser bons *adjuvantes* para o tratamento que temos em vista. Com esses medicamentos nós vamos procurar a antisepsia pulmonar, melhorando as trocas nutritivas do organismo, aumentando a defeza contra o micróbio e suas toxinas e combatemos alguns dos sintomas que pela sua violência são perniciosos aos doentes.

Os medicamentos que se dizia possuírem uma acção *antiséptica* sobre o bacilo de Koch não são mais do que modificadores das lesões, favorecendo, é verdade, a evolução dos focos tuberculosos para a cura.

São medicamentos que precisam ser bem ma-

nejados e cuidadosamente vigiados para que se não tornem perigosos. Estes preparados, como a *creosota* e os seus derivados — creosotal, tiocol gaiacol — estão indicados nas formas tórpidas, apiréticas, quando a expectoração é abundante e com bacilos. O seu emprêgo está formalmente contra-indicado nos febricitantes, congestivos e nos tuberculosos que tenham tendência para a hipertermia. Quando surjam sintomas de intolerância gástrica ou de irritação pulmonar ou de saturação (emagrecimento, coloração negra das urinas) deve-se cessar imediatamente o tratamento.

A *creosota* dá-se em doses de 10 a 20 centigramas (podendo atingir 1 grama) por via gastrointestinal, por via brônquica ou hipodérmica.

O *gaiacol* tem as indicações e os perigos da *creosota*, embora a sua acção seja mais suave e melhor tolerado.

Dá-se pela boca ou por via hipodérmica sob a forma de cacodilato de gaiacol (10 centigr. para 2 c. c. água destilada em ampolas esterilizadas).

O *tiocol* ou gaiacolsulfonato de potássio é menos tóxico que o gaiacol, não é irritante para as mucosas e não provoca intolerância. Emprega-se em cápsulas, comprimidas e xarope, na dose de 2 a 3 gramas (até 8 gr.).

O *gomenol* contém grande percentagem de eu-

caliptol. É um pouco irritante e congestiona as mucosas. Emprega-se em injeções hipodérmicas em solução oleosa a $\frac{1}{10}$.

O *tanino* foi empregado e preconizado por Arthaud, Raymond e Souza Teixeira. Êste último fisiologista refere-se à sua acção da seguinte forma: "o tanino parece ter uma acção especial sôbre os tuberculos provocando a sua supuração e eliminação para dar, depois, origem à esclerose progressiva".

É um medicamento nocivo que produz perturbações gastro-intestinais, diminuição no pêso, aumenta a tosse e a expectoração. Daremberg fala da acção desfavorável que êste medicamento trouxe a um tuberculoso que, havia muitos anos, suportava muito regularmente a sua doença. Tratado pelo tanino pareceu sentir-se melhor; mas em breve teve dores no estômago e no intestino, diminuiu em pêso, a tosse e a expectoração reapareceram, enfim todos os sintomas pioraram. "Secaram-se os brônquios, mas também o tubo digestivo".

*

* *

"Os medicamentos são funestos aos tuberculosos," assim se exprime Daremberg.

Assim é. Estes preparados com fama de antibacilares actuam, geralmente, como uma faca de dois gumes e podem tornar-se extremamente perigosos. Por isso o seu emprêgo deve ser cuidadosamente seguido e, à menor complicação, a medicação é sustada imediatamente.

*

* *

É necessário que o tuberculoso possa levar uma vida sossegada, sem inquietações, sem emoções ou sofrimentos.

Toda a causa que o deprima, quer moralmente, quer fisicamente, deve ser combatida. É neste sentido que se tem procurado organizar uma terapêutica que possa ir neutralizando os sintomas à medida que vão aparecendo e que sejam motivo para deprimir o doente. É a *terapêutica sintomática*.

Entre esses sintomas há a combater a *tosse* que fatiga o doente, que o impede de dormir e até de se alimentar.

A primeira coisa a fazer é discipliná-la, quando ela é sêca, inútil, resultante do prurido tráqueo-brônquico.

“Ensino aos meus doentes a não tossir”. (Deitweiler).

Nos casos em que seja violenta é preciso calmá-la com os opiados (codeína, dionina, heroína ou até a morfina) ou com a beladona.

Quando a tosse é acompanhada de expectoração não deve ser contrariada, a não ser que ultrapasse certos limites.

Procura-se, então, facilitar antes a expectoração—causa da tosse—pelas inalações de vapor d'água, adicionado de alguns medicamentos balsâmicos (tintura de benjoim ou de eucalipto) ou pelas injeções intra-traqueais de eucaliptol, de gomenol a 10 % ou pelas injeções hipodérmicas de azeite gomenolado ou gaiacolado a $\frac{1}{20}$, e ainda fluidificando-a com a terpina, o benzoato de sódio, etc.

A tosse emetisante, que se torna um verdadeiro suplício para o doente, requer um tratamento para a tosse (opiados) e preparados que actuem sobre a mucosa gástrica, calmando-a. Empregar-se-há o xarope de éter ou a água cloroformada, combinados com o repouso na posição horizontal após as refeições e sendo necessário, compressas quentes e gelo sobre a região gástrica.

As *dores torácicas* em alguns doentes são fortes, violentas, contínuas. É preciso combatê-las, subjugá-las pela revulsão que produz ao nível da pele uma rubefacção com vaso-dilatação e irrita-

ção das extremidades nervosas, descongestionando assim as vísceras.

Vários são os agentes empregados com êste fim. Citarei em primeiro logar a *tintura de iodo* que é, geralmente, duma acção suave, sendo bem suportada pelos doentes. A *essência de terebentina*, mais eficaz e mais suave ainda, applica-se em fricções em mistura com o alcohol. Os sinapismos e cataplasmas sinapisadas podem prestar também bons serviços. As *pontas de fogo* que são duma applicação corrente e trazem benefícios aos doentes, nem sempre podem ser applicadas, pois há alguns, nervosos e pusilânicos, que não as suportam. Além disso devem ser superficiaes, ligeiras e feitas rapidamente para evitar produzir accessos febris.

O tratamento das *hemoptises* não nos pertence versá-lo aqui. É mais profilático do que curativo. Devemos procurar para o tuberculoso condições de vida tais que os resguardem d'êste acidente.

Combatendo a tosse violenta, evitando os ventos, as mudanças bruscas de temperatura e a exposição ao vento, temos feito a terapêutica para que esteja livre de fazer congestões pulmonares.

O tratamento da *febre* já foi, por assim dizer, tratado quando falei da cura pelo repouso. É geralmente uma febrícula. Mas, às vezes, pode surgir um accesso febril sem causa aparente ou motivado

por um excesso qualquer. O repouso completo no leito combate eficazmente êsse incidente sem ser necessário o emprêgo dos anti-térmicos químicos, depressores do coração e do sistema nervoso e produtores dos suores. Quando muito bastarão as loções frias como adjuvantes do repouso.

Há um sintoma que, às vezes, toma proporções inquietadoras para os doentes, impossibilitando-os de dormir e enfraquecendo-os pelas perdas que o seu organismo sofre. São os suores noturnos. A remineralisação e cura de ar noturna é-lhes muito proveitosa, assim como o uso diário das loções frias. Sempre, em todos os casos, os doentes devem ter cuidados de limpeza com a sua pele, roupa do corpo e de cama. Mas, quando hajam suores, essa higiene deve ser mais cuidada e mais esmerada.

Só em último caso faremos uso da atropina (sulfato de atropina em pílulas de $\frac{1}{4}$ de miligr.) ou da agaricina associada ao ópio.

Um dos sintomas bastantes freqüentes é a *anorexia*. O doente tem fastio; outras vezes tem grande repugnância por certos alimentos. É preciso ir em seu auxílio para que êle possa alimentar-se. Nem sempre se consegue vencer esta falta de apetite que em alguns doentes vai até ao absoluto.

Temos à nossa disposição alguns meios que de

nos podemos socorrer. Quando a sugestão e a acção do médico nada consegue, empregaremos os *amargos* (quina, genciana, noz vómica, etc.), ou o *metavanadato de sódio* (1 a 2 miligr. em solução), em curas de 4 dias, seguidas de repouso medicamentoso para evitar o *hábito* e a intoxicação.

Como disse, referindo-me à sintomatologia, entre os sintomas figuravam a *constipação de ventre* ou a *diarreia*.

A primeira será contrariada pelo *método* (horas certas em que o doente deve ir ao *water-closet*), pelos laxantes ligeiros e suaves.

A segunda, sustentada as mais das vezes pela má higiene alimentar, desaparece com uma alimentação conveniente.

Quando assim não sucede, usaremos do *tanino* (ou melhor ainda do tanígeno) associado ao subnitrito de bismuto ou aos pós absorventes. Os fermentos lácticos, tão úteis em outras diarreias, devem ser banidos aqui, porque auxiliam a descalcificação (Loeper).

*
* *
*

A *medicação reconstituente* tem por fim aumentar a actividade de nutrição dos órgãos e teci-

dos, reparar as perdas de desmineralização e moderar a grande desassimilação que o organismo está constantemente sofrendo. É necessário, contudo, fazer uma escolha criteriosa desses agentes medicamentosos e ter sempre presente que o tuberculoso é um ser débil que deve ser cuidadosamente medicado, poupando-se o seu organismo às intoxicações.

O uso muito demorado de qualquer medicação arrasta a perturbações gastro-intestinais e além disso os doentes julgando que se curam tratados assim, esquecem-se da cura higiênico-dietética que, para a maior parte, é o único tratamento possível. Neste grupo de medicamentos alguns há que podem prestar relevantes serviços, quando bem manejados. O *arsénio* e os compostos arsenicais são preciosos no tratamento dos tuberculosos. Aumentam o número de glóbulos vermelhos e a hemoglobina, estimulam a nutrição, levantam as forças, abrem o apetite e os doentes começam a engordar. Devem ser prescritos com moderação, atendendo às congestões que produzem e tendo em linha de conta o repouso medicamentoso.

O *arseniato de sódio*, segundo a fórmula de Trousseau, é um bom preparado para se tomar por via gástrica: (arseniato de sódio—5 centigr.—água destilada 100 gr.—tintura de cochenila q. b. para

córar). O *cacodilato de sódio* em injeções hipodérmicas é "a medicação de escolha," como lhe chama Dieulafoy; fazem-se injeções seguidas (5 centigramas por dia) durante 10 a 12 dias e descansando igual tempo. O *óleo de fígado* de bacalhau (ou a sua emulsão) é um medicamento-alimento de primeira ordem. Tem o inconveniente de ter um gosto desagradável e ser de difícil digestão. Há pessoas que o suportam mal, trazendo-lhes náuseas e até vômitos, diarreia e erupções cutâneas. É um tônico e estimulante da nutrição em geral que deve ser empregado de preferência no inverno.

A *estricnina* e os seus sais (arseniato, sulfato e cacodilato), em doses pequenas, são estimulantes gerais, mas principalmente amargos aperitivos contra a anorexia.

Produzem, às vezes, perturbações em alguns doentes.

Os *fosfatos* são muito largamente empregados em clínica de tuberculosos. São desprovidos de nocividade e tem por fim compensar o *déficit* que as perdas em minerais produzem no organismo por efeito da doença. Empregam-se os glicero-fosfatos (de cálcio, sódio, ferro e magnésia) para nos aproximarmos da maneira como o fósforo existe, em diferentes combinações, no nosso organismo.

*

* *

Como o organismo do tuberculoso em evolução se desmineralisa, procura-se combater as perdas, dando-lhe por um lado sais minerais e evitando por outro as fermentações ácidas gastro-intestinais e instituindo um regime alimentar conveniente. Como A. Robin tem mostrado, quanto mais a doença avança menor é a eliminação mineral. O tuberculoso perde tudo o que pode perder em minerais, à medida que a doença avança na evolução. Ferrier, baseando-se nesta desmineralização, procurou *remineralizar-lhe* o organismo. Como se compreende facilmente o tratamento deve ser iniciado no comêço da doença, momento em que esta terapêutica pode dar alguns resultados.

Ferrier manda que se suprima da alimentação os ácidos minerais e orgânicos, os corpos gordos e os alcoólicos, isto é, afastando todas as causas que produzam fermentações gastro-intestinais; prescreve 3 hóstias por dia da seguinte preparação :

Carbonato de cálcio }
Fosfato tribásico de cálcio } ãã 50 centigr.

A. Robin emprega a seguinte fórmula:

Fosfato de cálcio	}	ãã 50 centigr.
Carbonato de cálcio		
Carbonato de magnésia		15 centigr.
Silicato de cálcio		3 "
Fluoreto de cálcio		1 "
Lactose		5 "

em um papel e manda tomar 3 por dia.

A recalificação é um adjuvante dos outros meios de tratamento com a condição de ser seguida durante muito tempo, mesmo depois da cura aparente.

*

* *

O médico de tuberculosos deve ter uma certa *influência moral* sôbre os seus doentes para que qualquer terapêutica ordenada produza os seus bons efeitos. É necessário que o doente deposite confiança no seu médico e que êste saiba insinuar-se no seu espírito. O tuberculoso é um ser que vive muito do sistema nervoso. Aproveitando-se disso "tendo-os na mão," como diz Rénon, o terapeuta consegue com a "incitação moral," fazer o que qualquer medicamento não seria capaz. Nunca me es-

quecerei do que se passou com uma pessoa de família (já lá vão mais de 10 anos) que em estado de fraqueza extrema, não podendo sentar-se na cama senão levantado e sustentado por carinhosas mãos, ao ver o seu médico (em quem depositava a máxima confiança) e ordenando-lhe êste que se sentasse para o auscultar, fê-lo com tal rapidez que assombrou os assistentes. Êsse médico era já então professor da Escola Médica do Pôrto.

Aliada à acção moral anda a sugestão medicamentosa.

Um pequenino nada, um medicamento anodino é o bastante, muitas vezes, para que os doentes passem melhor.

Albert Mathieu notou, com a influência de injecções sub-cutâneas de sôro fisiológico (1 c. c.), disfarçado sob a denominação de "antifimose", aumento de apetite e de pêsso, diminuição da tosse e da expectoração, etc.

Os sintomas voltavam logo que se suprimia a medicação.

Daremberg cita o caso dum seu cliente vir participar-lhe que se *sentia melhor* desde que começou, por sua ordem, a registar diáriamente as suas temperaturas! Os tuberculosos são egoistas e querem que se ocupem deles, readquirindo vitalidade, coragem e esperança, logo que assim suceda

(A. Mathieu). Pelo que se acaba de ver os tuberculosos precisam de ser medicados, de quando em quando, porque não se contentam simplesmente em fazer o tratamento pelo método higiênico-dietético. Os agentes medicamentosos actuam não só pela sua acção farmacodinâmica, mas também psíquicamente.

*

* *

Outros processos de tratamento. — Até aqui tenho tratado de medicamentos que são de uso vulgar e de aplicação constante. Mas não quero deixar de referir-me a outros meios terapêuticos que, embora modernos e que não sejam de uso diário, podem contudo prestar alguns serviços, quando convenientemente applicados. Assim temos que falar da *helioterapia* cujo estudo tem merecido a Malgat grande atenção. É um meio que tem dado as suas provas em ortopedia e nas tuberculoses cirúrgicas. Em tuberculose pulmonar a sua acção é limitada e pode trazer accidentes. Nas formas apiréticas (como estas) ainda se pode tentar a sua utilização e Malgat fala dos bons efeitos sobre o estado geral, com aumento das forças, do apetite e do pêso e diminuição na vitalidade dos bacilos.

Da *hidroterapia* já falei quando versei o tratamento da febre. Mais adiante occupar-me-hei das águas minerais.

A *ginástica respiratória* tem por fim aumentar a amplitude dos movimentos respiratórios e da caixa torácica.

É um método que tem as suas vantagens e os seus inconvenientes, podendo despertar as lesões que estavam estacionárias pela mobilização das partes doentes e trazendo a abertura de lesões fechadas. Quanto ao Ráio X e ao Rádium os seus efeitos tem-se mostrado pouco eficazes em terapêutica de tuberculosos. O *soro fisiológico* tem sido preconizado por alguns autores para aqueles doentes completamente apiréticos. Todavia o seu emprêgo em injeções, mesmo em doses moderadas — 20 c. c. — pode produzir acessos febris com agravamento das lesões. Nos casos favoráveis o seu uso pode aumentar o apetite e o pêsso e beneficiar até a marcha das lesões locais.

Águas minerais. — Outrora já se empregavam as águas minerais no tratamento de tuberculosos. Depois que a cura higiênico-dietética entrou no seu período áureo aquelas cáiram em desuso. Há poucos anos, porém, alguns clínicos começaram novamente a lançar mão delas.

A. Robin que tem procurado dar grande impulso ao tratamento hidro-mineral demonstrou que elas tem certa acção favorável sôbre o terreno, melhorando-o e modificando as lesões peri-tuberculosas. Entre essas águas as que podem ser úteis são *sulfurosas* e as *arsenicais*. As primeiras são mais empregadas. A sua aplicação deve ser vigiada, porque podem surgir acidentes análogos aos produzidos pelas tuberculinas (Castaigne). Os tuberculosos apiréticos, com lesões de marcha lenta e aqueles de forma catarral, com grande expectoração, podem seguir o tratamento hidro-mineral.

As arsenicais são menos empregadas, e sómente nos casos em que as lesões pulmonares sejam mínimas.

São formalmente contra-indicadas as alcalinas bicar-

bonatadas sódicas, as cloretadas sódicas e as sulfatadas cálcicas porque veem acelerar a nutrição.

Como diz Jaccoud não se deve deslocar para as termas os doentes que possam fazer uma cura higiênico-dietética conveniente onde estiverem, pois não vão aproveitar mais fazendo êsse tratamento.

Opoterapia. — Há alguns anos tem-se ensaiado em terapêutica de tuberculosos a opoterapia. Se bem que os resultados não tenham sido brilhantes em toda a linha, alguma coisa de útil pode advir do seu emprêgo.

Como as alterações glandulares sejam frequentes, natural é procurar remediá-las pelos produtos opoterápicos. Essas alterações podem incidir sôbre o figado, sôbre as capsulas supra-renais e sôbre a glândula tiroideia, etc., e daí nasceram as diferentes opoterapias.

Vários autores (Triboulet, Barbier, Lemoine) teem preparado diferentes *extractos*. Lemoine e Gerard preparam a *paratoxina* que é mais correntemente empregada. É um extracto biliar obtido por meio do éter de petróleo. Em clínica médica chegou-se a empregar êste tratamento, servindo o assunto para uma tese. Parece que os doentes tratados assim sentiam algumas melhoras. Emprega-se também a opoterapia supra-renal, tiroideia, hipofisária e até a opoterapia sanguínea (*hemoplase*).

Rénon, Dumarest e Arthur Delille mostram-se satisfeitos com os seus resultados, embora o tratamento traga acidentés anafiláticos e outros. Não deve ser demorada a medicação.

O *atoxil* tem sido preconisado principalmente por Hallopeau. Foi também ensaiado nas enfermarias da Faculdade.

Desta rápida excursão pela terapêutica vê-se que todos os processos e medicamentos empregados podem prestar auxílio ao organismo do tuberculoso, enfraquecido pelo bacilo e suas toxinas. Contudo a tríade: (ar, repouso e alimentação) é a primeira a mostrar os seus bons efeitos em quasi todos os casos. Os outros são auxiliares, mais ou menos preciosos, daquela medicação.

Estou, porém, convencido que depois dela está imediatamente abaixo o tratamento pelas tuberculinas e tanto assim é que lhe dedico um capítulo, tão minucioso quanto me foi possível, e estou esperançado que há de ser a medicação do futuro.

CAPÍTULO IV

Valor especial das tuberculinas—Soros. Imunisação activa e passiva

Quando em 1890 Koch apresentou a sua *linfa*, afirmando ter descoberto um remédio que conseguia curar a tuberculose cutânea, óssea, ganglionar e pulmonar, o entusiasmo chegou a atingir as raias do delírio. Em breve, porém, veio o descrédito, pois registaram-se inúmeros casos fatais nos *tísicos* que, de todas as partes do mundo, corriam a Berlim em busca do milagroso específico. Porque razão foi que a tão falada linfa de Koch caiu assim no descrédito, produzindo tantas vítimas? Pelo facto de que o seu emprêgo foi feito em más condições e a técnica da tuberculinoterapia mal compreendida.

Ainda hoje há quem não seja partidário da tuberculina (diz Sahli) e, se esta gosa de má reputação, deve atribuir-se ao facto da sua aplicação ser

feita em casos em que a sua indicação não é bem posta e além disso o tratamento, algumas vezes, não é seguido convenientemente, quer nas doses a empregar, quer na técnica a seguir. Todavia os tubercologistas que a têm estudado e que dela têm grande experiência são de opinião que a tuberculina é um dos grandes progressos da terapêutica. Para que o tratamento colha bom resultado é necessário, da parte do médico, conhecimentos profundos sobre a técnica terapêutica da sua aplicação para que não surjam acidentes sériamente desagradáveis. Havendo diferenças notáveis entre as diversas tuberculinas postas no mercado, não resta dúvida alguma que, com qualquer uma delas, se pode tirar proveito logo que se conheça bem a maneira de as empregar. Todas elas têm tido resultados magníficos. Contudo é necessário frisar, desde já, que não se trata dum *remédio específico* como pensava Koch em 1890; estamos, porém, em presença da *toxina tuberculosa*. Por isso mesmo a sua aplicação tem que ser cuidadosamente seguida, pois não estamos em face dum sôro como em soroterapia anti-diftérica. Como definir, duma maneira geral, as tuberculinas? São preparações que contêm toda ou parte das toxinas do bacilo tuberculoso (toxinas solúveis ou exo-bacilares, toxinas fixas ou endo-bacilares ou toxinas endo e exo-bacilares).

De que forma actua a tuberculina como agente terapêutico? Imunizando o organismo, pondo em actividade as suas *próprias fôrças* em face dos venenos da doença. A introdução de doses lentamente progressivas insensibilisa o organismo em presença da toxina tuberculosa, trazendo-lhe uma *toximunidade* (Sahli) por mitridatismo, devido a formação de *anticorpos* que neutralizam as propriedades químicas da citada toxina. É notório este mitridatismo nos indivíduos tuberculosos, pois que se consegue, com doses progressivamente crescentes, aumentar, duma maneira espantosa, a tolerância à tuberculina (até milhões de vezes). Além desta acção antagonista existem certos fenómenos de irritação ou de reacção tóxicas, quer gerais e quer locais que teem uma grande importância em tuberculioterapia. Estes fenómenos irritativos devem manter-se, durante o tratamento, abaixo de certos limites para que não se tornem perigosos. Nos casos desfavoráveis produzem lesões dos tecidos que facilitam a marcha da doença.

E assim a tuberculina torna-se uma faca de dois gumes, quer facilitando a cura nos casos sem grandes reacções, quer agravando o mal nos casos em que elas apareçam. Deve-se, pois, evitar as reacções (tanto quanto possível) no decurso do tratamento (Denys, Götsch, Sahli) que assim feito,

duma maneira *lenta e progressiva*, dá melhores resultados que o sistema preconizado por Koch com a sua nova tuberculina.

Estimulando assim o organismo, aproximamo-nos mais da cura pela *evolução natural*. O efeito da tuberculinoterapia consiste numa *acção curativa imunisadora*. Mas esta imunidade é relativa, isto é, a tuberculina aumenta o poder de resistência à tuberculose excitando sómente os processos fisiológicos e anatómicos que, na evolução espontânea, concorrem para a cura. Como já disse é necessário que se evitem, no decorrer do tratamento, os fenómenos reaccionais. As reacções consistem no agravamento das lesões locais (ou focais) e as gerais manifestam-se pela hipertermia, diminuição do apetite, diminuição do pêso, pela circulação defeituosa, etc.

A febre constitui, por assim dizer, a pedra de toque que nos guia na aplicação da tuberculina num dado indivíduo. Há outros sintomas que, embora secundários, se devem tomar em consideração. Quando falar da *técnica* serei mais extenso sôbre êste ponto. Evitando as reacções encaminhamo-nos para o que se passa na cura espontânea em que os acessos febris são geralmente de mau prognóstico. Também se comprehende fácilmente quanta vantagem oferece o tratamento feito sem processos reac-

cionais, pois que evita não só o agravamento das lesões, como também não obriga os doentes a deixarem as suas ocupações, quando se faz a cura chamada *ambulatoria*. Em que casos se pode aplicar a tuberculina?

Sempre que haja vitalidade geral do organismo, bom funcionamento dos diferentes órgãos e aparelhos, isto é, nos casos em que o grau de intoxicação não seja avançado e que os doentes não estejam muito enfraquecidos, quer pelo efeito da doença, quer congénitamente. Pode fazer-se o tratamento nos tuberculosos *apiréticos*, de evolução crónica e lenta e com lesões pouco extensas (1.º, 2.º e 3.º grau de Turban); nos doentes nada (ou pouco) sensíveis à acção da tuberculina e nos quais esta não produza pirexia e naqueles em que a cura higiénico-dietética não tenha produzido grandes progressos nas lesões, ficando estas estacionárias e ainda nas *formas latentes* em que se manifestam simplesmente por sintomas tóxicos (dispepsia, anemia e emagrecimento). Há uma outra indicação que se deve ter em linha de conta e que hoje na Alemanha se atende nos sanatórios populares; é tirada das condições sociais dos doentes que vivem do seu trabalho e que necessitam duma cura mais rápida.

Do que acima fica dito tira-se esta ilação: nos

casos de tuberculosos latentes, como as apresentei, a indicação pela cura tuberculínica está bem posta, porque o organismo está pouco intoxicado pela doença, apresenta ainda uma certa vitalidade, as lesões são pouco extensas e não há hipertermia. Por isso é o momento oportuno que se não deve perder para instituir a medicação que é, (segundo Gouraud e Sahli) "a aquisição mais importante dêstes últimos anos," em terapêutica de tuberculosos. Infelizmente, porém, nem todos os casos podem ser tratados desta forma. Mas conhecendo bem a tuberculose nas suas primeiras manifestações, como eu acentuei no primeiro capítulo, pode-se a tempo jugular uma doença tão rebelde e que tantas vítimas faz em toda a parte.

As contra-indicações a êste tratamento são as formas nítidamente *em evolução*, as formas agudas, as sub-agudas febris, as fibro-caseosas extensas, as afebris, mas de tendência extensiva.

Como já anteriormente disse, as tuberculinas são substâncias extraídas do bacilo de Koch ou das suas culturas (toxinas, produtos solúveis ou emulsionados). Teem-se preparado tuberculinas não só com o bacilo tuberculoso humano, mas também com os bacilos bovinos. As substâncias contidas na emulsão glicerínada, segundo análises variadas, são albumoses, alcaloides (de natureza desconhe-

cida), mucina, sais inorgânicos, matéria c rante, glicerina e  gua.

Há variadas tuberculinas. Contudo pode dizer-se, duma maneira geral, que todas teem dado as suas provas e o que   necessário, com qualquer uma delas,   sab -las aplicar sob o ponto de vista das doses e das indica es. Todavia a tuberculina de B raneck para quem não estiver muito bem familiarizado com esta espécie de tratamento   a de mais fácil manejo e a que se presta a notar as mais pequenas reac es para o efeito de suspender a medica o. Não existe um acôrdo sôbre a maneira de empregar as doses.

Uns empregam as doses elevadas (Landmann) e outros doses pequenas. R non, seguindo o critério de Sahli, diz que a posologia das tuberculinas melhorou desde que se empregam as doses pequeníssimas.

Entre as variadas tuberculinas (de Jacobs — Instituto Pasteur; de Klebs; de Vaillant; de Koch (Alt-Tuberc. T. A. K. e a T. O. e a Neu-Tuberc. B. E.) o Immun K rper ou I. K. de Spengler) as mais empregadas são a de B raneck, a de Calmette (Lille), a primitiva de Koch e a de Denys.

Como as tuberculinas no fundo são idênticas não estou a referir-me ao modo de as preparar a todas.

Falarei principalmente das: Béranek, Denys e Calmette que são das que farei uma descrição mais detalhada.

*
* *
*

a) A tuberculina Béranek, segundo a descrição de Sahli, é essencialmente formada pela mistura dum caldo de cultura tuberculosa, desembaraçada dos bacilos por filtração e concentrada no vazio a baixa temperatura, e dum extracto dos corpos bacilares obtido pelo ácido ortofosfórico a 1 %. Como se verá mais adiante na tuberculina de Denys cada diluição é *dez vezes* mais concentrada que a imediatamente anterior. Para fugir a êste inconveniente Béranek, por conselho de Sahli, estabeleceu a sua escala de diluições na razão de $\frac{1}{2}$, isto é, cada solução é *sómente duas vezes* mais forte que a precedente. Desta forma alonga-se, é verdade, um pouco mais o tratamento para atingir a *dose máxima*, mas em compensação segue-se com mais facilidade os efeitos da tuberculina. As concentrações de Béranek são 15 assim postas em série: A/128, A/64, A/32, A/16, A/8, A/4, A/2, A, B, C, D, E, F, G, H.

Designando por "Tuberculina," ou melhor por "TBk," a tuberculina Béranek, Sahli organisa a es-

cala das diluições, partindo da mais elevada, da seguinte forma:

H = TBk (Tuberculina pura)	
G = TBk/2	A/2 = TBk/256
F = TBk/4	A/4 = TBk/512
E = TBk/8	A/8 = TBk/1024
D = TBk/16	A/16 = TBk/2048
C = TBk/32	A/32 = TBk/4096
B = TBk/64	A/64 = TBk/8192
A = TBk/128	A/128 = TBk/16384 etc.

Querendo soluções mais fracas ainda, é dirigir-se directamente ao laboratório que de lá as remeterão.

O Prof. Béranek tinha, antes desta, uma outra tuberculina que êle designava por T $\frac{1}{20}$ (*solução-mãe*). A TBk = H corresponde a $\frac{1}{3,125}$ da citada solução-mãe.

A tuberculina vem em frascos bem rolhados com parafina.

b) Tuberculina Calmette (de Lille).

A tuberculina Calmette (C. L.) tem a seguinte composição: contêm os produtos de secreção dos bacilos e as suas substâncias protoplásmicas, extraídas pela glicerina no vácuo, precipitadas a frio

pelo álcool absoluto, depois pelo éter, não dialisáveis e solúveis na água fisiológica. O produto vem em duas caixas A e B. A caixa A contém 12 ampolas de: $1/1000$, $2/1000$, $5/1000$, $8/1000$, $1/100$, $2/100$, $5/100$, $8/100$, $1/10$, $2/10$, $5/10$, $8/10$ de miligrama.

A caixa B traz ampolas de 1 miligrama.

c) A tuberculina de Denys B. F. (de Louvain) é "um caldo filtrado de bacilos tuberculosos". As diluições são adicionadas dum pequena quantidade de timol para facilitar a conservação. As diluições são feitas pelo Instituto Bacteriológico de Louvain e postas no comércio em frascos de 5 cm. cúbicos, em 8 concentrações:

To/10.000	para a solução a	$1/10.000.000$
To/1.000	" " " "	$1/1.000.000$
To/1.00	" " " "	$1/100.000$
To/10	" " " "	$1/10.000$
To	" " " "	$1/1.000$
T _I	" " " "	$1/100$
T _{II}	" " " "	$1/10$
T _{III}	" " " "	pura

As diluições são 10 vezes mais concentradas que as anteriores.

Há diversas tuberculinas, como acima ficou dito. Mas os seus efeitos são idênticos, quer imunizando ou quer produzindo acidentes no organismo tuberculoso. Se não falei na Alt-tuberculina de Koch ou T. A. K. foi simplesmente, porque fica entregue ao clínico fazer as diluições.

Ora se nós podemos ter à nossa disposição soluções, rigorosamente feitas nos laboratórios, para que lançar mão dum produto que exige êsse trabalho e que deve ser feito com todas as condições de assépsia?

Evidentemente se o inconveniente fôsse só êsse e houvesse outras vantagens sôbre as demais tuberculinas, nós não devíamos hesitar em face daquele argumento. O Prof. Thiago de Almeida, entre as vantagens que encontra na tuberculina Calmette para lhe dar a sua preferênciã, fala das seguintes: está graduada em doses progressivamente crescentes; dispensa a solução feita pelo clínico; a sua actividade foi devidamente calculada no laboratório de origem; encontra-se fãcilmente no comêrcio.

Estas mesmas vantagens oferece a de Béranek. Sómente não se encontra fãcilmente no comêrcio e

é necessário pedi-la directamente ao laboratório de Neuchâtel, pois as soluções alteram-se com o tempo. Mas êste inconveniente dá-se com todas as suas congêneres.

Nas observações que apresento os doentes foram tratados pela tuberculina Calmette. Todavia em C. M. fez-se uso dos corpos imunisantes (I. K.), da tuberculina de Jacobs e os resultados foram sempre os mesmos.

*

* *

Técnica da tuberculinoterapia.—Antes de se instituir o tratamento é preciso que se faça uma observação cuidada e atenta do doente. Não é ao acaso que se institui uma terapêutica que se pode transformar em um agente perigosíssimo para o tuberculoso, agravando as suas lesões e apressando até a sua morte.

Outro ponto importante é procurar para cada caso a "mais alta dose de tuberculina", isto é, a dose *máxima* individual que varia de indivíduo para indivíduo e até no mesmo doente pode variar em diversos momentos.

O tratamento deve ser iniciado com a dose *mínima* que deve ser aquela que não produza nocividade ao organismo em questão.

Aqui começa, então, a vantagem da tuberculina Béranek, porque, dadas as suas soluções muito diluídas e numeradas, é fácil começar por uma dose tal que seja a "mínima," e cujo efeito nocivo não seja para recear. Já com a Calmette não podemos tão bem pesquisar a susceptibilidade (ou antes a sensibilidade do organismo) em face das suas soluções, sempre as mesmas.

Assim vejamos. A solução mais fraca é a $\frac{1}{1000}$ de miligrama.

Injectada ao doente, se sobrevem uma reacção, temos que parar o tratamento. Porquê? Êste tuberculoso não é susceptível de ser tratado pela tuberculina pelo simples facto daquela injeccção provocar-lhe reacção ou se se tateasse a sua sensibilidade com uma dose mais fraca não poderíamos *mitridatisá-lo*, pouco a pouco?

E, como nós temos que nos dirigirmos ao laboratório para requisitarmos a tuberculina, pedimos soluções fracas e designadas por A/256, A/512 ... A/4096, etc. Além disso o tratamento feito com a Béranek evita, no decurso das injeccões, as transições bruscas, porque as suas diluições estão na razão de $\frac{1}{2}$ e não como a Denys em que a razão é $\frac{1}{10}$. A tuberculina applica-se em injeccões sub-cutâneas (e não intra-dérmicas) feitas com todos os cuidados de assépsia, como para outro qualquer medicamento.

Tem-se querido experimentar a tuberculina em clisteres ou em inalações, mas a sua aplicação é perigosa e ineficaz; as vias gástrica ou cutânea (em uma série de cuti-reacções) tem sido tentadas, mas o método não permite boa dosagem e não entrou ainda na prática (Castaigne e Gouraud). A seringa é fervida e conservada em alcool absoluto até ao momento da injeção. Mas, como o alcool precipita as soluções de tuberculina, é necessário, antes de injectar, tirar a parte que ficou aderente com água esterilizada. Sahli aconselha fazer as injeções no tórax, porque, diz êle, são menos dolorosas.

Todavia em clínica médica são feitas no braço sem inconveniente algum. A injeção deve ser feita de manhã, pois que o efeito da tuberculina pode já notar-se na temperatura vesperal. A técnica que vou descrever, em primeiro logar, é de Sahli para a tuberculina de Béranek. E, como duma maneira geral o modo de agir é idêntico para todas, (com pequenas variantes) feita a descrição para a tuberculina de Béranek está descrita a técnica para as restantes.

A seringa deve ser graduada de forma a serem bem visíveis as divisões de $\frac{1}{10}$ de c. c. e entre as quais estão intercaladas as de $\frac{1}{20}$ de c. c.

Eis o plano de tratamento esquematizado:—
Começa-se por injectar uma das doses das concen-

trações mais fracas. Vão-se aumentando progressiva e lentamente as doses de forma que se evitem as "reacções".

Logo que algum fenómeno denote que o tratamento não é inofensivo, a dose imediata é diminuída e deixa-se mesmo um intervalo mais longo para a injeção seguinte.

Desta maneira consegue chegar-se a injectar, pouco a pouco, a solução mais forte para um dado indivíduo — "dose máxima individual". Atingida ela, passa-se a injectá-la com certos intervalos, mas sem a ultrapassar.

Sahli (de Berne) começa a injectar nos adultos apiréticos $\frac{1}{10}$ de c. c. da solução $A/512$. Esta dose inicial é injectada duas ou três vezes para nos assegurarmos que não há efeito acumulativo. Se assim mesmo houver fenómenos reaccionais, espera-se que desapareçam e reduz-se a dose a metade na injeção seguinte.

Tendo, pois, começado por $\frac{1}{10}$ de c. c. da solução $A/512$ passa-se a injectar $\frac{1}{20}$ de c. c. da dita diluição ou emprega-se, até, uma solução mais fraca $A/1024$. Se não há acidentes, segue-se, aumentando cada injeção seguinte de $\frac{1}{20}$ c. c. até chegar a $\frac{1}{2}$ c. c. de $A/512$ que se repete várias vezes. Se aparecer alguma reacção espera-se que desapareça para proceder a novas injeções com uma dose mais fraca.

E assim se vai estudando a sensibilidade do doente em face da tuberculina. Se aquela dose é bem suportada sem inconveniente, passa-se à solução seguinte $A/256$ que é, como se sabe, duas vezes mais forte.

Procede-se da mesma forma como anteriormente. Chegado a $1/2$ c. c. de $A/256$ repete-se também várias vezes. Passa-se em seguida à concentração $A/128$ da mesma forma. Continuar-se há assim até atingir a dose máxima individual ou mesmo a dose máxima absoluta (1 c. de TBk).

Se durante o tratamento se notar que a tolerância do indivíduo é grande em face da tuberculina, pode-se aumentar as doses, isto é, injectar em vez de $1/20$ de c. c. da concentração um $1/10$ para abreviar assim o tratamento.

Que intervalo deve haver entre as injeções?

Nos casos favoráveis podem-se fazer *duas injeções* por semana com as soluções pouco concentradas. À medida que se for aumentando as concentrações fazer-se hão de 8 em 8 dias e até de 15 em 15.

Nos indivíduos sensíveis às injeções serão mais espaçadas.

Não se pode dizer, antes de começar o tratamento, se um dado doente pode suportar a tuberculina, mesmo que seja um caso em comêço.

Todas as vezes que apareça uma doença infecciosa, tornando o organismo mais sensível à tuberculina, deve suspender-se imediatamente o tratamento (Sahli).

Antes de começar com o uso desta medicação o doente deve tirar a sua temperatura duas vezes por dia, uma de manhã e outra à tarde, pelo menos durante oito dias. Se houver receio que o tuberculoso seja febril a uma dada hora, prevenir-se há para que tire as temperaturas mais amiudadas vezes (de manhã, depois das injeções, no meio da noite, etc.).

A temperatura deve ser tirada na axila ou melhor ainda no recto.

Começado o uso das injeções investigar-se há com o máximo cuidado a temperatura.

Se na noite em que se fez a injeção o doente sente qualquer mal-estar deve imediatamente registá-la a essa hora. Uma elevação térmica de $\frac{2}{10}$ a $\frac{3}{10}$ deve ser considerada como uma "reacção" febril, se aparece no mesmo dia ou no dia seguinte à injeção.

Parecendo que estas pequenas elevações de $\frac{2}{10}$ a $\frac{3}{10}$ não teem importância, teem-na de facto. Denota que da parte do doente há muita sensibilidade para a tuberculina e deve-se, então, proceder com muita cautela no aumento progressivo das concentrações. Na ocasião da menstruação há geralmente

uma elevação térmica que é preciso ter em consideração.

Às vezes no decorrer do tratamento há uma elevação progressiva e contínua da temperatura e não *acessos*.

Há efeito acumulativo da tuberculina, devido a hipersensibilidade do organismo aumentada lentamente com o veneno. Nestes casos o tratamento será guiado com prudência como naqueles em que há *acessos*.

Além da temperatura há outros factores que, aparecendo no seguimento do tratamento, serão considerados como "reacções".

Assim a taquicardia, a dispnea após as injeções, a sensação de mal-estar geral, a inaptência, as dores de cabeça e as insónias, como a diminuição de peso devem ser considerados como efeitos reaccionais.

O doente deve pesar-se todos os 8 dias durante o tratamento e mesmo antes de começar as injeções, para se notar as diferenças trazidas pela medicação.

Até aqui tenho-me referido simplesmente às reacções gerais. Todavia os fenómenos reaccionais no foco (reacções focais) são também duma importância considerável em tuberculinoterapia, e servem para nos indicar, juntamente com a hipertermia, de

que maneira o tratamento deve ser seguido. O agravamento das lesões nos focos tuberculosos são menos frequentes que os processos reaccionais gerais e são diffíceis, às vezes, de notar. Só uma observação cuidada e um ouvido muito experimentado pode apanhar essas pequenas perturbações — resp. um pouco mais surda, sub-macicez ligeiramente aumentada, aparição de pequenos sarridos onde não existiam antes das injecções.

O doente sente aumento da tosse e da expectoração; apparecem escarros hemoptóicos (mas rarisimamente verdadeiras hemoptises — Castaigne); a sensibilidade no ponto lesado pode estar aumentada, assim como notar-se uma certa oppressão e dispnea.

Evidentemente que as pequenas reacções não nos devem obrigar a parar de vez com o tratamento. É necessário que estejamos prevenidos e que sejamos cautelosos, quer na dose a injectar, quer nos intervalos duma injecção à outra.

Já falei da reacção no local da injecção. Só se deve dizer que há reacção localmente, quando as dores são demoradas e acompanhadas de infiltração.

* * *

Quanto tempo deve durar o tratamento? — Com o método preconizado por Sahli, com a tuberculina de Béranek, pode durar até anos.

Depende a duração da maior ou menor sensibilidade do doente em face da tuberculina. Nos casos favoráveis o prazo pode encurtar-se, quer percorrendo as soluções menos concentradas mais rapidamente, quer injectando $1/10$ em vez de $1/20$ de c. c. de cada diluição.

Como a imunidade adquirida pela tuberculina é passageira, é conveniente, chegado à dose máxima, manter a imunisação (e até, se fôr possível, aumentá-la) afim de que a cura venha a dar-se. Mas é claro que se a dose máxima, em qualquer altura do tratamento, mostrar que a tolerância tem tendência a diminuir é preciso reduzir a dose ou mesmo suspender a medicação. Sempre que se tenha de recommençar o tratamento nunca se deve esquecer dos *acidentes anafiláticos*.

O Prof. Thiago de Almeida emprega de preferência a tuberculina Calmette (de Lille) e faz o tratamento duma maneira descontínua, diferentemente a Sahli que, como acabei de expôr, fá-lo em séries seguidas. O citado Prof. faz uma série de injeções

que dura 4 meses e depois faz um descanso medicamentoso até ao ano seguinte. Nessa altura retoma o tratamento que dura o mesmo tempo que anteriormente. As injeções são feitas com intervalos de 12 a 15 dias umas das outras.

Emprega a tuberculina Calmette pelas razões que já expuz.

Petruschki procede duma forma diversa. Recomenda o "tratamento por *étapes*", consistindo em interromper as injeções, atingida a dose máxima (sem reacções), durante 3 a 4 meses até que a sensibilidade à tuberculina volte para recomeçar o tratamento. Para Petruschki as reacções clínicas evidentes são as únicas salutares. Sahli, pelo contrário entende que "a utilidade do tratamento pela tuberculina reside, antes de tudo, na produção dos *anticorpos*; depende da toximunização e acessóriamente também, é verdade, de uma influência reaccional nos órgãos tuberculosos, a qual se dá sem fenómenos clínicos aparentes no laboratório silencioso da natureza".

Sempre que possamos devemos fazer um tratamento prolongado. Contudo mesmo algumas semanas de tratamento ou até sómente algumas injeções trazem uma melhoria notável ao organismo. (V. obs. clínicas de X a XV).

Os doentes que apresento (tratados pela tuber-

culina) fizeram-no durante prazos limitadíssimos e contudo as suas melhoras foram notáveis. O doente da obs. X fez sómente 3 injeccões; o da obs. XI 4; o da obs. XII fez 7; o da obs. XIII foi a que fez maior número de injeccões (9), porque esteve internada perto de 4 meses; a da obs. XIV esteve internada desde 22-10 até 6-3 do ano seguinte; mas, como entrou a fazer temperaturas, só foi possível fazer-lhe 4 injeccões.

Mas mesmo assim com um tratamento feito *à curto prazo* notaram-se melhoras apreciáveis gerais e até mesmo locais.

*

* *

Quais são os efeitos terapêuticos da tuberculina? — “São dos melhores constatados por todos os tuberculinistas, quer seja aplicada só, quer associada a outras medicações,” (Thiago d’Almeida).

Todavia os efeitos são tanto melhores se o modo de vida do tuberculoso lhe permitir juntar a essa medicação uma boa higiene alimentar, bom ar e descanso, assim como os adjuvantes medicamentosos em que falei mais atrás. Os progressos notados nos doentes incidem primeiramente sôbre os sintomas funcionais. Há uma sensação de bem-estar;

o doente sente-se menos fraco, fatiga-se menos e regulariza a sua temperatura nos limites da variação normal. As digestões são favoravelmente influenciadas e o apetite é melhor; o pêsô pode aumentar, como vi nos doentes tratados em C. M., mas nem sempre assim succede, embora o tratamento esteja a ser útil.

Enquanto às modificações pulmonares são mais lentas a notarem-se. São precisos, às vezes, mesês para que elas se registem: diminuição da tosse e dos escarros; diminuição no número de bacilos, até ao seu completo desaparecimento. As melhoras nas perturbações respiratórias são ainda mais lentas, mas pouco a pouco vão-se acentuando.

Como se vê a tuberculioterapia é o que há de melhor em terapêutica de tuberculosos.

*

* * *

Teorias da acção da tuberculina.—Sob êste ponto serei pouco extenso, porque a minha intenção, ao apresentar a tuberculina, foi meramente com o fim prático. Sumariamente direi algumas palavras sôbre as diversas teorias que procuram explicar o modo como a tuberculina actua no organismo.

1.^a—Teoria *d'adição*.—As reacções *gerais* explicam-se pela *adição* da tuberculina injectada à que circula no organismo e as *focais*, pelo contrário, por uma acumulação de toxina nos focos, acrescida a que já lá existia.

2.^a—Teoria da *diferença*.—Atribui ao organismo são propriedades *anti-tóxicas* em face da tuberculina e daí a falta de reacção a doses mínimas pelo efeito da sua neutralização pela anti-toxina em excesso.

3.^a—Teoria *quimiotáctica*.—Devido à injeccção de tuberculina, no tuberculoso, os leucocitos *habituaem-se* à toxina bacilar e então a forte concentração de toxina tuberculosa nos focos actua duma maneira quimiotáctica positiva sôbre os leucocitos, emquanto antes a acção era negativa.

4.^a—Teoria de *Wassermann* e *Bruck*.—Estes autores encontraram no sôro dos tuberculosos tratados pela tuberculina um corpo (anti-tuberculina), fixando o complemento com a tuberculina e com esta, uma substância dotada das mesmas propriedades nos focos. E assim as reacções focais produzem-se com a injeccção de tuberculina, quando esta chega em contacto com a anti-tuberculina nos focos tuberculosos e aí se dá então o *desvio do complemento*. O sangue, porém, contém a anti-tuberculina livre, como nos doentes tratados pela tubercu-

lina e assim a tuberculina injectada é absorvida pela anti-tuberculina e fica inactiva.

5.^a — Teoria da *lisina* (de Wolff-Eisner). — Comparativamente, como a injectão dum corpo albuminoide estranho ao organismo não produz imunidade, mas sómente uma hipersensibilidade que denota os seus efeitos, quando se faz uma segunda injectão da mesma substância albuminoide, assim Wolff-Eisner admite que a tuberculina é um corpo albuminoide estranho ao organismo, pouco tóxico de per si, e produzindo reacções (gerais e focais) sómente quando encontra no organismo uma *lisina* específica que *dissocia* a molécula da tuberculina em moléculas mais pequenas e fortemente tóxicas, por um processo análogo ao que se passa na digestão.

Os tuberculosos possuem já no momento da injectão as lisinas *prèformadas* pela doença e por isso apresentam reacções gerais à tuberculina (por causa da lisinação desta) e o organismo não as tem.

Portanto, segundo Wolff-Eisner, não é a própria tuberculina que traz as reacções nocivas, mas sim “uma toxina secundária derivada da tuberculina formada ou produzida pela desagregação desta sob a influência de *anticorpos líticos*”.

SOROS.—A imunisação passiva faz-se por meio de soros de animais imunizados, quer sejam refractários à tuberculose, quer sejam imunizados pela toxina tuberculosa. Estes soros contêm, pois, substâncias imunisantes que iriam neutralizar a acção dos micróbios e suas toxinas que constantemente estão sendo elaboradas e difundidas no organismo e que deviam ir levar ao organismo enfraquecido novos meios de defesa. Parece à primeira vista que o emprêgo dos soros devia ser preferido aos das tuberculinas que obrigam o organismo a fabricar os seus anticorpos, quando aqueles já levam esses anticorpos tão desejados.

Infelizmente assim não é. Embora se tenham registados melhoras e até curas com esta imunisação passiva a verdade é que a soroterapia ainda não atingiu aquilo que dela se esperava. Porque razão? Há várias dificuldades a vencer, sendo a primeira a grande resistência do bacilo de Koch e das suas toxinas. Além disso o poder anti-tóxico destes soros é fraco, pois as toxinas tuberculosas mais temíveis são partes constitutivas dos corpos bacilares (endotoxinas) e não é fácil conseguir

quantidades apreciáveis desses produtos acumulados nos soros dos animais imunizados, quer pelo facto de que eles fabriquem exclusivamente anti-toxinas para seu uso, quer os produtos imunisantes formados nos tecidos não difundam em quantidades notáveis no sangue (Sahli). Além disso para que o sôro actue convenientemente é necessário que os agentes imunisantes venham em contacto com os bacilos, como succede nas tuberculoses em início com folículos ricamente vascularizados.

Ora geralmente assim não succede naqueles doentes atingidos de lesões caseosas, ficando os bacilos acantonados numa substância desprovida de circulação sanguínea ou linfática e portanto o sôro não chega a ter contacto com eles. Há também a recer os accidentes anafiláticos que se podem dar pelo facto de se ter que repetir as injecções, sendo ora benignos, ora graves. Os soros apresentados, como as tuberculinas, são vários e embora apresentem algumas diferenças, quer na técnica, quer nos inconvenientes e ainda sob o ponto de vista da eficácia, são em última análise semelhantes nos efeitos.

Os mais empregados são: o de Marmorek, o de Maragliano, o de Lannelongue, o de Arloing e Dumarest, etc. Com o emprêgo destes soros nota-se melhoria funcional, desintoxicação notável (e

muitas vezes rápida) e melhoria local lenta e às vezes incerta (Castaigne).

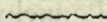
As suas indicações são as tuberculoses pulmonares de *forma febril em evolução, as formas rápidas, galopantes*.

Como diz Castaigne "a sua grande indicação é a tuberculose pulmonar em evolução, qualquer que seja a sua gravidade e que esta gravidade seja devida às próprias lesões pulmonares ou a complicações". Secundariamente pode empregar-se em todos os casos em que a intoxicação seja avançada e o estado geral profundamente atingido.

Nos casos crónicos e apiréticos é preferível aplicá-lo em clisteres para evitar os acidentes anafiláticos, introduzindo todos os dias ou em dias alternados 10 c. c. de sôro Marmorek (Herzen).

Apresento, contudo, uma observação em que se fizeram 10 injeções seguidas (de 1 c. c.) e depois outra série de 7 sem que surgisse o menor acidente, intervalando-as com espaços de 3 dias de repouso.

É conveniente fazer períodos de repouso de quando em vez.



CAPÍTULO V

Observações clínicas

I

L. T. L., de 25 anos, solteira, costureira, residente no Pôrto.

Apresentava palidez da face e mucosas e emagrecimento (pêso = 45^{kg},800). Appetite. Temperatura à tarde (no momento da entrada) 37°,8. Ataques de riso sem motivo; não apresentava perturbações de sensibilidade ou motilidade.

Cuti-reacção positiva. Perturbações pulmonares no vértice direito ant. R_s, R_v, e posteriormente os mesmos sinais.

Dores em pontada no tórax parte esq. Astenia e cansaço fácil.

Raras cefalêas. Mênstruos reduzidos e descórados. Fácilmente irritável.

A doença começou com pontadas no lado esq. do tórax, com astenia principalmente nos membros inf. Cansava-se com qualquer pequeno esforço. Conservou sempre o apetite. Dotada de grande emotividade e irritava-se com as pessoas de família.

As menstruações começaram a reduzir-se em quantidade e eram descóradas. Dores nos ovários.

Nos antecedentes pessoais; menstruada aos 12 anos e enterite aos 9.

Nos antecedentes familiares: pais saudáveis. Teve 3 filhos que gosam saúde.

II

M. C., de 14 anos, solteira, tecedeira, residente no Pôrto.

Magra, apetite, dores generalizadas no abdómen à pressão e + na fossa ilíaca esq. e no epigastro. Dores gástricas meia hora após as refeições. Timpanismo abdominal. Dilatação de estômago no sentido vertical; azia, vômitos e sensação de plenitude gástrica depois das refeições. Constipação de ventre.

Pulso, hipotenso e taquicárdico (88 puls.).

Temp. (36°,3; 36°,5; etc.).

Perturbações pulmonares: S₋ no vértice dir. e ant.; na parte média do mesmo lado R₋ e Br.c.f. Na parte post. direita base S₋ e E_{->}.

Desde criança que sofre de dores abdominais generalizadas. Há 8 anos queixa-se de azia e enfartamento no estômago após as refeições. Há dois meses vômitos e digestões demoradas.

Crises de diarreia seguidas de prisão de ventre. Desde sempre suores noturnos e depois das refeições.

Cefalalgias violentas com vertigens. Em criança coqueluche, sarampo e variola discreta.

Nos antecedentes familiares relata pai saudável e mãe doente, queixando-se de dores abdominais generalizadas e no peito, tosse, hemoptises; suores noturnos, dispnea, appetite. Teve 11 irmãos, morrendo 5 de causa desconhecida e os restantes de construção débil, sofrendo quasi todos de dores abdominais.

III

M. T., de 26 anos, solteira, serviçal, residente no Pôrto.

Magra (pêso = 57^{kg}r., 500), pele e mucosas descóradas, aspecto triste; tosse sem expectoração. Ligeiros suores noturnos. Fadiga fácil; astenia geral. Dispnea com os movimentos (em repouso M. resp. = 20).

Anorexia, língua saburrosa, pêso no estômago após as refeições, digestões difíceis, azia; constipação de ventre. Palpitações cardíacas; Sinal de Cardille. Pulso taquicárdico (80 puls.), pequeno. T.M. = 10 e T.m. = 7,5 (Pachon). Menstruações irregulares.

Dores em vários pontos do tórax, + no vértice dir. Apirexia completa.

No ap. pulmonar notava-se no vértice dir. e ant. S₋, R₋, V₊, E_→, Brc.f. e respiração intercisa; posteriormente do mesmo lado Rr, E_→, Brc.f.

Cuti-reacção fortemente positiva.

Vertigens. Excitação nervosa, sensação de opressão começando no epigastro e subindo até ao pescoço; trémulo

palpebral, dores generalizadas a todo o corpo simulando picadas. Cefalalgias intensas e insónias.

Índices de mensuração:

Capacidade resp.	= 21,800
Perímetro torác.	= 88 ^{cm.}
Amplit. respir.	= 4 ^{cm.}
Diâmetro ant.-post.	= 27 ^{cm.}
„ transv.	= 28 ^{cm.} ,5

Desde criança que se cansava facilmente. Aos 16 anos ataques histéricos.

Menstruada aos 17. Tinha tosse com facilidade e dores de garganta; engorgitamento dos gânglios sub-maxilares e cervicais. Aos 18 varíola discreta e aos 19 suspensão das regras.

Aos 20 anos trémulo nos membros inf. impedindo a marcha; grande astenia geral. Dispnea. Palidez e emagrecimento bastante acentuado; cefalalgias violentas. Tosse sêca e dores torácicas. Plenitude gástrica após as refeições; digestões difíceis e gastralgias a qualquer hora. Vômitos mucosos. Horror à comida e eructações.

Pai saudável. Mãe de 46 anos, com ataques histéricos. Tem dois irmãos saudáveis.



IV

R. M., de 19 anos, solteira, jornaleira.

Palidez acentuada da pele e mucosas. Astenia considerável e dores nos membros inf. Cefalalgias frequentes. Appetite. Pulso hipotenso (60 puls.). Poliúria. Criestesia, formigueiros nos dedos. Mênstruos irregulares. M. resp. = 22.

Do lado pulmonar no vértice esq. S₋ anteriormente e Rr post.

Há um ano que se sente fraca, cansando facilmente, principalmente ao subir. Vertigens. Edemas palpebrais. Vômitos alimentares e dores epigástricas durante e após as refeições.

Em pequena teve varíola. Menstruada aos 19 anos.

Pai saudável. Mãe queixa-se de dores epigástricas e vômitos alimentares. Tem seis irmãos saudáveis.

Índices de mensuração :

Pêso = 52^{kgr.}
Altura = 1^{m,}64
Cap. respirat. = 2^{l,}600

Perímetro torác.	=	82cm.
Ampl. resp.	=	3cm.
Diâmetr. ant.-post.	=	55cm.
„ transv.	=	29cm.
Secção torác.	=	419cm ² .

Reacção de von Pirquet fracamente positiva.

Análise do sangue:

Hemoglobina	85 %
Glob. rubros	5:600.000
„ brancos	4.600
Linfocitos	15,8

V

M. H. M., de 24 anos, fabricante de carrinhos, natural de Oliveira do Douro.

Apresenta um gânglio tumefacto no pescoço à esquerda, no triângulo supra-clavicular. Tosse sêca. Appetite. Astenia; suores noturnos e depois das refeições. Constipação de ventre (estando 8 dias sem evacuar) com fezes fétidas e com mucosidades amarelas, ou diarreia. Emagrecimento. Pulso hipotenso, taquicárdico (96). Dispnea de esforço; M. resp. = 24. Temperatura 36°,1; 36°,8; etc. Cefalalgias; vertigens; palpitações. Dores no abdómen e no ponto xifoideu com a pressão. Manifestações seborreicas da pele com prurido. Dismenorrea no primeiro dia da menstruação. Dores nos ovários.

No aparelho pulmonar notava-se no vértice, na parte ant., à dir. R=, E→ e à esq. Rr. Nas bases S— e R— à esq. Posteriormente no vértice, à direita, leves atritos pleurais e à esq. Rr. Dores à pressão no 3.º espaço intercostal à direita e no 4.º à esq.

Índices de mensuração:

Pêso	= 50 ^{kg} r,600
Alt.	= 1 ^m ,56
Cap. resp.	= 2 ^l
Per. torác.	= 72 ^{cm} .
Amp. resp.	= 4 ^{cm} .
Secção torác.	= 450 ^{cm} 2

A tumefacção no pescoço apareceu-lhe há 4 meses e foi crescendo pouco a pouco. Teve um acesso febril nessa ocasião.

Há ano e meio que esteve muito anémica? e deixou de ser regrada durante 3 meses seguidos. Há muito que sentia dores no peito no vértice esq. em forma de fisgadas.

Em pequena teve pneumonia, coqueluche. Desde sempre que se queixa de dores no abdómen e prisão de ventre. Menstruada aos 13 anos.

A mãe morreu tuberculosa; o pai é saudável. Tem dois irmãos, um sofre de bronquite crónica. Morreu-lhe uma irmã com febre tifoide; um irmão de 8 anos com varíola e outro de 3 anos de ataque cerebral?

VI

E. A., de 16 anos, solteira, jornaleira, residente no Pôrto.

Tosse sem expectoração, produzindo às vezes vômitos. Palidez do rosto. Astenia; anorexia. Cefalalgias. Prisão de ventre. Magreza (pêso = 43^{kgf.}). Dores abdominais. Pulso hipotenso, arritmico, bradicárdico (puls. = 64). (Às vezes é taquicárdico = 100 puls. mesmo sem temperatura febril). Arritmias respiratórias de ritmo cardíaco. Temp. à tarde 36°,8 (37°,2; 37°,4). As perturbações locais: V+, Rr e dor espontânea e à pressão no vértice, à direita na parte ant., e Rr + à esq.; na parte post. Rr nos dois lados.

Há 9 meses que se queixa de cefalêas, astenia geral; amenorrea. Palidez, epistaxis, criestesia.

Varioloide em criança. Uso de aguardente em jejum. Edema generalizado?

Pais saudáveis. Tem 4 irmãos saudáveis. Morreu um mas não sabe de quê.

VII

E. F., de 21 anos, solteira, serviçal.

Tosse rara; expectoração mucosa. Prostração; astenia geral. Dispnea de esforço. Anorexia; azia e náuseas; digestões lentas; gastralgias depois das refeições. Prisão de ventre e diarreia. Dores no peito e abdômen. Cefalalgias. Pulso pequeno, hipotenso, bradicárdico (60 puls.). Ruidos cardíacos fracos. Edemas ligeiros. Fígado hipertrofiado e doloroso à pressão. Dor à micção; oligúria; urinas claras. Dismenorea; mênstruos reduzidos e descórados; leucorreia. Utero antero-fletido e em ante-versão. Dores sôbre os ovários. Fundos de saco vaginais edemaciados e dores em toda a região pélvica (metro-anexite).

Sintomatologia pulmonar: no vértice esq. na parte ant. V₊, R₋, Rr, E_→, e dor à pressão. Posteriormente no vértice dir. R₋ e vértice esq. até a meio do pulmão.

Perturbações nervosas — Cefalalgias demoradas; insónias; constricção na laringe; irritabilidade. Raquialgia. Hiprestesia ligeira; parestesia. Perturbações de reflexos tendinosos. Visão diminuída.

Há meses que se sente fraca; tosse e expectora. Dores torácicas. Ataques histéricos com perda de sentidos e queda.

Desde criança cefalâs. Aos 14 anos teve doença febril (?). Menstruada aos 14. Aos 16 pneumonia. Há sete meses teve um filho que morreu, ignorando a causa da morte.

Nos antecedentes familiares: Pais saudáveis. Um irmão que gosa saúde.

VIII

C. C. R., de 32 anos, casada, doméstica, residente no Pôrto.

Palidez da face e mucosas. Olhar lânguido e amorteido. Hipertricose; cabelos finos e sedosos. Clavículas salientes e cavado infra-clavicular acentuado. Tosse sêca. Astenia geral; suores das extremidades. Dores espontâneas na parte sup. do hemitórax dir., aumentando com o esforço e com a respiração funda. Temp. 37°;2; 36°;6, etc.

Pulso hipotenso; 68 pulsações.

Ruidos cardíacos apagados.

Dos sintomas pulmonares registamos: no hemi-tórax dir. e ant. vértice Rr, V₊, S₋, Brc.f., no esq. S₋, Rr; na parte post. à dir. Rr, S₋, V₊, Brc.f. e ligeiros atritos pleurais, à esq. S₋, Rr.

Perturbações digestivas: sinal de Thompson, poli-dipsia, hipercloridria com eructações ácidas e gastralgias.

Diarreia de quando em vez

Poliúria com polakiúria; fosfatúria. Mênstruos irregulares e descórados.

Há cerca dum ano começou a empalidecer e a sentir-se sem forças. Grande sonolência. Transpirações com qualquer pequeno esforço e com o sono. Anorexia; náuseas e vômitos. Cefalalgias. Dores torácicas. Dispnea com as subidas.

Andou a tratar-se no dispensário anti-tuberculoso.

Aos 2 anos ataques convulsivos; aos 11 sarampo. Há 9 anos após um parto grandes hemorragias uterinas; foi *curetada*. Ficou muito fraca e fez uso de pílulas de ferro, trazendo-lhe perturbações digestivas. Uma ocasião em que andava menstruada apanhou um resfriamento, desapareceu-lhe o corrimento sanguíneo e sobrevieram dores nos rins e no baixo ventre. Teve um filho que durou sómente dia e meio.

Nos antecedentes familiares:

O pai morreu tuberculoso. A mãe foi operada dum tumor maligno do seio. O marido morreu tuberculoso. Teve 12 irmãos; 5 morreram com enterite e 1 tuberculoso. Os restantes são fracos.

IX

M. N. A., de 32 anos, solteira, serviçal, residente no Pôrto.

Palidez da face e mucosas. Emagrecimento. Bastante apetite. Pulso hipotenso e taquicárdico (80 puls.). Sonos curtos e inquietos. Apirexia. M. r. = 20. Extremidades frias. Pontadas no estômago; dores à pressão na região epigástrica; eructações; constipação de ventre. Dores reumáticas na articulação tíbio-társica esq.

Menstruações reduzidas e descóradas e dolorosas.

Perturbações pulmonares no hemi-tórax dir. no vértice V₊, Brc.f. e na parte média R₋, S₋; posteriormente lado esq. vértice V₊ e base S₋, R₋.

Cuti-reacção positiva.

Há muito tempo que se queixa do estômago; pêso depois das refeições e eructações. Há 3 anos dores no estômago 2 horas após as refeições, diminuindo com a ingestão dos alcalinos. Mais tarde vertigens; vômitos côr borra de café; melenas durante 3 dias. Esteve em dieta láctea;

melhorou do estômago, mas as forças faltavam-lhe sempre e emagrecia.

Foi menstruada aos 16 anos. Nessa época estive no hospital internada 1 mês por se sentir muito fraca.

O pai é saudável. Da mãe nada sabe. Tem dois irmãos saudáveis.

Doentes tratados com a tuberculina

X

A. J. A., de 24 anos, solteiro, trabalhador, residente no Pôrto. Entrou para C. M. a 16/11 e saiu a 20/12.

Emagrecimento (pêso = 42^{kg}), prostração, tosse com expectoração; vômitos com a tosse. Gastralgias com os alimentos. Pulso pequeno (60 puls.). Mov. resp. = 29. Temp. 36°,3; 37°,2, etc.

Perturbações respiratórias constantes da fig. 1.

- Diâmetro ant.-post. . . = 18^{cm}.
 - Ampl. resp. = 4^{cm}.
 - Diâm. transv. = 24^{cm}.
 - Cap. resp. = 2^l,500
 - Perim. torác. = 24^{cm}.
 - T.M. = 10
 - T.m. = 8
- } Pachon

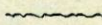
Medicação. — Esteve em repouso até 2/12. No dia 3/12 fez a 1.^a injeccão de tuberculina Calmette 0^{mgr},001
 A 2.^a inj. a 10/12 0^{mgr},002
 A 3.^a „ a 17/12 0^{mgr},005

A temperatura com as inj. atingiu, nas duas últimas, 37°,4. Mas, como se viu acima, mesmo sem a tuberculina atingiu por vezes 37°,2.

No fim do tratamento tinha de pêso 47 kgr. e sentia-se melhorado em todos os sintomas.

Doentes tratados com a tuberculina

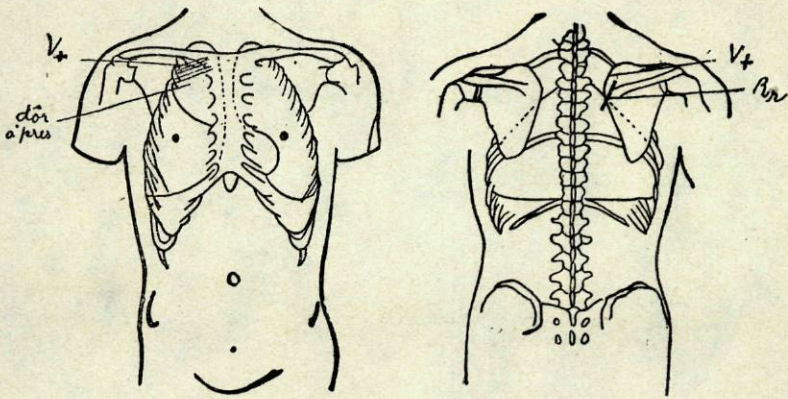
1. J. de 31 anos, colosso, tuberculoso, febre
 2. J. de 28 anos, colosso, tuberculoso, febre
 3. J. de 25 anos, colosso, tuberculoso, febre
 4. J. de 22 anos, colosso, tuberculoso, febre
 5. J. de 19 anos, colosso, tuberculoso, febre



Tratado	8
F.M.	10
Petun	24
Leite	2.000
Alimento	1.500
Ampla	1.000
Alimento	1.000
Alimento	1.000
Alimento	1.000

M. de 30 anos, colosso, tuberculoso, febre
 J. de 28 anos, colosso, tuberculoso, febre
 J. de 25 anos, colosso, tuberculoso, febre
 J. de 22 anos, colosso, tuberculoso, febre
 J. de 19 anos, colosso, tuberculoso, febre

Fig. I



Esquema em 18/11

XI

J. P. G., de 60 anos, casado, vendilhão ambulante, residente no Pôrto. Entrou para C. M. a 6/2 e saiu a 25 do mesmo mês.

Emagrecimento (pêso = 36 kgr.). Anorexia. Tosse com expectoração muco-purulenta. Gânglios inguinais, axilares e cervicais. Ausência de dores e suores. Bacilos de Koch na expectoração.

Pulso hipotenso (puls. = 75). Temp. = 36°. M. r. = 26. T.M. = 9,5 e T.m = 4,5 (Pachon). Perturbações pulmonares (V. fig. II, esquema em 7/1).

Medicação. — Fez tratamento anti-sifilítico com 10 injeções de hectargírio.

Começou com a tuberculina Calmette fazendo:

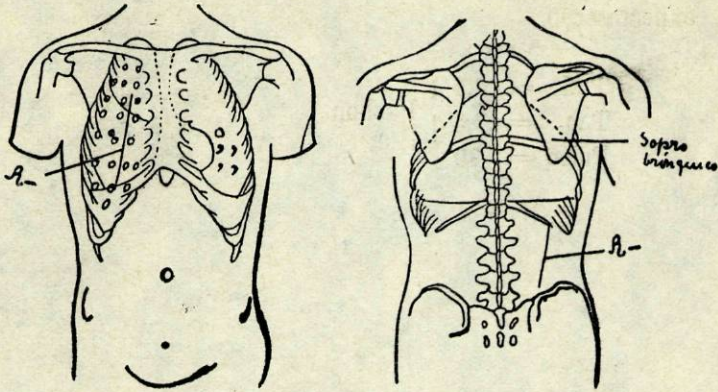
1. ^a	inj. em 18/1	0 ^m gr.,001
2. ^a	„ „ 1/2	0 ^m gr.,002
3. ^a	„ „ 9/2	0 ^m gr.,005
4. ^a	„ „ 17/2	0 ^m gr.,008

No fim do tratamento as melhoras locais eram notá-

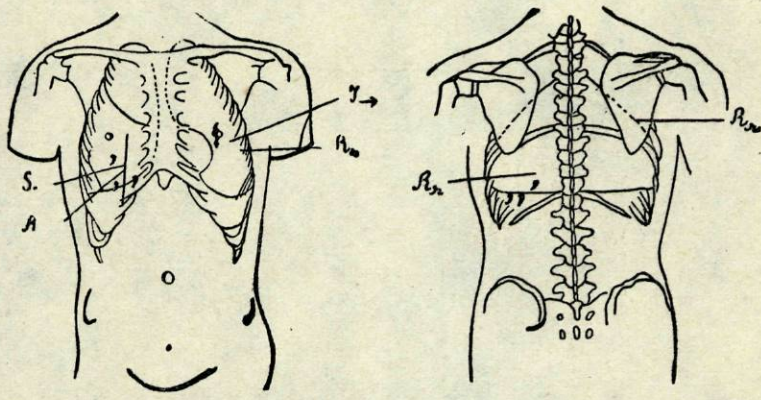
veis, assim como as perturbações gerais. V. fig. II, esquema em 22/2. Além disso tinha apetite, menos tosse e menos expectoração.

T.M. = 14,5	} Pachon	Pêso = 39
T.m. = 7,5		M. r. = 30
Pulso = 99		

Fig. II



Esquema em 7/1



Esquema em 22/2

XII

C. J. S., de 18 anos, solteiro, pintor, residente no Pôrto. Entrou para C. M. a 8/1 e saiu a 4/5.

Tosse com expectoração pequena (muco-purulenta). Suores noturnos. Pouco apetite. Bacilos de Koch pouco numerosos (2,4 por campo). Pulso hipotenso (90 puls.). M. r. = 24. Temp. 38°,5 (à tarde). Pêso = 50 kgr.

As perturbações pulm. (V. fig. III, esquema em 13/1).

Medicação. — Esteve em repouso e a temperatura foi baixando progressivamente para 38°; 37°,9; 37°,3; etc.

Fez-se 20 injeções de gomenol e applicaram-se pontas de fogo *in loco dolenti*.

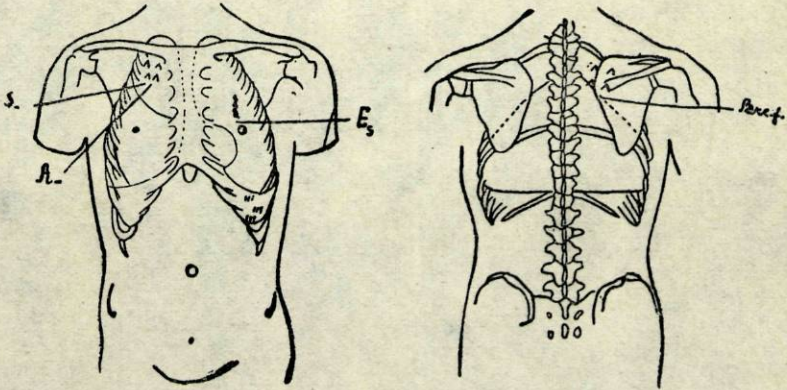
1. ^a inj. de tub. Calmette,	11/2	0 ^m gr.,001
2. ^a " " " "	23/2	0 ^m gr.,002
3. ^a " " " "	6/3	0 ^m gr.,005
4. ^a " " " "	18/3	0 ^m gr.,008
5. ^a " " " "	30/3	0 ^m gr., 01
6. ^a " " " "	11/4	0 ^m gr., 02
7. ^a " " " "	23/4	0 ^m gr., 05

Sintomas pulmonares constantes da fig. III, esq. em 4/5.

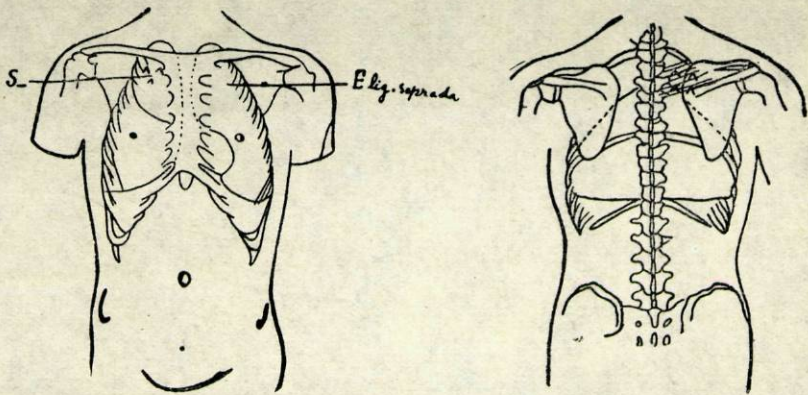
Pêso = 56^kgr.,5

Temp. = 36°,9 e 37°

Fig. III



Esquema em 13/1



Esquema em 4/5

XIII

M. A., de 30 anos, solteira, costureira, residente no hospício dos expostos. Entrou para C. M. em 24/12 e saiu a 9/4 do ano seguinte.

Palidez. Cansaço fácil. Tosse com expectoração, sem bacilos. Dores torácicas. Anorexia. Língua saburrosa. Plenitude gástrica após as refeições. Cefaléas frequentes. Dores na região umbelical irradiando para a espinha dorsal, flancos e hipogastro. Constipação de ventre e às vezes crises de diarreia. Empastamento na região umbelical. Fezes ensangüentadas algumas vezes e com mucosidades, + nas crises de diarreia.

Pulso hipotenso, taquicárdico (82 puls.). M. r. = 26.

Temp. 36°,5 (36°,7 à tarde).

Cuti-reacção positiva.

Para perturb. pulm. (V. fig. iv, esquema em 26/12).

Pêso	= 51 ^{kgr.}	
D. ant.-post.	= 19 ^{cm.} ,5	
D. tr.	= 23 ^{cm.}	
Per. tor.	= 79 ^{cm.}	
T.M.	= 11,5	} Pachon
T.m.	= 7	

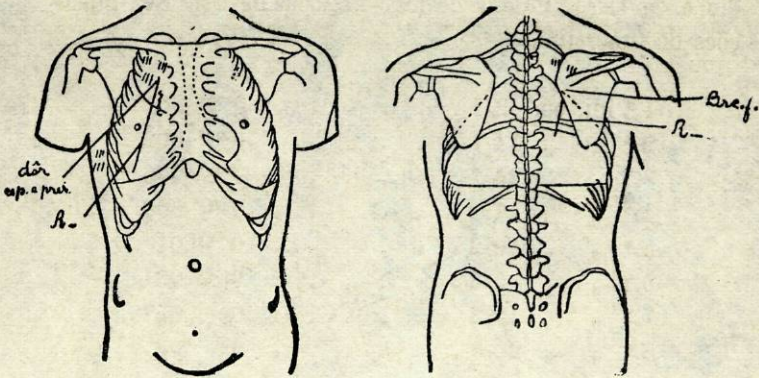
Medicação. — Algumas injeções de cacodilato de sódio e de ferro. Pontas de fogo no local da dor. Fez injeções de tuberculina.

1. ^a inj. em	2/1	0 ^m gr.,001
2. ^a " "	14/1	0 ^m gr.,002
3. ^a " "	26/1	0 ^m gr.,005
4. ^a " "	7/2	0 ^m gr.,008
5. ^a " "	19/2	0 ^m gr.,01
6. ^a " "	2/3	0 ^m gr.,02
7. ^a " "	15/3	0 ^m gr.,05
8. ^a " "	26/3	0 ^m gr.,08
9. ^a " "	8/4	0 ^m gr.,1

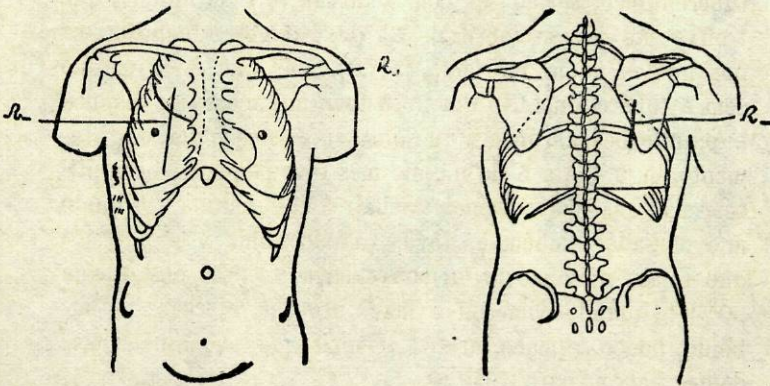
A temperatura nunca se exasperou com o tratamento tuberculínico, a não ser com a última (0,1 de miligr.) que trouxe um acesso febril de 37°,6. No geral mantinha-se nos limites duma febrícula (37°,2), mas que fazia mesmo sem a tuberculina. No dia 29/3 teve um acesso de dispnea e palpitações cardíacas que obrigou a suspender o tratamento. A 3/4 e a 5 do mesmo mês teve pequenas hemoptises, mas que não podemos atribuir à tuberculina, porque o ano passado também as teve, quando duma bronquite (?) que relata na história da sua doença. O pêso que era de 50^{kg}r.,5 quando começou a fazer uso das injeções foi subindo, pouco a pouco, até 51. Depois que teve aqueles acidentes baixou para 49^{kg}r.,5.

A-pesar disso apresentou melhoras do estado geral e do lado pulmonar (V. fig. iv, esquema em 9/4).

Fig. IV



Esquema em 26/12



Esquema em 9/4 do ano seguinte

XIV

D. A., solteira, criada de servir, natural da Alfândega da Fé, residente no Pôrto. Entrou para C. M. em 22/10 e saiu a 6/3 do ano seguinte.

Emagrecimento. Appetite. Sinal de Thompson. Entrou a fazer temp. ($37^{\circ},4$, 38° , etc.). Dores na articulação tíbio-társica dir., joelho e trocânter dir. (espontâneas e à pressão); não faz abdução, nem adução.

Dor na parte média da arcada crural e na face interna da côxa dir. Menstruações de 3 em 3 meses.

Teve acessos de sezões (durante 2 meses em dias alternados).

Em 15/1 cuti-reação fortemente positiva. Perturbações pulmonares constantes da fig. v, esquema em 25/10.

A doente com o descanso foi baixando a sua temperatura até que ficou completamente apirética.

Medicação. — Injecções de cacodilato de sódio, hóstias de Ferrier, glicero-fosfato de cal e poção de arseniato de sódio.

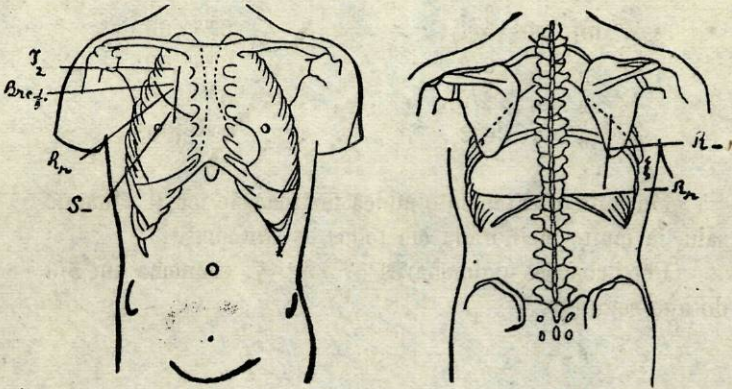
Começou com a tuberculina Calmette, fazendo a

1. ^a inj. em 15/1	0 ^m gr.,002
2. ^a " " 3/2	0 ^m gr.,005
3. ^a " " 14/2	0 ^m gr.,008
4. ^a " " 26/2	0 ^m gr.,008

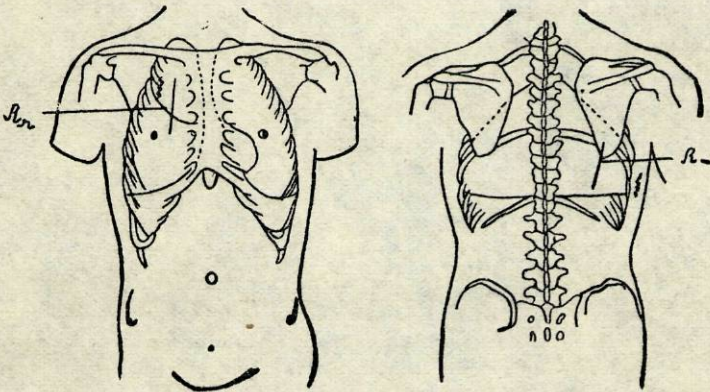
Durante o tratamento nunca fez reacção febril. Quando saiu, ia muito melhorada em todos os sintomas.

Perturbações pulmonares (V. fig. v, esquema em 5/3 do ano seguinte.

Fig. V



Esquema em 25/10



Esquema em 5/3 do ano seguinte

XV

A. S. M., de 26 anos, solteira, criada de servir, residente na P. República. Entrou para C. M. a 5/2 e saiu a 11/5.

Fraqueza. Cansaço fácil com a marcha e trabalho. Apetite diminuído. Ligeira tosse com pequena expectoração. Ptalismo. Cefalêas e + para a tarde. Sinal de Thompson. Suores noturnos na parte ant. do tórax. Constipação de ventre. Dores em picada pelo tórax e + na parte ant., à esquerda e na base.

Temp. à tarde 37°,5. Menstruações aproximadas, pouco abundantes, descóradas e dolorosas. Pêso = 60 kgr. Pulso hipotenso (72 puls.).

T.M. = 11,5 }
T.m. = 6,5 } Pachon

As perturbações pulmonares são as da fig. vi, esquema em 9/2.

Medicação. — Fez uso do sôro de Marmorek e injectou-se 1 c. c. de cada vez.

1. ^a inj.	em	11/2	
2. ^a "	"	18/2	
3. ^a "	"	21/2	P. = 62
4. ^a "	"	24/2	
5. ^a "	"	27/2	P. = 63
6. ^a "	"	1/3	
7. ^a "	"	4/3	
8. ^a "	"	7/3	P. = 63,5
9. ^a "	"	16/3	
10. ^a "	"	19/3	P. = 63

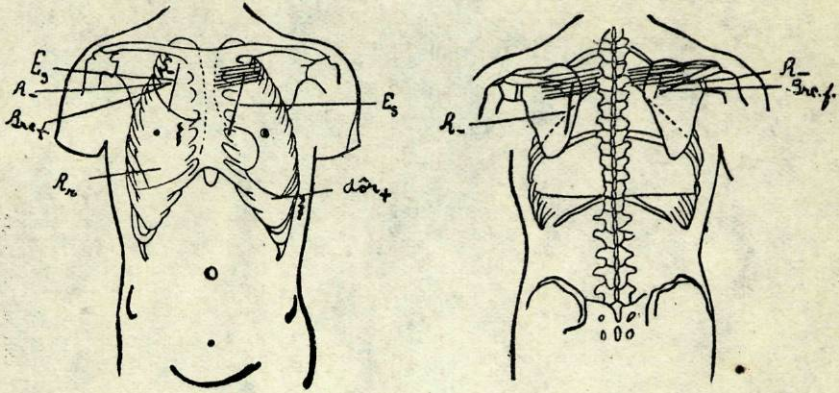
No dia 28/3 tinha P. = 63^{kgr.},5 e no dia 4/4 P. = 64^{kgr.}.
No dia 11/4 teve vômito depois das refeições. No dia 12/4 começou nova série de sôro de Marmorek.

1. ^a inj.	em	12/4
2. ^a "	"	16/4
3. ^a "	"	20/4
4. ^a "	"	24/4
5. ^a "	"	28/4
6. ^a "	"	7/5
7. ^a "	"	11/5

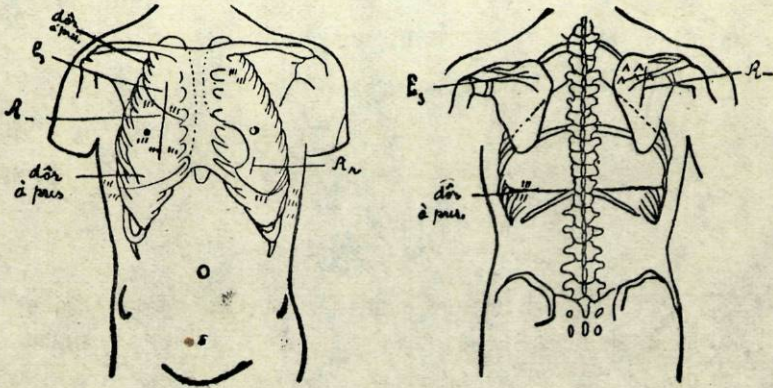
Com o uso do sôro nunca fez reacção, quer geral, quer local. A febrícula manteve-se dentro dos limites costumados (37°;2; 37°;4; 37°;5).

As lesões locais estão patentes na fig. VI, esquema 11/5.

Fig. VI



Esquema em 9/2



Esquema em 11/5

BIBLIOGRAFIA

Clinique Médicale, par le Docteur Noël Gueneau de Mussy (1874).

Curabilité et Traitement de la Phthisie Pulmonaire (L. à la Faculté de Médecine), par S. Jaccoud (1881).

A Tuberculose. Relatório-estudo, por B. de Souza Teixeira (1902).

Les différentes formes cliniques et sociales de la Tuberculose Pulmonaire. Pronostic, Diagnostic, Traitement, par G. Daremberg (1905).

A Febre na Tuberculose pulmonar, por Thiago de Almeida (1905).

Tratamento da Tuberculose no Sanatório do Seixoso, por João Ferreira (1905).

Diagnóstico precoce da Tuberculose pulmonar, por António de Pádua (1905).

Diagnóstico precoce da Tuberculose pulmonar. (Tese da F. M. P.), por José F. Carmo Alvares (1906-1907).

La Tuberculose pulmonaire. Séméiologie — Formes cliniques, Diagnostic et Pronostic, por M. Piéry (1910).

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine, par le D.^r F.-X. Gouraud (1910).

Manuel de Patologie Interne, par G. Dieulafoy (1911).

Le Traitement de la Tuberculose par la Tuberculine, par le D.^r Hermann Sahli. Traduction française (3.^e édition), par les Docteurs Ernest Guder et Jules Pallard (1912).

La Tuberculose (Le Livre du Médecin). Méthodes Générales de Diagnostic e de Thérapeutique, par J. Castaigne et F.-X. Gouraud (1912).

Lições de Clínica Médica, por Thiago de Almeida (1913).

Précis d'Hygiène, par Jules Courmont (1914).

O problema terapêutico da tuberculose (2.^a edição), por Bettencourt-Rodrigues (1916).

Guide-Formulaire de Thérapeutique (Neuvième édition), par le D.^r V. Herzen (1917).

Recalcificação na Tuberculose pulmonar (Tese da F. M. P.), por Justino Gomes (1918).

ERRATAS

Pag.	linhas	onde se lê	leia-se
19	7	LA BRYÈRE.	LA BRUYÈRE.
26	27	Piery	Piéry
27	27	Guéneau	Gueneau
28	11	dia	dia,
32	5	avariados	avariado
36	1	continuar-se-ão	continuar-se hão
49	11	granólia	granulia
54	10	Weiz	Weisz
61	23	ávaramente	avaramente
73	8	lavanderia	lavandaria
82	27	cochenila	cochenilha
112	15	tuberculinistas	tuberculosistas
141	2	6/2	6/1
141	3	mesmo mês	mês seguinte