

DIRECTOR - Prof. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INT.º - Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

Professores ordinarios

Anatomia descriptiva - Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de
Lima

Histologia e Embriologia - Prof. Dr. Abel de Lima Salazar

Fisiologia - Vaga

Farmacologia - Prof. Dr. Augusto Henrique de Almeida Bran-
cão

Patologia geral - Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar

Anatomia patologica - Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza
Junior

Bacteriologia e Parasitologia - Prof. Dr. Carlos Faria
Moreira Ramalhão

Higiene e Epidemiologia - Prof. Dr. João Lopes da Silva
Martins Junior

Medicina legal - Prof. Dr. Manoel Lourenço Gomes

Anatomia topografica e medicina operatoria - Vaga

Patologia cirurgica - Prof. Dr. Carl Alberto de Lima

Clinica cirurgica - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Patologia medica e moléstias infecciosas - Prof. Dr. Al-
fredo da Rocha Pereira

Clinica medica - Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida

Terapeutica geral e Hidrologia medica - Prof. Dr. José
Alfredo Mendes de Magalhães

Clinica obstetrica - Vaga

Historia da Medicina e Deontologia medica - Prof. Dr.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

Dermatologia e Sifiligrafia - Prof. Dr. Luiz de Freitas
Viegas

Psiquiatria - Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães Lemos

Pediatria - Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett

Professor jubilado - Pedro Augusto Dias.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação. (Art.º 15.º e 2.º do Regulamento Privati-
vo da Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de
1920).

AO ILUSTRE CORPO DOCENTE DA FACULDADE
DE MEDICINA DO PORTO

-:-:-:-

AO MEU CONTEMPORANEO E DIGNO PRESIDENTE,

DR. CARLOS RAMALHÃO

que, por ^{as}adveridades da minha vida
e pelo seu alto saber, se tornou meu
Professor.

DOIS CASOS DE INSUFICIENCIA

PANCREATICA

Ana Ferreira da Cruz, de 48 anos de idade, solteira, serviçal, da Afurada, Guia.

- Esta doente deu entrada no Hospital Geral de Santo Antonio, para a Sala do Espirito Santo.

- OBSERVAÇÃO CLÍNICA DA DOENTE -

Interrogatorio

A doente que se encontrava em decubito dorsal, queixa-se de dores espontaneas, violentas, em toda a região abdominal cuja intensidade aumenta no momento das suas frequentes defecações diarrreicas que se fazem com tenesmo rectal accentuado. As fezes, cremosas, a arelas,

com ligeiros raios de sangue, fetidas, apresentam algumas substancias alimentares por digerir (Fezes ligeiramente lentericas). Comquanto a anorexia não seja acentuada, a doente refere diminuição de apstite, pezo e enfartamento após as refeições, ligeiras que sejam, e repugnancia para os alimentos gordurosos.

Refere ainda abundantes suores nocturnos, facil fadiga com a marcha e nomeadamente com o mais pequeno esforço, fortes cefalalgias mais acentuadas á tarde, ligeira tosse, com ligeira expectoração e dores nas articulações tibiotarsicas, durante a marcha.

- EXAME DIRECTO -

A doente, que se encontra numa depressão acentuada, apresenta adenites variadas, cervicais e submaxilares, algumas volumosas, sem sinais de flutuação, moveis, indolores umas, ligeiramente dolorosas outras.

A circulação venosa da parte antero-superior do tórax é muito acentuada. O corpo do esterno faz, para diante, uma volumosa saliência em quilha. Esta malformação é congénita. Apresenta em diferentes partes do corpo multiplas placas de psoriasis.

- APARELHO DIGESTIVO -

À Inspeção:

Lingua ligeiramente saburrosa. (A doente não sente a menor dor no estomago, quer antes quer depois das refeições).

Ventre deprimido, deixando ver as pulsações

da aorta abdominal acima do umbigo.

A palpação:

As dores espontaneas abdominais que a doente refere aumentam á mais leve pressão, sendo mais accentuadas, no entanto, no trajecto do colon.

Sensível flacidez dos tecidos da parede abdominal.

Gorgolejo bem nitido na fossa iliaca esquerda, sensível não só ao tacto mas também ao ouvido.

A percussão:

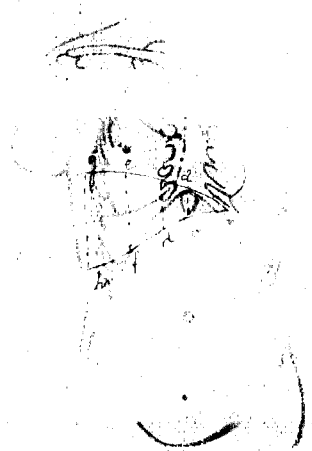
Som timpanico em quasi toda a superficie abdominal, mais notavel na fossa iliaca esquerda.

Figado um pouco hipertrofiado:

a b - linha medio-esternal	0,08
c d - linha para-esternal.....	0,08
e f - linha mamilar.....	0,12
g h - linha axilar anterior.....	0,13

(Veja-se escheta da "Area da maciszez hepatica".)

AREA DE MACISSEZ HEPATICA



- a b - linha medio esternal - 0,06
- c d - linha para-esternal - 0,08
- e f - linha mamilar - 0,12
- g h - linha axilar anterior - 0,13

- APARELHO CIRCULATORIO -

Pulso pequeno, ligeiramente taquicardico. T M = 11;
T m = 6.

A inspeção:

Normal.

A palpação:

Normal.

A percussão:

Torna-se difícil, pela mal conformação.
congenita do esterno, determinar a area cardiaca que
parece no entanto normal.

A auscultação:

Suavos ruidos normais nos focos aorticos, pulmo-
nar e tricuspido.

O primeiro ruido, no foco mitral, é ligeiramente
raspôzo.

- APARELHO RESPIRATORIO -

À Inspeção:

Como já referi, a rede venosa da porção antero-superior do tórax é muito acentuada, apresentando o esterno o seu abaixamento em linha.

À Palpação:

Dolor e de elasticidade normal.
Vibrações vocais um pouco mais sentidas no vertice do pulmão direito.

À percussão:

Som normal em toda a superfície pulmonar esquerda e direita notando-se, contudo, uma ligeira submacisiez no vertice do pulmão direito - parte anterior.

À auscultação:

Respiração soprada, com inspiração intercisa na face anterior do pulmão direito.

O murmúrio vesicular é diminuído na porção superior da face anterior do pulmão esquerdo. Na face posterior a respiração é diminuída no vertice dos dois pulmões. (Veja-se schema).

- APARELHO GENITO URINARIO -

Normal. A doente acusa uma ligeira dôr á pressão somente no ponto renal supra-intra-espinhoso direito (?).

A quantidade da urina aproveitada é de 1 litro em 24 horas, não se podendo fazer exacta medição porque a doente é forçada a urinar na ocasião das suas frequentes dejeções, em virtude do ténismo rectal.

Não contém albumina e pela analyse qualitativa é de constituição normal.

A doente accusa ter tido, ultimamente, metrorragias abundantes.

APARELHO RESPIRATORIO

P. superior



*P. di-
minuta*

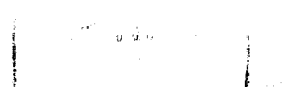
P. interna



P. diminuta



*P. di-
minuta*



- SISTEMA GANGLIONAR -

Como já disse, a doente apresenta várias adenitês cervicais e submaxilares.

Microadenia inguinal e axilar. Pela radioscopia nota-se a hipertrofia dos ganglios do mediastino.

- SISTEMA NERVOSO -

A motilidade é normal.

(A doente tem comprometidos alguns movimentos do membro inferior direito, sobretudo, os da articulação tibio-tarsica. Os movimentos passivos da referida articulação fazem-se com alguma resistencia, e mesmo resistendo aos do joelho por retração tendinosa dos flexores da perna, consecutiva, segundo refere a doente, a um recente ataque de reumatismo).

A reflectividade e sensibilidade são normais.

- HISTORIA DA DOENÇA -



No ano anterior, em Março, teve um ligeiro ataque de reumatismo nos tornozelos e joelhos.

Não fez qualquer tratamento, conservando-se assim durante o verão. Mais tarde, em Dezembro, foi acometida de um acesso agudo, com febre, urinas carregadas e dores articulares e musculares.

Deu entrada no Hospital, saindo melhorada do seu reumatismo.

Desde os seus 32 anos, aproximadamente, tem tido ligeiras mas frequentes crises de diarreias substituídas por períodos de obstipação. Na cerca de 15 dias, a diarreia é muito profusa e as dejeções muito dolorosas, vindo-se obrigada a baixar ao Hospital.

- ANTECEDENTES PESSOAIS -

Teve o sarampo em criança e uma pneumonia (?) aos 15 anos.

Teve tres filhos que morreram de "fraqueza" aproxima-

damente com um ano de idade. Desde nova que é fraca, cansando com facilidade. Não teve qualquer doença venerea. Ha dezasseis anos que teve um parto distocico.

Depois desse parto teve febre e apareceu-lhe uma grande adenite sub-maxilar. Diminuiu um pouco de volume mas nunca desapareceu por completo. No decorrer do tempo foram aparecendo as adenites a que já fiz referencia.

Após este parto ficou mais fraca.

- ANTECEDENTES HEREDITARIOS -

O pai morreu de "sufocação".

No dizer da doente tinha muita tosse com muita expectoração.

A mãe morreu de "febre gastrica".

EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Março, 6 - A doente continua no mesmo estado, sendo muito dolorosas e pouco abundantes as suas frequentes defecções.

Dejeções, 7; Pulsações, 80; Temperatura: M -38,5

T -37,8.

Março, 7 - Mesmo estado. Dej. 7; Puls. 80; Temp: M-38,5; T-38,8.

Março 8 - Idem; Reacção de Von Pirquet positiva em 24 h.

Dej. 8; Puls. 84; Temperatura: M -38,2; T - 37,4.

Março, 9 - A astenia é mais acentuada. As fezes mantêm-se

vencidas, amareladas e fetidas - Escarro para investigação do bacilo de Kock.

Dej. 6; Puls. 76; Temp: M -37; T -37,7.

Março, 10 - Mesmo estado. Dej. 5; Puls. 80; Temp: M-38,4;

T-37,2.

Março, 11 - Idem. Dej. 4; Puls. 80; Temp: M-38,4; T-38,2.

Março, 12 - As dejeções fazem-se ainda com dores e ten-

nesmo; começa a fazer uso do cacodilato de soda em injeções.

Dej. 5; Puls. 84; Temp: M-38,8; T-38,4.

- Março, 13. - Mesmo estado. O exame do escarro não revelou bacilos de tuberculose. Dej. 5; Puls. 80; Temper.: M -36,6; T -38,2.
- Março, 14. - A diarreia é menos acentuada. As dejectões são quasi já indolores. Dej. 4; Puls. 76; Temp.: M -36,4; T - 37,4.
- Março, 15. - Mesmo estado. As fezes foram remetidas ao Laboratorio Nobre para analyses. Dej. 2; Puls. 80; Temp.: M - 36,3; T - 37,8.
- Março 16. - As dejectões já não são dolorosas, sendo as fezes mais consistentes. Como possa ser attribuida á sífilis a temperatura, que á terde a doente vem fazendo, vai ser tentada a prova de iodeto. Dej. 2; Puls. 84; Temp.: M -36,8; T - 38,1.
- Março 17. - As dejectões, em menor numero, continuam a fazer-se sem dor, persistindo o tenesmo e conservando as fezes os mesmos caracteres fisicos. Dej. 1; Puls. 76; Temp.: M-36,3; T-38.

- Março 17 - As dejectões, em menor numero, continuam a fazer-se sem dor, persistindo o tenesmo e conservando as fezes os mesmos caracteres fisicos. Dej. 1; Puls.78; Temp.: M-36,3; T-38.
- Março 18 - A doente não acusa dor espontanea que persiste á pressão. Resultado da analise qualificativa das fezes - LEVE DEFECTO DE DIGESTÃO X
CORDUROSA. Dej. 4; Puls.80; Temp.: M-36,2;
T - 36,9.
- Março 19 - Mesmo estado - Foi-lhe feita a colheita de sangue para Reação de Wassermann. Dej. 3;
Puls. 80; Temp.: M-36,8; T-38,6.
- Março 20 - Mesmo estado - Dej. 3; Puls. 86; Temp.: M-36,9;
T - 38,6.
- Março 21 - Idem - Dej. 2; Puls. 80; Temp.: M - 36,6; T-
38,5.
- Março 22 - A temperatura não tem baixado sob a acção do iodeto de potassio, tendo ate' tendencia a subir. - Dej. 2; Puls. 84; Temp: M-36; T-38,8.

- Março 23 - A diarreia continua, menos acentuada, sendo as fezes novamente mais fluidas . Dej. 3; Puls. 84; Temp.: M-38,3; T- 38,3.
- Março 24 - Mesmo estado. Dej. 3; Puls. 84; Temp: M-38,3; T- 38,7.
- Março 25 - Idem. ~~XXX~~ As fezes tornam- a ser mais pastosas . Dej. 2; Puls. 90; Temp:38,2; T-39,2.
- Março 26 - A reação de Wassermann é positiva. Dej. 2; Puls. 88; Temp.: 36,6; T-39.
- Março 27 - Prova de iodeto - Negativa. (Urina 2 litros) Dej. 0; Puls. 84; Temp: M-36,6; 39.
- Março 28 - Vai fazer uso do benzoato de mercúrio como medicação de prova. Dej. 1; Puls.80; Temp: ~~XXXXXXXXXX~~ M-36,6; T-38,2.
- Março 29 - É quasi sempre á noite que evacua. Dej. 2; Puls. 78; Puls: M-37,6; T-38,7.
- Março 30 - A astenia da doente acentua-se. Queixa-se hoje de dores articulares intensas que lhe dificultam os movimentos. Dej. 3; Puls. 86; Temp: M-37; T-39.

Março 31 - Peorada. A doente que vinha fazendo duas ou tres dejecções diarias, fez, ontem para hoje 7 dejecções com dores, tenesmo. Fezes mais liquidas. Voltam as dores espontaneas em todo o abdomen. Dej. 7; Puls. 98; Temp.: M-38,6; T-38,2.

Abril 1 - Mesmo estado. Dej. 6; Puls. 86; Temp: M-38,9; T-38,4.

Abril 2 - Idem. Dej. 3; Puls. 88; Temp: M-37; T-38,8.

Abril 3 - Dejecções menos frequentes mas ainda dolorosas. Dej. 2; puls. 84; Temp.: M-37; T-38.

Abril 4 - Idem. Dej. 2; Puls. 84; Temp: M-37; T-38,3.

Abril 5 - Algumas injeções de benzoato de mercurio, tentadas como medicação de prova nada beneficiaram a doente, havendo pois infirmação do resultado da reacção de Wassermann. Dej. 2; Puls. 88; Temp: M-37,2; T-38,2.

Abril 6 - Mesmo estado. Faz uso de glicerofosfato de cal. Dej. 3; Puls. 90; Temp: M-37,2; T-38,6.

- Abril 7 - Idem. Dej. 1; Puls. 94; Temp: M-36,2; T-38,6.
- Abril 8 - Idem. Dej. 2; Puls. 88; Temp: M-36,4; T-38,1.
- Abril 9.- Idem. Dej. 3; Puls. 84; Temp: M-36,2; T-38.
- Abril 10. - As dores abdominais só existem á pressão,
sendo mais acentuadas na região que corres-
ponde ao pancreas. Começa a fazer uso da pan-
creatina associada ao tanigeneo. Dej. 2;
Puls. 84; Temp: M-36,5; T-37,8.
- Abril 11 - Mesmo estado. Dej. 2; Puls. 90; Temp: M-36,8;
T-38,1.
- Abril 12 - Idem. Dej. 1; Puls. 86; Temp:M-37; T-37,9.
- Abril 13 - A dor abdominal á pressão é muito apagada.
A evacuação intestinal faz-se sem dores. Dej.
1; Puls. 90; Temp:M-37; T-38.
- Abril 14 - Mesmoestado. Dej. 3; Puls. 84; Temp. M-37,4;
T-37,4.
- Abril 15 - Idem. Dej. 2; Puls. 88; Temp. M-36,8; T-38,2.
- Abril 16 - Idem. Dej. 2; Puls. 84; Temp: M-36,9;T-37,7.
- Abril 17 - As dores á pressão limitam-se agora á região
que corresponde ao pancreas. Dej. 3; Puls. 86;
Temp: M-36,8; T-38.

Abril 18. Mesmo estado - Dej. 3; Puls. 84; Temp: M-37;

T-37,3.

Abril 19 - Idem. Dej. 2; Puls. 94; Temp: M-36,8; T-38,6.

Abril 20 - Idem. Dej. 2; Puls. 80; Temp: M-36,4; T-38,8.

Abril 21 - Idem. Dej. 2; Puls. 86; Temp: M-36; T-38.

Abril 22 - Idem. Dej. 1; Puls. 90; Temp: M-36,6; T-38,4.

Abril 23- As dores á pressão continuam a limitar-se ao pancreas. As fezes são já moldadas e mais carregadas. Suores nocturnos abundantes. Dej. 3; Puls. 92; Temp: M-36,6; T-38,7.

Abril, 24 - Mesmo estado. Suspende a pancreatina. Dej. 2;

Puls. 86; Temp: M-36,4; T-38,2.

Abril 25 - Mesmo estado. Dej. 2; Puls. 88; Temp: M-36;

T-37,8.

Abril 26 - Idem. Dej. 2; Puls. 86; Temp: M-37,1; T-37,4.

Abril 27 - Idem. Dej. 2; Puls. 94; Temp: M-37,4; T-38,3.

Abril 28 - Idem. Dej. 3; Puls. 88; Temp: M-36,6; T-38.

Abril 29 - As fezes mais cremosas e amareladas. A dejecção faz-se com dor. Torna a fazer uso da pancreatina e tanigeneo. Dej. 3; Puls. 86; Temp: M-36,9; T-

Abril 30 - Mesmo estado. Dej. 2; Puls. 90; Temp: 37;
T-38,6.

Maio - A doente continua neste estado até ao dia 3.
De novo as dejectões se fazem sem dor, continuando as
fezes, contudo, a serem ainda cremosas, amareladas e fe-
tidas.

As dores abdominais voltam a limitar-se á região
pancreatica. Até 13 deste mês continua a doente neste
estado. A partir deste dia começam as fezes a serem
moldadas, continuando até aos principios do mês seguin-
te.

Melhorada da sua diarreia. Fez, durante este tempo,
uma ou duas dejectões diarias, persistindo a tempera-
tura vesperal, conforme o grafico junto. Teve alta
do Hospital nos principios do mês de junho, saindo
melhorada da diarreia.

- DIAGNOSTICO -

Em virtude do resultado da análise das fezes, da persistencia da dor localizada somente ao nivel do pancreas e das melhoras sensiveis obtidas pelo uso da pancreatina, sou levado a pensar que se trata de uma insuficiencia pancreatica.

A doente baixou ao Hospital com reumatismo de que ainda se queixa e possuida de uma adenopatia generalizada psoriasis.

Qual a etiologia deste quadro patologico ? A Sifilis ? Conquanto a reacção de Wassermann fosse positiva (?), a persistencia da temperatura sob a accção do iodeto de potassio e a ineficacia pelo tratamento especifico, leva-me a pôr de parte esta etiologia.

Pelo contrario, a positividade da reacção de Von Pirquet, anorexia, a rebeldia ao tratamento, os suores nocturnos, a propria psoriasis (geralmente implantada nos bacillares), a persistencia da temperatura vespereal e até talvez os sinais stetoscopicos do aparelho respiratorio, levam-

me a supor que se deve á tuberculose a causa destas multiplas enfermidades. A meu ver esta doente é portadora de um reumatismo de Poncet, de tuberculose ganglionar, impondo-se-nos o diagnostico de

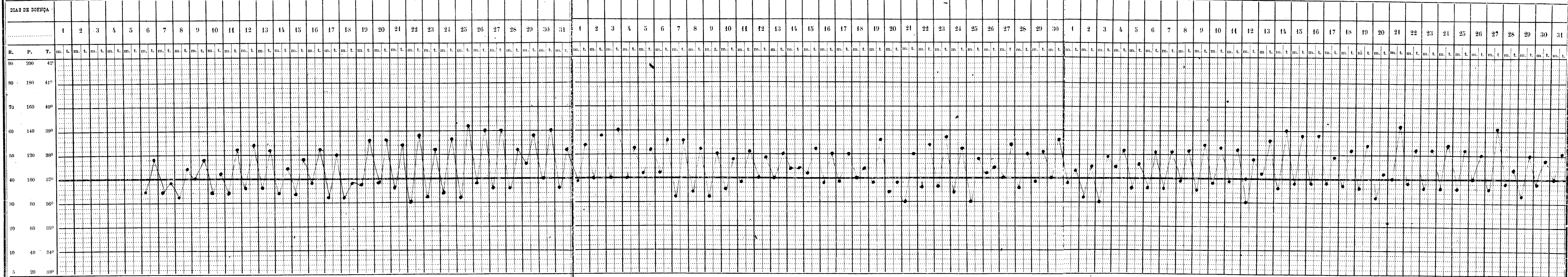
INSUFICIENCIA PANCREATICA DE ORIGEM TUBERCULOSA, para a doença que ultimamente obrigou a hospitalizar-se esta mulher.

- PROGNOSTICO -

Sombrio, atendendo á etiologia e aos poucos cuidados que a doente, pela sua situação social, poderá ter.

-:-:-:-

Nome do doente diagnostico: nte diagnostico: nte diagnostico:



Blank space for additional notes or observations.

Augusto da Silva, anos, solteiro, serralheiro,
soldado do Regimento de Inf.ª 8, residente na Rasa - Gaia.

- Exame clínico -

Interrogatorio.

Queixa-se de dores torácicas, de tosse com abundante expectoração succo-purulenta. Mas, o que agora mais o incomoda é a diarréia tenaz que lhe não permite o descanso.

Faz vinte e mais dejectões diárias, sendo principalmente de noite obrigado a fazer as suas evacuações intestinais que são pouco dolorosas mas demoradas em virtude de sucessivos "pucnos" (tenesmo). Não acusa dores abdominais espontaneas fora da ocasião das suas defecações.

- Exame directo -

Aparelho respiratorio.

Pelos diferentes processos de observação, constatei que se tratava de um tuberculoso pulmonar, tendo este

diagnostico confirmação laboratorial pelo exame do escarro (numerosos bacilos da tuberculose) .

Aparelho circulatório

Normal (o doente faz uma ligeira taquicardia que acompanha a sua ^{temperatura} taquicardia vespertal).

Aparelho digestivo

A inspeção.

Lingua saburosa. Ventre deprimido.

A palpação.

Dôr abdominal ligeira mas mais sentida na região correspondente ao pancreas. Flacidez da parede abdominal. Gargolejo na fossa iliaca direita.

A percussão.

Som timpanico em toda a superficie abdominal excepto na região peri-umbilical.

Aparelho genito-urinário - Normal.

Sistema nervoso e ganglionar - Normais.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha aproximadamente tres mezes que baixou ao Hospital Militar do Porto, porque ao findar a sua instrução de recruta, "sentiu uma pontada no peito e começou a deitar escarros de sangue". A temperatura era elevada então: 39.2, 40.2. Ao fim de algum tempo começou a temperatura a baixar, conservando no entanto febril. Foi então entregue aos meus cuidados.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Era forte, não se lembrando de ter tido qualquer doença grave.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Pais saudáveis. A mãe teve doze filhos, todos razoavelmente saudáveis.

- Evolução da doença -

Foi no estado descrito que tomei a meu cargo o doente. Lembrando-me do caso clinico anteriormente exposto e vendo entre os dois uma certa analogia na sintomatologia abdominal, prescrevi-lhe a pancreatina. Melhorou da sua

diarreia, tendo sido alta do Hospital Militar por incapacidade, ao fim de uns 15 dias.

DIAGNOSTICO

Insuficiencia pancreatica de origem tuberculosa.

PROGNOSTICO

Fatal dada a extensão das suas lesões pulmonares. X

FIM

VISTO

Carlos Ramalhão
Presidente

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins
Director

-:-:-