DISSERTAÇÃO

2.a Cadeira de Clinica Cirurgica

Do Tratamento Cirurgico da Tuberculose

THESES

APRESENTADAS

A' Faculdade de Medicina da Bahia

EM 28 DE SETEMBRO DE 1888

POR

Enéas M. Ferreira

Natural de ~~Alagôas~~ Sergipe

Interno por concurso, da 2.a Cadeira de Clinica Cirurgica d'esta Faculdade

Filho legitimo de Antonio Manoel Ferreira e D. Maria Angelica Ferreira

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

BAHIA

IMPRENSA POPULAR

48, Rua do Coberto Grande, 48

1888

Nasceu em 8 junho de 1865

1

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — O Illm. Sr. Dr. Cons. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO

VICE-DIRECTOR — O Illm. Sr. Dr. JOSÉ OLYMPIO DE AZEVEDO

Lentes cathedraticos

Os Illms. Srs. Drs.	Materias que leccionam
José Alves de Mello	Physica medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica e mineralogia.
Amancio J. Cardoso d'Andrade	Botanica medica e zoologia.
Cons. Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica e biologica.
Antonio Pacifico Pereira	Histologia theorica e pratica.
Alexandre Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Antonio Pacheco Mendes	Anatomia e physiologia pathologicas.
Egas Carlos Muniz Sodré d'Aragão	Pathologia geral.
Manoel José de Araujo	Physiologia theorica e experimental.
. . . . .	Pathologia medica.
José Pedro de Souza Braga	Pathologia cirurgica.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Materia medica e therapeutica, especialmente a brazileira.
Cons. José Antonio de Freitas	Anatomia topographica. Medicina operatoria e experimental. Apparelhos e pequena cirurgia.
Cons. Barão de Itapoan	Obstetricia.
Cons. Rozendo A. Pereira Guimarães	Pharmacologia e arte de formular.
Manoel Joaquim Saraiva	Hygiene e historia da medicina.
Cons. Virgilio Climaco Damazio	Medicina legal e toxicologia.
Cons. Ramiro Affonso Monteiro	Clinica medica — 1. cadeira.
Cons. José Luiz de Almeida Couto	» » — 2. »
Cons. José A. Paraizo de Moura	» cirurgica — 1. »
Manoel Victorino Pereira	» » — 2. »
Climerio Cardoso de Oliveira	» obstetrica e gynecologica.
Francisco dos Santos Pereira	» ophtalmologica.
Augusto F. Maia Bittencourt	» psychiatrica.
Alexandre E. de Castro Cerqueira	» de molest. cutaneas e syphiliticas.
Frederico de Castro Rebello	» medica e cirurgica de crianças.

Adjunctos

Os Illms. Srs. Drs.	Cadeiras
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
Pebastião Cardoso	Chimica medica e mineralogia.
. . . . .	Botanica medica e zoologia.
. . . . .	Chimica organica e biologica.
Francisco de Assis Souza	Histologia theorica e pratica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia descriptiva.
Guilherme Pereira Rabello	Anatomia e physiologia pathologicas.
Manoel Dantas	Physiologia theorica e experimental.
. . . . .	Materia medica e therapeutica, especialmente a brazileira.
João Agripino da Costa Dorea	Anatomia topographica. Medicina operatoria e experimental. Apparelhos e pequena cirurgia.
. . . . .	Pharmacologia e arte de formular.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene e historia da Medicina.
José Rodrigues da Costa Dorea	Medicina legal e toxicologia.
. . . . .	Clinica medica — 1. cadeira.
João Tillemont Fontes	» » — 1. »
Anisio Circundes de Carvalho	» » — 2. »
Francisco Braulio Pereira	» » — 2. »
. . . . .	» cirurgica — 1. »
Domingos Alves de Mello	» » — 1. »
Deocleciano Ramos	» » — 2. »
Roberto Moreira da Silva	» » — 2. »
Carlos Freitas	» obstetrica e gynecologica.
. . . . .	» ophtalmologica.
. . . . .	» psychiatrica.
Carlos Ferreira Santos	» de molest. cutaneas e syphiliticas
. . . . .	» medica e cirurgica de crianças.

SECRETARIO — O Exm. Sr. Conselheiro Dr. CINCINNATO PINTO DA SILVA

SUB-SECRETARIO — O Illm. Sr. Dr. THOMAZ D'AQUINO GASPAR

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A SANTA MEMORIA

DE

Meu venerando Pai

A SAUDOSA MEMORIA DE MINHA IRMÃ

Quando o symbolo dá dôr chega a traduzir o prazer, tem-se sentido n'alma a dôr tantas vezes, que á força de soffrel-a só se sabe chorar!

* * *

A MEMORIA DO MEU INDITOSO COMPANHEIRO E AMIGO

Aprigio Cotrim

Sonhar! sempre sonhar! É isto a vida,
Do berço á campa é tudo um sonho só,
No labutar da trabalhosa lida
O homem sonha até volver ao pó!

* * *

A MINHA EXTREMOSA MÃE

Amor, gratidão e obediencia...

A MEUS CHAROS IRMÃOS

A MEU BOM TIO

A MEUS CUNHADOS

A MEUS SOBRINHOS

A MEUS PARENTES

A MEUS AMIGOS

Dedico as minhas theses.

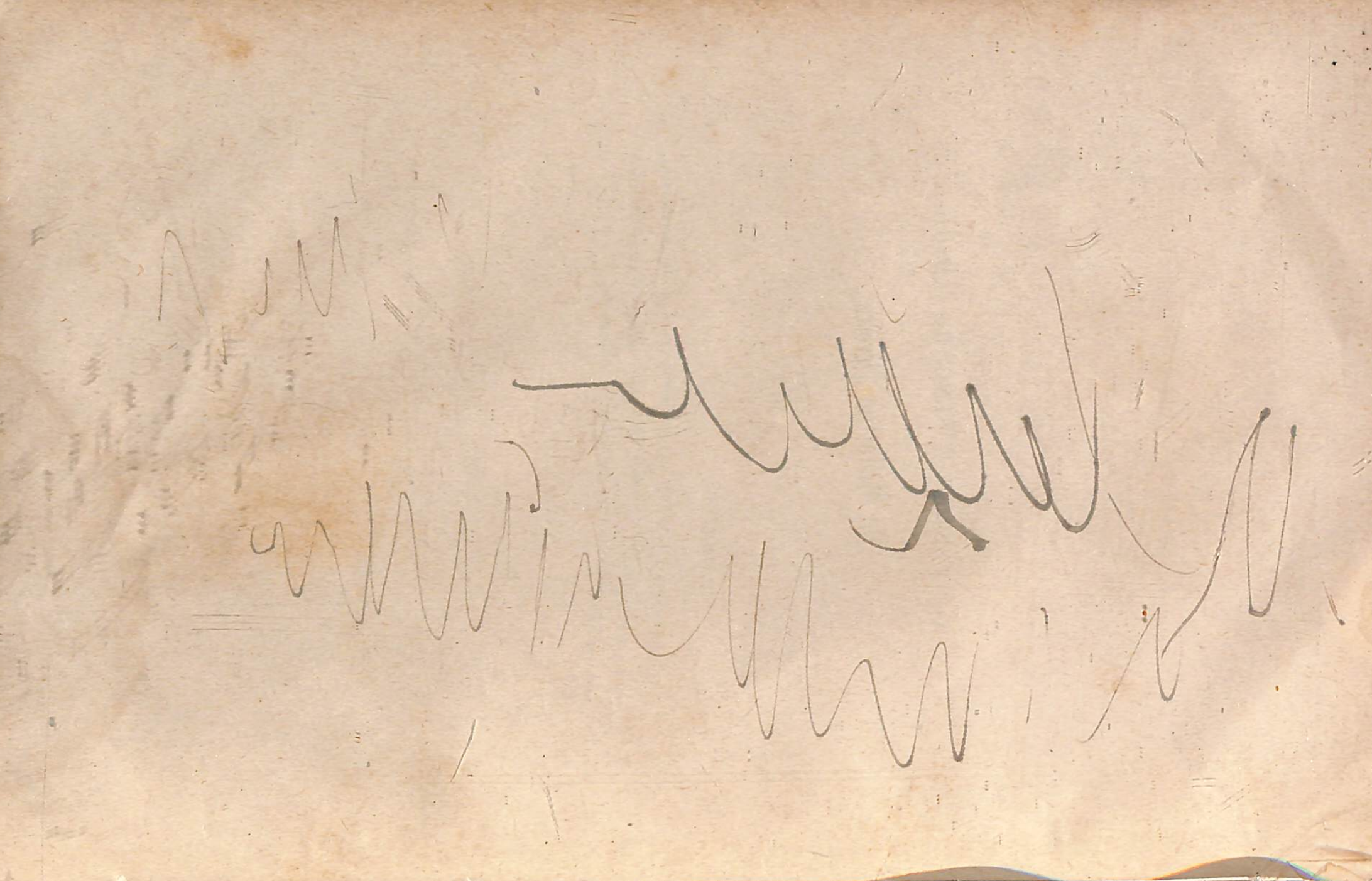
AO MESTRE E SINCERO AMIGO

Dr. Victorino Pereira

Venerado Mestre:

Honrando esta pagina com o vosso nome, sinto-me duplamente feliz, porque testemunho publicamente a minha admiração aos vossos talentos e a minha gratidão pelas attenções que sempre me dispensastes.

ENÉAS.



Dissertação

DO TRATAMENTO CIRURGICO

DA

TUBERCULOSE

Historia da tuberculose em cirurgia — Sua etiologia e pathogenia — Anatomia pathologica — Diagnostico — Prognostico — Tratamento nas diversas regiões ou partes do organismo

HISTORIA DA TUBERCULOSE

EM CIRURGIA

Já desde Hyppocrates e Galeno que diversos estados morbidos dos ossos eram indicados e reconhecidos como affecções tuberculosas.

Assim Marco-Aurelio, Sevérin, Mercurialis, Frangott, Geiber, em 1735, estudaram e discutiram em theses os tuberculos vertebraes e lhes imputaram a causa da formação das gibosidades. Frederic Haacke, em sua these *De iis qui a tuberculis gibosi fiunt*, admittio que a formação das gibosidades era devida a um processo tuberculoso local. Como se vê, o emprego d'esta dicção é antigo, porém a noção precisa do facto é recente.

Começa esta conquista desde os trabalhos de Bayle e Laennec sobre a phthysica, de Delpech[1], em 1830, sobre a naturesa real da tuberculose nos ossos, de Serres, Vichet estudando o mal de Pott considerado como uma affecção

[1] Traité des maladies reputées chirurgicales.

tuberculosa das vertebras, e estende-se até a actualidade onde os progressos da histologia pathologica têm precizado a ideia exacta da sua identidade.

Quer depois dos estudos de Laennec acerca da infiltração tuberculosa do pulmão com inflammação catarrhal, quer depois das diversas dissertações de August Nelaton sobre os tumores brancos e as osteïtes supuradas, foram publicadas muitas outras investigações sobre as affecções tuberculosas accessiveis á cirurgia, taes como os trabalhos de Denonvilliers, Lebert, Robin, Malespine, Virchow, Ordonez, Gonzalês-Echverria, Chassaignac, Cornil, Ranvier, Gerdy, Volkmann, Lazarus, Bennett, Gœtz, Macnamara, Gosselin, Baumgarten, Abelin, Lannelongue, Kraske, Parrot, Kœnig, Kœster, Sonnenburg, Heydenreich, Kiener, Poulet, Martin, Charles Nelaton, Albert, Ollier, etc., etc.

Sobre a classica doutrina de Laennec grandes discussões se levantaram na sciencia e d'ahi a creação de duas escholas: a dualista e a unitaria.

Foram Villemin e Grancher que, em nome da physiologia experimental, deram a decisão sobre a unidade da phthysica, desapparecendo, portanto, a eschola dualista.

Concluiram que a tuberculose é uma e especifica, que o nodulo cinzento e as massas caseosas pertencem a um só processo e são susceptiveis ambos de dar nascimento ao tuberculo. Köster estudando cinco casos de tumores brancos encontrou tuberculos miliares contidos no tecido fungoso dos ossos ou da synovial, e tambem nas fistulas dos abcessos peri-articulares, achou nucleos inteiramente caseosos, outros amarellados somente no centro, outros transparentes d'onde tirou a conclusão seguinte:

« Les cellules peripheriques de ces noyaux sont de petites cellules lymphoides; vers le centre, elles deviennent plus volumineuses, plus riches en protoplasma; tout à fois au

centre, il y a presque toujours une ou plusieurs cellules géantes à nombreux noyaux. Ces nodules sont identiques au tubercule miliaire, car ils ont la même structure et la même evolution. »

Kiener declara que pelas experiencias e resultados de exames anatomicos, os ganglios caseosos, o lupus, as arthrites fungosas, as osteo-periostites etc., etc., que todas as manifestações escrophulosas são tuberculosas, porque o caracteristico anatomico de todas estas manifestações é o folliculo tuberculoso de Köster.

Schuppel considerando a cellula gigante como caracter de todas as alterações não contesta a presença d'estas cellulas nas adenites escrophulosas, affirmando a natureza tuberculosa d'essas adenites strumosas ou caseosas.

Emfim, Lannelongue inspirado nas pesquizas de Brissaud e Josias considera as gommas escrophulosas como tuberculosas, diz que são da mesma origem dos abcessos subcutaneos escrophulosos e demonstra que os abcessos ossifluentes e os tumores brancos teem o mesmo ponto de partida, possuem o mesmo caracter tuberculoso. A descoberta do folliculo de Köster e os trabalhos de Broca acerca das affecções tuberculosas na continuidade e contiguidade dos ossos, os de Bonnet sobre os tumores brancos, os de Kœnig sobre a tuberculose dos ossos e das articulações, em 1885, e de Charrot, na Revista de Cirurgia, em 1884, os de Eugène Vicent na Encyclopedia de Cirurgia de 1885, e as ultimas monographias de Paul Reclux e Bouchut sobre a tuberculose sob o ponto de vista cirurgico, isto é, a tuberculose dos ossos, dos testiculos, dos ganglios, da mama, da orelha, do tecido cellular, das mucosas, etc., fizeram com que a natureza da tuberculose local assentasse sobre uma base

positiva, dando a este facto o mais rigoroso cunho scientifico.

Entretanto o periodo mais brilhante e fecundo do estudo da tuberculose cirurgica é todo contemporaneo.

Desde a descoberta de Friedländer demonstrando o nodulo tuberculoso no lupus, Reclus e Mallassez fixando a natureza da tuberculose genital e revivendo as ideias de Cruveilhier, Brissaud e Josias provando pelo microscopio a natureza dos abcessos frios, sub-tegumentares e denominando-os gommas tuberculosas sub-cutaneas, Paulet consagrando um estudo particularmente aos abcessos osteo-periosticos, até as observações pessoaes em fim de 1887 a principio de 1888, por Arthaud, Bergeon, Brissand, Cavagnis, Vittorio, Cocher, Cornil, Daremberg, Demars, Fleurs, Gosselin, Guinard, Hanot, Jeannel, Jonesko, Landouzy, Lannelongue, Laulanié, Lauth, H. Martin, Métaxas, Montaz, L. H. Petit, Peyrot, Raymond, Reclus, Ricochon, de Souza, Texier, Toupet, Valude, Nerchese, Verneuil, Vibert etc., etc., desdobrou-se essa admiravel serie de acquisições scientificas que não admittem a minima duvida sobre a natureza da manifestação local. O dominio da tuberculose cirurgica tem se ampliado tanto, os casos em que a intervenção da arte se exerce tem-se multiplicado por tal modo, que hoje discute-se apenas a origem da affecção local e não o seu caracter.

Se tal lesão é devida simplesmente ao accidente local fora de toda impregnação previa do organismo, ou se esta lesão é uma manifestação localisada de uma infecção geral e produzida occasionalmente por influencias do traumatismo, ou de molestias intercorrentes: eis o que se discute.

Pode-se distinguir as tuberculoses locaes das tuberculoses localisadas.

É facto deduzido das observações clinicas que individuos podem conservar por algum tempo um bom aspecto, e gozar de bôa saude, havendo, porém, um trabalho infectuoso local que tende a augmentar a importancia da lezão, repercutindo-a mais tarde por um accidente qualquer na economia em geral.

Lannelongue acompanhando as phases successivas da evolução do tuberculo mostrou que a cura não se pode dar senão quando cessa o elemento especifico; mostrou mais que os productos de caseificação ou amollecimento são, por diffusão nos elementos dos tecidos, o verdadeiro meio de inoculação tuberculosa, transmittindo pouco a pouco a sua virulencia a todos os tecidos vizinhos, formando-se pontos ou fócos secundarios; d'ahi a necessidade de intervir promptamente no fóco primitivo, antes que esta infecciosidade repercuta sobre os outros orgãos.

Desde então nasceu o grande problema levantado pelo professor Verneuil: « Influencia do traumatismo operatorio sobre a generalisação da tuberculose. »

Esta influencia traumatica ou a auto-inoculação do professor Verneuil é explicada por alguns cirurgiões, pela pululação dos bacillos existentes no fóco tuberculoso que não foi totalmente eliminado, ou pela invasão rapida de novos bacillos.

Os estudos de Ziegler, Jacobson, Weiss attestam de um modo preciso a existencia da tuberculose local sem que o individuo ache-se ou caia em poder da pretendida diathese tuberculosa. Nós, de accordo com a opinião de todos estes grandes vultos, admittimos que a tuberculose é, primitiva-

mente, uma molestia local e portanto cirurgica, generalisando-se mais tarde.

Nos Annaes da Repartição de Saúde de Berlim, vem uma memoria em que está assentada a derradeira pedra do monumento da historia da tuberculose.

Que a Laennec ella deve a sua unidade, a Villemin a inoculabilidade, e a Koch o seu parasyta. [1]

D'este ligeiro estudo que fizemos da historia da tuberculose em cirurgia, concluimos que ella tem passado por trez phases successivas: por muito tempo as concepções admittidas em relação a esta molestia estavam somente ao alcance da pathologia interna; os resultados de estudos modernos fizeram com que esta molestia se estendesse até ao dominio da pathologia externa; porém os dados fundados nas doutrinas acceitas que a consideravam como uma molestia diathesica não permittiam que estas affecções fossem submettidas ao cirurgião, porque julgavam que a debilitação organica, a aggravação do mal, e a morte eram os resultados.

Só á partir da descoberta do bacillo de Koch foi que os histo-pathologistas assentaram a especificidade da molestia e determinaram a idéia exacta da sua identidade e que os cirurgiões conheceram a necessidade de intervir nas diversas manifestações da tuberculose como meio de cura

[1] Die Etiol... der tuberc. Mitt heilungen ausdem Kaisserlichem Gesundheitsamte, Berlim, 1884.

ETIOLOGIA — PATHOGENIA

> Sans la moindre pretention de faire avancer la science, j'ai voulu m'instruire, ne pouvant instruire les autres.
>
> DUMAS.

A theoria parasitaria, a experimentação auxiliada pelo microscopio, e as observações clinicas sensatas, representam certamente as grandes armas de que se deve utilisar quer o medico, quer o cirurgião para sustentar e firmar o credito de uma ideia scientifica.

Estudando a tuberculose cirurgica com a precisão e o criterio que ella merece, temos procurado discutir uma questão que talvez possa alimentar duvidas no conceito de muitos, mas que encerra a exactidão de experimentações racionaes valiosissimas feitas com o fim de confirmal-a.

As pesquizas hodiernas de infatigaveis clinicos e pathologistas têm aberto novos horisontes scientificos que se ampliam grandemente, projectando nova e brilhante luz no estudo da etiologia, da anatomia pathologica, do diagnostico, do prognostico, e principalmente do tratamento da tuberculose cirurgica.

Não se pode considerar o mechanismo de um estado morbido, sem os dois factores essenciaes a elle: a causa morbifica e o terreno sobre o qual actua esta causa.

A causa morbifica da tuberculose cirurgica tem sido bem estudada pelos microbiologistas e anatomo-pathologistas como facto *ad integrum* do parasiticismo.

O terreno organico d'esta molestia já está bem conhecido graças aos progressos da histologia physiologica e pathologica.

As cellulas organicas sendo perturbadas directa ou indirectamente no seu *modus vivendi* por uma causa morbifica soffrem proliferações e transformações que se traduzem logo por alterações funccionaes primitivas constituindo a lesão local que é expressão de um processo irritativo.

O factor variavel, o terreno organico determina o que a molestia tem de individual; o factor constante que é a causa morbifica determina o que a molestia tem de especifico, d'ahi a concepção engenhosa de uma base e de um systema etiologico. As disposições especiaes anatomicas e physiologicas inherentes á individualidade, aos terrenos é o que dá logar as diversidades das especies morbidas; porém o elemento pathogeno é sempre o mesmo.

O parasiticismo, o traumatismo, o resfriamento, o vicio de conformação e o desenvolvimento ou involução senil e todas estas causas de dystrophia ou de decadencia do organismo, a miseria physiologica na creança que em certas condições determina o *morbus anglicus*, o facto já conhecido dos antigos *locus minoris resistentiæ* de cada individuo ou o enfraquecimento organico por uma molestia grave ou por excessos genitaes ou por trabalhos exagerados, ou por alimentação insufficiente, quer na qualidade e quantidade, quer na assimilação ou desassimilação, constituem, sem duvida, as cathegorias etiologicas e pathogenicas que determinam o terreno que dá logar a viver e prosperar o germen tuberculoso.

Estas causas eram apontadas de tempos muitos remotos, e entre os seus mais notaveis defensores encontram-se Boerhaave, Van-Swieten, Portal e Boyer.

Lücke estudando a etiologia da osteïte e da periostite tuberculosa estabelece as seguintes cathegorias de causas: traumatismo, syphilis, molestias infecciosas e rheumatismo.

Damos ligeiramente a etiologia geral, porém insistiremos sobre a pathogenia especial porque sobre ella é que somos obrigados a erigir todo o tratamento.

Diz-se muitas vezes que a tuberculose é uma affecção dos orgãos respiratorios e expontanea, porém nós sabemos que os tuberculos, em individuos predispostos ou não accidentalmente, se desenvolvem em todos os tecidos dos orgãos ou regiões, sobretudo se ha um *locus-minoris resistentiæ*, ahi demoram-se por algum tempo ignorados, até mesmo inoffensivos, enkistando-se umas vezes e curando-se expontaneamente pela eliminação, reabsorpção ou passagem ao estado fibroso, outras vezes sob a influencia do traumatismo mais ligeiro de acção determinante local, de irritações frequentemente imperceptiveis, provocam accidentes inflammatorios que dão logar á diversas manifestações.

Depois de termos citado resumidameute as causas que tornam o organismo apto á contrahir a tuberculose, entraremos tambem summariamente na apreciação de alguns pontos controvertidos da natureza e causa determinante d'esta enfermidade, que tem sido assumpto das mais curiosas e profundas investigações desde Villemin, Klebs, Kœnig até particularmente Koch, em sua communicação sobre o parasita da tuberculose, em 24 de Março de 1882 e dirigida á Sociedade de Physiologia de Berlim.

Baumgarten, na Allemanha, H. Martin, em França, tive-

ram o grande merito de elucidar a questão dos pseudo-tuberculos.

Em memorias recentissimas elles affirmaram os caracteres do tuberculo bacillar, isto é, que o poder de infecção e de caseificação ulterior distinguem perfeitamente os tuberculos provocados por inoculação de materia verdadeiramente tuberculosa dos que são determinados por injecções de agentes diversos e irritantes. É esta uma questão que se pode reputar vencida.

Klebs, Laulanié acreditaram que o agente pathogeno da tuberculose fosse parasitario, mas differente do de Koch e assim o classificaram: *Aspergillus glaucus*, *Pseudalius ovis bronchialis;* e quanto ás massas *zooglœicas* de Malassez e Vignal, Castro Soffia, em these sobre a tuberculose dos ossos e dos abcessos ossifluentes, diz que, pela inoculação successiva em series e pelos exames, encontrou ora zoogloeas ora bacillos.

Ultimamente quer Malassez e Vignal por pesquizas ulteriores quer finalmente Eberth com os microbios em massa das granulações caseosas e fibrosas convenceram-se pelas culturas puras que o microbio pathogeno da tuberculose é o de Koch e que em grande numero de casos este bacillo é acompanhado de muitos outros microbios pathogenos, taes como o *bacterium tetragenas*, o *streptococus* do pús, as bacteries da pneumonia. [1]

Ficaram, pois, por estes trabalhos recentes esclarecidas as duvidas que pairavam sobre a especificidade e unidade da causa da tuberculose.

A distinção que o criterio experimental da inoculação em serie estabeleceu entre o pseudo tuberculo e o tuberculo infeccioso, a exclusão que observações microscopicas mais

[1] Cornil e Babes, 1886.

rigorosas conseguiram dos microbios differentes do bacillo de Koch, aos quaes tambem se attribuiu a tuberculose, estes resultados de novas e escrupulosas investigações dão á etiologia da tuberculose uma precisão e lucidez que não admitte contestação ou duvida.

Eis em resumo o que da historia natural do bacillo tuberculoso, com tanta nitidez e brilho traçada por Koch, interessa-nos para a dissertação que escrevemos.

E' o bacillo de Koch, um bacillo pandemico, universal. Dos pincaros das montanhas ás superficies dos valles e até aos recessos subterraneos, por toda a parte onde o ser humano possa existir, o germen tuberculoso tambem se domicilia.

Com o ar que envolve e com a luz que inunda todos os aposentos da vida social, até de envolta com os alimentos que satisfazem as necessidades organicas e physiologicas — encontra-se o germen productor da tuberculose, o bacillo de Koch, esse inimigo terrivel de todos os instantes que para viver é mister destruir outra vida.

As pesquizas micrographicas referentes á tuberculose cirurgica, cujos maiores baluartes são Pasteur, Koch e Verneuil, confirmam a sua reproducção pela inoculação em series do producto de cultura do germen.

Esta molestia, isto é, o seu microbio localisado interna ou externamente no organismo, póde propagar-se por vias anatomicas ou physiologicas.

O systema vascular, o systema lymphatico, o systema nervoso são as vias anatomicas de propagação.

Em geral as affecções tuberculosas cirurgicas dependem de um traumatismo, e se o traumatismo não é a causa unica de penetração do bacillo no organismo, pelo menos é a mais constante.

Diz Koch que não havendo traumatismo algum que explique a penetração do bacillo no organismo, no systema lymphatico ou sanguineo, etc., que a propria cellula migradôra é o seu vehiculo.

Qualquer exemplo confirmará a verdade de que havendo uma lesão primitiva que altere uma parte ou um orgão, *ipso facto* fica alterada a sua funcção; que os orgãos e as funcções são solidarios e associados e que d'esta associação e solidariedade de orgãos e de funcções resultam as vias physiologicas de propagação.

Do que acima dissemos, de todas estas asserções, nós concluimos que a causa primeira *sine-qua* hoje não poder-se-hia diagnosticar a tuberculose é o bacillo de Koch. Se a presença d'elle não é constante em certas preparações de origem julgada tuberculosa, é pelo facto de suas minimas dimensões e da facil desorganisação dos tecidos onde elle vive, que o tornam, portanto, menos accessivel ao campo do microscopio.

Cada microbiologista tem creado um methodo especial para a coloração d'este bacillo.

Não damos os diversos modos de coloração do bacillo de Koch, porque além de fastidioso não é concernente ao ponto escolhido para a nossa dissertação, apenas diremos que Koch e Ehrlich foram os primeiros á fazer o estudo especial das propriedades corantes do bacillo da tuberculose e que estes investigadores affirmam que ha impenetrabilidade das soluções neutras ou acidas no involucro havendo affinidade para um certo numero de substancias corantes e que taes propriedades são os caracteres d'esta importante especie pathogena e a chave para o seu diagnostico differencial.

ANATOMIA PATHOLOGICA

A anatomia pathologica marcha sempre ao lado da anatomia e histologia normal.

Desde que a embryologia, o desenvolvimento e o crescimento dos tecidos e das cellulas foram scientificamente estudados e analysados normalmente, o desenvolvimento e a evolução das modificações nutritivas dos tecidos e das cellulas ou o modo de degenerescencia e mortificações observadas no estado pathologico, foram tambem estudados e analysados ao microscopio.

A notavel descoberta do bacillo de Koch deu novas acquisições á sciencia, no estudo dos phenomenos ou dos productos morbidos da tuberculose, que até então eram caracterisados por lesões de autopsias (á vista desarmada) e pelos elementos histologicos que constituiam o tuberculo.

A natureza parasitaria da tuberculose tem permittido experimentalmente estudar e observar a evolução e formação dos tuberculos e consideral-os como lesões de tecidos invadidos por bacillos.

Cornil e Baumgarten, estudando artificialmente a histologia dos tuberculos provocados na iris, na cornea, no pulmão, no figado, no rim, etc., provaram que os bacillos introduzidos no organismo, seja qual fôr o modo, implantam-se nas cellulas fixas dos tecidos, pullulam, e determinam uma irritação nutritiva e formadôra, já na cellula em que

se alojam, já nas cellulas vizinhas, quer por sua presença, quer pela secreção infectante ou ptomaïna que lhe attribuem, traduzindo-se estes phenomenos por aquillo, que estes auctores chamam figuras de *karyokinese* e *karyomitose*.

Cornil e Baumgarten [1] elucidaram, em suas ultimas pesquizas, a noção da origem das lesões tuberculosas, attribuindo-as aos phenomenos que constituem o processo primordial e geral da genese das cellulas.

Strasburger, Flemming, Fol e Guinard, estudando a *karyokinese* ou phenomeno da divisão indirecta das cellulas e nucleos, e a *karyomitose*, ou divisão immediata dos seus proto-plasmas,—puzerem em evidencia este modo de formação e de reproducção cellular, já nos ovulos e pollen das plantas, já no desenvolvimento dos tecidos dos animaes superiores e inferiores, já finalmente, como observou Babes, nas affecções bacteriologicas, em todas as inflammações e neo-formações.

Não podendo descrever mais minuciosamente as figuras de *karyokinese* e *karyomitose*, diremos apenas que em todas as inflammações agudas ou chronicas, seja qual fôr a sua causa, após irritação mais ou menos pronunciada, estes phenomenos de divisão e multiplicação cellular são o começo dos processos morbidos.

Assim, a irritação causada pelo bacillo ou sua ptomaina persistindo e excitando as cellulas fixas dos tecidos, quer sejam cellulas do tecido conjunctivo, endotheliaes, dos vasos, das membranas epitheliaes, das mucosas, dos orgãos glandulares, etc., soffrem ellas os phenomenos de *karyokinese* e reproduzem cellulas epithelioides que agglomeram-se constituindo o inicio do tuberculo.

[1] Ueber Tuberkel und Tuberkulose, Theil, und Histogenese des tuberkulosen Processes.

Estes phenomenos invadem as partes vizinhas, e então quer dos vasos sanguineos, quer dos lymphaticos os corpusculos incolores migram e vem se juntar á este numero de cellulas, que, como já vimos, constitue o primeiro rudimento da granulação.

A formação do nodulo tuberculoso depende mais geralmente da aggregação das cellulas epithelioides, resultante dos phenomenos de *karyokinese*, e não exclusivamente das cellulas redondas migradôras por diapedese dos vasos sanguineos e lymphaticos como querem Recklinghausen e Cohnheim.

Os bacillos pathogenos penetram em todos os tecidos e em todos os orgãos e ahi determinam lesões variadas ou processos inflammatorios diversos, que teem por primeiro alarme a constituição da granulação tuberculosa cuja evolução é dependente das figuras de *karyokinese*, das cellulas fixas e das cellulas migradoras.

A palavra tuberculo nada significa no terreno da pathologia e da clinica; os auctores modernos ainda conservam esta denominação, porém é sabido hoje que o tuberculo nada tem de caracteristico e especifico em si, como queriam Laennec, Virchow, etc., a não ser o bacillo.

Conhecida assim a granulação tuberculosa como constituida á custa dos montões de cellulas provenientes das figuras de *karyokinese* e *karyomitose*, das cellulas fixas e dos globulos brancos, estudaremos separadamente, como fazem os anatomo-pathologistas, as duas formas anatomicas principaes, a granulação cinzenta e a massa caseosa.

A granulação tuberculosa isolada representa um corpusculo ou nodosidade bem circumscripta, visivel muitas vezes, á vista desarmada, e sensivel ao toque do tecido que a contem, de um volume variavel, tendo porém o maximo de

diametro dois ou tres millimetros e de uma dureza mais ou menos consideravel; assim se nota nas serosas, etc.

Os seus caracteres macroscopicos são variaveis, dependendo da edade evolutiva ou epocha em que se examina a granulação; assim, quando recente é ligeiramente rosea, transparente: mais tarde torna-se opaca e pardacenta; finalmente amarellada.

Os elementos cellulares que constituem a granulação tuberculosa têm formas variadas.

O tuberculo elementar ou folliculo tuberculoso (de Wagner e Charcot) em sua primeira phase de evolução ou periodo embryonario, pode, estudado isoladamente, como fez Kóster pelo exame dos tuberculos no tecido de granulação das arthrites fungosas, ser simplesmente constituido por um montão de cellulas epithelioides, ou constituido geralmente por uma zona externa de pequenas cellulas redondas pertencentes ao typo embryonario, uma zona média e interna formada de cellulas epithelioides, ou ainda escrophulosas, como Rindfleisch chama-as, e um nucleo central formado por uma ou mais cellulas gigantes, de proto-plasma granuloso e prolongamentos contendo muitos nucleos periphericos.

Esses elementos cellulares que constituem a granulação tuberculosa são adherentes uns aos outros por uma substancia molle, proto-plasmica ou fibrilar, sobretudo se o tuberculo é adulto.

A reunião concentrica dos elementos constituintes ao redor de um ponto ou a fórma nodular, a ausencia de vasos, a tendencia á vitrificação ou caseificação da parte central por fusão dos elementos cellulares e pela infiltração de granulações gordurosas e a frequencia de cellulas gigantes no centro do nodulo que constitue a parte central do folli-

culo e onde começa o trabalho de degeneração, constituem o caracter primordial da granulação tuberculosa.

Nenhum d'esses elementos visiveis ao microscopio, no tuberculo, nem mesmo a cellula gigante como queria Schüppel, constitue os traços caracteristicos da tuberculose, porque elles se acham em todas as granulações das feridas ordinarias e em todas as lesões de origem pathologica, havendo, porém, para alguns anatomo-pathologistas, caracteres physicos e elementos histologicos que podem differençar da granulação tuberculosa as diversas especies de granulações: cancerosas, puramente inflammatorias, gommas ou tuberculos syphiliticos, tuberculos do mormo e muitos outros productos que se encontram entre os diversos orgãos nos leucemicos e nos casos de febre grave.

Alguns anatomo-pathologistas, como Cohnheim, attribuem a genese da cellula gigante a confluencia das cellulas lymphaticas; outros dizem emanar das cellulas vaso-formadôras ou da hypertrophia ou confluencia das cellulas epithelioides ou endothelioides.

Segundo Martin, Laulanié e Ziegler, as cellulas gigantes se desenvolvem ao redor dos corpos extranhos de toda a especie; n'essas condições, então, os bacillos da tuberculose obram como corpo extranho na producção das cellulas gigantes.

Sejam, emfim, as cellulas gigantes oriundas dos leucocitos contendo parasitas, ou da união das cellulas geradas da multiplicação indirecta dos nucleos, é na parte central d'essas cellulas que se alojam os bacillos.

O exame microscopico do tuberculo mostra, entretanto, que os bacillos são mais raros quando as cellulas gigantes são mais numerosas.

É um pouco difficil, á primeira vista, distinguir as grann-

lações tuberculosas das granulações cancerosas, principalmente se estas são pequenas e miliares.

Estas granulações distinguem-se por um volume maior e deixam pelo corte ou raspagem um succo leitoso.

Pelo exame microscopico as granulações cancerosas contém nucleos de maior diametro do que as granulações tuberculosas, sendo porém os d'estas atrophiados, pallidos, e granulosos, opacos, amarellados na parte central, ao passo que os d'aquellas são homogeneos e simi-transparentes.

Segundo Andral e Monneret [1] as granulações puramente inflammatorias distinguem-se microscopicamente pela ausencia ou pobreza relativa dos nucleos.

Muitas vezes é difficil de se distinguir uma gomma syphilitica de um tuberculo, mesmo porque as gommas syphiliticas podem amollecer e conter uma parte simi-solida, branca-amarellada no seu centro, como o tuberculo.

Os elementos histologicos nos tuberculos e nas gommas são mais ou menos os mesmos e em casos de existir a syphilis e a tuberculose, o diagnostico differencial do tuberculo terá por caracter especifico o exame bacteriologico.

Os veterinarios dizem que a granulação mormosa é formada de elementos que são encontradas habitualmente e que soffrem a degeneração granulo-gordurosa, como o tuberculo.

Sendo assim é difficil de distinguir este producto de origem equina de uma granulação tuberculosa, a não ser pelas erupções pustulosas da pelle e dos outros tecidos.

No curso do typhus abdominal, da escarlatina, do sarampão, etc., apresentam-se granulações com elementos simi-

[1] Compendio de medicina pratica.

lhantes aos dos tuberculos, differençando-se apenas por serem molles, friaveis e vascularisadas.

Foerster chamou-as neo-plasias lymphaticas. As granulações da lepra são tambem compostas de elementos analogos.

Hoje só a presença dos micro-organismos e a sua inoculabilidade demonstram sem contestação a natureza da granulação tuberculosa, distinguindo-a dos tuberculos do mormo, da lepra, etc., pelos seus parasitas.

Os tuberculos além da fórma miliar ou de granulações cinzentas que são constituidas por massas arredondadas ou amarelladas, de um certo volume, apresentam-se no estado de materia infiltrada que constitue a infiltração tuberculosa de Laennec.

As granulações confluem e confundem-se em uma massa uiniforme, anemica, impossivel de se distinguir á vista desarmada.

N'essas massas ou placas extensas de granulações, observam-se pela analyse histologica a obliteração vascular, a atrophia cellular do centro d'essas neoformações accumuladas e reunidas por tecido embryonario.

A structura da infiltração tuberculosa de Laennec passa por modificações outras, diversas das que se produzem na granulação miliar.

Os estudos de Laennec, Thothaou, e Baumgarten provam que ás leis histogenicas de *karyokinese* pertence o modo constituinte das infiltrações tuberculosas, ou melhor, que as granulações cinzentas isoladas transformam-se em uma massa uniforme, solida, compacta, opáca e que mais tarde amollece ou caseifica-se, correspondendo a côr cinzento-amarellada o centro dos tuberculos.

A transformação caseosa ou vitrea é hoje um facto essensial ao tuberculo.

O bacillo pathogeno pela sua propriedade infectante determina, nos elementos cellulares que constituem o tuberculo, uma fermentação morbida que se traduz por uma dissociação cellular que caracterisa o processo de mortificação caseosa muitas vezes lenta e irregular, variando segundo os tecidos ou orgãos affectados.

Grancher, Virchow, Bayle, Cruvelhier provaram que a evolução das producções tuberculosas tendiam ora ao amollecimento e degenerescencia caseosa; ora os productos necrosados formavam pequenos nodulos constituidos por um tecido fibroso de tendencia anatomica sclerotica e inoffensiva.

É sabido que muitas vezes o tuberculo se desenvolve lentamente e percorre todos os estadios; outras vezes o tuberculo miliar tende á cura antes da plena evolução destruitiva. Os elementos cellulares embryonarios soffrem uma transformação na sua structura por uma evolução fibrosa, não permittindo pelo desenvolvimento de vasos nas zonas periphericas e pela vitalidade dos elementos cellulares a tendencia ulterior á caseificação. Outras vezes a materia caseosa transforma-se em uma massa dura, calcarea e d'ahi a fórma enkystada.

Charcot acceita que o tuberculo em seu desenvolvimento pode estacionar no seio dos orgãos e dos tecidos sem modificar sensivelmente a sua textura.

A noção d'estas variedades de tuberculo é adoptada por grande numero de anatomo-pathologistas, dependendo ellas, porém, dos tecidos affectados, do numero de bacillos e sua vitalidade ou virulencia.

Estudado assim o tuberculo em toda a sua evolução,

faremos agora succintamente, ao ponto de vista da anatomia e physiologia pathologicas, uma apreciação sobre as diversas lesões ou alterações multiplas de alguns tecidos.

TUBERCULOSE OSSEA

Os tuberculos se observam em todos os ossos e em qualquer parte d'elles, tendo, porém, predilecção pelo tecido esponjoso, medulla ossea, principalmente a medulla hematoplastica dos ossos curtos e das epiphises dos ossos longos.

A divisão de Nélaton de tuberculo enkistado e infiltração puriforme é ainda hoje acceita, embora anatomo-pathologistas outros deem á tuberculose ossea fórmas diversas. Assim, como já vimos, Ranvier descreve-a sob as denominações de granulações isoladas e confluentes.

Lannelongue chama tuberculo circumscripto com ou sem sequestro, o tuberculo confluente diffuso.

Kiener e Poulet dividem a tuberculose ossea em tuberculose primitiva e chronica que se desenvolve em um só osso e que é com pequena reacção moderada e eliminadôra, de evolução lenta e regular; em tuberculose tardia de evolução rapida que se desenvolve em ossos com alterações diffusas sem tuberculose de orgão nenhum, e em osteïte tuberculosa aguda de marcha rapida e invasôra com reacções inflammatorias.

As granulações tuberculosas, isoladas, cinzentas e semi-transparentes do tecido osseo podem, em certas condições, ser vistas e sentidas no trama osseo, principalmente se as trabeculas teem soffrido rarefacção.

Destacada uma granulação tuberculosa de um tecido, ella

deixa perceber em sua circumvisinhança manchas circulares e irregulares de um a dois millimetros, muitas vezes translucidas e anemicas, emquanto que elle tem o centro opaco; outras vezes, porém, as trabeculas osseas que as separam desapparecem, e as granulações isoladas agrupam-se e fundem-se n'um só espaço medullar, reconhecendo-se então macroscopicamente, alem dos caracteres já ditos, que o aspecto d'esta massa é formado de ilhotas que invadem e determinam a anemia da medulla intermediaria. No primeiro caso, porém, só se distingue a lesão pela cor vermelha pardacenta, e só o auxilio do microscopio permittirá ao observador deslindar a verdadeira natureza do producto pathologico.

O tecido da granulação descalcificado em solução de acido chromico ou picrico deixa pelos córtes ver ao microscopio que, em sua periferia, a medulla não contém cellulas adiposas, que os vasos sanguineos são dilatados e que ao redor falta o tecido conjunctivo.

Os phenomenos irritativos vão além das granulações determinando as osteites que, para alguns, precedem aos tuberculos nos ossos.

O tecido da granulação é formado por elementos cellulares englobados n'uma substancia resistente e granulosa, de diminuição progressiva.

Os bacillos provocam por multiplicação e proliferação uma ligeira reacção inflammatoria especial, cujo resultado é a formação de granulações fungosas no tecido osseo esponjoso ou nos elementos figurados dos canaliculos de Havers.

O desapparecimento lento dos septos osseos que se interpõe ás granulações e a ligeira reacção inflammatoria dão logar á formação de uma membrana fibrosa que limita e circum-

deixa perceber em sua circumvisinhança manchas circulares e irregulares de um a dois millimetros, muitas vezes translucidas e anemicas, emquanto que elle tem o centro opaco; outras vezes, porém, as trabeculas osseas que as separam desapparecem, e as granulações isoladas agrupam-se e fundem-se n'um só espaço medullar, reconhecendo-se então macroscopicamente, alem dos caracteres já ditos, que o aspecto d'esta massa é formado de ilhotas que invadem e determinam a anemia da medulla intermediaria. No primeiro caso, porém, só se distingue a lesão pela cor vermelha pardacenta, e só o auxilio do microscopio permittirá ao observador deslindar a verdadeira natureza do producto pathologico.

O tecido da granulação descalcificado em solução de acido chromico ou picrico deixa pelos córtes ver ao microscopio que, em sua periferia, a medulla não contém cellulas adiposas, que os vasos sanguineos são dilatados e que ao redor falta o tecido conjunctivo.

Os phenomenos irritativos vão além das granulações determinando as osteites que, para alguns, precedem aos tuberculos nos ossos.

O tecido da granulação é formado por elementos cellulares englobados n'uma substancia resistente e granulosa, de diminuição progressiva.

Os bacillos provocam por multiplicação e proliferação uma ligeira reacção inflammatoria especial, cujo resultado é a formação de granulações fungosas no tecido osseo esponjoso ou nos elementos figurados dos canaliculos de Havers.

O desapparecimento lento dos septos osseos que se interpõe ás granulações e a ligeira reacção inflammatoria dão logar á formação de uma membrana fibrosa que limita e circum-

screve os productos morbidos, os quaes occupando a parte central de uma epiphise podem, por enkistameuto, reabsorpção ou processo sclerotico, curar-se, principalmente se o processo invasor tem desapparecido e as condições geraes e locaes não permittem que os parasitas vivam e multipliquem-se; outras vezes, porém, os tuberculos enkistados n'uma caverna ossea, em vez do estado fibroso ou crú, soffrem amollecimento e transformação, e formam por proliferação e destruição dos tecidos osseos ou das cartilagens, abcessos com maior ou menor quantidade de pús.

Estes abcessos de invasão progressiva e lenta, formados no centro dos ossos, provocam, atravez das paredes osseas até a periferia, osteo-periostites que determinam por proliferação ou perfuração dos tecidos, trajectos fistulosos com tendencia á abrir-se no exterior.

A caverna tuberculosa tendo a séde quer na periferia quer no centro dos ossos elimina-se ou esvasia-se da materia tuberculosa abrindo-se exteriormente, cobrindo-se de botões carnosos com tendencia á transformação fibrosa, ou, segundo Lannelongue, a materia tuberculosa transforma-se em um liquido turvo ou seroso contido na cavidade fechada pela membrana kystica, soffrendo, pouco á pouco, reabsorpção lenta e transformação fibrosa sem perfuração exterior.

As granulações isoladas ou tuberculos enkistados fundem-se em uma só massa no espaço medular ou trabecular e soffrem metamorphoses de producção e destruição sendo a transformação granulo-gordurosa o primeiro periodo de degenerescencia caseosa.

Nelaton estudando a tuberculose ossea considera e chama as granulações confluentes, infiltração puriforme ou opaca.

Não havendo exaggero ou diminuição nas trabeculas osseas, estas variedades de granulações pódem, macrosco-

picamente não confundir-se, as primeiras por uma côr opalina semi-transparente que não se confunde com o tecido esponjoso vizinho e que não se acompanha da mortificação do tecido osseo e da desapparição dos vasos sanguineos; as segundas cujas transformações são mais adiantadas pela substituição da côr opalina, pelo amarello carregado, sem vasos sanguineos e com hypertrophia intersticial do tecido osseo; e as ultimas pelo tecido osseo infiltrado que rarefaz-se e funde-se na materia tuberculosa fluida e puriforme.

A infiltração póde ficar circumscripta em uma parte ossea, sendo, porém, continua ou intermittente e deixando n'essa porção ossea infiltrada perturbações de vitalidade que traçam um sulco divisorio ou dissociador tendendo á separar a parte morta ou necrosada da parte sã; ou póde invadir uniformemente toda a epiphise, já pela rarefacção das trabeculas denominada corrosão lacunar de Howship, produzida pelos myeloplaxes, já pela fusão da substancia ossea e da medulla.

Sendo completa a dissociação da parte necrosada, esta destaca-se e cae mais ou menos deixando uma cavidade forrada por membrana infiltrada de productos tuberculosos.

Separado assim o sequestro, póde ficar immovel ou inteiramente livre provocando reacções inflamamtorias que pódem ser acompanhadas de suppuração, formação de abcessos nas superficies dos ossos com tendencia a eliminar-se, quer expontoneamente, quer por intervenção cirurgica.

N'esta especie de infiltração puriforme observa-se em um osso affectado uma côr vermelho-sombria, uniforme, com lesões extensas e diffusas de toda a epiphise, como é commum na osteïte invasora e suppurada de Kiener e Poulet.

Até então os histologistas eram crentes de que o factor

essencial ás arthrites tuberculosas seria a alteração primitiva dos ossos; hoje, porém, que as series de observações anatomo-pathologicas têm permittido estudar a natureza tuberculosa das periostites, osteïtes, arthrites fungosas, carie, etc., sabe-se, como demonstraram Cornil, Laveran, Lannelongue, Arnaud, etc., que o processo da tuberculisação póde ter por ponto de partida a synovial, independentemente de lesões osseas.

Hayem traz um exemplo de tuberculisação das cartilagens descobertas e estudadas no tecido das fungosidades periarticulares, isentas ou independentes de lesões osseas.

Quer o processo inicial seja da synovial ou da cartilagem articular ou dos ossos, dá-se commumente em periodo adeantado do processo a concumitancia da osteite e da arthrite tuberculosa.

Muitas vezes a membrana synovial apresenta uma hyperemia eu hyperplasia geral fornecendo elementos ou cellulas descendentes, degeneradas, e acompanhadas de suppuração. E' a esta arthrite tuberculosa que Rindfleisch chama carie fungosa sêcca.

Se, porém, os phenomenos continuam, a destruição do tecido cartilaginoso pelas granulações que tendem a marchar umas para outras, de cima para baixo e vice-versa, opera-se, a perfuração da cartilagem permitte que não só as superficies articulares fiquem cobertas de vegetações fungosas, como tambem mais tarde os ossos participem.

Em geral a lesão annuncia-se por uma arthrite ou osteïte suppurada, toda a articulação se inflamma e a degenerescencia fungosa das partes profundas é o resultado.

Se o pús é derramado ou accumulado na cavidade articular, pelas ulcerações sinuosas ou conductos fistulosos tapetados de vegetações fungosas exhuberantes, formam-se

os tumores brancos e abcessos periarticulares consecutivos, e produz-se a infiltração tuberculosa de todos os tecidos, principaimente o cartilaginoso que envolve toda a articulação.

A pelle distendida pela neoplasia deixa perceber uma côr branca cartilaginosa devida á degenerescencia em massa do tecido conjunctivo.

Se a inflammação augmenta e a suppuração sobrevem, tendem esses abcessos a abrir-se para fóra, ordinariamente por innumeros trajectos fistulosos que se communicam, e alguns com a articulação.

Emfim se a destruição do trama osseo é mais rapida e completa, o processo aprofunda-se e invade toda a espessura da epiphise, o liquido sanioso escoado pelos trajectos fistulosos tem os caracteres de uma destruição ou rarefacção das trabeculas osseas com signaes de degenerescencia gordurosa e temos então a carie propriamente dita, com formação simultanea de sequestro que nada mais é do que a pthysica tuberculosa do osso.

Delpech, Richet e Nelaton teem demonstrado exhuberantemente a presença de elementos tuberculosos em grande numero de osteïtes chronicas suppuradas.

Kiener e Poulet estudando as affecções chronicas dos ossos fizeram conhecer que a periostite e as osteïtes tuberculosas não são outra coisa senão a propria carie, e dizem existir n'ella duas sortes de lesões: lesões em fócos inoculaveis onde o agente infeccioso exerce directamente sua acção destruitiva; lesões diffusas, não inoculaveis que interessam o esqueleto em geral e sobrevem em uma epocha tardia.

Ollier define a carie—uma inflammação chronica suppurada do tecido osseo, de marcha lenta e geralmente progressiva, sem tendencia manifesta á cura, caracterisada por

processos inflammatorios, ameaçando uma destruição successiva das partes invadidas, já sob a fórma de parcellas necrosadas, já sob a fórma de sequestros mais ou menos volumosos. Considera mais que as partes invadidas pela necrobiose são a séde de verdadeiras osteites ulcerosas. Não discutimos mais a marcha ulterior que justifica a denominação de carie, apenas diremos que ella é um processo considerado de natureza tuberculosa, não só pelos caracteres histologicos, como pela inoculação experimental das massas infiltradas de folliculos tuberculosos.

Vollkmann, Parrot, Lannelongue, E. Vicent, Berard, Vidal, Virchow e Nelaton dizem que a *spina ventosa* é sempre uma molestia considerada de origem tuberculosa não purulenta, tendendo geralmente á regressão nas creanças, sem um processo inflammatorio que determine a eliminação dos bacillos e dos productos tuberculosos por aberturas exteriores.

E. Vicent crê que esta affecção se limita geralmente ás epiphises dos ossos longos, phalanges das mãos, dos pés, etc., molestia peculiar ás creanças e que não só o periosteo como a medulla tomam parte na sua formação dependendo dos pontos em que os folliculos tuberculosos se desenvolvem.

Kiener e Poulet e ainda E. Vicent teem obtido generalisações tuberculosas com inoculações de productos de alterações osseas e concluem que quasi todas as periostites ou osteo-periostites da infancia, dos adultos cacheticos ou dos velhos, são de natureza tuberculosa.

Todas as lesões locaes da tuberculose ossea são representadas por trez zonas: uma exterior hyperemica, outra follicular, e a mais central caseosa com formação de fungosidade e sequestro.

As alterações da medulla consistem na transformação ao estado de elementos embryonarios, na vascularisação mais ou menos activa e na producção de exsudados; na zona media, cellulas gigantes e folliculos que confluem produzindo uma ischemia devida á obliteração dos vasos sanguineos.

A tuberculose ossea é caracterisada muitas vezes pelas osteites rareficantes e fungosas, pela formação de abcessos, periarticulares que acompanham os tumores brancos, pelos abcessos ossifluentes e pelas fistulas consecutivas carie, etc., etc.

O exame dos ossos doentes (séde de tuberculos) revela habitualmente a presença do bacillo de Koch; porém nas lesões muito antigas e diffusas dos ossos, nos trajectos fistulosos, no pús dos abcessos ossifluentes e na parede d'esses abcessos os bacillos são muito difficeis de se mostrar com evidencia, e só a inoculação sobre animaes dá resultados positivos, pela presença dos bacillos nos tuberculos artificialmente obtidos.

Desejariamos externar as idéas anatomo-pathologicas, que pela leitura de innumeros trabalhos conhecemos acerca de cada manifestação tuberculosa em particular, dividindo o assumpto, como faremos em relação ao tratamento ou a parte que constitue a escolha da nossa dissertação, porém a vastidão do ponto não nos permitte dar similhante latitude a estudos tão interessantes e minuciosos.

Limitaremos as nossas apreciações á tuberculose ossea, que é a que mais nos interessa, deixando para responder, caso sejamos arguidos, o que soubermos em relação a cada manifestação especial da tuberculose, imputando, porém, ou responsabilisando ao bacillo de Koch por todas as lesões ou manifestações caracteristicas da inflammação tuberculosa, n'este ou n'aquelle tecido, d'esta ou d'aquella forma ou região.

DIAGNOSTICO

«Connaitre une maladie est la première de toutes les conditions pour la guérir.»

Procuramos n'este capitulo estudar os symptomas das affecções tuberculosas em geral accessiveis á cirurgia, o mesmo que fizemos em relação á anatomia pathologica, não descrevendo em capitulos especiaes os diversos estados morbidos que se apresentam e que são observados nas differentes localisações tuberculosas. Firmaremos os dois modos de apresentação tuberculosa cirurgica, que são a fórma aguda, em que os phenomenos mais notaveis e a marcha nos diversos tecidos do organismo manifestam os caracteres de uma inflammação franca; e a fórma chronica cuja marcha é lenta e insidiosa e até mesmo imperceptivel.

A maior ou menor chronicidade das diversas localisações morbidas depende, ás vezes, da região em que se dá a lesão

No estado agudo, durante o cortejo symptomatico dos processos inflammatorios, nada existe que caracterise a natureza particular da lesão; só mais tarde é que, encaminhando-se para segundo estado, os phenomenos caracteristicos se accentuam.

Ora a evolução aguda do processo dá logar a abcessos quentes, ora a degenerescencia e a caseificação dão logar a abcessos frios que tendem a abrir expontaneamente ou não, e então se desenrola a verdadeira symptomatologia das

lesões tuberculosas, ora, pela exploração, se encontra um pequeno tumor duro, indolente, bem limitado, interessando os tecidos circumvisinhos, sem os caracteres de uma inflammação, e só mais tarde, por um incidente qualquer, provoca em torno de si uma reacção cujo resultado é a transformação pastosa e fluctuante do tumor, e quer este occupe o tecido cellular subcutaneo, quer as mucosas ou outro orgão qualquer, seus caracteres são sempre os mesmos. São de uma tendencia extraordinaria para abrirem-se os abcessos assim formados, ulcerando-se e deixando escoar pelas aberturas — liquido purulento, cheio de grumos caseosos.

Não ha symptomas particulares ás affecções dos ossos nem mesmo de outras partes que caracterisem as lesões tuberculosas, porque a successão phenomenal é muito variavel dependendo de differentes causas, taes como o numero e a virulencia das parasitas. N'estas condições a symptomatologia é toda de probabilidades; só o exame das excreções, do sangue dos doentes e dos productos de suppuração ou das partes eliminadas, quer expontanea, quer por exploração de um fóco, revelando a presença dos parasitas especificos—poderá dar logar ao diagnostico pathognomonico.

No caso que a presença do bacillos seja negativa, as inoculações em serie do sangue, ou melhor dos productos com reproducção, constituirão então um meio mais certo do diagnostico.

No caso do tuberculo enkystado ou crú, symptoma nenhum poderá revelal-o, a não ser pela necessidade de uma intervenção como meio de diagnostico.

Alguns tuberculos enkystam-se indefinidamente, outros porém, determinando uma reacção inflammatoria, passam promptamente ao estado de amollecimento; desde então se

desdobra o cortejo de symptomas do processo morbido: dôres profundas que exacerbam-se pela marcha ou pela pressão.

Nos ossos ou nas partes superficiaes as dôres são muito mais vivas. O processo póde muitas vezes progredir sem acompanhamento notavel de dôr.

Antes de passarmos em revista todos os symptomas que podem resultar das localisações tuberculosas para melhor esclarecimento da natureza da lesão devemos indagar, segundo nos indicam os praticos, dos antecedentes do individuo e procurar fazer uma inspecção de toda a superficie do corpo, procedendo em seguida á auscultação minuciosa dos orgãos respiratorios até o exame bem detido dos orgãos accessiveis á apalpação.

O interrogatorio feito ao doente, quer de hereditariedade, quer de molestias antecedentes virá esclarecer d'alguma sorte qual a natureza da lesão existente.

Se essas lesões são circumscriptas, se são independentes de manifestações diversas que tragam o cunho caracteristico da pthysica, então dirigiremos toda a attenção para a symptomatologia dependente das perturbações funccionaes e das complicações anatomicas locaes.

Logo que se fórma um abcesso n'uma região qualquer do corpo, a parte se tumefaz, a pelle torna-se vermelha e luzidia, o individuo póde ter ou deixar de ter febre e os phenomenos que acompanham-n'a, depende isso da natureza do abcesso.

Esses abcessos abrem-se, deixam escoar um liquido sero-caseoso. Os caminhos percorridos pelo pús fecham-se, abrindo-se outros, ou persistem indefinidamente, e então teremos as fistulas que desapparecem quando a cavidade fica livre do seu conteúdo para encher-se completamente

de botões carnosos. Os abcessos dos tuberculos enkystados dos ossos, abrindo-se para o exterior, têm por séde as camadas superficiaes e então o exame pelo stylete nos demonstra que o osso acha-se desnudado, já pelo atrito do stylete sobre a sua superficie, já pela denuncia das partes necrosadas; outras vezes, porém, elles occupam as partes centraes das epiphises osseas, então abrem-se para as articulações, e assim se formam as arthrites agudas ou sub-agudas precedidas de augmento de volume e de dôr das partes.

Estes phenomenos accentuam-se e a marcha rapida da infiltração é acompanhada de necrose e formação de sequestro.

Accentuando-se o processo eliminador, abcessos multiplos e fistulas se formam e os fócos tuberculosos e a suppuração servem de meio de cultura para o bacillo. Após estas arthrites e em seguida ás synovites fungosas em que as perturbações de nutrição determinam uma rarefacção e degenerescencia gordurosa das epiphises ou de todo o osso, observa-se a carie.

Para melhor precisar a identidade d'esta lesão, isto é, a carie que, segundo Poulet, Kiener e Schuchardt, firmados nas experimentações e observações, não offerece distincção em relação á tuberculose ossea, diremos alguma cousa sobre a symptomatologia que lhe é mais ou menos peculiar.

As extremidades articulares augmentam de volume por edéma inflammatorio e por proliferação dos elementos, as superficies osseas desnudadas revelam, pelo movimento communicado ás articulações, uma crepitação especial. Pelas explorações a stylete as granulações dos trajectos fistulosos deixam sangrar antes mesmo de chegar ás superficies osseas, o que prova o exagero de vascularisação.

Os sequestros rarefazem-se, são leves e frageis, não são

necrosados, conservam alguma vida porque os alveolos conteem fungosidades que fundem-se com as do fóco, chegando mesmo a diminuir de volume e desapparecer.

Este processo de destruição tem uma marcha progressiva podendo, porém, curar-se, o que é raro, por eliminação de sequestros, transformação de vegetações fungosas em tecidos fibro-scleroticos.

Volkmann dá o nome de carie secca á uma lesão observada nos ossos chatos e nas extremidades dos longos.

Elle caracterisa-a pela atrophia dos ossos, deformações articulares, pela ausencia de dôr e de abcesso; a esta lesão, porém, diz Ollier que se deve chamar osteite atrophica, e não affecção tuberculosa.

Os abcessos dos ossos da base do craneo teem os mesmos caracteres geraes: tumor molle, fluctuante, indolente, frio, sobrevindo espontaneamente nos individuos escrophulosos, ou tuberculosos accidentalmente, cephalalgia local e intima, tumor ossi-fluente, alteração ossea contendo pús e, algumas vezes, vibrações pulsateis.

As historias clinicas demonstram que as arthrites tuberculosas ora são secundarias á molestias de outros orgãos e então não é a molestia articular, mas a tuberculose do pulmão, dos intestinos, dos rins, etc., que existem ao mesmo tempo e influem totalmente na nutrição: ora ellas são unicas, e se são avançadas, complicadas de suppuração, de septicemia e de outras consequencias — alteram a nutrição.

Ha artropathias que por si só não exercem effeitos debilitantes e que muitas vezes fazem crer que individuos gosam a mais perfeita saúde, porém outras circumstancias indicam que esses individuos soffrem de tuberculose articular.

Quando ha só derramamento e que a synovial é pouco espessa, o diagnostico de uma hydropisia articular tubercu-

losa póde confundir-se com o da hydarthrose simples, porém ha suas differenças: a inefficacia dos tratamentos ordinarios e as recidivas repetidas caracterisam os derramamentos tuberculosos, e mesmo em caso de cura, a synovial não torna-se normal como na hydarthrose, o liquido do sacco vasio por puncção não é tão claro como n'esta affecção, e encontram-se corpusculos pyoides em via de degenerescencia e precipitados fibrinosos.

É ideia estabelecida por Kœnig que os precipitados fibrinosos só se formam em grande maioria nas articulações e nas bainhas synoviaes nos casos de inflammação tuberculosa.

Quando, porém, a affecção é circumscripta sem derramamento, e sem precipitados fibrinosos, o diagnostico é mais difficil, e só se poderia fazel-o pelas pesquisas do bacillo e pela demonstração das nodosidades nas articulações que servem muitas vezes para evitar a confusão com a arthrite deformante, com os tumores fibrosos, sarcomatosos, lypomatosos ou syphiliticos.

Em caso de erro, quer o tumor seja sarcomatoso ou lypomatoso, ou fibro-tuberculoso, o fim a preencher é quasi o mesmo: a extirpação do tumor; a similhança, porém, com o desenvolvimento de um tumor gommoso syphilitico complicado de derramamento articular, é caso mais serio, e então os antecedentes do individuo e o emprego dos antisyphiliticos poderão resolver a difficuldade.

A febre que acompanha muitas vezes as pyarthroses sobrevêm com o caracter da febre hectica, exacerbações vesperaes e remissões matutinas completas; emfim a physionomia que apresenta o tumor branco propriamente dito (fungo articular, arthrite fungosa) é multiforme; as phlegmasias articulares provocadas por osteites agudas podem-

se confundir com elle, porém os dados anamnesticos nos servirão para fixar o diagnostico; as fórmas ulcerativas da tuberculose podem coincidir com as ulcerações syphiliticas, mas estas teem os seus caaracteres especificos.

Em grande numero numero de casos, individuos podem soffrer de uma tuberculose primitiva dos ossos e das articulações sem apresentar signaes que contribuam de modo positivo para o diagnostico e só os resultados fornecidos pela autopsia nos mostram a existencia de fócos caseosos, etc.

Na tuberculose secundaria dos ossos é facil seguir a evolução da molestia em certo numero de casos. Um individuo tem uma pleurisia, póde muita vez ter hemoptisis, porém acontece desapparecer a molestia operando-se a resolução; mais tarde, o mesmo individuo emmagrece, apparece-lhe tosse por um traumatismo ligeiro, dá-se o processo tuberculoso no pulmão; ou por uma quéda sobre uma das articulações, esta augmenta de volume e forma-se um abcesso na extremidade articular do osso sobrevindo os diversos estados tuberculosos da articulação.

A tuberculose ossea póde provir por metastase quer do apparelho uro-genital, quer de outros orgãos. A tuberculose synovial estudada pelo professor Lannelongue [1] e Trelat póde se manifestar com todos os caracteres da néo-formação especifica independente de alterações osseas. A cavidade articular contém pús, a synovial é espessa e transforma-se em uma membrana pulposa na qual se percebem granulações semi-transparentes ou opacas.

Como nas outras serosas, as granulações são salientes, lenticulares, observando-se na sua vizinhança manchas ecchimoticas.

[1] Bulletin de la Société Cirurgique, 1885 — Étude cirurgique sur les caractères de la nature de l'arthrite dit fungueuse.

A tuberculose das mucosas manifesta-se por granulações opacas e amarelladas no seu centro, seguem-se de erosões ou ulcerações de marcha lenta, o fundo d'estas ulceras é irregular, retalhado e dando uma pequena quantidade de pús caseoso ou grumoso.

Na tuberculose dos orgãos ourinarios é o exame da ourina ou de seus productos pelo microscopio que dá o caracter essencial á estas lesões. A tuberculose das mucosas se apresenta no estado agudo sob a fórma de granulações miliares ou no estado chronico sob a fórma de ilhas caseosas e ulcerações mais ou menos profundas.

A tuberculose ocular é revelada pelos symptomas fornecidos ao exame ophtalmoscopico: pequenas manchas claras, pallidas, de um cinzento-amarellado, ou de um roseo esbranquiçado geralmente arredondadas. Outras vezes as producções tuberculosas do apparelho ocular não manifestam-se simplesmente por manchas, mas sim por exanthemas conicos que se estabelecem no interior do olho.

Daremos alguns symptomas da manifestação mais vulgar da tuberculose cutanea, que é o lupus. O lupus começa por pequenas nodosidades profundas, duras ao toque, devidas á uma infiltração da derma, de uma côr rosea amarella ou escura, confluentes ou isoladas, levando muito tempo para se desenvolver, e esfoliando a epiderme: então temos o lupus esfoliativo sem ulceração, deixando logar pela cura á uma cicatriz branca e deprimida: outras vezes os tuberculos se ulceram no seu centro com mais ou menos extensão, e é o caso do lupus ulceroso; a evolução continúa por muito tempo e muitas vezes a molestia pára e o doente parece melhorar.

O processo ulcerativo do lupus pode ir além da derma, produzir estragos consideraveis: perfuração do tabique e

destruição das azas do nariz, perfuração do véo do paladar, osteites, etc. Frequentemente o lupus tem por séde a face, as azas do nariz, o nariz; outras vezes, elle pode ter por séde os membros e o tronco, as mucosas, taes como a conjunctiva, os grandes labios e a vulva.

Não é sómente o lupus a lesão tuberculosa da pelle; tem-se observado outras ulcerações tuberculosas taes como a que Richl e Ritso [1] descreveram sob fórma de tuberculose diffusa da pelle, que começa por vermelhidão, pustulas, ichithyose papillar, etc.

Estas affecções são essencialmente chronicas, atacando de preferencia individuos que manipulam carnes de diversos animaes.

Deviamos dizer alguma coisa sobre os symptomas que caracterisam a tuberculose pulmonar, porém como o nosso ponto é de clinica cirurgica, nos reservaremos para o tratamento d'esta molestia, a qual, graças aos methodos de antisepsia, os cirurgiões hodiernos procuram combater, quer praticando a resecção do pulmão ou pneumectomia, aberturas das escavações pulmonares ou pneumotomia, e as injecções intra-pulmonares como meio de cura.

Quanto ás adenopathias, engorgitamentos ganglionares chronicos que terminam por caseificação e suppuração e que se manifestam muitas vezes conjunctamente com os tumores brancos nas articulações, com a carie nas vertebras que deforma e desvia a columna, a symptomatologia está mais ou menos no dominio de todos.

Os estudos hodiernos provam exhuberantemente que a tuberculose e a escrophulose não são entidades morbidas differentes, mas sim uma e a mesma coisa.

[1] Des ulcerations tuberculeuses. These Pariz, 1887.
E. F.

Inclinamo-nos á esta opinião, porque factos multiplos têm nos levado á crer n'isto: na identidade pathogenica e nosographica d'estes estados morbidos.

É em summa o criterio etio-pathogenico o primeiro elemento do diagnostico da tuberculose.

Muitas vezes, embora com a manifestação dos symptomas mais frequentes já descriptos, o diagnostico da tuberculose envolve-se ainda na maior obscuridade; n'estas condições será sempre preferivel o exame histologico que virá pela presença do bacillo de Koch affirmar o diagnostico da tuberculose de maneira tal que todos os elementos de presumpção se transformam em plena e completa evidencia.

Cremos que depois de reconhecido pelo exame bacteriologico ao microscopio o bacillo, é inutil ir além para o diagnostico da affecção tuberculosa. Se o microscopio der uma prova negativa, será então necessario, o que é mais importante para a pratica, o diagnostico experimental, que consistirá na inoculação em series dos productos suspeitos, cuja efficacia estabelecerá não só a natureza das lesões, como tambem a maior ou menor virulencia dos productos inoculados e o [illegible] r de sua generalisação e a gravidade. Na tech[illegible] nostico experimental das inoculações de [illegible] productos, devemos preferir sempre a [illegible] elle, porque em outro qualquer tecido [illegible] enomenos, generalisação e accidentes [illegible] que annulariam a experiencia, ao [illegible] o cutaneo produzem-se abcessos e [illegible] odem ser examinados em toda a

[illegible] er, disse na primeira sessão do [illegible] a febre tuberculosa era facil

de se confuudir com a febre typhoide e com o embaraço gastrico febril.

Não parece entretanto facil esta confusão desde que o mesmo M. Jeannel diz que os symptomas mais frequentes d'esta febre são, desde o primeiro dia, subir a 39o e 40o, manter-se n'esta altura por alguns dias, depois descer bruscamente deixando o doente coberto de suores profusos, a intelligencia conservada, sem stupor, e cedendo á antipirina.

M. Boussakis, de Athenas, prova que a tuberculose e o impaludismo nas suas fórmas mais variadas são muito frequentes e marcham parallelamente.

Para resumir, M. Solles resolve a questão do diagnostico da tuberculose, apresentada ao congresso, dizendo que o meio mais facil para identificar as lesões d'esta natureza, será a inoculação, e que o porco da India é o reactivo extremamente sensivel e rapido da tuberculose humana.

PROGNOSTICO

Os progressos realisados pela theoria parasitaria e as conquistas seguras da experimentação teem modificado de uma maneira sensivel o prognostico das affecções tuberculosas.

Hoje pela intervenção cirurgica prompta e bem feita e pela antisepsia rigorosa podemos dizer que as affecções tuberculosas accessiveis á cirurgia não se generalisam e tendem á cura.

A cura das affecções tuberculosas cirurgicas pode-se dar de dois modos: ou o deposito tuberculoso limita e determina um enkistamento com leve reacção, ou pela reacção esse producto é eliminado e dá-se a cura mediante uma transformação fibro-sclerotica; o prognostico n'estas condições é todo favoravel; porém se diffundem-se os productos tuberculosos e se a sua marcha invasora é progressiva de tal modo que não se possa dar a cura expontanea, então o cirurgião deve intervir, já como meio de cura, já para sustar a invasão rapida nos tecidos e orgãos vizinhos, e então, n'essas condições, o prognostico é todo de probabilidades, dependendo principalménte da occasião da intervenção, e das affecções existentes.

Qualquer que seja a variedade da tuberculose cirurgica o seu pregnostico será determinado pelo estado geral do

doente, devido ou á sua constituição organica ou ao numero de manifestações tuberculosas internas ou externas que elle pode offerecer.

A séde das affecções tuberculosas faz variar o prognostico, em conseqneucia ás vezes das difficuldades da intervenção cirurgica.

As analyses clinicas teem demonstrado que ha manifestações tuberculosas que produzem graves destruições que nos fazem crer n'um prognostico fatal.

Muitas vezes, já pela marcha da molestia, já pelo tratamento, o prognostico *ad vitam* depende das diversas idades do individuo. Assim se tem feito estatisticas comparadas entre individuos moços e individuos velhos e se tem concluido que nos moços a cura é muito mais facil do que nos velhos e portanto o prognostico mais favoravel n'aquelles e mais graves n'estes.

O gráo de gravidade nos diversos casos de tuberculose depende da maior ou menor virulencia dos bacillos, assim provam o contagio e o methodo de inoculação experimental.

Em numero muito notavel de manifestações tuberculosas tem se visto que a gravidade do prognostico está em relação com a suppuração e com a febre hectica que acompanha as affecções chronicas.

O prognostico das affecções tuberculosas depende tambem das condições em que vive o individuo, já em relação aos cuidados da hygiene, já em relação aos cuidados da alimentação.

Emfim quanto ao prognostico *post operationem*, a sua benignidade ou gravidade explica-se da maneira porque nos referimos á «auto-inoculação» do professor Verneuil; ou a operação não foi bem feita ou então o fóco tuberculoso não

foi totalmente eliminado, ou o traumatismo operatorio deu logar á entrada, no organismo, de novos bacillos.

Uma tuberculose pulmonar, uma meningite tuberculosa, uma tuberculose dos rins ou de outros orgãos internos, com manifestações externas — dão um prognostico muitissimo modificado quando se intervem cirurgicamente n'estas manifestações, graças aos preceitos hygienicos e á cirurgia antiseptica minuciosa.

A verdade da theoria parasitaria fez com que a anatomia pathologica identificasse, por consequencias logicas, a tuberculose com as adenopathias chamadas escrophulosas; modificando o prognostico d'ellas por meio das indicações medicas ou cirurgicas racionaes, impedindo a infecção bacillar e a creação de novos fócos mais ou menos distantes, localisados no pulmão, etc.

As historias clinicas da tuberculose provam que em nenhum orgão a evolução do processo tuberculoso segue uma marcha typica; assim, somos accordes de que a realisação do prognostico favoravel depende da marcha da lesão e dos meios empregados para debellal-a.

Emfim, a anatomia pathologica clinica tem demonstrado que o tuberculo sob todas as suas fórmas e em todos os seus periodos de evolução é susceptivel de cura.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

NAS DIVERSAS REGIÕES, OU PARTES DO ORGANISMO

Depois de termos estudado succintamente a historia da tuberculose em cirurgia, sua etiologia, pathogenia, anatomia pathologica, diagnostico e prognostico, descreveremos successivamente n'esta parte que constitue, por assim dizer, o todo da nossa dissertação — os differentes processos empregados pela therapeutica cirurgica em cada manifestação e genero de affecção tuberculosa.

O tratamento das manifestações externas da tuberculose tem sido objecto de longa discussão entre os sabios desde que os anatomo-pathologistas deram a ideia nitida da sua identidade.

Como já vimos, os cirurgiões antigos não intervinham ou intervinham de uma maneira muito incompleta nas manifestações externas da tuberculose, receiando a aggravação da affecção, já por considerarem estas lesões como manifestações secundarias e portanto sem importancia, já pelos perigos que temiam do traumatismo operatorio.

Foi a descoberta do bacillo de Koch que estabeleceu a exigencia da intervenção cirurgica pela comprovação do contagio; porém o professor Verneuil levantou uma objecçao á esta doutrina, dizendo que a intervenção cirurgica determinava a *auto-inoculação in-loco*, a *auto-inoculação* por

formação de fócos secundarios em diversos pontos visinhos ou afastados do ponto primitivo, e a *auto-inoculação* por infecção geral. Mas o proprio Verneuil ultimamente, assim como muitos outros cirurgiões, dizem que este argumento não constitue uma objecção á intervenção nas manifestações tuberculosas, porque os casos de infecção *post-operationem* são rarissimos, á não ser na intervenção tardia, quando já existem muitos focos secundarios ou a generalisação do mal.

Lannelongue e Trélat, estudando os abcessos tuberculosos, as osteites, as arthrites, etc., despertaram no espirito dos cirurgiões a idéa da intervenção operatoria em diversos estados que elles tendiam á abandonar em virtude do argumento do professor Verneuil.

O tratamento das manifestações externas da tuberculose acha-se hodiernamente no dominio incontestado da cirurgia

M. Mabboux traz em um trabalho dirigido á Academia de Medicina, em 11 de Fevereiro de 1886 [1], um estudo sobre a intervenção cirurgica nas manifestações tuberculosas.

Diz que entre os que intervêm no começo da affecção combatendo e procurando curar o mal em principio, e os que esperam que a evolução da molestia seja completa e absoluta para a intervenção, a melhor opinião é um termo medio entre esses dois extremos.

Todos os cirurgiões que tem a noção exacta da theoria parasitaria estão accordes na intervenção cirurgica das manifestações tuberculosas, a não ser nas localisações visceraes graves, quer pelo gráo de adiantamento da lesão, quer pela marcha aguda e rapida da molestia que tenha como consequencia o abatimento exagerado de forças, que cara-

[1] Contribution à l'étude des conditions de l'intervention operatoire dans les manifestations locales de la tuberculose.

terisa-se por diversos symptomas da cachexia e da septicemia.

Trélat e muitos outros dizem que as operações cirurgicas devem se praticar nas manifestações tuberculosas, quer sejam estas localisações externas, independentes de lesões outras, quer sejam ligadas a uma localisação visceral e que não compromette o estado geral do doente a não ser nas condições que já estabelecemos; pelo contrario pela intervenção feita em boa hora não só os doentes curam-se das lesões locaes, como tambem melhoram de uma maneira sensivel das outras manifestações.

Para melhor methodizar o estudo e applicar o processo operatorio (o melhor e mais seguro em cada genero de manifestação tuberculosa) — começaremos a descrever o tratamento cirurgico da tuberculose partindo do esqueleto, e indicaremos, além do tratamento puramente local da lesão, todos os meios de hygiene e therapeutica reconstituintes.

OSTEOPATHIAS TUBERCULOSAS

Antes da intervenção cirurgica nas manifestações tuberculosas dos ossos, deve-se collocar o organismo nas melhores condições de resistencia; portanto a primeira vista á lançar no tratamento das diversas manifestações osseas da tuberculose é, antes da intervenção externa das lesões, collocar os doentes nas condições reclamadas pela hygiene e pelo bem-estar.

A collocação do individuo em uma habitação arejada e salubre, a alimentação rica em principios nutritivos e todos os cuidados de uma bôa hygiene são as primeiras indicações á preencher.

E. F.

Depois de termos recorrido ás medicações reconstituintes, taes como o oleo de figado de bacalháo, o proto-iodureto de ferro, os arsenicaes, as diversas preparações de phosphatos, etc., etc., os banhos salgados, as fricções com os differentes liquidos estimulantes, os meios de excitação da pelle e das mucósas respiratorias, os preceitos que tragam ao individuo uma vida activa, que renovem constantemente a vitalidade dos elementos integraes do organismo, ou o repouso com a immobilisação dos membros por meio de diversos apparelhos no caso que a affecção ossea impeça a marcha — é o que preconisamos conjunctamente com algumas medicações internas como o creosota, o chloro, o fluor, a terebinthina, o tanino, o acido picrico, o iodoformio, o sulfato de quinino, a agua bromada, a agua oxigenada, e outros anti-scepticos que se empregam com o fim de sterilisar ou destruir o bacillo da tuberculose nos tecidos. A tuberculose, como já vimos, cura-se expontaneamente pela reabsorpção ou eliminação das massas tuberculosas e por uma cicatrisação sclerotica.

Ainda sem intervenção nenhuma, tem-se observado o desapparecimento de abcessos ossifluentes, outras vezes, porém, o cirurgião é obrigado a favorecer a reabsorpção ou eliminação dos productos degenerados e caseificados; já pelos meios puramente locaes, capazes de provocar, por uma irritação, uma inflammação franca nos tecidos, fazendo-os soffrer modificações resolutivas ou eliminadoras dos productos tuberculosos, dando-se a sclerose dos fócos tuberculosos; já pelas intervenções operatorias.

A immobilisação da parte de um membro ou dos membros preenche-se, quer por meio das gotteiras, quer por meio de compressões com algodão ou com ataduras elasticas, quer

finalmente por meio de apparelhos inamoviveis taes como os de silicato de potassa, gesso, gomma etc.

Esta immobilisação é indispensavel nas osteopathias articulares e juxta-articulares, porque não só previne a formação de abcessos, facilitando a cura, como impede o augmento da inflammação e da dôr, pelos movimentos.

Tem-se visto que uma compressão circular uniforme, a não ser quando já exista um abcesso volumoso e visivel — é um meio mechanico efficaz para facilitar a cura, pela formação de um tecido cicatricial retractil.

A determinação da existencia, gráos e limites das osteites tuberculosas é de importancia, quanto a efficacia da intervenção.

As lesões tuberculosas podem ser limitadas a um ou mais ossos ou a uma só parte do osso.

Estas particularidades são importantes quando se trata de intervir nas osteopathias diaphisarias juxta-articulares, principalmente se tratarmos de creanças nas quaes o tecido osseo precisa para o seu crescimento longitudinal da cartilagem existante entre a cabeça e o corpo do osso.

Daremos as diversas osteopathias tuberculosas e os meios de cural-as localmente.

Emquanto os symptomas traduzem de uma maneira geral o diagnostico vago de um estado tuberculoso local, o tratamento pelos meios hygienicos e medicamentosos deve ser instituido; então teremos o que alguns auctores chamam «tratamento conservador».

Nos casos de mal de Pott, desvio do rachix, pé torto, ankyloses, torticoles, coxalgia, e outras deformidades do corpo humano adquiridas por um processo tuberculoso local, encontra-se o meio de prevenir ou de corrigil-as nas obras modernas de orthopedia que, além do tratamento

conservador pelos apparelhos inamoviveis e mechanicos, trazem os diversos processos operatorios.

Se porém as medicações internas e topicas, os preceitos hygienicos, a distensão e a immobilisação são inefficazes, de maneira que a cura da lesão não se dê, a sua marcha e symptomatologia não façam duvidar do diagnostico de uma lesão tuberculosa, faz-se mister uma intervenção operatoria que impeça a propagação do mal e proporcione uma cura radical e estabeleça um bom resultado funccional da parte e então teremos o que alguns chamam « tratamento activo ».

Acompanhando a marcha da lesão notaremos a sua persistencia, a tendencia á propagação e á formação de abcessos ossifluentes que tornam-se viziveis, e sensiveis, caso sejam ossifluentes externos.

Se o cirurgião não intervém, os productos do amollecimento e da caseificação vão fazendo com que estes abcessos augmentem de volume, distendendo e adelgaçando a pelle que mais tarde rompe-se, deixando escoar os productos tuberculosos, e então a persistencia do pús determina outros estados morbidos dos ossos. Assim se formam os abcessos ossifluentes, as fistulas e as osteites, e então o clinico ha de lançar mão dos diversos methodos de que dispõe o manual operatorio da cura dos abcessos ossifluentes.

Se o cirurgião reconhece, pelos meios que indica a pratica, um abcesso ossifluente, não espera que elle chegue á sua completa evolução — intervém não receiando os perigos da septicemia e da pyoemia, porque os tratamentos e os processos anti-septicos impedem que taes estados se manifestem. Pode-se simplesmente fazer uma incisão a bisturi sobre a parte mais fluctuante do tumor evacuando-o completamente e lavando-o com a solução phenicada, collocando um tubo

de drenagem e applicando depois sobre o tumor um penso anti-septico de Lister.

Se porém a cicatrisação é demorada e receia-se que o agente da infecção continúe a progredir, então lança-se mão de instrumentos mais poderosos, bem como as gôivas, para destacar toda porção ossea, já do fóco tuberculoso, já da vizinhança, até deixar-se a cavidade transformada em uma superficie nova e sanguinolenta.

Depois de ter lavado com solução phenicada, sublimada, boratada ou qualquer outra anti-septica (porque cada vez estamos convencido de que o feliz exito na escolha dos anti-septicos não está na natureza chimica de qualquer d'elles, porém sim na maneira de empregal-os e em suas minuciosidades), a superficie cruenta, alguns fazem a sutura completa, outros porém não a fazem, collocando apenas um tubo de drenagem na parte mais declive enchendo toda a cavidade de iodoformio.

Antes de se praticar estas operações ou outras que iremos referindo successivamente faz-se a hemostase de Esmarch quando a região o permitte.

A applicação d'esta faixa tem a dupla vantagem de impedir que a hemorrhagia venha perturbar o campo operatorio e assegurar o estado aseptico da ferida pela não penetração de germens tuberculosos no sangue.

No caso de se tratar de abcessos ossifluentes internos ou nas cavidades dos ossos, lança-se mão então da trepanação para penetrar na cavidade ossea e opera-se como acima ficou dito, podendo a corôa do trepano abranger toda a porção do osso affectado.

Os abcessos por congestão dos ossos podem ter uma intervenção cirurgica operatoria egual, embora a febre acompanhe a sua evolução.

Estabelecido o diagnostico da osteite, da osteo-periostite e dos processos mais adiantados de destruição, taes como a necrose, a carie, etc., precedidos de abcessos e de fistulas tem-se que lançar mão das injecções modificadoras, das cauterisações, e dos meios mais efficazes como a raspagem, a trepanação, etc., e de recursos mais radicaes ainda como a resecção ou ablação completa do osso e a amputação do membro.

As injecções modificadoras tem sido empregadas desde longo tempo com o fim de provocar uma reacção franca dos tecidos, eliminando assim as partes degeneradas e restaurando a vitalidade normal dos tecidos.

As injecções eram outr'ora feitas ou directamente nos abcessos por meio das puncções, ou nos trajectos fistulosos que communicam com o abcesso osseo por meio de substancias irritantes taes como a tinctura de iodo, licôr de Villate e de nitrato de prata; hoje porém, que se conhece a natureza d'esses abcessos, se tem substituido estas injecções irritantes, que são inuteis e que fazem soffrer o paciente, pelas injecções ou lavagens anti-septicas, que têm a dupla vantagem não só de excitar os tecidos, como de destruir os germens tuberculosos.

Faremos mais adiante um estudo especial das injecções de ether iodoformado, de glycerina, de chloreto de zinco, etc., no tratamento de abcessos sub-cutaneos, injecções estas tambem preconisadas nos abcessos ossifluentes, feitas quer nos trajectos fistulosos, quando os ha, quer pelo methodo da ignipunctura.

Se a cicatrisação retarda-se, as fungosidades reapparecem, e então lançaremos mão de outros meios, taes como a cauterisação das partes molles e osseas doentes, quer por meio do thermo-cauterio, quer pelo galvano-caustico, quer pelos

causticos, taes como: nitrato de prata, a pasta de Canquoin, a pasta de Vienna, o caustico de Filhós, a pasta de acido sulfurico e o ferro em braza para destruir os fócos tuberculosos e esterilisar os microbios.

Hoje, na periostite, osteo-periostite e nos processos mais adiantados da inflammação e destruição tuberculosa, sejam diaphisarios ou mesmo epiphisarios, após uma raspagem, uma operação de sequestrotomia, cauterisam-se as superficies doentes energicamente com o thermo-cauterio ou ferro em braza sem recear a inflammação da articulação ou do canal medullar por causa dos tratamentos antisepticos rigorosos que previnem toda a infecção pyoemica.

Estabelecidos o diagnostico e a séde da lesão tuberculosa nas epiphises ou diaphises, o tratamento operatorio da tuberculose é feito pela abstracção ou extirpação de todas as partes doentes: além das operações de abrazão, de trepanação e esvasiamentos das cavidades nas lesões tuberculosas das epiphises osseas. Se estas operações são inefficazes, lançaremos mão da resecção do osso, operação esta que necessita de precauções mais rigorosas, e finalmente da amputação do membro.

OSTEO-ARTHRITE TUBERCULOSA

Diagnosticado e limitado anatomicamente o fóco tuberculoso na vizinhança, no exterior, ou no interior de uma articulação que é a séde de affecções primitivas ou secundarias graves da synovia ou dos ossos, somos forçados a renunciar ao tratamento conservador e recorrer aos processos de exerese.

Na technica das intervenções cirurgicas ou nos casos de

osteo-arthrite tuberculosa está inclusa a anemia local pela aixa de Esmarch, ainda mesmo que se pratique uma simples artrotomia.

Faz-se uma incisão longa, de maneira que se possa examinar a cavidade serosa em todos os sentidos.

Logo que se tem em vista uma hydarthrose tuberculosa fou um tumor branco só da synovia, incisa-se, esvasia-se raspa-se com curetas, disseca-se com tesoura toda a parte degenerada da synovia invadida pelas fungosidades.

Nos casos em que a articulação tem sido aberta fazem-se contraaberturas necessarias, pratica-se uma irrigação de todo o campo operatorio pelas soluções concentradas, e anti-septicas de acido phenico, salycilico ou de sublimado, colloca-se o tubo de drenagem, introduz-se uma quantidade de iodoformio em pó fino, que cubra toda a superficie e applica-se o penso anti-septico.

Nos casos de synovite tuberculosa intra-articular, os bons resultados d'esta operação são raros, porque as fungosidades não podem ser extirpadas radicalmente em virtude da necessidade de conservar o apparelho ligamentoso das extremidades osseas que mantém as superficies articulares.

Pela exploração da articulação, se se acha que a molestia é mais avançada não só da synovial como dos ossos e portanto não aproveitam as operações já descriptas que não alteram sensivelmente a integridade da articulação, preciso é recorrer a meios mais radicaes, que entretanto ainda permittem a conservação do membro.

Tendo em vista os perigos com que as affecções articulares ameaçam a vida do individuo doente, praticaremos immediatamente a resecção; se porém apresentarem-se todas as contraindicações d'esta operação, se a suppuração e as fistalas persistem e entretem uma febre continua e o

máos resultados porque a synovite tuberculosa è muito diffusa e a tenuencia á degenerescencia caseosa dos tuberculos é muito notavel, lançaremos mão, afim de melhor extirpar todos os elementos morbidos, do methodo mais seguro e mais perfeito para a cura das osteo-arthrites tuberculosas, que é a resecção.

Isto é tanto mais importante quando se trata de individuos moços que precisam da conservação do membro.

É facto admissivel que a tuberculose cura-se mais facilmente nos moços do que nos velhos, e ao passo que a difficuldade da cura augmenta com a idade a resecção de certas articulações entre os individuos que não attingiram o maximo de crescimento e que precisam da cartilagem diarthrodial para a evolução dos membros, apresenta o inconveniente de paralisar este crescimento quando a cartilagem seja comprehendida e conseguintemente de crear uma deformidade notavel que se exagera com a idade.

Praticam-se resecções nas osteo-arthrites tuberculosas antigas onde já existem contracturas e deformações com fistula e suppuração mais ou menos abundante.

É nos individuos moços que se pode fazer, e associar ás resecções n'estas circumstancias, as operações orthopedicas.

A anatomia pathologica tem justificado a resecção nas desordens devidas aos processos tuberculosos primitivos, quer da synovia, quer dos ossos. Justifica ainda quando as fistulas penetram na articulação e formam collecções purulentas destruindo a cartilagem e cobrindo as superficies articulares de vegetações ou ulcerações que destroem os ligamentos, fazendo com que as extremidades articulares deformadas resvalem uma sobre a outra dando em resultado uma luxação secundaria; n'este caso a necessidade de recorrer á resecção é imprescindivel.

È ainda aconselhada a resecção nos abcessos frios das articulações profundamente alteradas, já na tuberculose caseosa miliar diffusa da synovial, com sequestros — já quando ha symptomas de uma infecção geral.

Não daremos o manual operatorio da resecção das articulações tuberculosas em particular, porque já demasiado nos estendemos n'este capitulo.

Apenas diremos que em qualquer articulação o fim a preencher é a extirpação dos tecidos morbidos, e explicaremos englobadamente o modo de proceder que varia conforme a articulação, os limites e estragos da affecção, e o processo operatorio preferido por cada cirurgião.

Assim, abre-se largamente a articulação, penetra-se em todas as dobras e recantos da synovial, evitam-se as incisões transversaes e as resecções dos musculos mais importantes.

Em certas articulações é necesario resecar as extremidades articulares em sua totalidade para se extirpar completamente a synovial.

Em outras, como a do pé por exemplo, deve-se conservar certas partes do esqueleto articular indispensaveis para a orthopedia do membro.

Os ligamentos e o periosteo estando isentos do processo morbido podem e devem de ser poupados.

Quanto aos ossos, separamol-os com a serra ou muitas vezes com gôivas ou curetas bem solidas, quando não é necessario fazer uma secção transversal. Todas as partes molles são destacadas por meio de raspadeiras e é indispensavel para o bom exame d'essas partes e exploração de toda a cavidade — o que já temos insistido por diversas vezes — que se faça a anemia local.

São mais ou menos estes os preceitos que em synthese podemos formular para resecções de um grande numero de

manifestações tuberculosas das articulações do cotovello, da mão, da côxa e do pé.

Como tratamento consecutivo a estas resecções aconselhamos o emprego do iodoformio que traz não só uma marcha apyretica, como diminue e ás vezes supprime as secreções morbidas da ferida.

Alem da raridade da recidiva do estado local, diremos em geral que se tem obtido bons resultados funccionaes dos membros resecados, posto que não podemos egualar o funccionalismo dos membros inferiores de um homem são com o dos membros de um que em virtude de uma coxalgia ou outra affecção tuberculosa da articulação coxo-femoral soffreu a resecção da cabeça do femur ou de uma parte da cavidade cotyloide. A não ser nos individuos muito enfraquecidos ou atacados de affecções cardiacas ou renaes graves, podemos sem inconveniente algum empregar na ferida exangue até 10 gr. de pó de iodoformio sem recear symptomas de intoxicação e ainda menos a morte.

Poderiamos transcrever inumeras observações de resecções articulares feitas por varios cirurgiões com o fim de curar as osteo-arthrites turberculosas; mas, como não são necessarios estes elementos de demonstração á nossa dissertação, apenas citaremos como uma attestação recente, que os ultimos numeros da *Gazeta dos Hospitaes* trazem uma estatistica de Lucas Championière, onde em dez resecções seguidas do joelho indicadas por peri-arthrites tuberculosas foram magnificos os resultados, sem um só caso de recidiva.

Elle no seu methodo operatorio diz que se deve empregar toda a minuciosidade em busca das fungosidades e sacrificar tudo que fôr duvidoso deixando somente as partes sãs.

O bom exito já da consolidação dos ossos, já da cura da

ferida depende de uma coaptação perfeita dos ossos e da drenagem, que é de um ponto capital no tratamento.

Deve-se no espaço de seis a dez dias retirar os tubos de drenagem e applicar o tratamento secundario, que consiste não só no penso completo antiseptico, como na applicação de um apparelho immobilisador por meio de talas, ataduras e gotteiras, sendo este mais tarde substituido por outro de silicato de potassa.

Diz mais que são precisos tres, quatro, cinco, ou seis mezes para que se dê toda a solidez dos ossos sem mobilidade do joelho que traga a claudicação na marcha e como consequencia uma falsa articulação; e que a consolidação achando-se já adiantada os individuos podem mesmo marchar com esses apparelhos.

Estudando as condições possiveis d'esta operação, elle diz que com a asepsia rigorosa e completa pode-se resecar em todas as idades desde 10 até 54 annos com successos extraordinarios — pois assim tem elle procedido.

Para elle a tuberculose pulmonar não sendo muito avançada não é caso de contraindicação operatoria nas osteoarthrites tuberculosas, assim tem operado em individuos com o vertice do pulmão tuberculisado e que depois da resecção segue-se a cura da manifestação articular e as melhoras muito sensiveis da manifestação pulmonar.

Não haveudo suppuração para o exterior as probabilidades de cura favorecem as condições da resecção.

Kœnig, na sua obra sobre a tuberculose dos ossos e das articulações, termina a parte concernente á resecção dizendo que a considera como uma operação extremamente salutar até nos casos em que a articulação toma uma posição viciosa depois da cura.

A amputação de um membro tuberculoso só será indicada

nos casos em que a resecção for inutil ou que sua indicação possa salvar a vida do doente. É nas suppurações interminaveis, de caracter septico ou pyoemico com grandes complicações organicas, nephrites etc., qne a indicação da amputação tem razão de ser.

E' ainda nos casos de recidiva da molestia, depois de uma resecção, que a amputação do membro é preconisada, principalmente se ha tuberculose pulmonar e renal graves que não permittem fazer-se novas tentativas de resecção.

Todas as vezes que se tiver de amputar um membro tuberculoso deve-se levar a exerese até as partes absolutamente sãs, e que os retalhos não abranjam as zonas suspeitas; a operação assim feita, pratica-se sem susto algum a reunião immediata.

Se porém o instrumento não pode penetrar até as zonas suspeitas que difficilmente são eliminadas, n'este caso não sendo radicalmente tirado s todos os tecidos doentes, nós não praticaremos a reunião immediata, porque receiamos as ulcerações tuberculosas dos cotos e então faremos um tratamento aberto com o emprego do iodoformio nas cavidades.

Fica estabelecido que só se deve amputar um membro tuberculoso quando todas as outras operações tenham sido contraindicadas, devendo-se, no caso de um coto são, fazer sempre a reunião immediata, porque o emprego do iodoformio previne as ulcerações e a recidiva do mal local e dá muito bons resultados.

Observa-se, embora raras vezes, que nos amputados se localisam dores nas extremidades do membro que soffreu a exerese.

Desde que o amputado tuberculoso apresenta nevralgia no coto é preciso procurar nas regiões visinhas se os nervos

são compromettidos por uma lesão tuberculosa, abcessos ou engorgitamento ganglionar.

Assim, M. Guinard, estudando a pathogenia da dor dos cotos entre os amputados tuberculosos, verificou que em um caso da amputação da coxa por osteo-arthrite tuberculosa do joelho, a dor persistia e era devida a um abcesso tuberculoso da fossa illiaca e que só desappareceu depois de cural-o com duas injecções de ether iodoformizado. Em outro caso a dor persistente só cedera após a extracção de uma massa ganglionar da fossa illiaca.

Eis mais ou menos coordenado o estudo do tratamento das manifestações tuberculosas do periosteo, dos ossos, e da synovial e das lesões hybridas tuberculo-arthriticas. Estão comprehendidos n'este mesmo tratamento o panaricio tuberculoso, a osteïte, a necrose, a carie, a osteo-myelite tuberculosa, a hydarthrose tuberculosa, a arthrite fungosa, a synovite tuberculosa, as tenosites, as coxo-tuberculoses, a spina ventosa, etc., etc.

LESÕES TUBERCULOSAS

DO TECIDO MUSCULAR, DAS BAINHAS TENDINOSAS, DA LINGUA E DAS MAMAS

TUBERCULOSE MUSCULAR E TENOSITES — Trelat e Dubar dizem que os abcessos musculares tuberculosos, os fungos tuberculosos das bainhas tendinosas e as tenosites existem frequentemente sem as manifestações de um estado constitucional.

O producto morbido invadindo o tecido muscular por fungosidades constitue um reticulo fibroso muito abundante no interior do qual acham-se ilhotas tuberculosas, ora massas

fungosas apresentando o caracteristico do tuberculo que é a tendencia á caseificação e a suppuração d'onde resulta a formação de abcessos. Esses abcessos tuberculosos evolúem da mesma maneira que os abcessos tuberculosos do tecido cellular subcutaneo.

Estes fócos alojados no tecido muscular invadem os tendões e ulceram rapidamente a pelle, podendo, porém, isolados propagar-se primeiramente a bainha ou ao tendão na sua totalidade.

Estabelecido o diagnostico do abcesso muscular tuberculoso e das tenosites, já pela sua marcha progressiva sem modificação pelos tratamentos paliativos, já pelo exame dos productos obtidos, o cirurgião tem que lançar mão dos meios operatorios para impedir que essas lesões deem logar a peiores consequencias.

Assim, Lannelongue applica a faxa de Esmarch, abre largamente a bisturi a collecção purulenta, evacúa o fóco e se existem fungosidades que formam membranas que adherem aos tendões, elle raspa com a cureta ou cauterisa a thermo-cauterio até destruir toda a parte doente. Com a influencia do repouso e do tratamento antiseptico, com o emprego do iodoformio elle tem obtido innumeras curas.

Trelat e Bouilly pela sua pratica reconhecem que a raspagem das fungosidades tuberculosas dos tendões e o esvasiamento dos abcessos musculares tuberculosos por largas incisões e destruições das partes alteradas são de grande vantagem para o tratamento dos fócos tuberculosos, principalmente se se intervém a tempo, antes de outras manifestações.

Tuberculose lingual — A tuberculose lingual pode ser uma manifestação primitiva, porém coincide frequentemente com a tuberculose do larynge, e do pharinge.

O professor Trelat [1] tem apresentado á Sociedade de Cirurgia diversos casos de tuberculose local primitiva observados em sua clinica, morrendo o *doente* mais tarde de tuberculose pulmonar, devido isto á falta de intervenção cirurgica: d'ahi a necessidade de proceder activamente e extirpar a parte doente. Elle diz que sendo a tuberculose lingual constituida por uma lesão puramente local, isto é, que um doente sendo affectado de uma ulceração lingual tuberculosa sem tuberculose do larynge, pharynge ou do pulmão, deve-se fazer a ablaçao pelo thermo-cauterio de toda a porção da lingua affectada.

Se, ao contrario, a ulceração lingual é acompanhada de lesões visceraes graves, não se deve intervir.

Por observações citadas em seu trabalho vê-se que no caso de ser uma ulceração lingual tuberculosa acompanhada de tuberculose visceral pouco adiantada, trazendo localmente perturbações funccionaes ligeiras, elle pratica a ablação da parte como uma operação de exerese puramente palliativa.

TUBERCULOSE DAS MAMAS — Lannelongue diz que os abcessos tuberculosos da região mamaria podem ser extra ou intra-glandulares.

Dubar, em sua these, diz que o abcesso tuberculoso externo do seio desenvolve-se lentamente; outras vezes, porém, esse desenvolvimento é rapido e coincide com a adenite tuberculosa concumitante da axilla.

O tumor póde apparecer no seio direito ou esquerdo fazendo corpo ou não com a glandula mamaria, limitado, molle e fluctuante, apresentando caracteres evidentes de um abcesso sem o engorgitamento glandular da axilla.

[1] Note sur l'ulcère tuberculeuse de la bouche et en particulière de la langue.

Em virtude da marcha sem tendencia expontanea para a regressão, e já pela coincidencia de abcessos analogos, já pelo resultado do exame dos productos, se diagnostica um abcesso tuberculoso do seio em que a glandula mamaria e os glanglios axillares não são compromettidos.

N'estas condições faz-se a incisão e pratica-se a raspagem, ou o que é preferivel, a ablação das partes visinhas da glandula.

Se porém a infiltração tuberculosa tem invadido a glandula mamaria, faz-se ablação completa da glandula e ablação dos ganglios axillares quando esses abcessos são acompanhados de adenites, raspando-se com cuidado as cavidades deixadas pelos ganglios.

E' esta a pratica estabelecida pelo professor Trelat e aceita por muitos cirurgiões.

TUBERCULOSE DAS SEROSAS E DAS MUCOSAS EM GERAL

Estas lesões teem o seu tratamento cirurgico englobado com o das synovites fungosas, isto é, os preceitos de eliminação dos fócos, a raspagem ou a extirpação das fungosidades da serosa synovial, e o seu tratamento consecutivo, são indicados como meio de tratamento cirurgico nas manifestações tuberculosas d'estas membranas.

Nas operações d'ellas, seguem-se os mesmos processos que indica o *Tratado das resecções de Ollier*, para as operações de synovectomia ou mesmo de arthrectomia.

LESÕES TUBERCULOSAS DO TECIDO CELLULAR SUBCUTANEO

A materia tuberculosa penetra no tecido cellulo-adiposo e o destroe, dando logar ora a nucleos endurecidos constituindo o tuberculo crú sub-cutaneo ou tuberculoma kystico, que é raro, ora amollecendo-se, caseificando-se e constituindo os abcessos frios.

Estes abcessos podem por completa reabsorpção diminuir sensivelmente de volume, desapparecer e apparecer n'uma outra região, ou ulcerar-se.

Lannelongue [1] diz preconisar para os abcessos frios do tecido sub-cutaneo nos membros, depois de ter chloroformisado o paciente e applicado a faxa de Esmarch, a incisão recta ou curva, de 3 a 4 centimetros, que deixe ver e penetrar na cavidade e que permitta fazer a descorticação completa do abcesso e applicar um tubo de drenagem na ferida, empregando o tratamento antiseptico de Lister que se renova todos os dias.

Casin [2] segue o mesmo preceito no tratamento dos kystos dermoïdes; faz a puncção do abcesso, injecta parafina fundida no interior até encher perfeitamente, depois deixa solidificar a parafina liquefeita, faz ao nivel do abcesso uma pulverisação de ether por meio do apparelho de Richardson e disseca immediatamente todo o tumor solido ou zona endurecida.

Bouilly [3], porém, alem das incisões seguidas ou não de drenagem, raspa com a colher cortante e talha os tecidos sãos afim de destruir o virus que por acaso exista.

[1] Abcès froid ou abcès tuberculeux.

[2] Gazete hebdomadaire de medicine et cirurgie.

[3] Congrès français de cirurgie.

Faz a lavagem com chlorureto de zinco e applica o penso de Lister.

Supprimidos rapidamente os productos tuberculosos elle emprega uma medicação geral e d'esta maneira tem obtido curas de 65 abcessos idiopathicos operados sem accidentes consecutivos. Diz ainda que esta intervenção deve-se fazer ainda mesmo que existam lesões pulmonares adiantadas.

M. Houzolt creou um novo methodo de drenagem a syphon, similhante aos que praticam na talha hypogastrica nos casos de abcessos muito volumosos e de suppuração abundante.

Socin diz que, quer os abcessos se rompam quer não, deve-se retirar as partes affectadas de uma maneira completa e destruir as partes vizinhas. Elle lança mão, para preencher este fim, da raspagem, do evacuamento e das cauterisações, estabelece a drenagem e sutúra os tecidos e termina pelo tratamento de Lister.

Bœckel diz ter tido innumeras curas de abcessos frios subcutaneos nos membros e no tronco seguindo o processo das largas incisões e os preceitos de Socin.

Poderiamos citar numerosas observações do Dr. Pousson, no hospital de creanças, e do Sr. Machat em sua these inaugural, relativamente aos abcessos frios do tecido cellular sub-cutaneo. Quanto ao tratamento das injecções nada diremos por ora, porque deixamos para fazer um estudo particular sobre algumas lesões tuberculosas tratadas por este meio.

TUBERCULOSE GANGLIONAR

Os ganglios geralmente congestionam-se, hypertrophiam-se, apresentam uma certa tumefacção e vermelhidão.

Muitas vezes tornam-se elasticos, duros desde o começo da sua infecção parasitaria, outras vezes, porém, a massa fungosa degenera-se e segue a marcha e evolução de um abcesso.

É facto positivo e admittido por quasi todos os anatomopathologistas e cirurgiões que as escrofulas são adenites tuberculosas.

Todos são, entretanto, accordes, que antes do tratamento puramente cirurgico, devemos empregar os meios para fazer desapparecer os engorgitamentes ganglionarios, já com as applicações topicas que possam exercer influencia sobre as reabsorpções dos productos, já com os meios medicamentosos e hygienicos mais ou menos estabelecidos no começo d'esta dissertação.

Quando este tratamento tem uma acção inefficaz então o cirurgião deve intervir extirpando parcial ou totalmente as massas ganglionarias tuberculosas.

Na « Gazeta Hebdomadaria de Medicina e Cirurgia », de 1886, vem um estatistica dos Srs. Richelot e Polaillon, em que elles mostram a vantagem da ablação total do ganglio e dos tecidos vizinhos na cura da tuberculose ganglionaria.

Na mesma gazeta M. Le Fort diz que a intervenção parcial só se deve fazer nos casos raros em qne o ganglio não seja todo compromettido, preferindo sempre nos demais casos de tuberculose ganglionaria a extirpação de um ou mais ganglios. Se nos apresentam um doente com nm abcesso

frio ganglionario do pescoço ou d'outra região qualquer não devemos hesitar em abrir largamente o abcesso, raspal-o e operar á destruição total de suas paredes por meio de curetas cortantes, seguido sempre de um tratamento antiseptico escrupuloso.

Muitas vezes a escrofula dá logar a ulcerações irregulares; n'estas condições, além das incisões e escarificações repetidas podemos fazer as cauterisações com o thermocauterio de Paquelin que constitue um excellente meio de tratamento.

M. Duret, em seu artigo — *caséo-tuberculose ganglionaire et son traitement* [1], estuda, sob o ponto de vista clinico, tres fórmas principaes das alterações tuberculosas dos ganglios: 1.ª a fibro-caseosa, 2.ª a caséo-tuberculosa simples, 3.ª a caséo-tuberculosa com supp uração, descollamento, trajectos fistulosos, etc.

No primeiro caso elle preconisa a incisão simples a bisturi. no segundo e terceiro emprega a igeipunctura, a ablação dos ganglios e os meios de destruir as fungosidades, ulcerações que contém folliculos e bacillos tuberculosos, e assim diz ter obtido bons resultados sem vicio de cicatrisação.

TUBERCULOSE DO APPARELHO GENITO-URINARIO

TUBERCULOSE DO ESCROTO E DO TESTICULO — A tuberculose testicular é quasi sempre uma affecção primitiva, podendo ser porém resultado secundario de affecções tuberculosas de orgãos profundos e muitas vezes inacessiveis ás tentativas cirurgicas.

Reclus, em sua These, diz que as orchiepididymites tuber-

[1] Le Bulletin medical, Juillet, 1888, pag. 997.

culosas apresentam-se sob dois typos: o primeiro a orchiepidymite tuberculosa aguda, em que a inoculação do bacillo na urethra posterior e a invasão rapida dos outros orgãos da esphera genito-urinaria dão logar ao individuo mais tarde succumbir a uma phthisica, sem mesmo durante a vida chamar a attenção do medico ou do cirurgião para a lesão testicular e que só a autopsia faz ver que sem duvida foi uma tuberculose aguda testicular que deu logar a taes consequencias; o seguudo que evolue geralmente após uma epididymite blennorrhagica sem suspeita nenhuma de tuberculose, gozando o individuo de excellente estado geral.

E' a este ultimo que elle qualifica, em virtude de sua tendencia a estacionar, não determinando reacções inflammatorias successivas — de tuberculose testicular de marcha torpida.

Moutaz [1] estuda o hybridismo blenno-tuberculoso e diz que geralmente os individuos começam por um testiculo blennorrhagico e acabam por um testiculo tuberculoso.

E' o exame bacteriologico das secreções da urethra anterior e posterior que distingue uma orchiepididymite tuberculosa do hybridismo blenno-tuberculoso.

E' a presença do bacillo de Koch no primeiro caso e o exame affirmativo d'este e do gonococcus de Neisser no segundo.

Não só o Sr. Moutaz como o Sr. Orand tiveram occasião de observar diversos casos de testiculo hybrido-blenno-tuberculoso e classificaram este typo de essencialmente clinico.

Guyon diz que na tuberculose primitiva das bolsas podem, em primeiro logar, as fungosidades depositar-se em toda a

[1] Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Toulouse, 1887.

espessura da pelle, amollecel-a, dando logar a diversos fócos que constituem as verdadeiras gommas de tecido cellular sub-cutaneo; em segundo logar esses fócos tuberculosos amollecidos, além das ulcerações extensas das bôlsas e dos simples orificios fistulosos, invadem a cavidade vaginal. O testiculo, o epididymo, o cordão, o canal deferente, as glandulas seminaes, etc., crivam-se de fungosidades, podendo dar logar á hernias testiculares que requerem a castração, segundo Moutaz.

Estabelecida a séde primitiva no escroto sem connexão com o testiculo, epididymo, etc., isto é, entre a pelle e a vaginal, incisa-se a bolsa no logar da collecção purulenta raspa-se e procede-se anti-septicamente.

Se os fócos se amollecem e abrem-se expontaneamente, se a suppuração e os trajectos fistulosos existem, alargam-se estas fistulas a bisturí, destroe-se pela cureta toda a zona tuberculosa ou todas que parecem suspeitas, transforma-se o abcesso n'uma superficie nova, podendo mesmo ser reunido por primeira intensão, drena-se, e applica-se um penso completo d'iodoformio.

Se o estado geral, diversos symptomas, e os signaes fornecidos pelo exame microscopico levam-nos a suspeitar d'uma tuberculose testicular, a apalpação do testiculo e o toque rectal com o fim de explorar a prostata e os vesiculas seminaes, e outras manobras importantes estabelecem o diagnostico que taes ou taes partes do orgão genital foram atacadas e qual a intervenção de que se deve de lançar mão.

Se existem nodosidades disseminadas no testiculo, no cordão, no epididymo, etc., além da intervenção operatoria do lado das bolsas faremos operações restrictas, respeitando e poupando o mais possivel um orgão tão util e importante

como é o testiculo, recorrendo, entretanto, á castração nos casos em que as vesiculas, a prostata e a bexiga começam a soffrer e um processo tuberculoso ascendente nos faça recear uma marcha fatal.

Se existe um abcesso ou fistula, se o cordão, as vesiculas e a prostata são intactas, abriremos esses abcessos, como aconselham os cirurgiões.

Estabeleceremos uma bôa drenagem e applicaremos o tratamento anti-septico.

Se a ferida não marcha para uma terminação favoravel, em vez dos agentes modificadores, devemos lançar mão, segundo aconselha Verneuil, dos agentes destruidores, taes como o thermo-cauterio, que permitte a transformação da caverna tuberculosa em uma ferida simples que se cura depois da quéda das escharas.

O apparelho completo de iodoformio pode ficar 4, 5 ou mais dias renovando-se com outros da mesma substancia.

Alguns têm ensaiado tratar os abcessos por injecções de ether iodoformisado, porém este methodo de therapeutica cirurgica é pouco energico.

Se depois d'estes cuidados os focos tuberculosos e fungosos reapparecem, se formam-se novas fistulas e novos abcessos, e a tuberculose ameaça invadir o apparelho genito-urinario, então não se póde contar com o tratamento precedente, temos em vista o unico meio, o mais energico, o mais efficaz — a castração.

A bi-lateralidade da tuberculose testicular nos leva sempre a suppor que não só o orgão genital como a prostata e a bexiga devem soffrer, salvo casos raros.

P. Reclus, na sua these sobre o testiculo tuberculoso, emitte similhante asserção, e Terrillon em um artigo [1] diz que

[1] De l'intervention cirurgicale dans la tuberculeuse testiculaire.

a castração unilateral deve ser feita logo que o resto do apparelho genital acha-se intacto ou pouco doente e a castração bi-lateral só se deve fazer quando ambos os testiculos e todo o apparelho genital acham-se invadidos, porque a ablação das glandulas seminaes é inadiavel; aconselhando, porém, os meios simplesmente palliativos nos casos em que não só os dois testiculos, mas ainda a prostata, a bexiga, etc., são affectadas.

No « Bulletin de Therapeutique », em seu artigo *Essai critique sur le traitement de la tuberculisation du testicule*, elle mostra que a castração tem dado bons resultados graças ao methodo antiseptico pelo iodoformio, e da ligadura do cordão por meio da seda phenicada ou *catgut*, que a reunião immediata é constante sem recidiva local e com melhora do estado geral, se acaso as perturbações que o caracterisam existem.

A *tuberculose da prostata* é quasi sempre uma affecção secundaria, quer descendente do rim, quer ascendente do testiculo; n'estas condições as intervenções cirurgicas são inconvenientes.

CYSTITE TUBERCULOSA — Em face de alguns symptomas como a hematuria premonitoria, a micção frequente e a dor que não cessam pelo repouso nem pelo somno, embora estes symptomas sejam communs á cystite chonica, auxiliados pela attitude caracteristica que ás vezes toma o doente no seu leito, e pelos signaes que o doente offerece pelo toque rectal — póde-se estabelecer um diagnostico de uma tuberculisação da bexiga.

Para bem firmar o diagnostico differencial da cystite chronica simples ou calculosa, e da cystite tuberculosa lança-se mão do meio positivo, que consiste no exame do

deposito da urina e na busca dos bacillos pelos processos de coloração especial.

A cystite tuberculosa é muitas vezes uma affecção secundaria de uma tuberculisação lenta e ascendente do testiculo, da prostata, das vesiculas seminaes, etc.; outras vezes é uma manifestação descendente dos rins, dos uretheres, havendo porém casos em que a affecção vesical é a primeira e então só subsequentemente aos phenomenos da cystite — a tuberculose invade todos os orgãos genito-urinarios.

É n'esta forma de affecção primitiva da bexiga em que não só o rim, como o orgão genital acham-se illesos, que o interesse do cirurgião em operar, seguindo os methodos preconisados da talha para penetrar na bexiga — tem cabimento.

Destroem-se as ulcerações e eliminam-se as granulações pela raspagem, quer as lesões sejam da mucosa, quer dos musculos ou da periferia e procede-se antisepticamente.

O professor Guyon diz que se a cystite tuberculosa for ligada a uma tuberculisação de todo o apparelho genito-urinario não se deve intervir cirurgicamente sem lançar mão, não das injecções irritantes e dolorosas como a do nitrato de prata, mas das injecções antisepticas como a solução de acido borico, e das lavagens laudanisadas, das cataplasmas e dos suppositorios destinados a combater as dores nos casos em que ellas não cedam ao repouso.

O professor Verneuil, no Hospital de la Pitié, enfermaria Lisfranc, tem praticado a cystotomia em individuos affectados de tuberculose do apparelho genito-urinario nos quaes o máo estado geral e a febre eram patentes.

Por instancias dos doentes elle tem sido levado a proceder assim, lançando mão da talha prerectal, incisando e destruindo a thermo-cauterio os depositos tuberculosos até

chegar ao collo vesical, introduzindo o dêdo na bexiga, acompanhado de uma cureta, raspando as fungosidades, asseiando a ferida, collocando uma sonda de caoutchouc e fazendo uso do penso de iodoformio.

TUBERCULOSE RENAL — Durand Fardel [1], que melhor tem escripto ultimamente sobre a nephrite tuberculosa, crê que os rins soffram um trabalho especial de tuberculisação primitiva independente de lesões tuberculosas outras nos orgãos urinarios inferiores.

O diagnostico da nephrite tuberculosa ou os symptomas da pyelo-nephrite tuberculosa confundem-se com os signaes das pyelo-nephrites suppuradas, principalmente no começo da lesão.

Muitas vezes, no periodo inicial da lesão renal em que a bexiga e os orgãos genitaes são illesos, não bastam os signaes da tumefacção da região, hematuria, pyuria, da frequencia das dores lombares e irradiadas, phenomenos geraes graves, febre, suores profusos, diarrhéa, etc., é preciso o apparecimento das massas caseosas, a presença do bacillo para se determinar um diagnostico seguro.

Verneuil tem obtido curas de tuberculose renal pela nephrectomia lombar nos casos em que, precisado o diagnostico, se reconhece a integridade do rim opposto.

Brodeur, em seu livro « Intervenção cirurgica nas affecções do rim », considera a intervenção cirurgica no tratamento da nephrite tuberculosa sob dois pontos de vista: quando o tumor faz saliencia na região renal e em que os symptomas e o exame microscopico fazem precisar um abcesso tuberculoso bem limitado ou peri-nephritico, e quando já existe suppuração do proprio rim.

[1] Contribution à l'étude de la tuberculeuse du rein.

Não intervem immediatamente no começo da lesão, espera pela determinação exacta d'ella, e então diagnosticada uma pyelo-nephrite tuberculosa, faz uma incisão lombar, penetra no abcesso, raspa-o e faz cauterisações de chlorureto de zinco de 1 á 10 o/o.

Se o rim acha-se fundido no abcesso e se as explorações mostram a integridade da outra glandula renal elle faz a extirpação completa da glandula.

Lucas, Bœcker, Elder tiveram casos de pyelo-nephrite tuberculosa, nos quaes praticaram a nephrotomia lombar como meio de facilitar o escoamento do pús caseoso, mas, como o rim achava-se envolto n'essa massa caseosa e o opposto funccionava mais ou menos normalmente, elles fizeram a extirpação completa com magnificos resultados.

Köster diz que tem praticado nephrectomias em individuos de lesões pulmonares tuberculosas e não considera essas lesões pulmonares pouco avançadas como contra-indicação.

Azarie, Brodeur, em sua obra, traz uma estatistica, já um tanto favoravel, de 21 casos de nephrectomia e nephrotomia feitas por causa de pyelo-nephrites tuberculosas, e por ella se conclue que na lesão tuberculosa unilateral do rim deve-se intervir cirurgicamente, como meio não só de impedir a invasão de todo o apparelho genito-urinario, como de curar o mal.

Alguns cirurgiões, pela confiança que teem no tratamento antiseptico, praticam incisões lombares exploradoras, procedendo depois á operação, que lhe impõe o estado das glandulas já em si, já pela propagação das vias urinarias inferiores.

GOMMA ESCROFULO-TUBERCULOSA

Foram Lebert, Brissot e Josias que puzeram em pratica a therapeutica cirurgica das gommas escrofulo-tuberculosas.

Graham, Toronto [1] em seu artigo: *syphilide tuberculo-ulceroso hereditario,* cita algumas observações de superficies ulceradas em individuos syphiliticos e tuberculosos ao mesmo tempo.

Guibout, antes de intervir localmente, trata os individuos escrofulosos pelo oleo de figado de bacalháo, pelo ferro, pela quina, aguas mineraes, banhos salgados, e a estes meios therapeuticos uteis elle associa os anti-syphiliticos.

Depois procura transformar a natureza das escrofulides ou manifestações tuberculosas pelos meios excitadores ou reparadores do trabalho cicatricial, pelas incisões, pelas escarificações ou pelas cauterisações.

O tratamento cirurgico nas ulcerações das gommas escrofulo-tuberculosas consiste nas incisões, raspagem ou destruição de todas as fungosidades, comprehendendo mesmo as partes sãs da superficie ulcerada.

Este processo destruidor do tecido morbido produz, ás vezes, effeito salutar, porém as cauterisações a thermo-cauterio, repetidas de maneira até fazer desapparecer as partes contaminadas, determinando uma cicatrisação duravel, é um meio melhor e mais expedito.

[1] American dermatological associator.

TUBERCULOSE VERRUGOSA E TUBERCULOSE ANATOMICA

Riehl e Paltauf [1] dizem que os papillomas verrugosos teem geralmente uma natureza tuberculosa, e em apoio d'esta asserção vem a opinião uniforme de Vidal, Merklen, Verneuil e Hanot.

Quanto á tuberculose anatomica, poderiamos reproduzir grande numero de observações que acham-se nos *Archivos de physiologia normal e pathologica de 1886 — Paris.*

Martin du Magny, em sua these, traz algumas obser, vações de inoculações tuberculosas do homem.

Emfim, sabe-se que diversos medicos, taes como Laennec Morton, Valsalva, Morgagni, etc., teem contrahido a tuberculose por autopsias feitas em individuos succumbidos de phthisica.

E' facto que a picada anatomica ou uma escoriação qualquer pode dar logar á penetração de virus tuberculoso no organismo.

Em face de uma tuberculose quer verrugosa, quer anatomica, o cirurgião deve intervir empregando os meios indispensaveis não só para debellar o mal como para impedir a propagação.

Além dos processos que citaremos quando tratarmos das outras manifestações cutaneas tuberculosas, devemos empregar para estas a ablação da parte doente ou a resecção ou a amputação, caso sejam os outros meios insufficientes.

M. Barthélémy, em seu artigo sobre a *cura rapida do tuberculo profissional dos dedos pelas pontas de fôgo* [2], declara ter tratado desde 1882 os tuberculos chamados anatomicos

[1] Province Medicale — 87.

[2] Bulletin médical, Août de 88, pag. 1033.

pelas pontas de fogo muito finas, muito approximadas umas das outras em dois ou mais millimetros, passando um millimetro em torno do mal; e assim sobre 9 casos recentes elle obteve resultados os mais satisfactorios sem nenhuma recidiva, quasi mesmo sem nenhum vestigio cicatricial, e como tratamento consecutivo elle usa de pomada borica preparada em vaselina — 2/20; depois do taffetá de Vigo.

LESÕES TUBERCULOSAS CUTANEAS

O tegumento externo é sem duvida a via pela qual o virus da tuberculose penetra geralmente no organismo, invadindo ulteriormente todos os tecidos.

E' sabido que no estado physiologico normal os tecidos acham-se ao abrigo da invasão em virtude da resistencia á penetração do virus pela integridade das camadas epidermicas onde as cellulas sãs intactas. Se porém uma lesão se produz, um ligeiro traumatismo ou uma pequena solução de continuidade se determina, ou se finalmente a epiderme se esfolia ou destroe-se por uma dermatose cutanea ou mucosa, a introducção do virus no derma, nos vasos, nos ganglios, etc., pode ser prompta e immediata.

Por alguns factos clinicos Verneuil e Nepveu declaram que os orificios naturaes abertos no tegumento externo, taes como os das glandulas sudoriparas, glandulas sebaceas, glandulas mamarias e folliculos pillosos são os conductos ou as portas que dão entrada ao parasita da tuberculose no organismo.

Examinando a glandula mamaria de uma mulher sem antecedentes ou signaes de tuberculose apparente ou por um traumatismo que explicasse a affecção local, elles acharam

nos *culs-de-sac* da glandula o microbio de Koch e concluiram que este tinha-se introduzido na glandula mamaria pelos conductos glandulares naturaes ou canaes galactophoros, determinando ahi uma tuberculose inicial.

Emfim, seja qual fôr o meio de invasão ou marcha do microbio no tecido cutaneo, o que é certo é que elle provoca por esta penetração affecções que affectam differentes fórmas.

O Dr. Vallas [1], no seu « Estudo sobre lesões tuberculosas cutaneas », estabelece um quadro que é o que vamos seguir.

LUPUS — Besnier, Lailler, e outros anatomistas e physiopathologistas, declararam peremptoriamente que o lupus é uma affecção infecciosa e virulenta e que os individuos que são victimas d'ella morrem frequentemente de tuberculose pulmonar.

É facto que ninguem hoje contesta, e firmemente apoiado pelas escholas franceza, ingleza e allemã, que o lupus é como a escrofulose uma affecção tuberculosa.

O tratamento local auxiliado pela bôa hygiene e pela prescripção de indicações therapeuticas especiaes, que variam muitas vezes com as condições individuaes—consiste em provocar uma reabsorpção da infiltração tuberculosa, impedindo a sua propagação. Como meios de activar a reabsorpção White e Hallopeau teem empregado e obtido bons resultados com as applicações locaes do sublimado quer em solução, quer em pomadas.

Vigo applica o emplastro mercurial; Diday no tratamento do lupus da face, além dos banhos de sublimado, emprega a pomada de thurbitho.

Reconhecida a natureza parasitaria do lupus, os cirurgiões tendo á mão diversos meios antisepticos, empregam um

[1] Province médicale—87.

tratamento mais activo, quer por uma intervenção armada, quer pelos meios capazes de destruir directamente o parasita.

Vollkmann faz embrocações pelo nitrato de prata até ao tecido são; uns destroem a affecção luposa pelos causticos vulgares, outros eliminam todo o fóco tuberculoso e circumvisinhança pela raspagem á cureta ou pelas incisões a bisturi.

Ultimamente pela leitura das actas do Congresso Internacional de Cirurgia concluimos que o methodo das escarificações ou intervenções sangrentas, nas diversas fórmas de lupus, tem sido regeitado e substituido pelo uzo das cauterisações transcurrentes, pelo thermo-cauterio de Paquelin, que além de collocar o doente ao abrigo da anti-inoculação determinam mais rapidamente a restauração ou *reparação* dos tecidos.

ULCERAÇÃO TUBERCULOSA DA PELLE—Martinot, Féreol, Daniel, Mollière, Sillmann, Zanich, Chiari, Cornil e Babès, Riehl e Esmarch apresentaram ás Sociedades medicas innumeros casos de ulcerações tuberculosas variadas da pelle.

Ritzo [1] em sua these cita trinta e cinco casos de ulcerações cutaneas tuberculosas.

Vallas em seu artigo — *Sobre ulcerações tuberculosas da pelle*, diz que tem encontrado na região anal treze vezes ulcerações tuberculosas; nos labios onze, sendo sete no labio inferior; duas no membro superior; uma no penis; uma no membro inferior.

O tratamento cirurgico das ulcerações tuberculosas da pelle, além dos meios hygienicos capazes de debellar a miseria physiologica ou de dar ao doente uma certa resistencia á acção virulenta e ao traumatismo cirurgico, consiste

[1] Semaine medicale, 9 Juillet, 1887, n. 28.

na ablação total das partes lesadas pelos processos supra indicados.

O professor Poucet praticou a ablação das partes contaminadas por uma ulcera tuberculosa dos labios e disse que pela destruição dos tecidcs a cicatrisação se operou não trazendc mais recidiva.

A região ano-rectal pode ser, como qualquer outra parte do corpo, é a sede das manifestações locaes da tuberculose.

As fistulas ou as lesões tuberculosas d'esta região podem abranger a pelle, o tecido cellular subcutaneo, o tecido cellular profundo, a mucosa e mesmo os ossos da vizinhança.

O diagnostico das manifestações tuberculosas d'esta região faz-se com os mesmos dados com que se diagnostica a tuberculose cirurgica em geral.

O seu tratamento é o mesmo das lesões cutaneas: além da medicação geral temos a anti-tuberculosa local, taes como o iodoformio, chlorureto de zinco, etc., etc., e o emprego do thermo-cauterio e as operações de dierese e exerese.

TUBERCULOSE PULMONAR

Graças ao methodo experimental e ás minuciosas precauções antisepticas, a intervenção cirurgica pelo thermocauterio ou pelo instrumento cortante tem emprehendido o tratamento de affecções tuberculosas em regiões importantissimas que são a séde de orgãos delicados e extremamente necessarios, taes como os do apparelho respiratorio.

Hoje, auctorisados pela therapeutica antiseptica e pelas conclusões da experiencia — os cirurgiões praticam em algumas affecções pulmonares a pneumectomia, a pneumotomia e injecções intra-pulmonares,

A pneumotomia é uma operação que tem por fim eliminar o conteúdo morbido das collecções pathologicas do pulmão, desinfectando-as, com o fim de provocar um trabalho prompto e completo de reparação.

A pneumectomia é uma operação que consiste na destruição, extirpação ou resecção das partes morbidas dos orgãos respiratorios.

As injecções intra-pulmonares são feitas no parenchyma dos orgãos respiratorios para estimular directamente a vitalidade dos tecidos.

Antes de dizer alguma cousa sobre o *modus faciendi* d'estes methodos operatorios trataremos ligeiramente da historia d'estas intervenções.

Já Hypocrates incisava com o bisturi o espaço intercostal, introduzia uma canula pora deixar sahir o pús, lavando com vinho ou oleo quente os abcessos peripneumonicos que pela febre, tosse ou dyspnéa, etc., faziam crer que perigava a vida do enfermo.

Dioscorides, Willis e muitos outros davam sahida ao pús contido na cavidade thoraxica por meio de aberturas exteriores communicando com o fóco purulento, feitas pelo emprego de medicamentos capazes de provocar uma destruição da pelle, taes como emplastros, cataplasmas, causticos, etc.

Em 1692 Rirmann e Baglivus, citados nas obras de Truc e de Koch, recorreram aos meios cirurgicos pela energica intervenção a bisturi no casos de derramamento sanguineo, de empyema, vomica pulmonar, etc,, que ameaçavam a vida do paciente.

Barry e Bligny, Boerhaave, Pouteau e outros cirurgiões, tempo depois, publicaram casos de cura de phthisica pulmonar por puncção das cavernas superficiaes e reconheceram que se não devia hesitar nos casos de collecções purulentas

intra-thoraxicas com adherencia entre as duas folhas da pleura na abertura ou na incisão das paredes dos abcessos, cuja suppuração profusa não faria crer na restauração e salvação do individuo sem a intervenção operatoria.

David, em seu trabalho dirigido á «Academia de Cirurgia», recommendava abrir-se immediatamente os fócos de abcessos pulmonares com adherencias pleuraes, indo mesmo com o instrumento cortante até ao tecido do pulmão.

Gallicin, em 1788, Richerand, em 1818, determinavam o diagnostico topographico da escavação purulenta ou da caverna pulmonar, faziam puncção exploradora para reconhecer a existencia de adherencias pleuraes ou provocal-as, e então depois intervinham e incisavam directamente até ao fóco, não consistindo porém este modo de operar, n'um só tempo.

Fernez Zang relata em seu livro quinze observações de aberturas da caixa thoraxica em casos de abcessos, sendo oito intra-pulmonares e sete situados entre a pleura e o pulmão.

Depois d'esta epocha Krimer, Breschet, Bouchut, Koch, Stöks e muitos outros cirurgiões belgas, inglezes, etc., não hesitaram em abrir as cavernas por puncção ou incisão nos casos de adherencias pleuraes, embora tivessem somente em mira a melhora symptomatica.

As tentativas de alguns adeptos da intervenção cirurgica das affecções intra-thoraxicas duraram até 1855. Os máos effeitos da intervenção audaciosa e imprudente levaram o tratamento cirurgico das escavações pulmonares á abstenção completa até 1873.

Depois dos grandes estudos da theoria parasitaria e da maravilhosa doutrina antiseptica, o professor Mosler fez

reviver novos factos concernentes ás indicações operatorias em certas molestias do pulmão.

Finalmente n'estes ultimos annos Koch, Douglas, Powell, Lyell, Fenger, Hollister, etc., por trabalhos escriptos sobre a cirurgia pulmonar, imprimiram um impulso consideravel a idéa da intervenção cirurgica em certos estados morbidos do apparelho respiratorio.

Como vimos, o nascimento da «pneumotomia» vem desde os tempos os mais remotos em que as affecções pulmonares se confundiam e portanto a intervenção cirurgica era quasi que empyrica.

Desde 1873 até 1883, inspirados no methodo antiseptico e autorisados pelas instrucções do diagnostico, um pequeno grupo de cirurgiões atreveu-se a incisar as cavernas tuberculosas.

A' partir d'esta epocha, observadores infatigaveis como Cartaz [1], Albert, em 1884 [2], E. Martel, em 1885 [3], e outros cirurgiões francezes, allemães e americanos, discutiram e publicaram observações em jornaes relativamente á intervenção cirurgica na tuberculose pulmonar, proporcionando assim á sciencia actual uma phase nova.

A «pneumectomia», ou resecção do pulmão, é toda contemporanea.

As tentativas de resecção pulmonar datam de 1881.

Assim Gluck, Mareus e Jessey publicaram memorias sobre resultados experimentaes da extirpação da maior ou menor porção dos orgãos respiratorios feita em animaes. Block, Schmidt Biondi divulgaram, em 1884, alguns traba-

[1] Gaz. med. de Pariz.

[2] Wien. med. Press.

[3] Rer. Bibliogr. univers. des Sc. med., 28 de Fevr. de 1888.

lhos sobre essas noções da cirurgia que importam não só ao dominio da experimentação, mas aos ensaios da clinica.

Ultimamente Kröenlein, Block Weinlechner e Ruggi publicaram observações de pneumectomias praticadas em homens.

As injecções intra-parenchymatosas na tuberculose pulmonar foram ensaiadas e preconisadas desde 1873.

Uns, como Mosler, Sokolowski e Pepper, faziam injecções anti-septicas até então conhecidas; outros como Fraenkel, Beverley, Seifer, Marigliano, procuraram injectar substancias de acção irritante e caustica além das injecções anti-septicas preconisadas nas lesões tuberculosas.

Como já vimos, quando tratamos das manifestações tuberculosas d'outros tecidos e orgãos, o professor Lépine serve-se de uma forte solução alcoolica de creosota. Fica assim estabelecida mais ou menos a historia da intervenção cirurgica no pulmão. Diremos agora alguma cousa sobre a indicação e contraindicação operatoria e o *modus faciendi* dos diversos processos. Tem se reconhecido pela pratica que ha casos em que a pneumotomia e a drenagem são extremamente uteis nas cavernas tuberculosas isoladas e determinadas por um diagnostico seguro; ha outros porém em que essas tentativas determinam ora acção duvidosa ou palliativa, ora aggravação do mal por mais longa e ulterior infecção bacillar.

Alguns consideram e aconselham a pneumotomia directa ou indirecta em tuberculosos nos casos de diagnostico de uma caverna circumscripta com adherencias pleuraes sem symptomas que nos façam crer na contra-indicação da intervenção, como uma operação benigna, e dizem mesmo que no tratamento cirurgico uma melhora symptomatica é um meio successo therapeutico.

Para muitos, somente, a não ser nas vascas da morte, a ausencia de adherencias pleuraes é contra-indicação operatoria quando já ha diagnostico firmado da topographia da lesão.

Assim, uns recommendam para evitar os inconvenientes de um erro de diagnostico e os resultados de uma intervenção intempestiva — seguir *pari-passu* a marcha da lesão, provocar as adherencias quando não existem por meio de causticos, puncções, etc., afim de impedir os accidentes que possam accommetter a operação.

Os accidentes ou os inconvenientes operatorios, taes como as hemorrhagias, a tosse, a dyspnéa, etc., na pneumotomia. são raros, salvo casos excepcionaes, ou erro de diagnostico.

Poderiamos transcrever algumas observações da obra do Sr. Truc, porém seria isto motivo para nos estendermos demasiado.

Pelo resultado da leitura do seu quadro synoptico concluimos que a cura completa dos tuberculosos pela pneumonia só se dá nos casos em que a lesão é unica e capaz de legitimar a intervenção cirurgica afim de evitar a retenção dos productos tuberculosos e quando o estado geral do individuo é relativamente bom. O que não se contesta porém é a melhora, embora symptomatica e ephemera nos casos communs; assim elle cita na sua obra observações de diversos experimentalistas em que estes verificaram 7 melhoras e 6 mortes.

Alguns não consideram a ausencia de adherencias como contraindicação absoluta para intervenção, e quer com adherencias quer sem ellas o methodo operatorio a seguir consiste na incisão cutanea e das partes molles em um só tempo, podendo ser horisontal ou vertical, o que varia segundo a séde da caverna.

Sendo precisa a resecção costal para a penetração no pulmão, estas incisões serão feitas em T ou em H. Antes de penetrar no pulmão explora-se a séde da caverna por meio de uma agulha, stillete ou melhor do que todo e qualquer instrumento — com o dêdo, e introduz-se o bisturi.

Koch, por exemplo, aconselha substituir o instrumento cortante pelo thermo-cauterio, que, alem de impedir as hemorrhagias e os accidentes de suffocação pela penetração de sangue nos bronchios — tem a vantagem de se poder operar á secco e destruir os productos gangrenosos ou caseosos, os quaes o exame com o auxilio de escalpelo, da pinça e do dêdo deixa passarem desapercebidos.

Feito isto, praticam-se lavagens antisepticas, drena-se, escolhendo-se de preferencia os tubos antisepticos de gomma-elastica, praticando-se ás vezes uma contraabertura para auxiliar a sahida dos liquidos accumulados, sem comtudo constituir isto uma condição indispensavel.

Os tubos devem ser fixos em virtude da mobilidade da parede thoraxica. Muitas vezes, para facilitar a drenagem da caverna pulmonar, é mister fazer resecção costal e será isto tanto mais necessario, quanto mais vastas forem as cavernas.

Alguns cirurgiões teem procurado uzar da osteo-clasia costal em logar da resecção; isto, além de insufficiente, tem serios inconvenientes em virtude das esquirolas produzidas pela fractura das costellas.

Em Londres alguns praticos, como Owen, dizem que havendo communicação pelos bronchios da caverna com o ar exterior, os meios antisepticos empregados são desnecessarios.

Outros, como Williams, consideram, se não necessario, ao menos util o tratamento perfeitamente antiseptico.

Estes ultimos fazem tratamentos antisepticos rigorosos consecutivos ás operações de pneumotomia; procedem á lavagem ou injecções copiosas e mornas, evitando a penetração nos bronchios.

Estas injecções ou lavagens devem-se repetir duas ou mais vezes por dia para garantir a ferida da retenção dos liquidos e da absorpção putrida.

Diminuem-se as lavagens e retiram-se os tubos á proporção que as cavernas vão se enchendo de botões carnosos, facilitando assim a diminuição da escavação e a cicatrisação.

Estas lavagens podem ser feitas com soluções mornas iodadas, phenicadas, boricas, salycilicas, de permanganato de potassa, etc., ou de perchlorureto de ferro nos casos de hemorrhagias. Deve-se ter precaução ou prudencia na escolha do antiseptico; assim preferimos sempre as soluções boricas ou salycilicas por causa da sua acção menos toxica.

O methodo experimental tem demonstrado que as injecções intra-pulmonares quer em animaes, quer em homens, são, a mór parte das vezes, innocentes.

Mosler injectou em dois individuos tuberculosos, permanganato de potassa. Pepper fez sobre dezesete individuos duzentas e oitenta e duas injecções de acido carbolico diluido. Fraenkel injecta acido phenico a 1/20, outros como Sokolowski—tinctura d'iodo diluido, Marigliano, nitrato de prata; emfim o professor Lépine e muitos outros empregam soluções de substancias diversas.

As injecções podem ser feitas ou directamente nas cavernas pulmonares ou no parenchyma dos pulmões.

O professor Lépine injecta a solução de duas a quatro partes de creosoto em cem de alcool e diz que a quantidade

de liquido injectado é variavel de 15 a 20 centimetros cubicos, podendo ser duas, quatro ou mais vezes assim feitas, variando porém os seus intervallos de dias ou de semanas; e assim, em individuos de broncho-pneumonia tuberculosa de todo um lado, elle operou na base do pulmão da maneira seguinte:

Precisado o diagnostico topographico, durante a inspiração introduzio perpendicularmente á parede a agulha n. 1 do aspirador Dieulafoy dando uma direcção obliqua ao pulmão. A agulha foi adaptada a uma grande seringa de Pravaz e untada previamente de oleo phenicado e depois instillada lentamente a solução. Em alguns casos esta operação foi feita na infiltração tuberculosa dos vertices dos pulmões e então a introducção da agulha teve logar atravez do primeiro, segundo ou terceiro espaço intercostal direito ou esquerdo.

Como se vê na obra de Truc, esses ensaios de therapeutica cirurgica foram feitos previamente em cadaveres e depois no vivo.

Lépine notou que durante ou immediatamente depois das injecções os phenomenos foram ephemeros; assim em uns a dôr foi viva e passageira, em outros, durou alguns dias.

A tosse penivel só vinha nos casos em que o liquido injectado ia até as ramificações bronchicas. Hemoptysis em alguns casos, em outros ligeiros escarros hemoptoicos. A elevação thermica e o emphisema localisado apresentaram-se em alguns casos.

Dias depois a melhora dos signaes fornecidos pelo stetoscopio e pela percussão foi sensivelmente manifesta.

Truc diz que a reacção inflammatoria, a dôr, a fabre, etc., são muito mais notaveis nos casos em que a lesão tuber-

culosa é pouco intensa e pouco profunda. Isto será, diz elle, em virtude da acção irritante do liquido injectado no parenchyma são; porém quanto ao valor curativo a lesão do primeiro gráo e localisada é de mais probabilidade.

A operação das injecções intra-parenchymatosas ou pulmonares é simples e sem perigo, porém é preciso que além do preceito de formular previamente com toda exactidão o diagnostico, o pratico conheça as noções importantissimas de anatomia topographica dos pulmões para evitar sérios accidentes.

Todos os classicos dividem os pulmões em tres partes: a superior, a média e inferior. A parte superior ou vertice do pulmão enche a fóssa super-clavicular e é coberta por musculos, nervos e vasos importantissimos, como os scalenos, omohydiano, sterno-mastoideo, trapezio, etc., nervos brachiaes ou ramos de plexo brachial e cervical, a arteria subclavia e as inter-costaes superiores e a veia jugular externa que cruza esta fóssa, as arterias e as veias scapulares superiores e posteriores. Como para penetrar nos vertices dos pulmões pelos primeiros e segundos espaços intercostaes, arrisca-se o cirurgião a ferir orgãos vasculares importantes que affectam relações com a região superclavicular, então procuraremos as regiões axillares e subclaviculares para podermos chegar aos vertices dos pulmões que são ahi perfeitamente accessiveis. Pode-se punccionar na região axillar sem perigo nos dois, tres, quatro, ou cinco espaços inter-costaes, evitando-se os vasos dos braços e as arterias ou veias thoraxicas; para isto Truc aconselha collocal-os horisontalmente.

Na região subclavicular pode-se attingir ao vertice dos pulmões pelos dois primeiros espaços intercostaes sem perigo, sem inconveniente, evitando porém ferir pela direc-

ção de agulha que deve ser para cima, para traz e para fóra, os vasos mamarios, que passam verticalmente um dêdo para fóra do sterno, os axillares que se dirigem obliquamente do meio da clavicula a 6 ou 7 centimetros da linha media para a raiz do braço.

A veia axillar fica distante do eixo sternal no primeiro espaço 9 centimetros e no segundo 12.

A' esquerda, para fóra da linha mamaria, deve-se respeitar o coração e os grossos vasos. Convem operar longe do pediculo pulmonar, evitando assim a suffocação pela penetração dos liquidos nos canaes bronchicos e as hemorrhagias pelos ferimentos dos vasos calibrosos.

Gluck, Laborde, Schmidt, Biondi, Block, etc., são accordes em aconselhar a pneumectomia unilateral parcial, total ou bilateral, e factos colhidos por experiencia, não só em animaes como em cadaver, os levaram tambem a praticar no vivo. Operações de pneumectomia sobre diversos animaes, cães, gatos, carneiros, coelhos, porcos, vaccas, etc., tuberculosos ou não, foram feitas por estes cirurgiões da maneira seguinte:

Depois de determinado exactamente o campo operatorio feita a incisão e a resecção costal pelo processo da pneumotomia, levaram uma agulha curva munida de um fio duplo por detraz da porção á extirpar, ligando successivamente acima e abaixo, de sorte que puderam operar e ligar facilmente os bronchios e os vasos sem a menor hemorrhagia; isto assim feito, suturaram completamente á catgut os bordos da ferida pulmonar, retiraram os fios constrictores e collocaram o pulmão no logar normal.

Truc traz em sua estatistica as seguintes experiencias de Biondi relativamente á pneumectomia nos animaes:

A extirpação do pulmão direito 23 vezes, com 12 successos;

A extirpação do pulmão esquerdo 34, com 18 successos;

A extirpação dos dois vertices 3 vezes, com 3 successos;

A extirpação do lobulo medio uma vez, 1 successo; a extirpação do lobulo inferior uma vez e 1 successo.

E concluem que os insuccessos só são imputados ás más operações por falta de pericia, ou pela insufficiencia de precauções antisepticas antes, durante e depois da operação.

Block [1] fez a resecção dos dois vertices em uma sua doente, a qual succumbio depois; accusado então judicialmente e não podendo soffrer impavido tamanha decepção, preferio a morte e... suicidou-se!

Kröulein fez a pneumectomia em dois individuos tuberculosos que sucumbiram, um 9 dias depois, e outro — algumas horas.

Ruggi resecou tambem os vertices direito e esquerdo de dois individuos tuberculosos; em um a morte sobreveio 6 dias depois por intoxicação phenica apresentando a ferida por autopsia as melhores condições possiveis de cicatrisação; em outro a impossibilidade de destacar o pulmão da pleura, ao nivel das partes molles, deu logar á morte 36 horas depois.

Antony e Milton resecaram a 5.ª e 6.ª costellas cariadas e os dois terços de um dos lobulos do pulmão direito, e o doente viveu ainda por muito tempo.

Kröulein operou ainda em uma rapariga de 18 annos extirpando um pedaço de pulmão degenerado em consequencia da recidiva de um sarcoma da parede do thorax, com o resultado mais brilhante possivel.

[1] Citado na obra de Truc, Ensaio sobre a cirurgia do pulmão nas affecções não traumaticas.

Weinlechner operou ainda em um myxochondroma invadindo o pulmão direito.

O individuo morreu 24 horas, depois da operação.

Em virtude d'esses insuccessos, alguns auctores dizem que não se deve lançar mão da pneumectomia nos casos de tuberculose pulmonar; porém outros ha, como Koch, Hueter, P. Vogt, que dizem: « Da mesma maneira que nas lesões traumàticas ou ferimentos accidentaes do peito interessando o pulmão, e bem assim nas grandes hemorrhagias, ligam-se vasos e extirpam-se partes do pulmão ferido, e tratada a lesão pelos meios antisepticos convenientes a reuuião se dá e a cicatrisação se opera, assim tambem pode-se dar a cicatrisação completa da caverna tuberculosa pela pratica da pneumectomia ».

Truc, em sua obra, diz que a pneumectomia em casos como o de Kröulein dá bons resultados; Ruggi aconselha collocar o individuo em posição que torne boa a manobra, fazer o retalho cutaneo em forma de um H ou d'um U, resecar a 2.ª ou 3.ª costella tanto quanto facilite a penetração na caixa thoraxica, respeitando sempre a primeira costella e a clavicula por causa dos vasos, e fazer ablação das partes morbidas do pulmão totalmente. Este acto operatorio deve de ser feito a galvano-cauterio, etc., em virtude das hemorrhagias que possam sobrevir; a antisepsia será rigorosa em toda a operação, a drenagem franca e bem feita, e mesmo as suturas em certos casos podem se fazer; o penso empregado deve comprimir ligeiramente a ferida e deixar filtrar os productos caseosos.

Truc cita, em sua obra, uma observação do Sr. Bligny e Bricheteau, que explica perfeitamente as tentativas cirurgicas nos tuberculosos e que tem levado o espirito investigador dos cirurgiões a intervir utilmente, não só pela

pneumectomia como pelos outros methodos de cirurgia pulmonar.

Ultimamente os cirurgiões, tendo em vista a infallibilidade da therapeutica anti-septica, operam audaciosamente, não só nos casos de cavernas tuberculosas, mas ainda em abcessos, gangrenas, tumores, bronchiectasias, etc.; e oxalá que espiritos investigadores e uteis á humanidade, como estes, não deixem um instante de se preoccupar com os males que a affligem.

Em artigo publicado a 15 de Agosto d'este anno, o Dr. Alfredo Luiz Lopez, de Pariz, dá noticia resumida de todos os trabalhos e estatisticas mais recentes acerca da pneumotomia e pneumectomia.

Já Pepper, na Philadelphia, em 1874 [1], citou setenta observações de puncções com drenagem e desinfecção de cavernas tuberculosas com manifesta melhora do estado geral e local dos doentes. Hayem, recordando estes factos, faz notar que os doentes supportam melhor as pulverisações de liquidos antisepticos atravez da canula do que as injecções.

Le Bec [2] refere successos completos e seguros obtidos com a pneumotomia por Fiene, Quein, Radeck, Kolen, Douglas, Billington, Powel, Lyell e Sutton, affirmando que os resultados foram sempre mais brilhantes nos casos em que a intervenção cirurgica se fez cedo.

Em 30 de Agosto de 1887, Guermonprez (de Lille) fez á Academia de Medicina de Pariz uma communicação em que relata um caso de tres pneumotomias successivas com intervallo variavel no mesme individuo, seguidas de cura.

[1] Leçons de therapeutique. Les grandes medications. Hayem, 1887.

[2] La Semaine med. de Pariz — 1887.

Thomas [1] publicou uma outra de casos de pneumotomias para o tratamento de kystos hydaticos do pulmão.

A estatistica, que o Dr. Lopez apresenta, de observações ulteriores ou não contempladas nos trabalhos de Truc e Davies Thomas, comprehende casos operados por Guermonprez, Runeberg, Quinke, Williams, e Godle, Ferger e Hollister, Rubeny, Israel, Mading e Bouilly havendo apenas um só caso por morte de septico-pyoemia.

Leyden, de Berlim, refere recentemente como bem succedidos casos de pyopneumothorax tuberculoso completamente curados pela operação.

A estatistica de Neil para estas operações dava como excepcional o facto do individuo operado sobreviver tres annos.

Eis resumidamente a estatistica do Dr. Alfredo Lopez:

Doenças	Operações	Curas.	Melhoras.	Mortes.
Abcessos	14	12	1	1
Bronchiectasias	12	4	»	8
Cavernas tuberculosas . . .	13	»	»	13
Gangrenas pulmonares . .	17	10	1	6
Kystos hydaticos	36	31	»	5
Total:	92	57	2	33

Observação de Bligny e Richeteau — O filho de M. de la Genevaye, gentil-homem de alta consideração, era um phthisico desesperado. Em 1870 recebeu no peito um ferimento de espada, a lamina penetrou entre a 4.ª e 5.ª costella n'uma caverna pulmonar. Evacuações abundantes, purulentas, pela ferida. Em seguida a este accidente sobreveio uma cura completa de affecção tuberculosa.

M. Moisard [2] apresentou á Sociedade dos hospitaes dois

[1] British medical Journal, 1885.

[2] Gazette hebdomadaire de medicine et chirurgie, Agosto 1888.

casos de pneumothorax tratados pelas injecções antisepticas. O primeiro fôra um doente do hospital de Tenon, em o qua elle diagnosticara um hydro-pneumothorax á direita e a integridade do pulmão esquerdo.

Como algum tempo depois os symptomas faziam crer que o individuo ia cahindo no estado de typhisação, elle resolveu injectar 20 grammas d'esta solução antiseptica:

Tinctura d'iodo	ãa 60 grammas.
Alcool o 65°	
Solução de iodeto de potassio $^1/_{10}$	

Após a injecção o doente sentiu algumas dores e dyspnéa; porém estes phenomenos foram-se sensivelmente modificando até que deu-se a cura.

O segundo caso foi um individuo que soffria de um pneumothorax mais adiantado, phenomenos geraes graves emfim uma tuberculisação avançada; elle fez uma injecção de 70 grammas do liquido iodado; phenomenos dolorosos e dyspneicos sobrevieram immediatamente; estes phenomenos pareceram melhorar, porém dias depois o doente morreu.

A autopsia revelou que os dois pulmões em toda a sua extensão estavam eivados de granulações cinzentas confluentes, a pleura tapetada de materia puriforme; emfim lesões de granulia e um excesso da injecção, a qual já se denotava antes da morte pelas racções d'iodo na urina, porém sem determinar a nephrite.

D'estas duas observações elle concluio que, quer haja ou não derramamento liquido, as injecções intra-pleuraes iodadas podem dar resultado, não passando, porém, de 30 grammas a quantidade de liquido injectado.

M. Potain apresentou á Academia de Medicina tres casos

de hydropneumothorax tratados pela evacuação do liquido e injecção na pleura de ar sterilisado.

Juhel-Rénoy praticou em certos pleuriticos injecções e puncções de chloreto de zinco de $^1/_{10}$ seguindo o mesmo processo que Moizard: deitando o doente sobre o lado affectado, e introduziindo uma agulha de Pravaz, aspirou uma certa quantidade de liquido e injectou quantidade egual de solução de chloreto de zinco, repetindo isto muitas vezes [1].

No congresso da associação medica ingleza [2] suscitou-se uma discussão sobre o tratamento dos abcessos do pulmão e do empyema.

Pridgin Zeale cita quatro casos, dois successos e dois insuccessos; e dois observados por alguns collegas seus, onde houve incisão, a drenagem e finalmente a cura.

Em seus dois primeiros casos, após a exploração pela puncção, retirou elle de 300 a 500 grammas de pús fetido, incisando, extrahindo parte da costella e fazendo a drenagem franca e irrigações antisepticas.

Nos outros dois casos a autopsia revelou que o estado de destruição era avançado e que o pús percorrera por detraz do figado até ao mediastino posterior.

Spencer Wells diz ter tratado um soldado de phthisica por incisões que facilitavam o escoamento do pús.

Ward Cousin aconselha que os doentes devem fazer exercicio de gymnastica convenientes para impedir as deformidades consecutivas ás operações de pneumotomia e pneumectomia.

[1] Juhel-Renoy. Bulletin medical, Agosto, n. 62, 1888.

[2] Bulletin médical, Agosto, n. 66, 1888.

Duncan insiste na ablação de uma parte da costella e que se colloque um dren ou apparelho aspirante, de maneira que pelos movimentos respiratorios provoque o vazio e faça escoar o pús, e assim obteve, sobre nove casos, quatro curas.

Webb pratica em sua clinica largas injecções seguidas de irrigações de agua phenicada.

Griffitts apresenta uma serie de cincoenta casos de todas as idades, sómente fazendo a resecção da costella para não impedir a sahida do pús pela compressão do dren.

Renaut disse na sociedade de sciencias medicas ter obtido bons resultados no tratamento do pneumothorax, graças á acção antiseptica do licor de Van-Swieten, injectando mesmo na pleura de 3 a 6 grammas.

TUBERCULOSE HEPATICA E PERIHEPATICA

Foi Lannelongue que em discussão do congresso da tuberculose chamou attenção para os abcessos tuberculosos d'esta região, que eram até então pouco conhecidos não só quanto á sua origem como ainda sob o ponto de vista clinico. Apresentou 7 casos, 4 tratados com successo. O tratamento d'estes abcessos intra e perihepaticos com precisão de diagnostico e permissão do estado geral pertence aos processos como o de Stromeyer Little, descripto pelos demais autores para a cura dos abcessos em geral d'está região, e a serie dos preceitos já mencionados nos abcessos tuberculosos.

DO TRATAMENTO CIRURGICO

de algumas lesões tuberculosas pelas injecções de iodoformio, chloreto de zinco e pela igni-punctura

O tratamento dos abcessos frios pelo uso de injecções é um facto admittido na therapeutica cirurgica que repousa sobre grande numero de observações e de resultados maravilhosos.

Alguns cirurgiões servem-se das injecções de iodoformio; Raymond, porém, prefere praticar nas cavidades tuberculosas injecções de tanino, outros, de sulfureto de carbono.

P. Reclus [1] tem praticado as injecções intersticiaes de licor de Fowler nas massas sub-ganglionarias de origem strumosa; finalmente, o methodo ou as substancias antisepticas empregadas no tratamento dos abcessos frios por injecções variam segundo os cirurgiões; porém, os melhores successos e as melhores vantagens teem sido obtidos pelas injecções de iodoformio, embora as curas por meio das injecções sejam um pouco lentas e os liquidos injectados determinem pela tensão certos phenomenos como dôr, etc.

INJECÇÕES DE IODOFORMIO

O iodoformio foi pela primeira vez estudado, como antiseptico por excellencia, pelo professor Mosetig, de Vienna, em 1881. M. Marc Sée, reconhecendo que o iodoformio obrava já como antiseptico sobre os germens de toda natureza, já como modificador da superficie pelo iodo que contém, fez ver que se devia empregal-o em todas as feridas.

[1] Gazette hebdomadaire de medicine et chirurgie.

Ultimamente pelas observações experimentaes tem se verificado que o iodoformio é o antidoto ou o especifico do microbio da tuberculose.

A maneira de empregar o iodoformio ainda varia. Certos cirurgiões como Kœnig, Flaubert, etc., empregam-n'o em pó ou em supositorio, outros como Fraenkel [1], Mikulicz empregam em solução na glycerina.

Billroth em sua clinica diz ter obtido dezoito curas definitivas de abcessos frios mesmo com carie ossea, aspirando o pús e injectando uma emulsão de 10 grammas de iodoformio para 100 grammas de glycerina. Emfim a applicação do iodoformio em pó, supositorio ou em suspensão na glycerina tem ás vezes os seus inconvenientes, por não penetrar o medicamento intimamente nos tecidos morbidos.

Thirion e Vladimir de Holstein, em suas theses, affirmam que injectam após o esvasiamento do abcesso pela aspiração uma mistura de 10 grammas de iodoformio, 50 grammas de agoa e 50 grammas de glycerina e um pouco de azeite doce.

Em França, graças ao professor Verneuil, tem se obtido não só a cura das cavidades tuberculosas, como melhoras notaveis do estado local e geral pelas injecções de ether iodoformisado. Além do ether dissolver o iodoformio, é um corpo eminentemente diffusivel e portanto capaz de leval-o comsigo até ao intimo da cellula morbida. Ruyter em 1887 communicou ao congresso da sociedade allemã de cirurgia, que pelas suas experiencias, a maior acção ou o maximo de intensidade microbicida do iodoformio é em solução ethero-alcoolica.

Verneuil diz que se os tegumentos são vermelhos e adelgaçados no centro do abcesso não se deve fazer a puncção ahi, mas no lugar do abcesso onde a pelle estiver

[1] In Wiener med. Wochenschrift, 84.

mais ou menos normal e que a concentração do liquido injectado deve ser, ás vezes, na ordem inversa do volume e dimensões dos abcessos.

Na sua primeira observação elle injectou 20 grammas de iodoformio dissolvido em 100 grammas de ether e notou alguns symptomas de intoxicação.

Fraenkel tambem notou uma ligeira intoxicação depois da injecção de 10 grammas na emulsão de glycerina; finalmente tem-se verificado que é impossivel determinar exactamente a quantidade de liquido que se deve injectar em cada caso.

No manual operatorio do professor Verneuil, vê-se que elle injecta solução de 10 % para os pequenos e de 5 % para os grandes abcessos; no primeiro caso injecta 50 grammas do liquido, no segundo injecta todo o liquido.

Em alguns pequenos abcessos frios ou gommas amollecidas do pescoço das mulheres ou das creanças elle apenas injecta uma solução saturada contida na seringa de Pravaz.

O manual operatorio das injecções é muito simples: Estando a parte lavada e desinfectada segundo os preceitos da antisepsia contemporanea, faz-se uma puncção por meio de um pequeno trocate com a agulha n. 3 do apparelho Dieulafoy e procede-se á aspiração do pús.

M. Verchère fez a injecção de ether iodoformisado em dois casos; o primeiro, foi um abcesso frio situado ao lado da trachea em que a injecção determinou a compressão d'este orgão e dores vivas; o segundo, um abcesso temporal em que a infiltração do ether determinou um descolamento consideravel do pericraneo, phenomeno este attestado pela sonoridade á percussão.

Em ambos os casos os accidentes desappareceram após

a evacuação do excesso pelas agulhas de Pravaz e a cura foi rapida.

Desde que o liquido saia um pouco sanguinolento por um começo de exsudação vascular, suspende-se a aspiração, e injecta-se lentamente pela canula a solução d'iodoformio, de maneira a não determinar uma grande distensão na cavidade, nem phenomeno nenhum imputado á quantidade ou concentração do liquido; retira-se depois a canula e colloca-se no orificio da puncção collodium iodoformisado.

M. Verchère [1] modificou o processo operatorio dirigindo o trocate obliquamente entre o tecido cellular e a parede do abcesso com o fim de prevenir a tensão nos casos em que a pelle é completamente sã. Nos outros casos, porém, elle uza da agulha da seringa de Pravaz para fazer aspiração da injecção de ether e puncciona, aspira o pús, e injecta com a agulha do apparelho de Dieulafoy.

Antes de fazer-se a operação elle aconselha ter-se á mão uma ou duas seringas de Pravaz para aspirar a solução quando houver accidentes.

Verneuil tem empregado as injecções de ether iodoformisado nas proporções supra, sem produzirem-se phenomenos ou symptomas de etherismo. Algumas vezes a injecção nada determina, outras vezes as dôres são fortes e outros accidentes apparecem.

Reclus encontrou, após a injecção de ether iodoformisado em um abcesso ossifluente lombar, uma larga phlyctena que mais tarde transformou-se n'uma eschara negra; fez a puncção com as agulhas de Pravaz, com o fim de evacuar os vapores de ether, acalmar a dôr e diminuir a tensão. Algum tempo depois, sendo a eschara tratada antisepticamente, o processo limitou-se. Elle fez ainda n'outro caso

[1] Revue de chirurgie, 86.

a injecção de 50 grammas de ether iodoformisado, n'um abcesso osteopathico, retro-sternal; phenomenos de dysphagia appareceram e só melhoraram depois de evacuado o excesso de vapor de ether (Gazeta hebdomadaria de Cirurgia e Medicina, n. 1, pag. 3).

Sentimos não poder referir em nossa these alguns insuccessos singulares e curiosos imputados ao iodoformio; apenas relataremos o caso do Sr. Bœckel no qual elle injectou n'um abcesso tuberculoso da região subclavicular pequena quantidade de ether iodoformisado de 4 % e após a operação o doente succumbio. A autopsia revelou que havia uma communicação do fóco com a arteria por intermedio de um ganglio profundo, o sangue e os pulmões desprendiam um cheiro de ether.

Sabe-se que os effeitos immediatos ou precoces das injecções de ether iodoformisado são rarissimos, a não ser nos casos como este ou nos casos de degeneração de outros orgãos.

Quer na França quer na Allemanha fazem-se largamente as injecções d'iodoformio, nos abcessos frios subcutaneos ossifluentes e ganglionarios

Este methodo punctiforme, além da acção antipyretica, determina uma cicatriz pouco perceptivel

Outros cirurgiões, porém, lançam mão, para cura dos abcessos tuberculosos, de uma intervenção mais activa como as incisões largas a bisturi, a raspagem, as cauterisações, etc., como meio mais seguro, tendo o inconveniente apenas de deixar uma cicatriz mais visivel.

Este methodo tem sido reconhecico como efficaz e adoptado em larga escala hodiernamente por muitos cirurgiões. Achamos que só se deve preferir as injecções de ether iodoformisado ao bisturi, etc., quando se tratar ao

ponto de vista da elegancia physica, de manter a correcção das fórmas, e de evitar cicatrizes em regiões expostas.

INJECÇÕES DE CHLORETO DE ZINCO

O chloreto de zinco foi conhecido como especifico contra o carcinoma em 1824, mais tarde Bonnet escreveu a sua These sobre a infallibilidade do chloreto de zinco contra a recidiva do carcinoma. Reconhecida a propriedade caustica do chlorureto de zinco muitos cirurgiões usaram d'elle em diversos preparados; uns como Richet e Duplouy empregaram-n'o nas injecções hypodermicas e parenchymatosas como meio de tratamento cirurgico dos tumores. Bodet em sua These refere que foi o professor Cras quem inaugurou a injecção intradermica como meio de dierese da pelle. Elle fazia uma solução de chloreto de zinco e glycerina em partes iguaes.

Deve-se escolher sempre o chloreto deliquescente, quer nas injecções para o tratamento das feridas e trajectos fistulosos, quer na pomada caustica, cuja formula é a seguinte:

Chloreto de zinco branco fundido. .	Uma parte
Glycerina	Uma parte
Vaselina.	Duas partes

Cras em sua pratica tem feito aberturas de collecções torpidas em tuberculosos e posto méchas embebidas da pomada supra.

Elle opera da seguinte maneira: Cheia uma seringa de Pravaz do liquido caustico ou da solução do chloreto deliquescente, introduz a agulha obliquamente na espessura da derma até alcançar a collecção purulenta e injecta gotta a gotta o liquido. Diz ter assim operado em pequenos abces-

sos de testiculo tuberculoso, abcessos ganglionarios com massas caseosas, produzido a destruição dos fócos pathologicos e modificado as zonas embryonarias que garantem a cura. O pús ou os productos pathologicos escapam ou eliminam-se pela abertura feita pela eschara que se fórma no orificio e no trajecto percorrido pelo liquido caustico, dependendo a maior ou menor extensão d'esta eschara da quantidade e concentração do liquido.

Muitas vezes essas aberturas dão sahida apenas a algumas gottas de pús e então é necessario estabelecer a drenagem.

Os effeitos toxicos do chloreto de zinco, taes como nephrite catarrhal ou mesmo a nephrite parenchymatosa, só se observam quando as applicações concentradas do liquido são extensas ou prolongadas por muito tempo.

Os effeitos locaes da injecção são innocentes, a não ser uma ligeira reacção febril, o que é raro, e a dor que é geralmente ephemera.

Mialhe diz que o chloreto de zinco é um coagulante e que além de prevenir as hemorrhagias consecutivas, dá uma eschara secca e dura.

Martel diz que as escharas produzidas pelo chloreto de zinco deliquescente eliminam-se mais rapidamente do que as dos outros causticos, variando a queda de oito a quinze dias conforme o seu volume. Após a separação completa das partes modificadas, ou emfim depois da queda da eschara vê-se que a ferida formada por granulações, que impedem a absorpção do principios septicos, entra em via de cicatrisação regular.

Alguns dizem que tanto mais demorada é a queda da eschara, quanto mais vantajoso para a cicatrisação.

Este methodo da injecção de chloreto de zinco no tratamento dos abcessos, das fistulas, ou dos fócos tuberculosos

tem sido posto á margem por alguns cirurgiões em virtude da lentidão do processo reparador.

DA IGNIPUNCTURA

Desde longo tempo que o emprego do ferro em braza tem sido considerado como uma intervenção operatoria inherente á cura de certos tumores.

E' assim que Hippocrates já dizia: « *Quæ medicamenta non sanant ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ veró ignis non sanat, ea insanabilia existimare opportet.* »

Bonnet, estudando as molestias articulares, reconheceu a necessidade das cauterisações transcorrentes com a immobilisação consecutiva das articulações por apparelhos, no tratamento dos tumores brancos.

Richet, tratando os tumores brancos das grandes articulações pela ignipunctura, introduzia rapidamente em pontos apparentes do tecido morbido uma agulha de platina candente, de 5 a 6 centimetros de comprimento, de 3 a 4 millimetros de diametro.

Julliard inventou nm cauterio-electrico, constituido por fios de platina, de maneira que a intensidade da corrente podesse destruir os tecidos morbidos.

Paquelin creou o seu apparelho capaz de preencher os fins desejados da epocha, carbonisando por meio de uma temperatura elevada os tecidos morbidos.

Em 1883, um discipulo do professor Verneuil, M. Lecoisne, em sua These do « Tratamento dos abcessos frios pelo thermo-cauterio », fez ver que a abertura e a destruição dos abcessos frios pelo thermo-cauterio ou penetração n'esses abcessos pelas fistulas ou aberturas exteriores e as cauteri-

sações dos pontos suspeitos com o tratamento consecutivo como a lavagem com a solução phenicada, pó de iodoformio, e emfim o penso Listeriano — dão vantagens extraordinarias.

Forestier, em sua these de 1885, diz que a applicação da ignipunctura pelo thermo-cauterio de Paquelin produz os effeitos seguintes: em primeiro lugar pela queima ou pela combustão destroe, desorganisa as fungosidades ou elementos vivos que ficam em contacto com o instrumento candente; em segundo, determina uma acção modificadora ou substituitiva dos elementos embryonarios e a transformação sclerosa opera-se mais facilmente; em terceiro, a propagação ou conducção do calor ou a irradiação calorica da faca em braza (segundo Vicent, na Encyclopedia internacional de cirurgia) exerce uma influencia á distancia, destruidora dos microbios.

Ollier no seu tratado das resecções, Parrot e Martin na Revista de medicina, Triboul em sua these da *Ignipunctura dos tumores brancos* aconselham, caso não exista suppuração, a fazer as cauterisações transcurrentes, comprimir e immobilisar a articulação em todos os tumores brancos no seu primeiro periodo.

Se porém ha suppuração fistular deve-se incisar a canivete, raspar não só as fistulas como as paredes do abcesso e cauterisar depois, ou melhor incisar e alargar as fistulas, penetrar com o thermo-cauterio até os ossos da articulação, demoral-o alguns segundos, caso seja necessario, retiral-o depois, fazer o tratamento antiseptico consecutivo e immobilisador, e a cura por ankylose se operará.

Esta operação pelo thermo-cauterio, além d'isso, tem a vantagem de não ser uma operação sangrenta e de prevenir portanto a auto-inoculação.

Todos os cirurgiões são accordes em intervir em todas as manifestações tuberculosas accessiveis á cirurgia pelo thermo-cauterio em virtude dos maravilhosos resultados obtidos. Assim Hébra, Casin, Kaposi o empregam largamento em suas clinicas, no tratamento do lupus.

O cirurgião deve penetrar e retirar sem violencia e sem hesitar a ponta do cauterio.

Se immediatamente depois da operação as dores forem muito vivas, colloca-se sobre a ferida compressas embebidas em agua phenicada fria, e assim tem-se-as visto ceder instantaneamente.

Para concluirmos esta parte daremos resumidamente uma estatistica e algumas breves observações recolhidas das obras e publicações recentes:

Fraenkel cita vinte casos de observações suas, nas quaes obtivera quatorze curas, quatro melhoras, uma recidiva local e um caso fatal.

Foram abcessos costaes e vertebraes e abcessos idiopathicos da côxa e da pequena bacia.

Andrassy obteve em dez casos oito curas.

Thirion-Gross em tres observações, duas de abcesso por congestão da região dorso-lombar e da dobra da virilha, perfeita cura, e em uma outra de abcesso frio da nadega recidiva.

Verchère tem publicado na *Revista de Cirurgia* vinte e tres casos: quatorze curas, cinco melhoras e quatro sem resultado.

Reclus em vinte casos observados teve onze curas, seis melhoras e tres mortes.

Ultimamente Bruns no congresso da Sociedade Allemã de Cirurgia disse ter obtido quarenta curas de abcessos

Todos os cirurgiões são accordes em intervir em todas as manifestações tuberculosas accessiveis á cirurgia pelo thermo-cauterio em virtude dos maravilhosos resultados obtidos. Assim Hébra, Casin, Kaposi o empregam largamento em suas clinicas, no tratamento do lupus.

O cirurgião deve penetrar e retirar sem violencia e sem hesitar a ponta do cauterio.

Se immediatamente depois da operação as dores forem muito vivas, colloca-se sobre a ferida compressas embebidas em agua phenicada fria, e assim tem-se-as visto ceder instantaneamente.

Para concluirmos esta parte daremos resumidamente uma estatistica e algumas breves observações recolhidas das obras e publicações recentes:

Fraenkel cita vinte casos de observações suas, nas quaes obtivera quatorze curas, quatro melhoras, uma recidiva local e um caso fatal.

Foram abcessos costaes e vertebraes e abcessos idiopathicos da côxa e da pequena bacia.

Andrassy obteve em dez casos oito curas.

Thirion-Gross em tres observações, duas de abcesso por congestão da região dorso-lombar e da dobra da virilha, perfeita cura, e em uma outra de abcesso frio da nadega recidiva.

Verchère tem publicado na *Revista de Cirurgia* vinte e tres casos: quatorze curas, cinco melhoras e quatro sem resultado.

Reclus em vinte casos observados teve onze curas, seis melhoras e tres mortes.

Ultimamente Bruns no congresso da Sociedade Allemã de Cirurgia disse ter obtido quarenta curas de abcessos

frios sobre cincoenta e sete casos tratados pela emulsão de glycerina iodoformisada.

Esta noticia vem no «Berliner Klinische Wochenschrift».

Relataremos tambem o numero de casos obtidos pelo methodo sangrento.

Bouilly em 65 casos operados, sendo 26 abcessos por adenites tuberculosas, 14 lesões osseas, obteve 46 curas, 8 melhoras, dando-se 11 casos fataes não consecutivos á operação.

Socin sobre 28 abcessos osteo-pathicos de origem vertebral obteve 5 curas completas, 16 melhoras e 4 perdas; sobre dezesete costaes, doze curas completas; sobre onze da bacia, quatro curas immediatas, duas lentas, quatro melhoras, e uma perda; sobre tres de abcessos externaes tres melhoras. sobre dez na raiz dos membros, tres curas promptas, tres lentas, tres melhoras e um insucesso.

Transcreveremos resumidamente as observações encontradas na These de Martel:

1.ª Abcesso ossifluente tendo ponto de partida nas apophyses transversas das vertebras lombares. Tres injecções foram successivamente feitas em um mez e meio de intervallo, ao todo. Cura local. Estado geral melhorado.

2.ª Abcesso presternal de origem costal, duas injecções são feitas em 5 dias de intervallo. O tumor diminue tanto que a molestia, em via de cura, tende a desapparecer.

3.ª Vasto abcesso formado de uma collecção abdominal (fossa iliaca esquerda) communicando com uma collecção da nadega e da coxa. O tratamento por injecções iodoformisadas foi seguido desde Outubro de 1883 até Maio de 1884. Á este tempo ficou o doente curado

4.ª Esta observação é de um tumor gommoso de origem syphilitica ao nivel do omoplata: duas puncções.

5.ª Abcesso em fórma de accento circumflexo, abertura expontanea, injecções não impedindo a suppuração.

Na these de Torel, Bordeus, Junho, 1886, nós encontramos mais as seguintes observações:

1.ª Abcesso frio da região da espadua, injecção seguida da formação de uma eschara no ponto de juncção e trajecto fistuloso consecutivo. Cura completa em seis semanas.

2.ª Abcesso frio da espadua, injecção á 4/30. Cura incompleta.

3.ª Abcesso da coxa direita, puncção dos dois saccos, injecção no sacco esquerdo. Alguns dias depois uma eschara se forma ao nivel dos dois trajectos, ella cahe e esses dois trajectos tornam-se fistulosos. Suppuração abundante, diminuindo pouco á pouco. Quatro mezes depois — cura completa.

4.ª Abcesso da região sub-maxillar, puncção seguida de injecção, eschara no ponto de puncção rapidamente eliminada. Cura completa em 15 dias.

5.ª Abcesso da nadega esquerda sem lesão ossea apreciavel, puncção do abcesso, 500 a 600 grammas de pús se escoaram, injecção de ether iodoformisado. Eschara. Cura completa em 3 semanas.

6.ª Abcesso na parte anterior direita do thorax. Tratamento habitual. Formação de duas escharas: pela abertura que ellas deixaram tiraram-se fragmentos de tecido cellular mortificado. Cura completa em tres semanas após a operação.

7.ª Abcesso ganglionario no pescoço. Injecção de ether iodoformisado. Eschara. Cura em 15 dias.

ABCESSOS FRIOS VOLUMOSOS OSSIFLUENTES

1.ª *Observação* — Abcesso costal volumoso, quatro puncções seguidas de injecções a 5 °/₀. Cura local em tres mezes. Nenhuma melhora no estado geral.

2.ª *Observação* — Abcesso da fossa iliaca. Primeira puncção e injecção em Junho de 1885. Nova intervenção em Agosto. O doente sahiu do hospital e foi revisto em Novembro. Cura completa.

3.ª *Observação* — Abcesso iliaco, curado depois de uma só puncção e injecção. Abcesso da coxa esquerda curado em menos de mez e meio.

4.ª *Observação* — Mal de Pott. Abcesso lombar consecutivo, tratado pela abertura larga. Trajecto fistuloso persistente. Estado geral máo, sobretudo depois da intervenção precedente. Um abcesso desenvolvido na região lombar do lado esquerdo foi evacuado e recebeu 40 grammas de ether iodoformisado. Desappareceu a febre vesperal. O doente sahio do hospital á sua instancia, quasi moribundo.

5.ª *Observação* — Abcesso da espadua em relação com uma lesão na cabeça do humero. Duas puncções e injecções o fizeram desapparecer em um mez.

ABCESSOS FRIOS VOLUMOSOS OSSIFLUENTES

(Symptomaticos de uma lesão ossea e articular)

1.ª *Observação* — Coxalgia direita, datando de tres annos, immobilisação depois de um anno.

Abcesso frio da coxa do mesmo lado. O doente foi tratado desde Agosto a Dezembro de 1885 por injecções repetidas

todos os mezes. Cura do abcesso. A coxalgia curou por ankylose.

2.ª *Observação* — Abcesso na nuca; uma só intervenção. Cura em dois mezes.

3.ª *Observação* — Abcesso da nadega. Duas intervenções. Abertura expontanea quinze dias depois da segunda puncção. Cura treze dias depois da abertura expontanea.

Duração do tratamemto: menos de dois mezes.

ABCESSOS TUBERCULOSOS IDIOPATHICOS

(Cura sem abertura do sacco)

1.ª *Observação* — Abcesso ao nivel do cotovello esquerdo. Cura em dois mezes por duas puncções e injecções feitas com um mez de intervallo.

2.ª *Observação* — Abcesso frio sub-cutaneo do pescoço. A mesma intervenção, e a mesma marcha que na observação supra.

ABCESSOS TUBERCULOSOS IDIOPATHICOS

(Cura rapida depois da abertura expontanea da pelle)

1.ª *Observação* — Abcesso sub-maxillar do volume de uma avelã, puncção com a agulha n. 3 de Pravaz. Abertura expontanea, cura sem fistula, cinco semanas depois da intervenção.

2.ª *Observação* — Abcesso do pescoço. Intervenção ordinaria com solução de 10 %. Distensão enorme do sacco, compressão da trachéa, respiração difficil. Dois dias depois,

fistula no ponto de puncção. Duração do tratamento onze dias.

3.ª *Observação* — Abcesso da fossa temporal. A intervenção traz um descollamento extenso do couro cabelludo. Cura completa em mez e meio.

(Cura por injecções do chloreto de zinco)

1.ª *Observação* — G..., marinheiro, edade de 29 annos, entra para o hospital maritimo, sala 5, no dia 9 de Junho de 1884. Apresenta na região sub-hyoidiana, um tumor sobre a linha media, junto á cartilagem cricoide. N'esse ponto a pelle é rôxa. Reconhece-se pela apalpação a presença de uma massa liquida no interior d'uma cratera de bordos endurecidos.

O tumor não é movel sobre os musculos sub-hyoidianos; nos movimentos de deglutição elle é arrastado com a trachea.

A 11 de Junho, injecção no centro do tumor de chloreto de zinco deliquescente.

No dia seguinte, formação de uma eschara esbranquiçada das dimensões de uma moeda de dez *sous*.

No dia 13, a eschara começa a se desligar. A suppuração apparece sobre os bordos. O tumor se desfaz.

No dia 14, a eschara cahe, deixando uma abertura; penso d'iodoformio. Desde sua entrada no hospital o doente toma pilulas de Blancard.

No dia 28, a ferida se retrahe mais lentamente. Estado satisfactorio.

O doente salvo, curado á 19 de Julho.

2.ª *Observação* — Abcesso frio no pescoço. E.... (francez),

51 annos, jornaleiro. Entra no hospital á 1.º de Junho de 1884.

Tumor na região sub-hyoidiana, fluctuante, descendo até dois dedos da forquilha external, movel sob a pelle sã, adherente ás partes adjacentes, arrastado durante a deglutição com o larynge e a trachéa.

O doente tosse desde alguns mezes.

No dia 14 de Junho, injecção intra-dermica de chloreto de zinco. No dia 23 a eschara cahe deixando uma abertura profunda. No dia 28 suppuração moderada, a deglutição é mais facil, tratamento geral. Sahe curado em 2 de Agosto.

*
* *

Multiplos e variados tem sido os ensaios e tentativas feitas com o fim de preencher o tratamento especifico da tuberculose; uns saturam o organismo de medicamentos antisepticos como o iodoformio, tanino, etc.; procurando tornal-o immune, refractario ou inapto á vida e procreação dos bacillos de Koch; outros inoculam germens antidotos ou capazes de destruil-os sem offender ao organismo, isto, porém, é por ora mais problematico.

A mais gloriosa das gloriosissimas nações da Europa, avida de conquistas scientificas — a França, o zenith da civilisação, preoccupando-se incessantemente dos dolorosos acontecimentos que fazem estremecer as nossas almas cheias de commiseração pelos soffrimentos que affligem a humanidade — instituio um congresso consagrado exclusivamente ao tratamento curativo e preservativo da tuberculose, augmentando assim não só a somma de factos e conhecimentos adquiridos á sciencia, como tambem assignalando um bom serviço prestado ao mundo.

Já não vem muito longe a epocha em que a tuberculose será do dominio da Hygiene, pelos methodos de attenuação dos virus ou vaccinicos, uma molestia perfeitamente evitavel como a variola.

Está concluida a nossa tarefa; não tivemos em mira a audaciosa pretenção de apresentar um trabalho puramente original, mesmo porque os meios de aprendisagem entre nós agora é que se vão accentuando. Apenas para satisfazer o cumprimento da lei e o desejo de estudar estas theses é que organisamos ou coordenamos em versão syntethica, mas verdadeira — tudo o que ha escripto sobre ellas, addicionando algumas observações pessoalmeete recolhidas no serviço da 2.ª cadeira de clinica cirurgica.

OBSERVAÇÕES

I

Osteo-arthrite tuberculosa do joelho com suppuração e doze fistulas, resecção completa, união perfeita dos ossos

Antonio Pereira, preto, brazileiro, com 23 annos, natural da Bahia, serviço domestico, entrou para o Hospital de Mizericordia em 12 de Julho de 1887 e foi occupar o leito n. 57 da enfermaria S. Fernando, que fica aos cuidados da 2.ª Cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina.

O doente refere que com a idade de 11 a 12 annos fôra victima de uma queda sobre o joelho direito.

Mezes depois sobreviera um tumor que levou muito tempo sem intervenção therapeutica, mesmo porque não o privava de andar e trabalhar, que mais tarde suppurou por um ponto, outro, mais outro, etc.

Estes trajectos tornaram-se fistulosos e com o emprego de certas substancias (cujos nomes não nos soube dizer) cicatrisaram uns, abrindo outros.

Sentindo difficuldade no andar por já ter perdido os movimentos da articulação, resolveu recolher-se ao Hospital com o intuito de curar-se.

Notava-se pelo exame da parte doente que o individuo tinha na perna direita um tumor volumoso abrangendo a articulação do joelho e que n'este tumor achavam-se compromettidos todos os ossos que formam a mesma articu-

lação, inclusive a rotula, que se achava deformada e adherente aos outros ossos.

Não só ella como a articulação tinham perdido os movimentos; a pelle, além de muito augmentada de espessura em alguns pontos, posto que em outros se mostrasse adelgaçada, apresentava-se distendida, lusidia, fazendo corpo com o tumor, deixando perceber o numero de doze fistulas que davam sahida á um pús grumoso.

Foi feito o exame a stilete e por elle sentio-se que além da communicação d'esses trajectos fistulosos com os ossos e com a articulação havia rugosidades e destruição d'aquelles.

Não só o exame pela apalpação dos ganglios do pescoço e de outras regiões, como pela auscultação e percussão do apparelho respiratorio, que apenas revelavam os symptomas de um catarrho bronchico, e os dados anamnesticos quer de herança, quer de molestias anteriores, mostravam que o doente em questão não soffria de outra manifestação tuberculosa a não ser a que se observava exteriormente no joelho.

A immobilidade da articulação do joelho mantinha o membro n'uma meia flexão incompleta formando a perna com a coxa um angulo obtuso de uns 110 a 120 gráos.

O doente caminhava arrimado a uma muleta, e o tumor, cuja parte mais volumosa correspondia á linha da articulação, ia-se estendendo para cima, para baixo, acima dos condylos e abaixo das tuberosidades, de modo a dar a parte media do membro a disposição angular e fusiforme caracteristica.

Diagnostico — Foi diagnosticado que se tratava de um caso de osteo-arthrite tuberculosa com ankylose imper-

feita e viciosa da articulação do joelho, devida a uma arthrosynovite suppurada com infecção tuberculosa.

Este diagnostico foi depois confirmado pelo exame macroscopico e microscopico das peças, como veremos mais adeante.

Tratamento — No dia 17 de Julho foi-lhe prescripta a seguinte formula:

Iodeto de potassio . . . . . 8 grams.
Xarope de cascas de laranjas . . . . 250 »

Para tomar 3 colheres por dia.

Solução alcoolica do iodol para injecções.

No dia 19 foi-lhe receitado:

Xarope de kermes . . . . . 90 grams.
Xarope gommoso . . . . . 60 »
Xarope de sulfato de morphina . . . 30 »

Para tomar 3 colheres por dia.

No dia 20 foi-lhe receitado:

Vinho quinado . . . . . 500 grams.

Para tomar aos calices.

E uma solução de chloreto de zinco a 5 % para injecções.

Depois de uma licção feita pelo Dr. Victorino Pereira sobre o caso clinico, na qual elle discutio por muito tempo o diagnostico e occupou-se dos diversos meios dos tratamentos preconisados hodiernamente para esta molestia, vendo que as injecções nada aproveitavam na cura, nem na

eliminação dos focos anfractuosos que alimentavam a suppuração, e que o pús estagnando-se podia-se alterar e provocar uma septicemia que arruinasse lenta ou rapidamente a constituição do individuo de sorte que a intervenção tardia tornasse a cura muito mais difficil ou impossivel, e ao contrario, fazendo a resecção em tempo quando o fóco morbido estava circumscripto e as lesões osseas mais ou menos limitadas posto que extensas, empregando sobretudo os processos operatorios mais perfeitos havia toda a probabilidade de bom exito — resolveu fazer a resecção do joelho, pois assim obteria a cura, e o que é mais, a conservação de um membro util.

Resolvido a operação, o Dr. Manuel Victorino Pereira, auxiliado pelos adjuntos e internos, praticou a 20 de Agosto de 1887 a resecção completa do joelho que correu do seguinte modo:

Tomadas minuciosamente todas as precauções antisepticas, de instrumentos, e esponjas que haviam de servir na operação, veio o enfermo para a meza de operações e ahi procedeu-se a chloroformisação.

Depois de asseiada antisepticamente toda a parte que tinha de ser operada e feita uma injecção de chloreto de zinco pelas fistulas, passou-se a faxa de Esmarch desde a extremidade inferior do pé até a parte superior da coxa, ahi collocou-se o tubo compressor de cautchouc e retirou-se a faxa.

Teve começo a operação, foi seguido o processo em *H* de Ollier para a resecção do joelho, porém sem as incisões interna e externa a que elle chama « incisões de descarga »: a pelle foi destacada de suas adherencias, as partes molles foram separadas das partes osseas.

Os ligamentos, a capsula e o periosteo foram despegados

e conservados nas partes sãs por meio das raspadeiras rectas de Ollier.

Feito isto serrou-se com obliquidade muito ligeira de deante para traz, de cima para baixo, por meio da serra commum as duas extremidades epiphysarias do femur e do tibia que concorrem para formar a articulação.

Tudo correu como manda o manual operatorio de Ollier.

A operação foi feita a secco, isto é, sem perda ou hemorrhagia que a perturbasse.

Suspendeu-se a chloroformisação, asseiou-se a ferida e foi-sea frouxando pouco a pouco o tubo compressor de caoutchouc e ligando-se os pequenos vasos que sangravam.

Aproximou-se as duas extremidades osseas, fez-se a sutura d'ellas em cada lado por meio de fios de prata.

Suturaram-se os labios da ferida e collocou-se um tubo de drenagem nas suas extremidades e deu-se por concluida a operação.

Cobriu-se a superficie de iodoformio em pó, applicou-se um penso completo de iodoformio, com todas as minuciosidades preconisadas e com a tala posterior antiseptica; após isto envolveu-se todo o membro em ataduras de algodão iodoformisado e de flanella, applicou-se um apparelho inamovivel de sylicato de potassa e manteve-se a perna por meio de cochins, n'uma gotteira de arame. Foi-lhe receitado:

Sulfato de quinino . . . . . 1 gram.
Em 3 papeis.

No dia 21:

Licor anod. de Hoffmann . . . . . 2 grams.
Agua de canella . . . . . } ãã 64 grams.
» » melissa. . . . . }
Xarope simples . . . . . q. s.
Para tomar uma colher de meia em meia hora.

No dia 22:

Agua ingleza. . . . . 1 garrafa.
Para tomar uma colher de 4 em 4 horas.

No dia 23, suspendeu-se o primeiro apparelho, tendo-se dado a reunião immediata da ferida, tirou-se os pontos da sutura superficial, applicou-se o segundo apparelho e foi-lhe receitado:

Sulfato de soda. . . . . 15 grams.
Agua com: . . . . . 300 grams.
Xarope de flores de laranja. . . . . 30 grams.
Meio calix de 2 em 2 horas.

No dia 27:

Xarope de tolú . . . . . 150 grams.
Para tomar ás colheres.

No dia 29:

Sulfato de quinino . . . . . 60 centgr.
D. em 2 papeis.

No dia 1.º de Setembro levantou-se o segundo apparelho, tirou-se os fios de prata que serviram na sutura ossea e applicou-se com as precauções já ditas o terceiro apparelho. No dia 4 foi levantado o terceiro, a ferida apresentou-se com bom aspecto, retirou-se o tubo de drenagem e applicou-se o quarto apparelho. No dia em que retirou-se o quarto, a ferida era granulosa, de bom aspecto, a consolidação ossea bem adeantada: applicou-se o quinto apparelho.

No dia 29 retirou-se o quinto e applicou-se o sexto apparelho e foi-lhe receitado 300 grammas de xarope dos cinco phosphatos e oleo de figado de bacalháo.

O sexto apparelho durou por muito tempo até que em 9 de Novembro foi suspenso, nivelaram-se os botões carno-

sos da ferida com nitrato de prata e applicou-se o septimo e ultimo apparelho completo de sylicato de potassa, continuando, porém, o penso de iodoformio, o qual só mais tarde foi suspenso quando era completo o trabalho de reparação profunda, só havendo alguns botões carnosos superficiaes sobre os quaes foi applicada a vaselina boratada. Durante todo este tempo esteve o doente em uzo do xarope dos cinco phospatos e do oleo de figado de bacalháo.

Como era preciso de vez em quando cauterisar os botões carnosos para activar a cicatrisação superficial, o doente continuou a guardar o leito do Hospital até que em 10 de Fevereiro de 1888 teve alta, retirando-se curado e podendo firmar-se perfeitamente na perna reseccada, que, apezar do encurtamento, não lhe embaraça a marcha, que pode ser feita sem grande defeito apparente mediante as botas que lhe foram ministradas e com as quaes elle photographou-se, como se vê da estampa annexa.

O quadro thermometrico depois da operação foi o seguinte:

No dia 20 á tarde.	38°
» » 21 de manhã.	37°, 7
» » » á tarde	38°, 3
» » 22 de manhã.	37°, 5
» » » á tarde.	37°, 8
» » 23 de manhã.	37°, 8
» » » á tarde.	37°, 6
» » 24 de manhã.	37°, 6
» » » á tarde.	38°, 3
» » 25 de manhã.	37°, 7
» » » á tarde.	38°
» » 26 de manhã.	37°, 6
» » » á tarde.	37°, 8
» » 27 de manhã.	37°, 5

No dia 27 á tarde	38°
» » 28 de manhã.	37°,5
» » » á tarde	36°

e assim voltou ao estado normal.

A peça anatomo-pathologica extrahida pela operação foi conservada no alcool, examinada ulteriormente *in totum* e em córtes verticaes e depois photographada como se vê nas estampas annexas. Ella deixa perceber além da ankylose imperfeita da rotula e da articulação do joelho, um augmento mais exagerado da cabeça do femur do que dos outros ossos, irregularidades e disseminação de nucleos fungoides caracterisados por deposito de materia amarella acinzentada, granulosa e friavel, deixando sentir entre os dedos uma certa quantidade de tenues particulas osseas.

Na face anterior notam-se em alguns pontos orificios, sendo o maior correspondente á parte média da articulação e do ligamento lateral interno, penetrando até ao tecido esponjoso da diaphyse do tibia, como se verificou pelo stilete.

Em outros pontos o tecido osseo offerece uma textura mais compacta como que devida ao trabalho da cicatrisação. Na face posterior da articulação vê-se um montão de tuberculos endurecidos, uma esquirola cuneiforme implantada na parte interna e posterior do tibia com a base para a articulação e o vertice para baixo cercada de fungos ou vegetações tuberculosas, que parece servirem de meio de união entre ella e a articulação, excrescencias periosticas que dão nascimento a dous orificios ou fistulas vindo do interior da articulação com direcção para a extremidade do femur. Uma capsula fibro-cartilaginosa fundindo-se com o periostio, os ligamentos e um excesso de gordura envolve toda a superficie articular, e acha-se crivada de tuberculos em via de caseificação e suppuração.

Feitas duas secções verticaes notou-se que além do sequestro implantado e envolto em vegetações tuberculosas na parte posterior e dos orificios que communicavam até ao centro dos córtes, havia uma rarefacção ossea pela exageração das areolas das epiphyses em alguns pontos perfeitamente limitadas de 5 a mais millimetros de diametro e completamente cheias de massa puramente caseosa. Encontrou-se a tambem vestigios accentuados de osteites rareficantes e medullisação do tecido esponjoso.

As zonas caseosas apertadas por uma substancia branca, membraniforme, que envolve os tuberculos abrangendo os alveolos osseos em alguns logares, são granulosas, risiformes e contendo proliferações de substancia laminar; em outros, porém, as glanulações confluem, e fundem-se perfeitamente em uma massa amarella, molle e puriforme.

Como se observa nas estampas, a osteo-porose deixa ver aqui e alli uma infiltração transparente ou opaca; além ella denota com exhuberancia a necrose do tecido infiltrado.

Depois de tiradas as estampas, levamos a peça ao gabinete de anatomia pathologica, collocamos pequenos córtes em solução de acido picrico com o fim de descalcificar.

Algum tempo dapois com o valioso auxilio do preparador de anatomia pathologica, fizemos a primeira observação tirando da parte descalcificada córtes histologicos que foram corados pelo borax-carmim, e levados ao microscopio. Via-se na preparação canaes de Havers, elementos epithelioides, cellulas embryonarias, folliculos tuberculosos e algumas cellulas gigantes disseminadas no meio das cellulas proliferadas

Em outra observação fizemos os córtes histologicos, coramos as preparações pelo processo de Gibbes-Van-Ermengen, seguindo á risca os preceitos formulados por este

autor, com o fim de destacar o bacillo de Koch na preparação, porém os resultados foram infructiferos.

Na terceira sessão, tendo-se antecipadamente collocado os fragmentos osseos em nova solução de acido picrico, foram feitos innumeros córtes e corados pelo processo de MM. Pittion e Roux, cuja formula dos reagentes e *modus-faciendi* vem perfeitamente descriptos no «Bulletin Medical», Julho 1888.

Fechada a preparação no balsamo e montada ao microscopio com um augmento de 600 diametros, poude-se destacar em uma só das preparações folliculos, canaes de Havers e no *cul-de-sac* ou nas extremidades das ramificações de um osteoplasto duas pequenas linhas, coradas em roseo, reunidas por suas extremidades e visiveis do fundo da preparação corada em verde pallido.

Tendo sido chamada a attenção do preparador da cadeira de histologia, que se achava presente, elle poude, percorrendo a preparação, encontrar um folliculo todo crivado de pontos que destacavam-se pela sua coloração rosea; e chegamos á conclusão de que se tratava do bacillo de Koch, pois, como asseveram os autores d'estes processos, nenhuma outra cousa pode corar em roseo por taes reacções a não ser o mesmo bacillo.

Infelizmente a falta de tempo não nos permittio continuar n'esta serie de experiencias e mostrar, juntamente com as estampas que apresentamos, as que o microscopio podia fornecer.

II

Abcesso frio da mama direita, tuberculose pulmonar, abertura e raspagem, penso iodoformisado, cura do abcesso, melhora consideravel da affecção visceral

Domingos Catilina Gomes, côr preta, solteiro, 34 annos, natural da Bahia, charuteiro, appareceu á consulta no serviço ambulatorio do segunda cadeira de clinica cirurgica em 16 de Agosto de 1888.

O doente refere que ha mais ou menos dois annos lhe apparecera no mamillo direito um tumor indolente do tamanho de um botão de paletot e que foi sensivelmente augmentando de volume até que em 23 de Maio d'este anno começara a sentir dores não só na região mamaria onde estava situado o tumor já crescido, como tambem dores vagas nas costas, nas pernas, tosse que augmentava á noite, falta de appetite, insomnia, emfim febre e suores nocturnos.

Quanto á anamnese é confessar que nada podemos conseguir do doente relativamente aos dados de hereditaridade e aos outros signaes presumptivos, como hemoptises, etc., que mais ou menos positivamente denunciam a invasão dos productos phymatosos.

Pelo exame do habito exterior do doente notamos os seguintes symptomas: Para o lado da voz, uma rouquidão, uma dysphonia que disse elle ter começado poucos dias antes, um certo estado dyspneico que augmentava com o menor esforço, mesmo quando fallava, um emmagrecimento e perda de forças ou debilidade geral; para o lado das fossas infra-claviculares e super-espinhaes, em ambos os lados, a atrophia muscular deixava depressões achatadas e pela

apalpação procedida na região mamaria, sentia-se um tumor indolente, pastoso deixando perceber em sua parte superior uma fluctuação franca.

A percussão revelava um som mais ou menos obscuro em diversas partes da região thoraxica, porém com predominancia nos apices e mais accentuado no esquerdo. Pela escutação percebia-se em differentes pontos o enfraquecimento do murmurio vesicular em ambos os tempos da respiração.

Na fossa sub-clavicular e super-espinhosa, até a parte media do pulmão, a respiração era intercortada; em alguns logares estertores crepitantes durante a inspiração, em outros, estertores humidos coincidindo com a respiração bronchica; em summa, estes signaes levaram-n'os a crer em um processo phlegmasico phymatoso com amollecimento das granulações tuberculosas ou o segundo periodo em que a evolução neoplasica se manifesta, evolução provavelmente secundaria á infecção tuberculosa local denunciada pelo abcesso frio da mama.

Abrio-se largamente o abcesso a bisturi, esvasiou-se completamente e raspou-se á cureta, lavou-se com uma solução de chloreto de zinco a 5 %, collocou-se um tubo de drenagem, cobrio-se de iodoformio em pó applicando-se depois um apparelho antiseptico completamente iodoformisado e foi-lhe receitado o xarope dos cinco phosphatos e antipyrina.

Cinco dias depois retirou-se o primeiro penso e o tubo de drenagem; a ferida achava-se em via de cicatrisação, havia uma certa melhora do estado geral; foi-lhe receitado:

Acido benzoico.	5 centigr.
Iodoformio	25 milligr.
Pós de Dower	ãã 10 centgr.
Extracto de polygala.	

Para uma pilula e com esta mais 19.

Foram mudados depois mais dois apparelhos eguaes ao primeiro, a ferida cicatrisou e o doente curou-se do estado local e melhorou sensivelmente do estado geral, havendo desapparecido a febre, insomnia, rouquidão, etc., sendo-lhe então prescriptos cuidados hygienicos, oleo de figado de bacalháo e continuação do uso interno do iodoformio.

III

Lupus erythemato-tuberculoso da face, tumor branco do joelho, tuberculose pulmonar incipiente, galvano-caustia, melhora sensivel

(Observação do Dr. Alexandre Cerqueira, professor de molestias de pelle)

F. C., branco, solteiro, 55 annos, empregado do Fôro, natural da Bahia, consultou-nos pela primeira vez sobre o seu estado no mez de Março do anno proximo passado.

Antecedentes de familia—São pouco significativos os que pudemos colher sobre os seus ascendentes; disse-nos, porém, ter havido casos de tuberculose pulmonar em parentes proximos.

O doente informou-nos de que a sua molestia data de 5 a 6 annos, tendo começado pelo nariz; classificada, então, como uma manifestação syphilitica, foi submettida depois ao tratamento especifico. Durante dous annos tratou-se activamente n'este sentido, e longe de melhorar, o doente diz ter-se aggravado o seu soffrimento e estado geral.

Estado do doente—Magro, pallido, abatido e dyspeptico, apresentava ptyalismo devido á estomatite mercurial, fatiga-se com facilidade, a potencia muscular consideravel-

Foram mudados depois mais dois apparelhos eguaes ao primeiro, a ferida cicatrisou e o doente curou-se do estado local e melhorou sensivelmente do estado geral, havendo desapparecido a febre, insomnia, rouquidão, etc., sendo-lhe então prescriptos cuidados hygienicos, oleo de figado de bacalháo e continuação do uso interno do iodoformio.

III

Lupus erythemato-tuberculoso da face, tumor branco do joelho, tuberculose pulmonar incipiente, galvano-caustia, melhora sensivel

(Observação do Dr. Alexandre Cerqueira, professor de molestias de pelle)

F. C., branco, solteiro, 55 annos, empregado do Fôro, natural da Bahia, consultou-nos pela primeira vez sobre o seu estado no mez de Março do anno proximo passado.

Antecedentes de familia—São pouco significativos os que pudemos colher sobre os seus ascendentes; disse-nos, porém, ter havido casos de tuberculose pulmonar em parentes proximos.

O doente informou-nos de que a sua molestia data de 5 a 6 annos, tendo começado pelo nariz; classificada, então, como uma manifestação syphilitica, foi submettida depois ao tratamento especifico. Durante dous annos tratou-se activamente n'este sentido, e longe de melhorar, o doente diz ter-se aggravado o seu soffrimento e estado geral.

Estado do doente—Magro, pallido, abatido e dyspeptico, apresentava ptyalismo devido á estomatite mercurial, fatiga-se com facilidade, a potencia muscular consideravel-

mente diminuida e dorme pouco. A face era desfigurada por lesões caracteristicas do lupus erythemato-tuberculoso. O dorso do nariz offerecia um erythema pronunciado, cuja coloração é interrompida por pontos anegrados de acne punctata, as azas do nariz, a região malar e preauricular apresentavam placas de coloração menos pronunciada. Viam-se as placas sulcadas por finas arborisações vasculares e particularmente por linhas cicatriciaes dispostas confusamente.

Aqui e alli, ora mais coherentes, mas sempre sem ordem, pequenas nodosidades engastadas profundamente na derma, muito percebidas pela transparencia da epiderme n'estes pontos e pela pressão que sobre ellas exerciamos. Os nodulos offereciam, entretanto, pequena resistencia logo que procuravamos attingil-os com um alfinete, deixando-se atravessar sem despertar dor, ao menos dor notavel. Indolora e quasi serpiginosa, esta affecção vegetava lenta e muito lentamente estendia os seus limites.

Além da dermopathia acima mencionada, encontramos adenopathia cervical volumosa e visivel. Os ganglios inguinaes desenvolvidos particularmente do lado direito. As articulações dos joelhos notavelmente augmentadas de volume, particularmente a do joelho direito.

O doente sentia de tempos em tempos dores que impediram-n'o de caminhar livremente. A pelle dos joelhos era quente e conservava a temperatura. Sentia-se n'esta região uma dureza ossea, ao mesmo tempo tal ou qual fluctuação devida a uma quantidade maior de liquido synovial. O doente tossia, mas não frequentemente — a tosse era secca.

Do exame que fizemos só temos a registrar de importante os signaes que foram-nos revelados pela percussão e auscultação do peito — a tonalidade alterada e a respiração

obscura nos vertices de um e d'outro pulmão, sendo o direito o mais compromettido; não havia estertores.

Diagnostico — Lupus erythemato-tuberculoso da face, tumor branco do joelho e provavelmente tuberculose pulmonar incipiente.

Tratamento geral — Tonicos, oleo de figado de bacalháo creosotado, que foi facilmente tolerado pelo doente, etc., etc., leite, bôa alimentação e mudança para logar de campo.

Local — Revulsivos sobre o peito e joelhos, compressões dos joelhos; sobre a face, pasta de sabão verde por espaço de 5 horas por dia.

Com este tratamento o doente melhorou um pouco; dous mezes depois, repululações de tuberculos luposos.

Continuamos a empregar o mesmo tratamento, variando, porém, o do lupus, que consistio depois em pomadas emolientes não dando o minimo resultado. Desconfiando das escarificações aconselhadas por Vidal, não pelo resultado immediato que muitas vezes é satisfactorio e animador, mas pela possibilidade de generalisar a infecção tuberculosa nos portadores de lupus, abstivemo-nos de praticar as escarificações, reservando para mais tarde empregar a cauterisação ignea intersticial, com que tem Besnier colhido resultados esplendidos.

Tendo convidado o nosso collega, Dr. Lydio de Mesquita, para observar o caso e o resultado que deviamos colher d'este processo curativo, começamos em Setembro as cauterisações.

Servindo-nos da grelha galvanomica, aprofundamos um pouco as cauterisações, fazendo-as, como vimos serem applicadas no hospital S. Luiz, na clinica do professor Besnier.

Combatidos os phenomenos inflammatorios das placas tratadas, a pelle foi pouco a pouco despindo-se das crostas e tornando mais clara até a cura, que foi completa.

Infelizmente o doente é um tanto caprichoso e timido e não tem se querido prestar ao tratamento das outras placas, apezar de não provocar, conforme disse-nos na occasião, dôr viva e intensa.

O doente está hoje mais forte e nutrido, os joelhos teem diminuido um pouco de volume.

Preferimos o emprego do galvano-cauterio: primeiro por não determinar perda de sangue; segundo por destruir *in totu* o elemento productor do lupus; terceiro por não deixar cicatrizes irregulares e pronunciadas, como podemos verificar em nosso doente; quarto por ser pouco doloroso o processo, comparando com os antigos.

IV

Tumor branco do cotovello direito, duas fistulas, raspagem, sequestrotomia, arthrotomia ignea, cura, conservação dos movimentos

Maria Margarida Izabel, preta, 9 annos, da Bahia, entrou para o hospital em 7 de Julho de 1888. O exame do habito exterior da doente denunciava, antes de dirigirmos nossas vistas para o tumor que ella trazia na articulação do cotovello, um estado de miseria physiologica e de grande debilidade, com febre a 38°,5. A auscultação e percussão da caixa thoraxica revelavam um certo estado de fraqueza dos orgãos respiratorios, com um catarrho bronchico, obscurecimento e diminuição de murmurio vesicular no vertice do pulmão esquerdo. A apalpação dos ganglios axillares e sub-

maxillares os mostravam entumecidos e volumosos, fazendo crer que se tratava de um individuo escrofuloso. Procedendo-se ao exame da articulação do cotovello, sentia-se facilmente um augmento extraordinario dos ossos que concorrem para formar a articulação, augmento que dava ao membro um aspecto fusiforme accentuado e caracteristico. Alem da articulação estar tumefeita e de grande sensibilidade, o ante-braço mantinha-se em estado de flexão sobre o braço, sem movimentos e qualquer tentativa que se fizesse para estender o membro acompanhava-se de dôres agudissimas. Havia ao nivel da interlinha articular mais de um foco liquido de fluctuação manifesta onde a dôr pela apalpação era mais viva. Em toda a face externa da articulação a pelle era distendida, lusidia, ulcerada lateralmente, deixando perceber duas fistulas que pela compressão escoavam grande quantidade de pus.

O exame a stilete mostrou que não só esses trajectos fistulosos estavam cobertos de botões carnosos que sangravam facilmente, como iam se abrir na superficie articular desnudada e aspera. Como vê-se na estampa, o ante-braço com o braço formam um angulo com a disposição fusiforme peculiar ao fungo articular.

A creança nada podia nos informar, disse-nos apenas que tinha aquillo ha muito tempo.

Quanto aos antecedentes de herança e aos signaes que deviam ter precedido aquelle estado suppurativo do tumor articular, nada soubemos por falta de quem nos esclarecesse sobre isso; a creança apenas dizia ter ainda os paes vivos.

O diagnostico foi accentuado pelo Dr. Victorino Pereira, de uma arthrite fungosa com fistulas, suppuração, carie, destruição dos ossos da articulação, com engorgitamento

ganglionar, sem nenhuma infecção tuberculosa declarada de outros orgãos.

Discorreu o distincto clinico, por algum tempo, sobre a physionomia multiforme do tumor branco, o diagnostico differencial e os caracteres anatomo-pathologicos que podiam-se confundir com outras affecções da articulação, ou de pontos proximos dos ossos.

Em virtude da febre e outros symptomas que acompanhavam a infecção tuberculosa articular com fócos suppurados ou abcessos abertos, e da infecção bacillar, foi resolvido quanto antes procurar-se nos methodos do tratamento cirurgico das manifestações articulares tuberculosas, um meio de cura local, impedindo assim que proseguisse a infecção tuberculosa e a intoxicação septicemica ou manifestações que repercutissem em outros orgãos.

Foi receitado:

Antipyrina . . . . . 2 gram.
Em 8 papeis.

Resolveu-se ensaiar antes das operações de exerese aquellas que podessem trazer a conservação do membro, com ou sem movimentos, porém sem perda de grande substancia, mesmo porque se tratava de uma creança em quem a operação da resecção podia comprometter a cartilagem juxta-epiphisaria, que auxilia o desenvolvimento osseo, — podendo com o crescimento ficar um defeito muito mais pronunciado, pela parada de crescimento do membro. Logo após o primeiro exame, lavada e bem aceiada a parte, com todas as precauções antisepticas, tendo-se previamente injectado uma solução de chlorureto de zinco a 5 %, applicou-se um penso listeriano.

No dia 7 de Agosto, depois dos preceitos da antisepsia, a

doente foi chloroformisada. Fez-se uma incisão ao lado externo da articulação de 2 a 3 centimetros, raspou-se á cureta todas as fungosidades da superficie articular e dos tecidos visinhos. Destruida assim a massa tuberculosa penetrou-se profundamente com a faca candente do thermo-cauterio de Paquelin, pelo lado externo do olecraneo, aceiou-se depois a ferida, deitou-se o tubo de drenagem, introduzio-se o pó de iodoformio, applicou-se um apparelho completo d'igual substancia e envolveu-se o membro em ataduras de flanella e depois applicou-se um apparelho de silicato de potassa e foi receitada a antipyrina.

Tendo desapparecido a febre, melhorado as dôres, etc., levantou-se dias depois o apparelho, a ferida mostrou-se com bom aspecto, granulosa, em via de cicatrisação. Applicou-se o penso de iodoformio sem o apparelho de silicato. No dia 28 a creança accusava uma limphangite, dôres na articulação e febre alta. Foi levantado o apparelho, feita uma injecção de chloreto de zinco a 5 % e applicado outro penso de iodoformio. No dia seguinte já o estado era melhor. Como durante alguns dias a creança accusasse de vez em quando febres e dôres na articulação e a tumefacção de um ganglio na axilla que persistia, fez-se a 4 de Setembro, após a chloroformisação, e os cuidados antisepticos, nova incisão, extrahiu-se um sequestro envolto em uma massa caseosa, penetrou-se até ao interior da articulação pelo thermo-cauterio e demorou-se a face incandescente por algum tempo, encheu-se de iodoformio e applicou-se um apparelho completamente iodoformisado. Foi receitado xarope dos cinco phosphatos e oleo de figado de bacalháo.

No dia 7 mudou-se o apparelho e injectou-se uma solução de chloreto de zinco a 8 % e applicou-se outro penso. No dia 14 renovou-se ainda uma vez o penso de iodoformio.

No dia 20 mudou-se o penso de iodoformio; os ossos iam sensivelmente diminuindo de volume, já ella não acusava mais dôr, a ferida em via de cicatrisação perfeita com alguns botões carnosos salientes. No dia 27 collocou-se um novo apparelho, nivelaram-se os botões carnosos pelo nitrato de prata.

No dia 8 de Outubro retirou-se o apparelho por uma vez, a ferida estava perfeitamente cicatrisada, os ossos voltaram ao volume normal, já não se percebem os ganglios tumefeitos, a articulação conserva o movimento, o estado geral é bom, a doentinha engorda e robustece-se; a cura completa da affecção tuberculosa local se operou tendo apenas uma ligeira cicatriz, a mobilidade da articulação accentua-se dia a dia; continuando a doente no uso do xarope dos cinco phosphatos e oleo de figado de bacalháo; e sendo photographada em ambos os estados (doente e bom), como se vê nas estampas.

O quadro thermometrico da temperatura no mez de Agosto foi o seguinte:

No dia 7 á tarde.	
» » 8 de manhã.	38°,5
» » » á tarde	37°,2
» » 9 de manhã.	37°,5
» » » á tarde.	37°
» » 10 de manhã.	37°,5
» » » á tarde.	37°
» » 11 de manhã.	38°,2
» » » á tarde.	37°
» » 12 de manhã.	37°
» » » á tarde.	36°,8
» » 13 e 14 de manhã	37°
» » » » á tarde.	37°
	37°

No dia 15 de manhã.	37°,2
» » » á tarde	38°
» » 16 de manhã.	37°,9
» » » á tarde.	38°
» » 17, 18 e 19 de manhã	37°
» » » » » » á tarde.	37°,5
» » 20 de manhã.	38°
» » » á tarde.	38°,5
» » 21 de manhã.	36°
» » » á tarde.	37°
Até » 31 de manhã.	37°,5
» » » á tarde.	38°,4

Em Setembro a temperatura foi a seguinte:

No dia 1 de manhã.	37°,8
» » » á tarde	38°,1
» » 2 de manhã	37°
» » » á tarde	37°,8
» » 3 de manhã.	37°
» » » á tarde	38°,5
» » 4 de manhã.	37°
» » » á tarde	38°
» » 5 de manhã.	37°
» » » á tarde	37°

voltando ao estado normal.

V

Osteite epiphisaria tuberculosa, carie, sequestrotomia, abrasão, resecção e cura com reproducção ossea

Theodoro Francisco de Souza, preto, 12 annos, natural da Bahia, entrou para o Hospital de Misericordia em 22 de Março de 1887 e foi occupar na enfermaria de S. Fernando, o leito n. 60 destinado ao serviço clinico do professor Dr. Manoel Victorino.

O doente disse que em 19 de Outubro de 1886 apparecera-lhe na região inferior do tibia esquerdo e na articulação tibio-tarsiana, não se lembrando bem se por pancada ou por outra qualquer causa apparente, uma dor e que esta estendera-se até um pouco abaixo da articulação do joelho, o osso augmentara de volume na parte em que primitivamente sentira a dor, tornara-se quente, tumefeito, e elle tivera calafrios e febre.

Mais tarde a pelle distendida, avermelhada e lusidia rompera-se na parte mais saliente do tumor, suppurara por muito tempo n'este ponto, fechando depois, abrindo outro um pouco mais abaixo; assim succederam-se multiplas fistulas, até a occasião em que o doente entrou para o Hospital, quando trazia visivelmente tres, duas correspondendo ao nivel do maleolo interno, e uma na parte superior.

Feito o exame geral, já da auscultação do apparelho respiratorio, que apenas denuuciava uma fraqueza extrema, já da apalpação dos outros orgãos e ganglios que nos faziam suppor que se tratava de um individuo lymphatico, onde a miseria physiologica, influenciada pelo estado anemico profundo, amesquinhara a sua organisação — chegamos á conclusão de que o doente não soffria de outra lesão tuberculosa á não ser a que se via exteriormente, na região inferior do tibia.

Quanto aos dados anamnesticos de hereditariedade, diz o doente que os seus paes ainda vivem, e não lhe consta haver morrido algum parente de tuberculose.

O exame local mostrava que além das tres fistulas já mencionadas, o tibia achava-se muito augmentado de volume, até mais ou menos a união do terço inferior com o terço medio.

A pressão sobre o tumor osseo fazia com que escoasse

grande quantidade de pús pelas fistulas, e á sondagem d'ellas, pelo stilete, sentia-se em todo o trajecto granulações que sangravam sem esforço, antes mesmo de chegar á superficie ossea que se achava cariada, reduzida a uma cavidade cheia de massas caseosas, e fluctuando no seu centro um sequestro crivado de vegetações que foi logo extrahido, sendo injectada uma solução de chloreto de zinco a 5 % e applicado um penso listeriano.

Em Abril fizeram-se injecções de iodol e em 13 do mesmo mez foram prescriptas as pilulas de Blanclard (1 vidro) e o oleo de figado de bacalháo.

A' 5 de Maio applicou-se sobre a parte ulcerada da pelle, que cicatrisava, vaselina boratada, e repetiram-se as pilulas. A' 29 o doente appareceu com uma lymphangite, febre alta e os glanglios tumefeitos.

Foi-lhe receitado:

Alcoolatura de aconito	2 grams.
Nitrato de potassa	3 grams.
Infusão de tilia	200 grams.
Xarope de flores de larangeira	30 grams.

Para tomar 1/2 calice de hora em hora.

A' 30 foi-lhe receitado:

Bi-carbonato de soda	ãã 4 grams.
Salycilato de soda	

Dividido em 8 papeis, para tomar um de 3 em 3 horas dissolvido em agua.

Sulfato de quinino	1 gram.

Dividido em 3 papeis.

A' 31 foi repetida a formula da alcoolatura de aconito. O doente passou bem relativamente aos outros dias, e cedeu a

lymphangite. Por muito tempo fizeram-se injecções de iodol sem resultado apparente.

N'esta epocha vendo-se que estes meios eram infructiferos, fez-se, depois de chloroformisado o doente sobre a meza de operações, e applicada a faxa de Esmarch substituida pelo tubo compressor — a destruição e abrasão completa da caverna ossea por meio de goivas fortes.

Depois de eliminadas as partes cariadas e reduzida a superficie ossea a uma superficie nova e sanguinolenta, fez-se a hemostasia, asseiou-se a ferida, collocou-se um grosso tubo de drenagem e applicou-se um apparelho completo de iodoformio. Outros apparelhos da mesma substancia foram applicados depois, a ferida entrou em cicatrisação, o doente melhorou sensivelmente e em 27 de Julho foi receitado:

Vinho quinado	500 grams.
Para tomar aos calices.	

A' 13 de Agosto:

Carbonato de magnesia.	16 grams.
Acido citrico	24 grams.
Agua comm.	300 grams.
Xarope de limão	32 grams.

A' 30 do mesmo mez pilulas de Blancard e injecções de chloreto de zinco.

Tendo apparecido novos fócos tuberculosos foi resolvida, a 10 de Setembro, a resecção, e tomados com antecedencia todos os cuidados antisepticos de instrumentos, esponjas, etc., foi chloroformisado o enfermo, applicada a faxa de Esmarch, lavada e asseiada antisepticamente a parte que tinha de soffrer a operação, fez-se parallelamente a crista tibial, uma incisão de 9 a 10 centimetros que foi até a superficie ossea e

duas outras perpendiculares a primeira, uma na extremidade superior, e outra ao nivel do maleolo interno; destacaram-se as partes osseas das partas molles deixando-se o periosteo, dos logares sãos, unido as outras partes isentas do processo tuberculoso.

Todo este acto operatorio foi feito á custa das raspadeiras rectas.

Serrou-se o osso na parte superior por meio da serra commum, procurou-se serrar a parte inferior, porém como o osso estava necrozado e quebradiço — fracturou-se; sendo então arrancado o fragmento por meio da pinça de Farabeuf.

Depois de raspadas e eliminadas todas as fungosidades, e verificado que em recanto algum da nova ferida existia elemento morbido, suspendeu-se pouco á pouco o tubo compressor, ligaram-se os vasos que sangravam, asseiou-se a ferida com uma solução concentrada de acido phenico, fizeram-se as suturas a catgut e collocou-se na parte mais declive um feixe de fios da mesma substancia, pulverisou-se com iodoformio, applicou-se um apparelho completamente iodoformisado, envolveu-se toda a perna em ataduras de flanella e applicou-se um apparelho de silicato de potassa. Manteve-se a perna n'uma gotteira, calçada com cochins e foi-lhe receitado:

Bromhydrato de quinino . . . . . 1 gram.
D. em 3 papeis.

No dia 12 suspendeu-se o primeiro apparelho e applicou-se o segundo.

No dia 21 foi levantado o segundo apparelho e applicado o terceiro, depois de retirados os pontos de sutúra e o feixe de catgut que em parte fôra absorvido.

No dia 12 de Outubro foi substituido o terceiro pelo

quarto apparelho. A ferida estava reunida por primeira intenção, e como o apparelho de silicato encommodava ao doente ao nivel do tendão de Achilles, collocou-se entre a camada de algodão do penso antiseptico e a gase uma gotteira de papelão forrada do mesmo algodão, applicou-se depois o apparelho completo de iodoformio, e o de silicato de potassa, e prescreveu-se xarope dos phosphatos.

No dia 9 de Novemdro levantou-se o quarto apparelho; a ferida achava-se completamente sã, tendo apenas a cicatriz das incisões, e já sentia-se, deixando escorregar os dedos sobre a crista tibial, que a reparação ou reproducção ossea ia se dando na parte que se tinha reseccado; applicou-se o quinto apparelho e repetiu-se o xarope dos phosphatos e o oleo de figado de bacalháo. O doente caminhou com o apparelho por muito tempo até que em 7 de Dezembro levantou-se todo apparelho por uma vez.

A reproducção ossea estava muito adiantada, o doente apoiava-se sobre a perna que tinha soffrido a operação, porém com um certo receio.

Em virtude de prevenir a claudicação, o doente foi obrigado a guardar o leito, e sempre em uso do xarope dos phosphatos e do oleo de figado de bacalháo até que em 19 de Dezembro teve alta completamente curado, robusto, firmando-se bem na perna operada e deixando ver claramente, na parte reseccada do tibia, a reproducção ossea constituida por um cylindro duro, forte e ligeiramente achatado até a articulação.

O quadro thermometrico durante a lymphangite e a operação de abrasão foi este:

Maio dia 29 pela manhã.	. . . . .	40°
» » » » tarde	. . . . .	39°,4
» » 30 » manhã.	. . . . .	41°

Maio	dia	30	pela	tarde	38°,6
»	»	31	»	manhã	39°,5
»	»	»	»	tarde	38°,4
Junho	»	1	»	manhã	38°
»	»	»	»	tarde	38°,4
»	»	2	»	manhã	38°
»	»	»	»	tarde	38°,4
»	»	3	»	manhã	36°,6
»	»	»	»	tarde	37°
»	»	4	»	manhã	36°,8
»	»	»	»	tarde	37°
»	»	5	»	manhã	37°
»	»	»	»	tarde	37°

voltando ao estado normal.

A observação do pulso foi á 29, 135; á 30, 130; á 31, 100, e assim foi abaixando até ao normal.

A temperatura depois da operação da resecção foi a seguinte:

Set.	dia	10	á tarde	37°,6
»	»	11	de manhã	37°,1
»	»	»	á tarde	37°,9
»	»	12	de manhã	37°,4
»	»	»	á tarde	38°
»	»	13	de manhã	37°,7
»	»	»	á tarde	38°,3
»	»	14	de manhã	37°,6
»	»	»	á tarde	37°,9
»	»	15	de manhã	37°,6
»	»	»	á tarde	37°,9
»	»	16	de manhã	37°
»	»	»	á tarde	37°,7
»	»	17	de manhã	37°,2
»	»	»	á tarde	37°,7

Set. dia 18 de manhã	36°,8
» » » á tarde	37°
» » 19 de manhã	36°,6
» » » á tarde	37°

voltando ao estado physiologico.

O pulso foi de 100 á 120, e depois acompanhou sempre ás oscillações thermometricas.

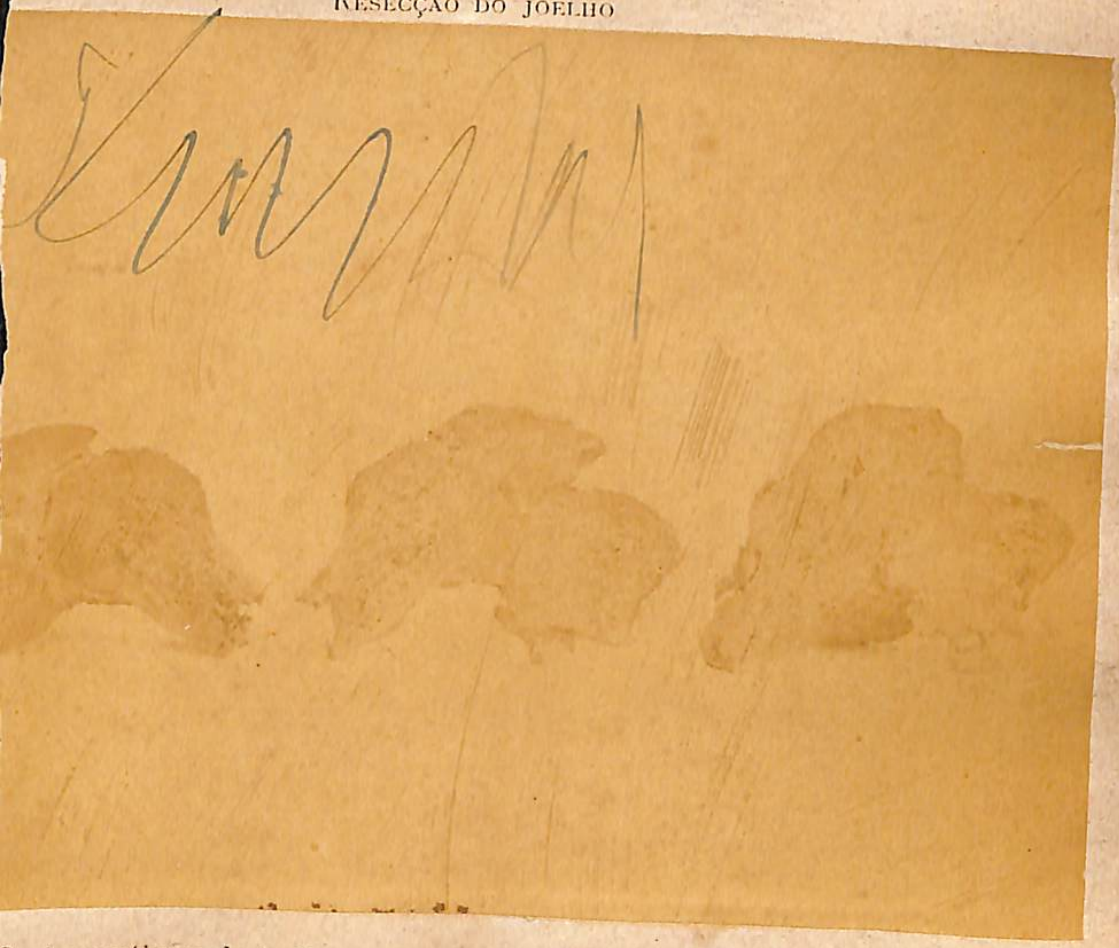
Osteo-arthrite tuberculosa do joelho direito tal qual foi resecado

Antes da operação

Depois da operação

Estampa III — Observação n. 1

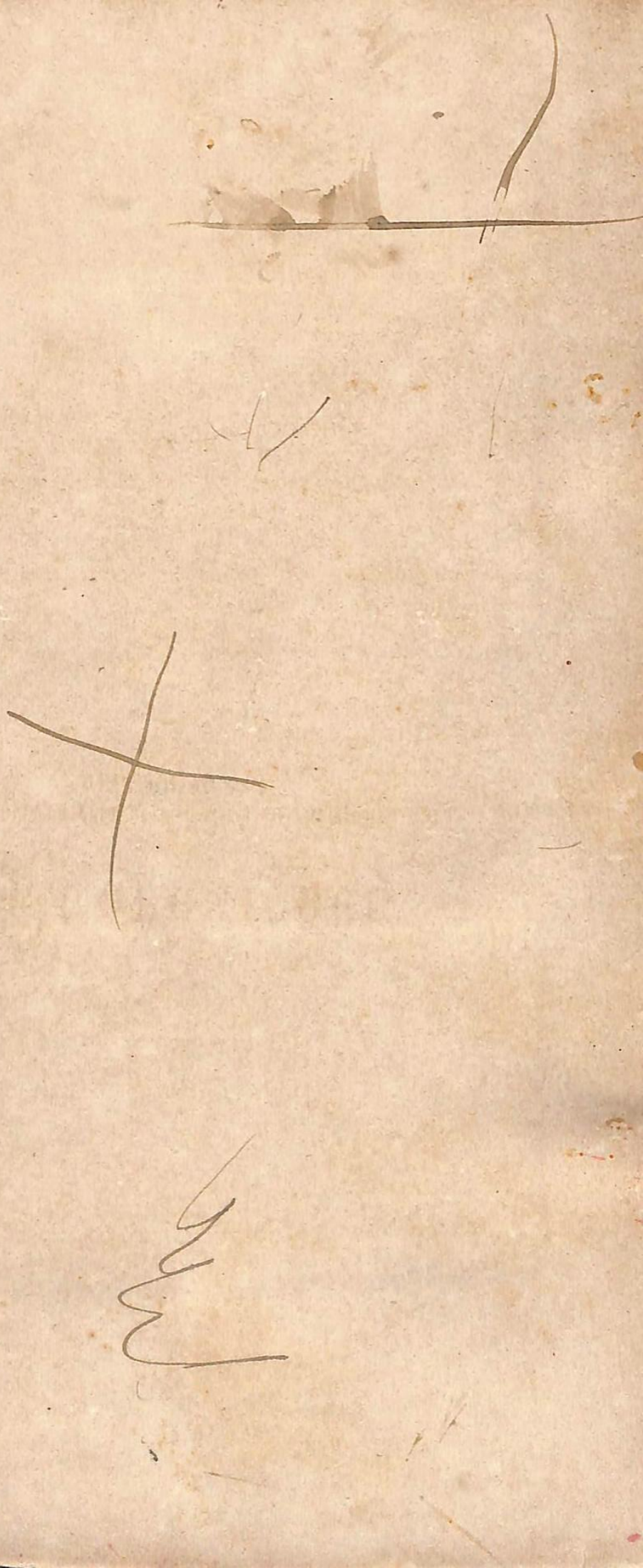
RESECÇÃO DO JOELHO



Cortes verticaes do joelho reseccado mostrando osteites rareficantes e zonas caseosas

Antes da operação

Depois da operação



PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE SCIENCIAS MEDICAS, CIRURGICAS E ACCESSORIAS DA FACULDADE

PROPOSIÇÕES

Physica Medica

Electrolyse e suas applicações á medicina

I

Tripier e Mallez, baseados nos trabalhos de Crusell, Faraday Volta, Galvani, sobre a acção destruidora da corrente electrica, instituiram o emprego da electrolyse no tratamento dos estreitamentos da urethra, organicos, fibrosos, retracteis contra-indicando, porém, nos esponjosos, spasmodicos e inflammatorios.

II

Na electrolyse ou methodo galvano-cauterio-chimico uzam-se de urethrotomos que cortam ou destroem á custa da acção da electricidade, e emprega-se para isso pares de pilhas de bi-sulfato ou proto-sulfato de mercurio ou a machina de Gaiffe, em que entra o chloreto de prata e zinco, contendo no electrodo positivo largo disco amparado por um cabo e no negativo um mandrin de cobre de formas diversas destinado á operação.

III

Pelas cicatrizes retracteis e pelas recidivas constantes tem-se abandonado a electrolyse, que aliás teve sua epocha na cura dos estreitamentos urethraes, preferindo-se os methodos mais efficazes e expeditos, como o catheterismo,

divulsão, dilatação, urethrotomia interna e externa, dependendo, porém, a escolha d'este ou d'aquelle methodo, do caso e da occasião.

Chimica Medica e Mineralogia

Estudo medico-chimico do acido carbonico

I

Sabe-se que o acido carbonico livre é um corpo gazoso, não propriamente um acido, porém um anhydride.

II

Tem-se empregado hodiernamente a anhydride carbonica nos tuberculosos pela sua acção desinfectante e influencia nas combustões organicas.

III

A anhydride carbonica é muito facil de obter-se e por isso tem sido na pratica medica o motivo de explorações.

Botanica e Zoologia

Respiração nos peixes e nos insectos

I

Os orgãos prepostos ao phenomeno da respiração dos peixes são as branchias ou guelras.

II

As funcções respiratorias nos insectos dão-se á custa de orificios ou *estigmates* e trachéas.

III

Elles respiram o ar contido na agua ou na athmosphera, sendo as metamorphoses chimicas mais ou menos identicas ás de outras especies de animaes.

Chimica Organica e Biologica

Phenomenos chimicos da digestão

I

As acções chimicas que se passam no tubo digestivo teem por fim a dissolução e absorpção das substancias alimentares.

II

Essas modificações especiaes ou as series dos productos soluveis, fazem-se á custa da saliva, do succo gastrico, pancreatico, da bilis e do succo intestinal.

III

Para que se deem as differentes transformações por que passam os amylaceos, os albuminoides e os gordurosos, além da acção dos diversos succos digestivos, exercem incontestavel influencia os alcoolicos, os acidos, os alcalinos, etc., que entram na alimentação.

Anatomia Descriptiva

Estudo anatomico do rim

I

O apparelho preposto á secreção e excreção urinarias é composto dos rins, orgãos secretores, uretheres, conductos

vectores, bexiga, orgão de deposito ou reservatorio e urethra, conducto excretor.

II

Os rins acham-se situados ao lado da columna vertebral, occupando a parte mais profunda e mais elevada da cavidade abdominal ou a região lombar, fixos por um tecido cellular gorduroso que o envolve.

III

São em numero de dous, tendo geralmente 12 centimetros de comprimento, 7 de largura e 3 de espessura, affectando relações importantissimas pela face anterior, posterior, bordo interno e externo, extremidade superior e inferior.

Hystologia Theorica e Pratica

A structura das fibras musculares estriadas explica o mechanismo physiologico da contracção muscular?

I

O microscopio no estudo dos phenomenos biologicos da contractilidade permitte distinguir a acção muscular a acção nervosa; o musculo é constituido por juxtaposição de fibras striadas ou lisas, as fibras musculares striadas ou cellulas verdadeiras, são mais ou menos numerosas, volumosas e longas, e formam os feixes primitivos.

II

O phenomeno da contracção depende da structura das fibras striadas, ellas teem um involucro delgado ou transparente *sarcolema* ou *myolema*, e fibrilas elementares que

enchem o involucro e nucleos ovoides enfileirados entre o *myolema* e as fibrilas.

III

A physiologia e a hystologia experimental provam pelos factos que a contractilidade é uma propriedade inherente ás fibras musculares e que este acto pode ser posto em jogo por intermedio dos nervos (da vontade, excitação sensitiva, reflexa e excitação dos nervos motores) ou directamente sobre os musculos por acção mechanica, chimica ou electrica.

Physiologia

Somno, sonho e somnambulismo

I

O somno é a consequencia do trabalho intermittente ou o repouso dos orgãos nervosos superiores; elle constitue, como a alimentação, uma necessidade para a vida. Os physiologistas explicam-n'o pela circulação encephalica, etc.

II

O sonho é uma modalidade do somno sobre situações ou actos diversos, com vigilia da memoria e conservação das imagens de cousas e pessoas.

III

O somnambulismo é o modo mais complexo do sonho acompanhado de movimentos onde não predomina o sentimento da realidade, mas sim o imperio das idéas sob as quaes acha-se o somnambulo.

Pathologia Geral

Principaes theorias da febre

I

A febre é o resultado da exageração das combustões e da producção de phenomenos physico-chimicos, com uma affecção de causa irritante de todo o systema nervoso e vascular, acompanhada de perturbações das funcções organicas.

II

A thermogenese é explicada pela acção ou influencia de diversos factores sobre os phenomenos physico-chimicos, principalmente a acção consideravel, que exerce o systema nervoso trophico e thermico, sobretudo os vaso-motores, que, excitando ou moderando a circulação peripherica ou central, modificam a actividade dos phenomenos nutritivos.

III

Entre as innumeras theorias apresentadas pelos physiologistas para explicar a exageração da temperatura na febre, figuram como as mais acceitas: a theoria nervosa, a humoral e a acção dos agentes septicos e pyrétogenos.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

Considerações sobre anatomia e significação pathologica do lupus

I

O exame das peças e as diversas opiniões formuladas

sobre a structura do lupus consideram-n'o como uma manifestação cutanea da tuberculose.

II

A anatomia e significação pathologica do lupus collocaram-n'o definitivamente como a escrophulose, no quadro nosologico das manifestações tuberculosas; o lupus é uma inflammação da derma, um adenoma das glandulas sebaceas e sudoriparas com formação epithelial exagerada, tendo por ponto de partida o corpo mucoso.

III

O lupus tem a structura e a evolução dos productos tuberculosos; as lesões consistem no desenvolvimento das granulações isoladas ou confluentes sobrevindo a degenerescencia granulo-gordurosa, caseosa ou a transformação fibrosa.

Pathologia Interna

Phthisica pulmonar

I

Já não se discute a causa determinante da phthisica, mas sim os meios praticos medico-cirurgicos e as precauções capazes de impedir ou destruir o bacillo de Koch ou prevenir que este germen encontre occasião ou terreno proprio para o seu desenvolvimento.

II

A phthisica pulmonar é caracterisada por tuberculos, enkystados ou não, que podem ser crús, miliares, amollecidos, ou ulcerados.

III

Inclinamo-nos a crer, com os elementos fornecidos pelos primeiros ensaios operatorios, que o estudo do tratamento da phthsica pulmonar será mais efficaz entregue aos cirurgiões, cujos recursos tem valor real em relação ás observações e ás conclusões da pratica.

Pathologia Externa

Tetanos traumatico e sua pathogenia

I

Documentos originaes, curiosissimos e valiosos, principalmente do professor Verneuil, fizeram com que a natureza, origem e pathogenia do tetano, que até então pairavam nos dominios de variadas hypotheses, tivessem como explicativa uma theoria séria e demonstravel.

II

O tetanos é uma molestia parasitaria, virulenta, infecto-contagiosa, de origem animal, cuja transmissão dá-se geralmente do cavallo ao homem, do homem ao cavallo e do homem ao homem por contacto directo ou immediato.

III

O professor Verneuil, ligando importancia não só ao sexo, idade, séde e complicações do traumatismo, como tambem ás profissões dos individuos e circumstancias que precederam ou acompanharam as manifestações morbidas, estabeleceu as conclusões seguintes: 1.ª o tetanico foi ferido por instrumento que servio ao cavallo; 2.ª que o tetanico foi

ferido ou mordido pelo cavallo; 3.ª que o ferido esteve em contacto mais ou menos continuo com o cavallo; 4.ª que foi ferido em uma quéda de cavallo ou de carruagem; 5.ª que sendo ferido por um accidente qualquer, sua ferida poz-se em contacto com os excrementos do cavallo ou com a terra impregnada d'elles; 6.ª o enfermo tem uma profissão que o submette sem cessar ao contacto com os cavallos ou com as dejecções ou a terra onde ellas cáem.

Materia Medica e Therapeutica

Da hydrotherapia

I

Priessnitz, em 1829, estabeleceu na cura das molestias um methodo que consiste na administração d'agua em abundancia quer interna quer externamente.

II

A medicina hydro-therapica usa dos banhos frios ou quentes, geraes ou parciaes, que se dividem em simicupios, banho dos pés e de muitas outras regiões; pannos molhados, seringatorios, lavatorios, duchas ascendentes ou descendentes ou horizontaes, banhos de chuveiro e fricções, como meios sudorificos energicos.

III

Ha para estes fins casas de saude ou estabelecimentos hydrotherapicos prevenidos de poderosos apparelhos e que prestam bom serviço.

Anatomia Topographica e Medicina Operatoria

Da tuberculose externa perante a cirurgia

I

As tuberculoses externas exigem uma intervenção cirurgica, quando não apresentam tendencia expontanea á cura.

II

É preciso supprimir totalmente uma lesão tuberculosa desde que ella vae constituir a causa da extenuação organica.

III

A formação de fócos secundarios, ou consecutivos ás intervenções cirurgicas, pode ser considerada como um facto, sinão excepcional, pelo menos pouco commum nas operações efficazes de dierese ou exerese.

Partos

Apreciação dos methodos operatorios preconizados na provocação do parto prematuro-artificial

I

O parto prematuro-artificial será preciso toda vez que a vida da mulher fôr seriamente compromettida por causas dependentes ou não da prenhez.

II

Os vicios de conformação materna, a morte habitual do feto, e o excesso de volume, do producto da concepção

permittem a intervenção pelo parto prematuro-artificial, subordinado, porém, aos signaes de um diagnostico exacto da bacia, á data da prenhez, certeza da vida do feto e ausencia de molestias que poderiam aggravar-se pela operação.

III

Os processos postos modernamente em pratica para determinar o parto prematuro-artificial, são os que actuam sobre o collo ou sobre o ovulo, descollando ou perfurando as membranas.

Pharmacologia e Arte de Formular

Considerações acerca da vaselina como excipiente das pomadas

I

A vaselina é uma substancia sem cheiro, unctuosa, não saponificando-se e inerte como excipiente nas preparações das pomadas.

II

Obtem-se a vaselina tratando o alcatrão de petroleo pelo ether. Ella dissolve o iodo, o enxofre, o phosphoro, a camphora, resinas, alcaloides, etc., etc.

III

A vaselina deve ser sempre escolhida como excipiente nas pomadas, seja qual for a preparação, pela sua inercia, penetrabilidade e inalterabilidade.

Hygiene

Os microbios e as molestias contagiosas

I

O problema capital e palpitante da actualidade está confiado á analyse biologica dos processos de putrefacção que se passam no interior ou exterior do organismo.

II

A ideia do contagio é inherente á doutrina que attribue a mór parte das molestias conhecidas a uma origem parasitaria, graças ás immortaes experiencias de Pasteur e ás pesquizas fundamentaes de Koch.

III

O conhecimento exacto das propriedades dos microbios, d'esses elementos pathogenos que introduzidos no organismo determinam as molestias e symptomas tão completos e variados, estabelecerá um dia o methodo therapeutico especifico e racional.

Medicina Legal e Toxicologia

Responsabilidade medica

I

A responsabilidade é um facto imposto a todo homem e a toda profissão.

II

O medico pela sublimidade do seu sacerdocio deve mais que ninguem ser responsavel pelos seus actos.

III

A responsabilidade medica deve ser admittida para aquelles que, por negligencia, temeridade, commetteram faltas por não observancia dos preceitos que a sciencia ensina.

Clinica Medica (1.ª cadeira)

Estudo clinico e comparativo das organopathias alcoolicas

I

Nenhum orgão ou tecido póde reputar-se directa ou indirectamente immune da influencia ou da acção do alcool.

II

Ou a acção toxica do alcool se exerça directamente sobre os elementos conjunctivos que constituem o arcabouço dos diversos orgãos, ou provoque por intermedio dos vasomotores as hyperemias que são o ponto de partida das inflammações chronicas, o que é certo é que a sclerose em geral, com a degeneração do parenchyma, é a lesão commum do alcoolismo.

III

Sob o ponto de vista clinico, as organopathias alcoolicas se confundiriam com outras organopathias toxicas se o alcoolata não fosse um enfermo em quem se deve attender muito mais á molestia do que á lesão.

Clinica Medica (2.ª cadeira)

Estudo clinico da tuberculose á luz das diversas theorias etiologicas e pathogenicas d'esta enfermidade

I

As deducções clinicas de modernos estudos physio-pathologicos fizeram com que todo mundo admittisse a tuberculose como uma molestia de natureza parasitaria e que sua infecciosidade residisse no bacillo de Koch.

II

O bacillo tem alcançado uma importancia tal no estudo clinico da tuberculose que quando se quer diagnosticar esta molestia procura-se com cuidado a presença do factor pathogeno nas expectorações, etc., para confirmal-a, ou em caso de ausencia permittirá o contagio pelas inoculações em series dos productos.

III

Ultimamente nas sessões do Congresso da Tuberculose já não discutio-se mais a sua etiologia e pathogenia pela certeza de seu diagnostico experimental, mas sim o meio de impedir as vias de propagação ou contagio, quer destruindo directamente o germen, quer tornando o organismo refractario a sua acção.

Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

Abcessos por congestão e seu tratamento

I

Esses abcessos se desenvolvem entre individuos sãos após

um traumatismo, um resfriamento ou annunciando e coincidindo com uma molestia contagiosa.

II

Seja qual for o abcesso, elle se desenvolve ou sob a influencia unica dos microbios pyogenos, *micrococus*, *streptococus*, *staphilococus* etc., ou o que é mais commum, como nos abcessos por congestão, a presença d'estes e dos pycolos, bacterios, vibriões, bacillos, etc.

III

Os abcessos por congestão são sempre de origem tuberculosa e todos os preceitos preconisados para seu tratamento, e acha-se no corpo da nossa dissertação, estão no dominio da therapeutica antiseptica.

Clinica Cirurgica (2.ª cadeira)

Tratamento dos aneurismas

I

O professor Germain Sée apresentou á *Academia de Medicina* um estudo firmado nas observações de Stokes, sobre a frequencia da tuberculose nos aneurismaticos, explicando que muitas vezes as lesões das membranas internas e média das arterias se tornam aneurismaticas por effeito dos bacillos.

II

Depois de ter demonstrado a existencia dos aneurismas com bacillose, elle procura toda a sorte de motivos para condemnar as intervenções operatorias, provando, como o professor Verneuil, a incoherencia e perigo da filipunctura

e a inefficacia, como Dujardin-Beaumetz, do tratamento da dilatação pela electro-punctura.

III

A melhor maneira de estudar e julgar os effeitos das intervenções está na pratica; assim, por uma autopsia feita ultimamente em um aneurismatico do serviço da 2.ª cadeira de clinica cirurgica em que se introduzio no sacco as cordas de viola— verificou-se que um só coagulo enchia toda a cavidade e que as condições de organisação se estabeleciam; permittindo assim novas conclusões e tentativas com este meio de intervenção.

Clinica Ophtalmologica

Da influencia do alcool e do tabaco sobre a funcção visual

I

A' Desmarres, Mackensie, Hutchinson, Critchett e Sichel devem-se estudos muito interessantes acerca das amblyopias nicoticas e alcoolicas.

II

A amblyopia alcoolica ataca ordinariamente, ao mesmo tempo e de modo egual, ambos os olhos; a amblyopia nicotica pode atacar um só olho e quando ambos são atacados não soffrem no mesmo gráo.

III

Se a intoxicação alcoolica se prolonga indefinidamente pode acarretar desordens reaes e graves na substancia do nervo optico, produzindo-se então uma atrophia progressiva da papilla, porém de marcha lenta, emquanto que a amblyo-

pia nicotica que começa por um scotoma central marcha rapidamente para a cegueira.

Clinica Psychiatrica

O hypnotismo e o livre arbitrio

I

O livre arbitrio, não como o pretendia a velha metaphysica, é um producto de evolução anthropologica, fructo da educação e aperfeiçoamento progressivo dos orgãos, e sujeito por consequencia ás condições physicas e moraes

II

O estudo das sciencias naturaes não attesta contra a existencia do livre arbitrio humano. Os limites que a natureza e a sociedade impõem ao livre desenvolvimento do poder volitivo, longe de atacar a propria essenciado livre arbitrio, mais o confirmam.

III

Supprimir a vontade pelo hypnotismo não é negar o livre arbitrio, como supprimir a sensibilidade pelo chloroformio não é contestar a percepção sensivel e consciente. Só se inhibe uma funcção que existe.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

Ovariotomia e antisepsia Listeriana

I

Foi Schorkopf o primeiro que, em 1685, admittio a ideia

de se poder obter uma cura completa extirpando um kysto do ovario.

II

Repellido com horror por mais de seculo e meio, foi entretanto executado por Mac-Dowel, em 1809, e d'ahi por deante tentado uma ou outra vez, até que sob o impulso de Abbée, Spencer Wells, Baker Brown, e Kæberlé, a ovariotomia tornou-se uma das operações mais felizes e grandiosas.

III

A applicação do methodo aseptico constitue um dos mais brilhantes progressos por que tem passado a ovariotomia; graças a elle dão as estatisticas resultados que se podem reputar inesperados.

Falta uma folha