ESTUDOS

SÔBRE A

TUBERCULOSE

(DEMOGRAFIA – HIGIENE – CONGRESSOS – CLÍNICA)

POR

THIAGO D'ALMEIDA

Professor de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto

1921

LIVR A MOD ERNA

DE

Machado Gonçalbeiro, L.da

LARGO DO ROSIO, 50

PO

Tip. a vapor da "Enciclopedia Portuguesa,
Rua Cândido dos Reis, 47 a 49 — Pôrto

Ao amigo de sempre

O Conselheiro José Malheiro Reimão

OF.

O Autor.

Através da minha vida de clínico e professor, aproveitando os claros do trabalho profissional, diversos estudos tenho publicado na imprensa médica acêrca da tuberculose, mal que constituíu sempre, e por muito tempo ainda constituirá, um grande e terrível flagelo da humanidade, e sob o ponto de vista scientífico campo sempre aberto a investigações clínicas e laboratoriais.

Alguns dêstes estudos, versando assuntos variados, são hoje reunidos em volume, compilação de trabalhos representativos das atenções que tenho prestado à doença, que por bastante tempo, dez longos anos, me dominou sem conseguir vencer-me.

É que os anos avançam, e com os sulcos vincados dia a dia sinto a necessidade de ver coleccionados artigos dispersos em diferentes gazetas médicas, e outros insertos em livros dos nossos congressos. Ninguém estranhará que, enquanto é tempo, procure satisfazer esta aspiração quem, como a tantos outros sucede, saíu vitorioso da contenda.

Janeiro — 1921.

T. d'A.

DO AUTOR:

— *O líquido orquítico — Estudo da medicação séquardiana* — Dissertação inaugural — Julho de 1893.

— O proletariado médico — in *A Medicina Moderna* — Agosto de 1897.

— Soroterapia na tuberculose — in *A Medicina Moderna* — Junho de 1898.

— Um caso de dipsomania — Relatório Médico-legal. — in *A Medicina Moderna* — Março de 1901.

— O cancro em Viana do Castelo — in *Pôrto Médico* — Agosto e Setembro de 1904.

— A Febre na Tuberculose pulmonar — Dissertação de concurso — Dezembro de 1905.

— Prof. Clemente Pinto — Biografia — in *Anuário da Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto* — 1906-1907.

— O tratamento da tuberculose nos sifilíticos — in *A Medicina Moderna* — Julho de 1911.

— Excursões escolares médicas — Conferência na Associação Médica Lusitana — in *Boletim da Associação* — Dezembro de 1912.

— Lições de Clínica Médica — 1.º vol. — Março de 1913.

— Estenose mitral pura — Observação e autópsia — in *Medicina Contemporânea*, n.º 41 de 1919.

— Prof. Roberto Frias — Discurso de comemoração pronunciado na Faculdade de Medicina do Pôrto — Janeiro de 1921.

— As vertigens de Damião de Gois — in *Arquivos da História de Medicina Portuguesa*, n.º 3 de 1921.

— Lição de apresentação de doentes (Mal de Bright, F. paratifoide, Tabes, Doença azul) — in *Portugal Médico*, 1919, n.º 8, Agosto.

I

A Tuberculose em Viana. — Necessidade dum Sanatório

(Opúsculo publicado em 1896, e apresentado à *Sociedade das Sciências Médicas de Lisboa* pelo Prof. Sousa Martins, em sessão de 9 — Janeiro — 1897. *J. da S. Sc. M., n.os 1 e 2 — 1897*).

Viana do Castelo, à medida que a sua área vai alargando, que os seus melhoramentos industriais se multiplicam, que a sua população aumenta, é dizimada em progressão crescente pela tuberculose, até hoje o maior inimigo da humanidade.

E' nos grandes centros populosos que a tísica pulmonar mais se desenvolve e prospera, podendo bem assinalar-se a lei demográfica: os progressos da tuberculose são proporcionais à densidade da população. Basta consultar as estatísticas mortuárias de Londres, de Paris, de Viena, e no nosso país, de Lisboa e Pôrto, para que o facto nos apareça na terrível nitidez duma tristíssima verdade.

O Minho está pagando um pesadíssimo tributo à fatal doença, havendo algumas povoações do nosso distrito

onde a disseminação tuberculosa assumiu proporções assustadoras aos olhos de quem se interessa pela saúde pública.

Viana não escapa à lei mencionada, e a-pesar-disso, por aqui, como pelo resto do país, domina a mais criminosa indiferença, não se notando a mais ligeira aplicação de meios impeditivos da invasão do terrível morbo, nem da parte dos que governam, nem da parte dos que são governados.

Porque a tuberculose há muitos anos já que deixou de constituír um simples caso patológico, para tomar as proporções dum grave problema social.

Se a tísica pulmonar estivesse humildemente acantonada num capítulo da patologia, ao alcance de medicamentos e fàcilmente dominada pela terapêutica, não preocuparia a sua propagação; se ela tomasse o carácter agudo duma epidemia, meios excepcionais poriam termo à invasão epidémica. Mas não sucede assim com a tuberculose.

O terrível morbo tisiogene se por vezes, e sem dúvida é êsse o caso mais favorável, invade em toda a agudeza um organismo, vitimando-o a breve trecho, quási sempre vai lentamente alargando a tirania do seu domínio, e sem respeitar recanto algum, exterioriza-se de modos vários.

Na lentidão do seu trabalho poupa por vezes o doente à crueldade da dor, para mais fundamente levar as suas ruínas, à coberto da resistência que os padecimentos dolorosos obrigam a opor.

Assim cavando, assim minando, num perfeito trabalho de sapa, a tuberculose abre o maior número de sepulturas, aniquila em pouco tempo famílias inteiras, quando não transmite debilidades orgânicas através de gerações, que podem bem considerar-se uma sucessão de sofrimentos.

E o homem cai no abismo da tuberculose precisa-

mente na época da vida em que mais útil êle poderia ser para a sociedade.

O elevado coeficiente da letalidade pela tuberculose devia chamar a atenção dos nossos governos, mas para êstes a saúde pública só merece reparos quando uma epidemia invade ou ameaça invadir o país. Todavia, não há comparação possível entre os estragos da tuberculose e os da epidemia mais mortífera.

Um exemplo basta. Segundo uma estatística que temos presente a cólera tem roubado à França desde 1832 — 383.955 pessoas, ao passo que no mesmo tempo a tuberculose roubou-lhe 6.000:000!

Em face duma doença que tantos estragos produz, e doença cuja curabilidade está perfeitamente verificada, devem congregar-se todos os esforços e todas as iniciativas, cooperando humanitàriamente para a redução do mal no presente, e para sua extinção no futuro.

*

Em o nosso país, vergonhoso é o facto, não há um único hospital para o tratamento dos tuberculosos, e todavia não há um médico, medianamente conhecedor do assunto, que não esteja convencido da utilidade do tratamento isolado dos tísicos em sanatórios onde a higiene, a alimentação e a terapêutica, numa aplicação metódica e num regímen severo, restituam a saúde aos doentes do peito, conquistando para o trabalho organismos que doutro modo quási sempre se perdem.

Já se realizou um congresso médico para tratar do importantíssimo assunto, a tuberculose; o espírito superior do Prof. Sousa Martins tem chamado a atenção do poder

central para a conveniência de se aproveitar uma região orográfica do nosso país para a instalação dum sanatório; de quando em quando nos jornais diários uma ou outra voz se faz ouvir, pedindo providências que não aparecem, apontando o caminho progressivo do mal, que a maioria se habituou a desprezar.

Viana, a formosíssima terra, tem pago e continua pagando um pesadíssimo tributo à tuberculose, e é no cumprimento dum dever profissional que vimos pedir a todos, a todos sem excepção, que procurem na realização de sábias medidas higiénicas a melhoria das condições sanitárias da cidade. Claro está que neste momento curamos apenas do interêsse comum, do interêsse geral.

Temos um hospital da Misericórdia, a única instituição hospitalar da cidade, onde se recebem todas as formas clínicas; mas quando estas tendem para a cronicidade, por isso que o hospital não é um asilo, e por isso que os seus rendimentos não são dos mais largos, o doente tem de saír. No caso dum tuberculoso convém até que saia. A sua permanência num hospital não adequado ao tratamento da sua doença é nociva ao doente e é nociva à população nosocomial.

O tuberculoso que procurou o hospital é um pobre. Trabalhava enquanto a saúde, mais ou menos reduzida, lho permitia. Agora vai abrigar-se em algum recanto, sem ar, sem luz, sem confôrto, à espera da morte, sob a mão caridosa da beneficência pública, quando ela aparece. Para êstes a filantropia da nossa terra, como a de todas as outras, manifesta-se pela esmola.

Ora eu queria que esta filantropia, alargando os vôos do seu humanitarismo, se não limitasse à burguezíssima esmola dos sábados, mas trabalhasse pela instalação dum

hospital em logar e em condições de aproveitar ao tratamento dos nossos tuberculosos, na certeza de que exonerar a cidade de doentes que pelas suas condições económicas não podem tratar-se convenientemente, é medida de largo alcance.

Demonstrar a sua importância seria injuriar a inteligência de quem me lê.

A tuberculose cura-se em todos os climas e em todas as altitudes.

Afirma-o a clínica, e esta afirmação é oferecida aos que supõem que um tuberculoso é irremediàvelmente um homem perdido, e ainda aos que entendem que um tuberculoso, ou é pobre e deve morrer, ou é rico e deve necessàriamente ausentar-se para uma estação de altitude.

Quando se abrem escolas e asilos, quando se fundam hospitais e se inauguram oficinas, o humanitarismo não significa apenas um auxílio prestado à criança que se educa, ao doente que se alberga, ao velho que se protege, ao operário a quem se dá trabalho; esta caridade não tem de beneficente apenas o proveito haurido por aqueles que são auxiliados, mas é beneficente ainda e principalmente pelo proveito que da sua prática resulta para o bem geral, para a sociedade.

Não vamos agora fazer o cômputo do que Viana aproveitaria em acudir a tantos filhos seus, todos os anos caídos fatalíssimamente nas garras da tuberculose, e dela resvalando para o espaço inpreenchível do cemitério.

Qualquer que seja a fase da sua doença, o tuberculoso não deve ser desprezado.

Molière phtisique en trêve et même sans trêve, Gœthe, en guérison absolue (il est mort à quatre-vingt-un ans après

avoir été condamné à dix-neuf), pour ne citer que ces deux exemples illustres, prouvent que la force d'une société civilisée n'est pas faite uniquement de vigueur corporelle: abandonner le tuberculeux au nom de l'intérêt général est un calcul aussi faux qu'odieux. (Dr. Léon-Petit).

A hospitalização dos tuberculosos impõe-se por exigências particulares dos doentes, e por exigências gerais do bem comum.

Assim o entendem a Alemanha, a Áustria, a Suíça, esta principalmente, que tem multiplicado os seus hospitais para tratamento dos tuberculosos. A França, a êste propósito muito aquém dos três países citados, vai já compreendendo a necessidade de prestar aos tuberculosos adultos os cuidados que a iniciativa particular tem prestado à tuberculose infantil, revelados na criação de dois admiráveis sanatórios para crianças em Ormesson e Villiers-sur-Marne.

Nos três mencionados países da Europa central há sanatórios para os ricos e sanatórios para os pobres, há sanatórios de iniciativa particular e sanatórios devidos ao poder central.

Em alguns dêstes sanatórios pratica-se a caridade dum modo distinto, dispensando os benfeitores a ostentação dos seus benefícios, e ficando os beneficiados ao abrigo de melindres, que naturalmente oneram quem se vê caído na doença e na pobreza, tendo antes meios suficientes duma vida regular.

E' assim que se faz caridade no sanatório da condessa Puckler, em Gœbersdorf, nas Montanhas dos Gigantes (Reisengebirge). Há em Davos-Platz uma *Sociedade de socorro aos tuberculosos indigentes,* fundada em 1870 por

Spengler, Unger e Richter. Os tísicos pobres não vão para Davos, mas vão para lá aqueles que, tendo modestos recursos, demandam a atmosfera alpina para a cura dos seus padecimentos.

Algum tempo depois de estarem em Davos, êstes doentes têm de retirar, porque lhes falta o dinheiro, e todavia mais três ou seis meses bastavam para a cura de tais doentes se ultimar e consolidar. E' nestas condições que a sociedade os protege. Um cartão do médico-director basta para que êles sejam protegidos, e, como o segredo da esmola é obrigatório para os membros administradores, o doente continua no seu hotel, sem que os empregados e os demais doentes saibam que tal ou tal tuberculoso está vivendo da caridade.

Se exemplos são precisos para despertar o humanitarismo e ferir as atenções, ei-los aí, e bem nítidos, fornecidos pela república alpina, por muitos títulos notável.

Em o nosso país trata-se de festejar a descoberta da Índia com as pompas dum centenário. Organizam-se comissões, multiplicam-se os trabalhos, e, se a sua realização foi adiada, êle há de efectuar-se com todo o espectáculo de academias, de congressos, de regatas, de revistas militares, gastando-se muito dinheiro e tirando-se pouco proveito.

Ora querem os leitores saber como Berne, a capital da Suiça, celebrou em 1891 o 7.º centenário da sua fundação e o 6.º jubileu secular da confederação helvética? Fundou o Hospital do Centenário para os tísicos pobres. E por todos os seus cantões se multiplicam as *caixas para os tísicos pobres*, os *asilos para os tuberculosos*, as *sociedades para o tratamento dos* «poitrinaires».

Em Portugal, a-pesar-da emigração permanente de tu-

berculosos ricos para as estações sanitárias da Suíça, da Alemanha, e do Canigou, a-pesar-das ruinas que nas cidades mais populosas a tuberculose vai produzindo, não há um — um só — hospital para o tratamento da tuberculose pulmonar.

Nós, que somos capazes de macaquear com toda a exquisitice aquilo que de mais ridículo pode ser importado; nós, que do estrangeiro copiamos tudo que fôr extravagante, desde a ideia que tem de alimentar o nosso espírito até aos vestidos que têm de entrouxar o nosso corpo, porque não havemos de seguir o exemplo notável que a Suiça nos oferece?

Localizemos as nossas considerações.

*

Dissemos já que a tuberculose fazia notáveis estragos nesta cidade, e que algumas povoações do distrito estavam pagando um pesadíssimo tributo à doença. Pelo que diz respeito a Viana a verdade da nossa afirmação é demonstrada pelo registo mortuário da secretaria do município.

Viana é uma cidade de 9:600 habitantes, e para esta população vejam os leitores o número de tuberculosos falecidos nos três últimos anos:

Mortalidade pela tuberculose pulmonar em Viana durante os três ultimos anos

ANOS	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS	TOTAL	Para 100 falecimentos
1893	10	15	5	30	10,7
1894	15	18	5	38	14,8
1895	18	14	4	36	9,6

Neste quadro não figuram as bronquites crónicas, máscara que muitas vezes cobre a tuberculose; não figuram as mortes por intercorrências mórbidas nos tísicos; figuram apenas os casos claramente diagnosticados de tuberculose pulmonar nos registos obituários, e êstes são elaborados em face das respectivas certidões de óbito.

Todos os tuberculogistas assinalam a razão de 1:7 na letalidade pela tuberculose, e em Viana, segundo o quadro que apresentamos, a razão é de 1:10; parece, pois, que Viana está distante 4,28 pròximamente da percentagem ordinária, mas se atendermos a que na nossa estatística não figuram as tuberculoses ósseas, articulares, meníngeas, intestinais, não figuram outras manifestações tuberculosas além da tísica pulmonar, nem mesmo a escrófula, ver-se há que Viana excede o valor da lei assinalada para a mortalidade pela tísica em geral, pois 4,28 é incontestàvelmente um número inferior para abranger todos os casos fatais da tuberculose além da pulmonar.

Straus, no seu livro *La tuberculose et son bacille,* diz que na Prússia, nas grandes cidades, a proporção dos tísicos que morrem anualmente é de 36,88 por 10:000 habitantes; Viana, que tem apenas 9:600, perdeu pela tísica 36 pessoas em 1895, 38 em 1894, e 30 em 1893.

A nota dos falecimentos pela tísica segundo as idades, em Viana, mostra que é dos 20 aos 30 anos que a curva atinge a máxima elevação, descendo depois dos 30 gradualmente.

Mortalidade pela tuberculose pulmonar em Viana segundo as idades

IDADES	1893	1894	1895	TOTAL
0 a 10	5	5	4	14
10 a 20	6	9	2	17
20 a 30	9	10	16	35
30 a 40	5	6	8	19
40 a 50	2	5	5	12
50 a 60	3	2	0	5
60 a 70	0	1	1	2

Como alicerce ao que temos dito aí fica a demonstração cruel dos números.

Viana, a-pesar-de ser uma pequena cidade de província, a-pesar-dos seus fôros de *princesa,* a-pesar-de varrida constantemente pelos ventos, dá uma estatística mortuária pela tuberculose que enfileira com as estatísticas fornecidas pelas grandes e densas populações.

Isto obriga a pensar sèriamente na forma de entravar a acção morbígera do *bacillus tuberculi,* considerado não na sua influência sôbre um doente, o que pertence apenas ao clínico, mas na sua influência sôbre a disseminação duma doença por uma população inteira, o que é da alçada de todos, e todos se devem preocupar com o estado sanitário do meio em que vivem. Devem, devem, mas infelizmente não o fazem.

Se a varíola grassa com alguma intensidade, se a

dotienenteria aparece simultâneamente em três ou quatro habitações, gritam as gazetas, assustam-se as famílias, amedrontam-se as autoridades; a tuberculose progride, acantona-se na loja dum padeiro, nos armazéns dum merceeiro, ou em qualquer estabelecimento onde o público vai buscar os géneros com que se alimenta, mas isso nem sacode a pêna do jornalista, nem desperta a solicitude das autoridades, nem obriga a um esfôrço o ânimo das famílias.

Não se pense que aludindo ao perigo do contágio tuberculoso, pretendo a execução de medidas cruelmente excepcionais, como se fazia em séculos idos, quando o tanger dos sinos avisava da presença dum leproso os moradores dum logar; não se pense que estou a pedir que a sociedade fuja dum tuberculoso, quando é o tuberculoso que deve fugir da sociedade, até que a ela possa regressar apto para o *struggle for life.*

E' possível e fácil de evitar o contágio dum doente, quando cuidados profiláticos são convenientemente adoptados; mas se é possível e fácil a profilaxia, em geral não se pratica, por ignorância ou incúria das famílias, ou, doloroso é confessá-lo, por incúria dos clínicos. E, quando se praticasse, quando ela atingisse a máxima perfeição, ainda assim a hospitalização dos doentes continuaria a ser uma necessidade, pois, para garantia da sua cura, indispensável se torna afastar os pobres da atmosfera anoxigenada das mansardas, e subtrair os ricos à hediondez dos tapetes, dos reposteiros e dos papeis pintados. Uns e outros morrem, afinal, do mesmo modo; é a dispneia da miséria que asfixia os pobres, é a dispneia do luxo que asfixia os ricos.

Não quero que a sociedade, apenas encontre um

tuberculoso, o seqüestre, arrancando-o brutalmente às carícias da família, que são a derradeira e mais benéfica terapêutica; quero, sim, que lhe ofereça um hospital ou um asilo, um asilo se ele é incurável e pobre, e um hospital se é curável, para ser caridosamente tratado se é pobre, pagando o tratamento se é rico. Quero que a oferta seja feita com tóda a suavidade, com todo o carinho, pois não há doentes que mereçam mais atenções e cuidados que os tuberculosos, sempre tristes e sempre esperançados, — a tristeza do seu sofrer, a esperança da sua cura.

*

Há duas ordens de alimentos cuja fiscalização se impõe, as carnes e o leite. Nesta cidade reside permanentemente um veterinário, cujos serviços podem e devem ser utilizados para esta fiscalização, visto que o leite e a carne podem ser veículos do gérmen tuberculoso. Esta fiscalização é um poderoso meio profilático.

Os outros meios profiláticos para impedir a propagação do mal tuberculoso, além dos postos de desinfecção, podem considerar-se concentrados e reunidos na criação dum hospital, em logar próprio e em condições adequadas, pois as práticas higiénicas, importantes para robustecerem os depauperados órganismos de hoje, isso é tarefa particular de cada um, e que deve ser realizada sob a direcção do respectivo clínico.

Dir-me hão os leitores que a criação dum hospital custa muito dinheiro, e muito dinheiro demanda a sua sustentação, e que não é fácil, nos tempos que vão correndo, juntar capitais para emprêsa de tamanha importância.

De facto, assim é, mas com vontade e energia, consciência e dever social e amor da própria conservação, pode bem conseguir-se o que a muitos parecerá uma utopia sanitária.

O cérebro de Viana entendeu um dia que a cidade não estava bem sem uma grandiosa casa de espectáculos.

O velho teatro da Caridade, onde aliás representaram artistas de primeira ordem, não bastava para as necessidades teatrais da população.

Funda-se uma sociedade, emitem-se acções, beneméritos percorrem o Brasil, mercadejam-se títulos honoríficos em proveito das obras do teatro, accionistas generosos esperam pacientemente lucros que não aparecem, e no fim de tantos trabalhos, de tão grandes canseiras, surge o *Sá de Miranda*, 40 contos de réis, onde raras vezes aparece companhia de nome, e aparecendo corre o risco de não ser ouvida, por isso que a bolsa da terra não suporta as despesas da representação. E o *Sá de Miranda*, que é realmente uma bela casa de espectáculos, está reduzido quási exclusivamente a servir de salão para bailes de máscaras, bailes que deviam ser proibidos por motivos de saúde pública e outros. Isto é, o teatro é uma fonte de despesa para a bolsa e para a saúde, sem ser uma fonte de receita para o espírito.

Para desejar era, que o cérebro de Viana pensasse também que a criação dum hospital para tuberculosos merece, *pelo menos*, os mesmos esforços, as mesmas dedicações, as mesmas filantropias e benemerências que apareceram para a construção do *Sá de Miranda*.

O cuidado que houve em abrir ao divertimento e à folia um grandioso teatro, apareça a oferecer aos doentes do peito uma casa para se tratarem. A benemerência que

se desentranha em teatros e praças de touros, considerados por aí como melhoramentos de vida para uma população, manifeste-se também na criação dum hospital para tuberculosos, que com isso lucra a saúde de cada um e a saúde da cidade.

Ou teremos de viver muitos anos subjugados pelo humanitarismo atávico, que manda morrer na consoladora alegria duma deixa *post mortem* a um hospital?

A iniciativa particular, que tantas vezes emprega capitais em trabalhos de duvidoso ou problemático proveito, quando os não arruína em desastrosas especulações, tem na criação dêstes sanatórios um meio seguro de aplicar o seu dinheiro e a sua actividade, com a certeza dum lucro elevado.

Se Viana se não julga com fôrças para o levantamento dum hospital, onde os tuberculosos da cidade e concelho possam ser tratados, seja ela o centro onde se reúnam donativos de todo o distrito, e que, destinados para um sanatório, possam aproveitar aos doentes de toda a circunscrição.

Em todas as vilas há Misericórdias e outros estabelecimentos de caridade, que podem perfeitamente entrar numa federação humanitária, cotizando-se para a criação dum sanatório distrital. Algumas instituições de beneficência, nesta cidade, como em outras terras do distrito, gozam duma notável prosperidade, e mais vale aproveitá-la no alargamento dos seus caridosos serviços, que dirigi-la para operações mercantis, nem sempre de provado alcance financeiro.

As câmaras municipais, cujo zêlo pela saúde pública se restringe à inutilização de fruta mal sazonada em dias de mercado, à oferta de vacina jeneriana, e a pouco mais,

que inscrevam nos seus orçamentos verbas permanentes destinadas a coadjuvarem esta obra filantrópica, e os que têm meios suficientes de fortuna acudam, na medida das suas forças, com o auxílio da sua esmola. Coisa análoga se fazia noutros tempos, e suponho que ainda hoje se faz, concorrendo as Misericórdias do distrito para a sustentação do Hospital de S. Marcos, em Braga.

A mesa da Santa Casa desta cidade pode tomar a iniciativa da meritória emprêsa que estou preconizando, e, se lhe distribuo papel tão simpático como humanitário, é porque em o nosso país, as Misericórdias são, nas localidades onde existem, a *alma mater* da beneficência pública.

No distrito de Viana do Castelo, entre as bacias hidrográficas do Minho e Lima, e ao Sul do Lima, correm montanhas de altitudes variadas: Santa Luzia com 553 m., Serra de Perre com 780, Arga com 880, Peneda com 1:379, Serra da Nora com 603, Serra Amarela com 1:348. Se algumas estão situadas na vizinhança do mar, outras como a Peneda e Amarela ficam para o interior; todas cobertas dum solo fértil, como é o solo de toda a nossa província, e apresentando algumas vales bem abrigados. As populações montesinas são robustas e sadias, como robusto e sadio é o terreno que as alimenta, e vivem longos anos, chegando a uma idade avançada, o que testemunha bem a excelência das condições climatéricas da região que povoam.

Um viveiro da planta humana, chamou à região minhota o ilustre autor do *Minho pitoresco*, Dr. José Augusto Vieira, tão precocemente roubado, e pela tuberculose, às lutas da vida.

Não falta, pois, no distrito o elemento — altitude;

não lhe faltam vias de comunicação, já estabelecidas umas, fáceis de estabelecer outras, e que podem pôr o sanatório, onde quer que se levante, em relação directa e breve com povoações importantes; não são as nossas montanhas nuas de vegetação, pelo contrário, são arborizadas e arborizáveis; todas elas com belos panoramas, as belas paisagens da *formosa província, de entre as suas irmãs a mais populosa e a mais activa, a mais pitoresca e a mais hospitaleira, terra onde a vegetação é luxuriosa,...* mas que em alguns dos seus centros mais populosos se vê anarquizada pela crudelíssima tuberculose.

O que falta, pois? A consciência dum dever a cumprir, uma iniciativa geradora da obra mais filantrópica e utilitária que é possível levantar nos tempos hodiernos, plenos de dissipações orgânicas e inferioridades vitais.

A mortalidade não diminuiu desde a publicação do nosso opúsculo, em 1896. Assim se verifica do seguinte quadro elaborado com os elementos colhidos nos registos camarários dos óbitos nos cinco últimos anos.

Anos	Óbitos pela tuberculose pulmonar		
	S. M.	S. F.	Total
1916	12	24	36
1917	12	14	26
1918	18	14	32
1919	21	27	48
1920	16	19	35

Mantém-se, como se vê, a mesma elevada percentagem do obituário tuberculoso da cidade, cuja população não tem aumentado sensìvelmente.

A morbilidade continua elevada, em conjugação com os óbitos. Dos relatórios elaborados anualmente pelo actual Director do Dispensário, o distinto clínico Dr. Martins Delgado, pode fazer-se o seguinte apuramento, que é bem elucidativo.

Tuberculosos inscritos no Dispensário de Viana do Castelo

(Assistência Nacional aos Tuberculosos)

ANOS	Total dos doentes inscritos	Pulmo-tuberculosos averiguados
1905-1906	69	51
1906-1907	80	42
1907-1908	109	40
1908-1909	177	57
1909-1910	166	72
1910-1911	278	79
1911-1912	273	61
1912-1913	201	50
1913-1914	212	42
1914-1915	182	44
1915-1916	197	53
1916-1917	191	68
1917-1918	134	51
1918-1919	108	35
1919-1920	108	33

O sanatório imposto pela grande morbilidade tuberculosa em Viana do Castelo ainda não foi construído, a despeito de donativos que a Santa Casa tem recebido para hospitalização dos tuberculosos.

Em 1904 foi construído um dispensário pelos recursos da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, inaugurado em 9 de Janeiro de 1905, e que desde então tem prestado os seus serviços sem interrupção aos tuberculosos pobres da cidade e do concelho. E mais nada. Nem mesmo um hospital de repouso para tuberculosos foi construído, e todavia a Santa Casa da Misericórdia está de posse nos subúrbios dum terreno e duma casa que pelas condições do legado devem ter aquela aplicação, além de outros legados com idêntico destino.

A iniciativa pedida e reclamada pelo nosso opúsculo em 1896 ainda não foi aproveitada, embora tivesse aparecido sob a forma de legados à Santa Casa.

Desde então, a luta contra a tuberculose generalizou-se por toda a parte, e a Europa viu-se coberta de sanatórios, hospitais e dispensários.

Portugal não ficou alheio a êste movimento, e desde 1897 que pelo país se ergueram estabelecimentos sanitários para tratamento dos tuberculosos, para auxílio aos tuberculosos, para a luta contra a tuberculose.

Muitos dispensários foram abertos, e além dos Sanatórios do Outão, de Carcavelos, da Parede, foi organizado em Lisboa um serviço especial para tuberculosos em alguns hospitais, devendo notar-se o do Hospital do Rêgo, e sendo aberto um sanatório popular.

Na Guarda construíu-se o Sanatório Sousa Martins; no Caramulo é aproveitada a altitude em dois pequenos hoteis; na Serra da Estrêla, além de vários chalés, há o

Hotel Montanha, e perto da Covilhã há o Sanatório dos Hermínios.

No Algarve foi construído um sanatório para tuberculosos ferro-viários, e outro vai ser construído com o mesmo fim em Paredes de Coura. Em Portalegre há um hospital para 20 leitos, e no Pôrto está pronto a funcionar o Hospital Semide, da Santa Casa da Misericórdia.

Em Viana, dominada pela sua origem fatal e sombria de *fogo morto,* nada se faz, havendo elementos para alguma coisa se fazer. Até o Sanatório da Gelfa, que tanto dinheiro custou, òptimamente situado entre Afife e Áncora, e entre a praia e um pinheiral, para o tratamento de tuberculoses externas nas crianças, nem êsse, já construído e pronto, é aproveitado, por falta de recursos da *Assistência Nacional aos Tuberculosos*, como se até lá chegasse a influência inibidora da cidade.

E dolorosamente o reconhece o médico que em Viana do Castelo dispendeu no exercícia da clínica os quinze primeiros anos da sua vida profissional.

II

Tratamento moderno da tuberculose nos domicílios

(Comunicação ao 1.º Congresso da *Liga Nacional contra a tuberculose*, realizado em Lisboa, em Abril de 1901 — Actas do Congresso — Julho de 1901.

Á noção da curabilidade da tísica, que domina a história da doença, qualquer que seja a sua forma, e qualquer que seja o período da mais vulgar das suas formas, é preciso adicionar a verdade conquistada pela observação feita durante longos anos por todos os clínicos, que atentam nos casos da sua prática com olhos de ver e cérebro de pensar: — a tuberculose é curável por toda a parte.

Cura-se nos sanatórios, e cura-se fora dos sanatórios; cura-se pela acção regulada da terapêutica, e cura-se na ausência de cuidados especiais de tratamento; cura-se em condições fáceis de vida para o doente, e cura-se mesmo quando o doente vive em meio de dificuldades.

O resultado das observações feitas por Flint, de New-York, por Brouardel e Vibert, de Paris, por Frübringer, de Berlim, nas autópsias de falecidos pelas doenças mais

variadas, mostra a freqüência com que são encontradas lesões tuberculosas, curadas ou em via de cura, em indivíduos que nunca suspeitaram da sua tísica.

Êstes factos, que testemunham com muitos outros, a curabilidade da tuberculose, afirmam por igual que a cura pode ser conquistada independentemente de sanatórios e até da intervenção do médico.

Mas, se o doente se pode curar pelo esfôrço isolado e desprotegido do seu organismo, que para o combate entra apenas com os recursos da sua vitalidade, maiores e quási seguras de bom êxito são as probabilidades de cura, quando sôbre o doente recai a acção eficacíssima do tratamento higiénico; quando êste tratamento é iniciado a tempo, começando a sua salutar influência no início da doença; e quando por todo o tempo da cura o doente é fiscalizado em todas as minúcias da sua vida pelos cuidados do médico, que só deve atenuar a sua intervenção e o rigor da sua assistência, quando o doente estiver suficientemente instruído na orientação do tratamento.

O sanatório, como estabelecimento especialmente destinado, pela sua arquitectura, pela sua situação, pela permanência do médico, pelo regímen, ao tratamento dos tuberculosos, será sempre o logar de eleição; a dentro dum sanatório a higiene domina a vida dos doentes numa integração de recursos e cuidados, que é a principal base do seu tratamento. Mas fora do sanatório, no domicílio do doente, o tratamento higiénico pode ser tentado. A questão está em o doente se considerar dentro de sua casa como se estivesse num sanatório, com igual obediência às leis da higiene que lhe é adequada, com igual respeito pelas prescrições do seu médico; a questão está em que o domi-

cílio do doente não seja pela sua insalubridade um meio próprio para o desenvolvimento fácil da tuberculose.

Há domicílios onde seguramente não será possível a cura duma tuberculose pulmonar, e onde é dificílimo o tratamento com êxito de qualquer doença inficiosa.

Habitações a dentro duma localidade, nos logares de maior densidade da população, sem ar, sem luz, sem limpeza; habitações sem capacidade para a residência duma única pessoa, mas onde se acumulam muitas pessoas; habitações ao rés-do-chão, húmidas e frias, nunca permitirão a cura duma tuberculose. De admirar é que dentro de tais habitações seja possível a vida.

O tratamento duma tuberculose pulmonar é dispendioso, e nem a todos é fácil a aquisição dos meios de cura. Não é barata a alimentação, nem o ar, nem o repouso; não ficam baratos os meios auxiliares de tratamento, e que por serem um auxílio, nem por isso deixam de ter valor e importância. É por êste motivo que, sob o ponto de vista da possibilidade do tratamento, os tuberculosos se dividem em ricos e pobres, e quando os segundos são os que mais carecem de sanatórios, que lhes substitua a habitação, são os primeiros que à sua disposição têm os estabelecimentos das estações climatéricas.

Aqui e ali, num ou outro país, os governos e as municipalidades, de mãos dadas com a beneficência particular, procuram levantar sanatórios para o tratamento da tísica pobre; mas os proletários são em número prodigioso, os tísicos indigentes são muitos, e a caridade oficial e particular ainda não atingiu tal importância de recursos que a todos possa aproveitar.

O tratamento duma tuberculose pulmonar divide-se em duas partes: *tratamento geral*, aplicável em todos os

casos, em tôdas as formas e em todos os logares; *tratamento especial,* variável com as particularidades de cada caso, com o predomínio dum ou outro sintoma.

O tratamento da tuberculose está hoje profundamente modificado. Nenhum clínico restringe o tratamento à aplicação dum remédio, nenhum confia na acção da creosota ou do cacodilato, dos soros ou da tuberculina, sem a associação necessária e obrigatória de prescrições higiénicas. São estas prescrições que constituem o principal elemento para a cura duma tuberculose, são elas que só por si explicam a cura, e bastam para a obter integral e definitiva. São estas prescrições que constituem o tratamento geral duma tuberculose pulmonar, e que eu procurei formular nestas conclusões.

I — O sanatório é o estabelecimento de escolha para o tratamento da tuberculose pulmonar, mas o tratamento nos domicílios tem sempre importância, porque pode ser eficaz, e não há sanatórios para todos os doentes, nem todos os doentes poderão e quererão internar-se nos sanatórios.

II — O domicílio para moradia dum tuberculoso deve ficar em logar alto, em bairro pouco populoso, longe de fábricas, à periferia da povoação.

III — O tratamento moderno da tuberculose pulmonar pode ser representado, com poucos auxiliares, pela equação:

Trat. T. P. = Alimentação + Ar + Repouso.

IV — A alimentação do tuberculoso deve ser abundante, principalmente composta de azotados e gorduras, mas sem exceder os limites duma proveitosa assimilação.

V — O tipo da alimentação dum tuberculoso com apetência e funções digestivas regulares compreende quatro

refeições diárias, sendo mais abundantes a 2.ª e a 3.ª, distribuídas das 8 horas da manhã às 10 horas da noite.

VI — Dos azotados devem ter preferência os ovos e as carnes, e das gorduras a manteiga e o óleo de fígado de bacalhau, mas em benefício do apetite deve ser variado o *menu* de cada refeição.

VII — Em casos de febre, anorexia, funções digestivas irregulares, os ovos, o leite, a carne crua constituem a base da alimentação.

VIII — O clínico não deve limitar-se a prescrever o regímen alimentar apropriado, mas deve assistir a algumas refeições, e em dias sucessivos, até adquirir a certeza de que a alimentação obedece ao regímen proposto.

IX — Os medicamentos representam papel muito secundário no tratamento da tuberculose, mas, quando a êles recorra o clínico, deve prescrevê-los às horas das refeições.

X — O quarto do doente deve ficar afastado da retrete, com as janelas dirigidas ao sul, e ter a capacidade mínima de 40^{m3}.

XI — No quarto do doente a única mobilia é a cama, a mesa de cabeceira e duas cadeiras. Nem reposteiros, nem cortinados, nem tapetes. Roupas e calçado fora do quarto. Paredes a óleo ou caiadas. Soalho de tábuas juntas e tornadas impermeáveis. Vassoura eliminada, e o quarto e aposentos próximos passados a pano molhado.

XII — A cama deve ser colocada de maneira que uma janela fique aberta, sem que o ar que por ela entra incida directamente sôbre o doente.

XIII — As melhores janelas são as de portadas, que permitem a entrada do ar, ficando meia janela fechada, e a outra desviada um pouco, começando o desvio em 1^{dm} e aumentando gradualmente até o doente se habituar a

meia janela aberta de noite. Durante o dia, não fazendo vento, a janela fica tôda aberta.

XIV — Para que a luz entre em quantidade suficiente, a superfície das janelas deve estar para a superfície do quarto na razão de 1:5.

XV — A febre indica um repouso completo na *chaise longue* até 38°, na cama além desta temperatura; mas mesmo sem febre o tuberculoso deve repousar algumas horas durante o dia no quarto, e se a habitação o permite, em varanda ou jardim, ao abrigo do sol e do vento.

XVI — O doente sem febre deve passear, de modo que se não fatigue. Os passeios são os únicos exercícios físicos que aos tuberculosos devem permitir-se.

XVII — Ao repouso físico o doente associará o repouso intelectual e moral.

XVIII — A temperatura, o dinamómetro e a pesagem servem para avaliar da perfeição do trabalho nutritivo, e para a regularização do repouso e dos passeios. Se o pêso aumenta sem que a força muscular se eleve, há uma defeituosa assimilação, que deverá ser corrigida com passeios mais demorados; se os passeios fatigarem o doente, elevando a temperatura e provocando a transpiração, devem ser restringidos ao mínimo do esfôrço compatível com a temperatura normal.

XIX — Os vestidos mais próprios para os tuberculosos são os de lã, cujo número e espessura devem ser regulados pela temperatura do ambiente.

XX — De noite, na cama, de dia, na *chaise longue,* o tuberculoso deve conservar-se bem coberto de lã no tronco e nas pernas, com botijas de água quente aos pés, se o abaixamento da temperatura o exigir.

XXI — As fricções da pele com água fria alcoolizada constituem uma excelente prática higiénica, que em todo o tempo se pode utilizar.

XXII — A escarradeira de bolso, quando o doente se desloca, a escarradeira de quarto, com a respectiva solução anti-séptica, são indispensáveis e principais instrumentos de desinfecção domiciliária.

III

Trabalhos da Liga Nacional contra a tuberculose

(Relatório apresentado no 2.º congresso, realizado em Viana do Castelo, em Setembro de 1902. Actas do congresso. — Janeiro de 1903.)

É do espírito da Liga contra a tuberculose, é da natureza dos seus trabalhos, a celebração de congressos anuais, onde se verifique o alcance dos meios empregados para a luta, tão notàvelmente iniciada em Portugal desde 1899, onde se apure o resultado já adquirido, e com novos elementos e sob a acção de novo impulso se prossiga no caminho aberto da propaganda.

Em regra os congressos realizam-se nas primeiras cidades, onde vivem os grandes profissionais, onde trabalham os mais ilustres pelo seu saber, os mais distintos pelo seu talento. É nos centros scientificos, onde não faltam recursos de tôda a ordem, que os congressos se reúnem para o avanço das sciências, para a conquista das grandes verdades motoras do desenvolvimento da sociedade, e é de lá que estas verdades irradiam, indo até às aldeias mais escondidas produzir os seus benéficos frutos.

Mas congressos como o de Lisboa, como todos os que a Liga contra a tuberculose se propõe realizar, não são apenas assembleias para o estudo dos assuntos que mais importam à momentosa questão. São ainda factores importantes para a ilustração do povo português, pela penetrante actividade scientífica que êles determinam, e concorrem para o estreitamento de relações de cidade para cidade, de vila para vila, que se não concebem tão reduzidas em terra de 5.000.000 de habitantes.

Na sua primeira sessão deliberou o congresso de Lisboa, discutindo as conclusões do ilustre colega Olímpio Cagigal, que periòdicamente se reunissem congressos nas sedes dos diferentes Núcleos, e que êstes se não limitassem aos centros scientíficos do país.

Para agitar o público, para levar os médicos a todos os recantos, e em tôda a parte determinar um movimento proveitoso em benefício da higiene, porque em última análise é de higiene que se trata, é pela higiene que trabalhamos, os congressos devem deslocar-se para o norte e para o sul, e nesta deslocação favorecer o apostolado das nossas ideias, multiplicar os meios de combate, estimular o entusiasmo dos lutadores.

Foi escolhida Viana do Castelo para a segunda sessão anual da Liga, e foi o Núcleo desta cidade o encarregado da organização do actual congresso. Tarefa, sem dúvida, muito superior aos modestíssimos recursos de que o Núcleo dispõe, mas à qual êle não podia furtar-se, porque lhe era imposta em nome da Sciência e para o Bem da Humanidade, em nome do Dever profissional e para o Bem do país.

Votos do 1.º congresso. Como foram satisfeitos

Um congresso de associações de propaganda anti-tuberculosa não é uma assembleia de carácter exclusivamente especulativo. As suas resoluções têm de ser concretizadas em fórmulas claras, precisas e práticas, que orientem os governos e os indivíduos na luta contra a doença. Nem se justificava a reunião de congressos, se da discussão de princípios e doutrinas não derivassem leis reguladoras da vida dos povos, e medidas a utilizar para a melhoria da sua existência.

No congresso de Lisboa foram emitidos votos como resultado final das comunicações apresentadas e assuntos debatidos, e é êste o momento para se registar o destino que êstes votos tiveram, e que houve de ser ponderado na organização do actual congresso.

1.º — O congresso exprime o voto de que os poderes públicos estudem e facilitem a solução do problema do barateamento dos alimentos de necessidade, e primeiro que todos da carne.

Não só em Lisboa, mas em todo o país, os alimentos, nomeadamente os de primeira necessidade, continuam caros, excedendo em muito os recursos pecuniários da maioria, que, violentada pela exigüidade das suas condições, procura os géneros baratos, necessàriamente de reduzido valor nutritivo, ou nocivos à saúde pela falsificação.

Em Lisboa a câmara municipal deu de arrematação o exclusivo do abastecimento das carnes e foi permitida a entrada das carnes congeladas, medida que se tornou efectiva, e que deve concorrer pelo abaixamento de preço para o aumento do consumo.

Na representação que o Núcleo de Lisboa dirigiu à câmara dos deputados bem claro estava que o consumo da carne pela população da capital é inferior ao de qualquer das outras grandes cidades. Se fôsse possível organizar uma estatística geral do consumo das carnes, ver-se-ia que pela província sucede o mesmo, e que o espírito ganancioso dos vendedores, conjugado com uma insuficiente fiscalização por parte dos municípios, impede que as classes populares, que tanto carecem duma alimentação sadia, façam entrar a carne nas suas refeições habituais.

2.º—O congresso exprime o voto de que o govêrno estabeleça uma fiscalização eficaz dos géneros alimentares no ponto de vista da sua sofisticação, dando em Lisboa maior desenvolvimento aos serviços do laboratório de higiene, sôbre tudo pela criação de agentes especiais não médicos encarregados da fiscalização, e nas outras cidades melhorando no que fôr possível os serviços correspondentes.

O regulamento dos serviços de saúde, publicado em Dezembro do ano findo, impõe às autoridades sanitárias a inspecção dos géneros alimentícios, mas, a-pesar-desta inspecção e da existência de comissões distritais para fiscalizarem os vinhos e azeites, a-pesar-de laboratórios em Lisboa e Pôrto, é norma seguida a sofisticação dos alimentos, que se não limita a adulterar o vinho, o azeite, o leite, mas atingiu, numa extensão desmedidamente criminosa, a base da alimentação das nossas populações—o pão.

Factos recentes e bem conhecidos mostram a facilidade com que pelo país se estendeu uma rêde de falsificadores de farinhas, que prosperou à vontade, a despeito da recente organização sanitária, e que de certo continuará

florescente na sua indústria, se meios impeditivos, bem pensados e bem executados, não obstarem à corrupção dos géneros alimentícios.

Está publicado um novo regulamento para a fiscalização dos alimentos, mas como em Portugal não basta a existência duma lei para que ela se cumpra, lutemos por que se organize um sistema completo de polícia repressiva das falsificações alimentares, embora para isso tenha de gastar-se muito dinheiro, pois deve assentar-se que quanto maior é a despesa que um país faz com a saúde pública, maior é a economia que realiza.

3.º — O congresso exprime o voto de que o govêrno faça entrar em pronta execução o regulamento que se refere ao trabalho dos menores e das mulheres na indústria, depois de devidamente simplificado.

Manteve-se o que estava legislado, e nem o regulamento se simplificou, nem foi posto em execução, como o congresso pediu.

4.º — O congresso exprime o voto de que o govêrno dirija a sua atenção para a higiene da primeira infância, pela promoção duma lei salvadora, nos moldes da lei Roussel.

Esta lei foi pedida em eloqüente representação, assinada pelos presidentes dos Núcleos, ao parlamento, que se limitou a registar a sua entrega feita pelo nosso ilustre colega o Prof. Clemente Pinto. Mas o assunto é tão momentoso e importante, que entendemos o actual congresso deve insistir na necessidade de se tomarem providências que poupem a vida das crianças, vitimadas numa considerável percentagem por falta de protecção.

Temos leis que regulamentam o trabalho das mulheres e dos menores na indústria; temos leis que falam em creches nas fábricas, ocupando mais de 50 mulheres; temos leis que se referem ao socorro devido às operárias nas primeiras semanas do puerpério; pois que estas leis se cumpram e outras venham completá-las, organizando-se como em França um sério e humanitário auxílio às crianças, de modo que o seu alvorecer, a fase inicial do seu desenvolvimento, tenha uma garantia sólida e positiva nas leis, e, o que mais vale, nos usos e costumes.

5.º — O congresso exprime o voto de que se fundem cursos de higiene nas escolas normais e se introduza o ensino da higiene nas escolas primárias, no curso secundário e nos seminários.

Êste foi, sem dúvida, o voto mais feliz saído do congresso. Nos seminários de Bragança, Guarda, Coimbra, Évora e Faro, por determinação dos respectivos prelados, foi instituído o ensino da higiene; na reforma do ensino primário decretada em Dezembro do ano findo se estatui o ensino da higiene nas escolas primárias e nas escolas normais, e na lei que reorganizou o ensino industrial está determinado que — nas escolas industriais onde haja professor idóneo poderão ser ministradas noções de higiene industrial, o que êste ano já se praticou nas escolas Marquês de Pombal e Príncipe da Beira.

Pensa-se na necessidade de remodelar o ensino secundário, adaptando-o às condições do nosso país e harmonizando-o com as qualidades e o destino dos nossos estudantes; se esta remodelação se efectuar reclamemos o ensino da higiene para os liceus, onde uma organização material adequada, com mobília própria, jardins e gimnásios,

revele cuidado e atenção pela educação física, tão descurada ainda entre nós.

6.º — O congresso exprime o voto de que os municípios pobres de recursos se aliem em federações que assegurem certas práticas de higiene pública de primeira necessidade.

Não consta que se efectuasse nenhuma destas alianças, que de muito alcance seriam para a salubridade das povoações. E não deviam ser só os municípios pobres de recursos a constituirem federações com fim higiénico; as corporações de beneficência deviam aliar as suas fôrças e cotisar os seus rendimentos, prestando-se mútuo auxílio.

Há localidades onde as Misericordias e outras instituições gozam duma notável prosperidade, muito superior às exigências impostas pelos serviços que têm a prestar na sua área, ao passo que outras lutam com sérias dificuldades, sem recursos e por isso mesmo sem poderem alargar a sua obra beneficente. Se êstes estabecimentos de caridade se associassem numa federação regional seria possível construir sanatórios distritais, estabelecer postos de desinfecção, dotar as localidades com balneários, organizar caixas de socorros que acudissem aos operários e suas famílias, qualquer que fôsse a sua naturalidade e a doença ou o acidente que os inutilizasse para o trabalho.

7.º — O congresso exprime o voto de que em todo o reino sejam postas em execução as medidas de polícia sanitária prescritas no regulamento de saúde pecuária relativamente à tuberculose dos animais domésticos;

E de que o govêrno facilite às câmaras municipais a fiscalização sanitária dos matadouros, nos termos do regulamento geral de saúde pecuária, e, na falta de veterinários, pelos médicos municipais.

Não têm tido execução completa as medidas de polícia sanitária tais como estão prescritas no regulamento de saúde pecuária, nem mesmo nos centros mais populosos e servidos por melhor fiscalização veterinária.

Só tornando obrigatória a criação, até hoje facultativa, de partidos veterinários municipais, ao menos nos centros mais populosos, e alguns já foram criados êste ano, é possível a execução eficaz do que está legislado sôbre tuberculose pecuária. Êste voto do 1.º congresso foi em parte satisfeito pela última lei de saúde pública, que obriga os médicos municipais, por falta de veterinários, à fiscalização dos matadouros; mas isto deve ser preceito transitório da legislação, cujos defeitos em matéria de tuberculose constituem uma das questões a discutir neste congresso.

8.º — O congresso exprime o voto de que os médicos das localidades onde não há Núcleos da Liga se compenetrem da utilidade da propaganda anti-tuberculosa e diligenceiem a criação de tais Núcleos.

De como os médicos portugueses se acham convencidos da proficuidade da propaganda anti-tuberculosa é testemunho e bem nítido na sua significação profissional e altruísta o presente congresso, o trabalho da Liga durante o ano, e o interêsse que pela luta têm tomado todos os colegas, desde as localidades mais humildes até aos centros escolares, onde uma intensa laboração para o progresso das sciências médicas abrangeu alguns dos termos do problema em cuja resolução andamos enpenhados.

9.º — O congresso exprime o voto de que, à espera de sanatórios e hospitais para tuberculosos, se faça nos hospitais comuns o isolamento dêstes doentes.

Em Lisboa e Pôrto já os tuberculosos eram isolados. Em Coimbra fez-se o isolamento, graças à iniciativa e tenacidade do ilustre decano da faculdade de medicina Sr. conselheiro Costa Alemão; em Viana o isolamento no hospital da Misericórdia é um facto nos serviços de mulheres, cuidando-se da construção dum anexo para êle se efectuar no serviço dos homens; em Braga também já se isolaram os tuberculosos e é possível que em outros hospitais os tuberculosos estejam isolados, sem que o facto chegasse ao nosso conhecimento.

Se os votos saídos do 1.º congresso não tiveram um cumprimento integral, como tanto era para desejar e muito aproveitava ao bom resultado da nossa luta, nem por isso êles deixaram de ecoar pelo país, e junto dos indivíduos e no seio das colectividades sulcos fundos se rasgaram para a difusão das verdades que constituem o credo da profilaxia anti-tuberculosa.

Trabalhos realizados pela Liga durante o ano

Não pode contestar-se o alcance do Congresso de Lisboa, como tivemos ocasião de verificar e é demonstrado pelo livro das actas; não pode negar-se a valia das suas resoluções e a actividade que veiu determinar dum a outro extremo do país na luta contra a tísica. E nesta luta não nos distanciamos muito dos países da Europa e da América que mais valem pela sua população, pela extensão do seu território, pela sua riqueza material, pelo seu desenvolvimento scientífico. Quando a França realizou o 1.º congresso das ligas departamentais, das diferentes obras anti-tuberculosas, em Março dêste ano (1902), sob a presidência do chefe do estado, já nós tínhamos efec-

tuado o 1.º congresso de todos os Núcleos da Liga, em Abril do ano findo (1901), congresso que foi importante pelas questões debatidas, pelos votos formulados, importante porque veiu interessar na luta muitas localidades e potenciar os esforços de muitas outras.

A revista dos principais trabalhos realizados pela Liga nacional contra a tuberculose, desde o 1.º congresso até hoje, afirma eloqüentemente o largo movimento de propaganda que se generalizou a todo o país.

Desde 14 de Abril de 1901 até hoje, 3 de Setembro de 1902, foram os seguintes os trabalhos da Liga, tornando-se, claro está, impossível incluir o trabalho da propaganda de *todos os dias*, que não é decerto o menos valioso, feito não sòmente nos distritos onde já se encontram Núcleos instalados, mas ainda noutras localidades onde colegas devotados à nossa causa nos auxiliam com a máxima boa vontade.

1901 — Abril — Núcleo de Coimbra — 1 conf. pelo Prof. conselheiro Lopes Vieira no Instituto sôbre — *Predisposição para a tuberculose.* 1 conf. pelo prof. Serras e Silva na Associação dos Artistas sôbre — *A tuberculose e a alimentação.*

Maio — Trabalhos para a organização de Núcleos na Figueira da Foz, Santarém, etc.

Núcleo do Pôrto — 1 conf. pelo Prof. Alberto de Aguiar e outra pelo Prof. Luís Viegas sôbre a — *Tuberculose infantil*—, ambas na Escola Médica.

Núcleo de Viana — 1 conf. pelo Dr. Martins Delgado na Escola Normal sôbre — *A alimentação e a luta contra a tuberculose* — que foi impressa e distribuída; representação à câmara municipal pedindo melhoramentos nos serviços do matadouro.

Núcleo de Lisboa. — Publicação dum trabalho da comissão de propaganda dos sanatórios, elaborado pelo Dr. Carlos Santos e intitulado — *Da utilidade dos sanatórios. Os sanatórios populares.*

Núcleo da Guarda — Impressão dumas *Instruções sôbre profilaxia individual da tuberculose.*

Junho — Núcleo de Coimbra — A diferentes corporações são pedidas providências sôbre os seguintes assuntos: à câmara municipal, rega das ruas e remoção do lixo; à delegação de saúde, inspecção do leite, remoção rápida de roupa suja, demorada por muito tempo no largo da Portagem, desinfecção da roupa depositada em casa dos prestamistas, higiene das padarias; à administração dos hospitais da Universidade, desinfecção da roupa dos doentes.

Núcleo da Guarda — Começa a colocação de escarradores colectivos no liceu, teatros, repartições públicas, esquadra policial, lojas, etc. — Distribuição de escarradores de aljibeira e de líquidos anti-sépticos para os escarradores. — Afixação de *placards* — 2 modelos —, um contendo preceitos de higiene da tuberculose, outro indicando a proibição de escarrar para o chão (editais de 1 de Agosto de 1896 e 20 de Outubro de 1897).

Julho — Constituição dum Núcleo em Beja.

Núcleo de Viana — distribuição de escarradores ao liceu, escola normal e igrejas da cidade.

Núcleo de Lisboa — Representação da Liga no congresso de Londres pelo Prof. Silva Amado, eleito vice-presidente do congresso. — 1 conf. pelo Prof. Miguel Bombarda sôbre os votos saídos do 1.º congresso na associação metalúrgica.

Núcleo do Pôrto — 1 conferência pelo Prof. Alfredo de Magalhães sôbre — *A tuberculose debaixo do ponto de vista social* — na associação dos empregados do comércio.

Agosto — Núcleo de Beja — promove um sarau para arranjar recursos, e efectua visitas higiénicas a várias oficinas, especialmente de costura, aconselhando providências profiláticas.

Núcleo do Pôrto — 1 conf. pelo Dr. Anciães Proença sôbre a — *Profilaxia da tuberculose* — na associação protectora dos industriais do norte.

Núcleo de Lisboa — Pedido ao presidente do conselho para dar cumprimento, na parte que esteja na alçada do govêrno, aos votos do congresso e especialmente para que na reforma do ensino primário se atenda ao ensino de higiene.

Setembro — Núcleo de Lisboa — 1 conf. pelo Prof. Miguel Bombarda na sede da Caixa económica operária sôbre o *Papel que os sanatórios criados pelas caixas de seguros representam no movimento anti-tuberculoso da Alemanha.* Pedido aos prelados para estabelecerem cursos de higiene nos seminários.

Núcleo de Coimbra — o presidente do Núcleo, Prof. Costa Alemão, destina nos hospitais da Universidade duas enfermarias para isolamento de tuberculosos.

Outubro — Núcleo de Viana — 1 conf. no teatro «Sá de Miranda» pelo Dr. Cândido da Cruz sôbre a — *Higiene dos predispostos à tuberculose,* que foi impressa e distribuída.

Novembro — Núcleo de Lisboa — Abertura na Avenida da Liberdade dum mostruário de propaganda, de harmonia com as indicações do relatório apresentado ao 1.º congresso pelo Dr. Xavier da Costa.

Dezembro — Núcleo de Lisboa — Pedido à câmara municipal para não perder de vista no problema das carnes, então em estudo, o papel que êste alimento representa na vida das classes pobres e, por conseguinte, a vantagem do seu barateamento.

1902 — Janeiro — Núcleo de Viana — Isolamento de tuberculosos no serviço de mulheres do hospital da Misericórdia.

Fevereiro — Núcleo de Lisboa — Curso de higiene, em nove lições, no Ateneu Comercial, curso que foi assim constituído:

Anatomia do corpo humano, pelo Prof. Clemente Pinto. — *Fisiologia humana,* pelo Prof. Miguel Bombarda. — *Ar e água,* pelo Prof. Virgílio Machado. — *Alimentação e vestuário,* pelo Dr. Silva Carvalho. — *Aglomerações e viagens,* pelo Prof. Sabino Coelho. — *Higiene infantil,* pela Dr.ª D. Emília Patacho. — *Doenças e acidentes,* pelo Prof. Bombarda. — *Desinfecção,* pelo Dr. Guilherme Enes. — *Educação e profissões,* pelo Prof. Silva Amado.

Abril — Núcleo de Lisboa — Representação à câmara dos deputados assinada pelos presidentes de todos os Núcleos pedindo uma lei de protecção à infância moldada na lei Roussel.

Núcleo de Coimbra — Consegue a publicação duma portaria mandando isolar os tuberculosos internados nos hospitais da Universidade, ficando assim legalizada a deliberação do Prof. Costa Alemão, quando dirigiu interinamente os mesmos hospitais.

Núcleo de Lisboa — Ofício às agremiações farmacêuticas de Lisboa para fazerem propaganda entre os farmacêuticos no sentido de não serem expostos à

venda nas farmácias *biberons* de tubo, tão nocivos às crianças.

Núcleo de Viana — 1 conf. no Sport Club sôbre — *Alcoolismo* e *tuberculose* — pelo secretário geral do Núcleo.

Núcleo de Lisboa - Publicação do n.º 2 da *Guerra à tuberculose.*

Junho — Núcleo de Beja — Compra de material para um posto de desinfecção, já em funcionamento; renovação do pedido ao bispo da diocese para a criação duma cadeira de higiene nos seminários.

Escusado será acrescentar que a Liga continua mantendo as mais cordeais relações, não sòmente com as agremiações que no país se ocupam da campanha anti-tuberculosa, mas ainda com muitas do estrangeiro, havendo com elas recíproca troca das respectivas publicações.

Criação de Núcleos e postos de desinfecção, distribuição de brochuras e jornais, isolamento dos tuberculosos nos hospitais, conferências, lições de higiene, reclamações às câmaras municipais e autoridades sanitárias sôbre questões de higiene pública, exposição de mostruários, distribuição de escarradores, visitas de higiene às oficinas, todos os meios de propaganda a Liga utilizou, e no pensamento e na acção, pela palavra e pelo facto, temos trabalhado sem descanso até êste congresso, que deve considerar-se a 2.ª *étape* da nossa cruzada contra a tísica.

Organização do actual congresso

Não é o presente congresso uma assembleia exclusivamente de médicos. Não é, nem o devia ser.

Perante a Liga que nós constituímos, perante os

congressos que ela promove, a tuberculose não é apenas uma doença, limitada a um capítulo da patologia, sujeita à observação da clínica, dependendo a sua resolução final duma desejada conquista terapêutica. Não. A tuberculose é uma complexa questão, abrangendo os mais diversos pontos de vista, e reclamando em largo horizonte de estudo a cogitação de observadores diferentemente colocados.

No programa dêste congresso foram escolhidos os assuntos a submeter ao estudo prévio dos relatores, de modo que abrangessem as questões que para a nossa luta mais importa conhecer, e melhor importa definir.

No congresso de Londres a nota palpitante e sensacional foi a comunicação do Prof. Koch, separando a tuberculose humana da tuberculose bovina, negando a sua inter-transmissibilidade, o que veiu levantar uma ardente campanha, desde as criteriosas contestações de Arloing até às investidas apaixonadas e experiências heroicas de Garnault.

Ás ideias de Koch, independentemente do seu alcance scientífico, prende-se tôda uma série de medidas legislativas a propósito da venda do leite e carne de animais tuberculosos, que terá de ser regulada nos diversos estados conforme se verificar onde começa e até onde vai a verdade no momentoso assunto, e por aqui se vê a necessidade de o incluír no programa das questões a estudar, para que sôbre êle recaísse a ponderada atenção dêste congresso.

Com os trabalhos de Koch se relacionam investigações de laboratório, dirigidas pelos experimentadores na intenção de serem apurados muitos factos da vida do bacilo, como a sua origem, a sua morfologia, o seu «habitat»,

as possiveis modificações da sua virulência, factos que através da nossa luta manterão sempre um grande valor, porque, se são múltiplas as causas da tuberculose, o bacilo é o ponto de partida da nossa tarefa, e do seu conhecimento se derivam importantes elementos de combate. As ideias de Koch no congresso de Londres, a origem vegetal da tuberculose, os anti-sépticos de escolha, são pontos seleccionados em obediência a êste critério.

A tuberculose é doença de larga disseminação, e por tôda a parte encontra condições de desenvolvimento e perpetuidade. E' em tôdas as classes e é em todos os meios, é no seio das famílias e é no interior das fábricas, das escolas, das prisões, dos quartéis. Em congressos sucessivos a tuberculose deverá ser considerada em outras ramificações da sua vastissima expansão, neste particularmente se atende ao exército e à armada, duas colectividades de elevada importância na vida do país e das suas colónias.

A tuberculose infantil já constituiu uma das questões apresentadas no congresso de Lisboa, não permitindo a escassez de tempo que entrasse em discussão, mas porque o assunto tem sempre actualidade e importância, não só pela protecção que urge prestar às crianças, cujos males devem ser estudados para serem prevenidos, mas pelas suas relações estreitas com a noção do contágio e da hereditariedade, entra de novo no programa dêste congresso.

A tuberculose é antes de tudo e acima de tudo uma questão social. São variados os seus factores etiológicos, mas são sempre as condições de vida das diferentes classes sociais que explicam a sua eclosão, favorecem ou

contrariam o seu desenvolvimento, permitem ou impossibilitam a sua cura.

A tuberculose fere tôdas as classes, mas, segundo as estatísticas e a observação quotidiana, no seio das famílias proletárias é onde mais fundo leva os seus estragos, o que tem particular significado numa época em que a vida dos povos é defrontada pelo critério da democratização, que de dia para dia mais se afirma nos costumes, nas leis, nas instituições, no regimen governativo, na distribuição da riqueza, no aproveitamento de tôdas as energias individuais, na regulamentação do trabalho. Considerada como doença popular a tuberculose oferece ao nosso estudo a insalubridade das habitações, a insuficiência da alimentação, o excesso de trabalho, estas e muitas outras causas que tanto inferiorizam as condições de existência das classes pobres, deprimindo o seu organismo, diminuindo a sua resistência, criando-lhes uma vida cheia de dificuldades.

Nos países onde a tuberculose assim é compreendida instituem-se policlínicas e dispensários para o tratamento dos doentes e socorros individuais, como na França; criam-se sanatórios populares para a hospitalização dos operários, como na Alemanha, que conta actualmente 30 dêstes estabelecimentos, onde são internados 20:000 doentes; cooperativas contra a invalidez e a doença custeiam a residência dos tuberculosos pobres no campo, em granjas, como na Bélgica; ou então, como na Inglaterra, arrasam-se as habitações húmidas e insalubres, e em seu logar são construídas outras onde o ar e a luz entram livremente; beneficiam-se os quartéis, as escolas e os grandes estabelecimentos; melhora-se a higiene das fábricas, e por todos os modos se procura o bem-estar das

classes laboriosas, cuidando-se da sua alimentação, da sua moradia, da protecção aos seus filhos.

Por tôda a parte onde se pensa a sério na vida da gente e na felicidade do homem procura-se e consegue-se diminuír sensìvelmente a influência mortífera da doença pela organização metódica da higiene social.

Se países de acentuada prosperidade e largas fontes de receita lutam por todos os modos contra a tísica, com mais razão o devem fazer aqueles povos que, pela escassez de recursos, não sofrem os seus estragos sem uma perturbação profunda e desequilibrante na economia nacional.

Em tôdas as nações, e principalmente entre nós, a tuberculose é um grave problema económico, e para o resolver vai contribuír êste congresso, estudando a adaptação à nossa vida e aos nossos costumes dos meios empregados na Europa central para o tratamento dos tuberculosos e protecção a suas famílias, estudando a incidência do imposto sôbre os alimentos, as condições de moradia dos operários, a intervenção das associações de socorro mútuo na campanha contra a tísica, as medidas que os regulamentos sanitários devem pôr em prática para que o mal seja entravado na sua marcha por uma pensada e ampla obra de profilaxia.

Por tais motivos nas questões propostas para estudo dêste congresso foi dado largo quinhão ao carácter social da tuberculose; por tais motivos entendemos dever solicitar o concurso valioso e a colaboração prestadia de agrónomos e veterinários, engenheiros e economistas, clínicos e professores, médicos de prática e médicos de laboratório, os que trabalham pelas aldeias e os que exercem nas cidades, de modo que numa larga associação de esforços,

numa segura aliança de vontades, numa bem norteada coordenação de ideias, fiquem marcados novos caminhos por onde possam seguir os pioneiros da guerra contra a tuberculose, junto dos quais enfileira o Núcleo de Viana, na honesta mediania das suas fôrças.

Votos aprovados no congresso. Palavras proferidas na sessão de encerramento, após a sua leitura

«I — O congresso exprime o voto de que o govêrno promova por todos os meios ao seu alcance a efectividade da lei de instrução obrigatória.

II — O congresso exprime o voto de que, sendo o imposto único progressivo sôbre a renda de difícil execução, se introduzam no actual sistema tributário português os seguintes princípios:

1.º Fixar eqüitativa proporção entre o rendimento dos impostos incidindo sôbre a riqueza e os que recaem sôbre o consumo.

2.º Nos impostos directos, e em todos os que fôr possível, introduzir estas duas condições:

a) Isentar do imposto o *mínimo da existência.*

b) Criar taxas progressivas limitadas para determinados grupos de colectas.

3.º Reformar os impostos directos no lançamento, na repartição e na cobrança.

4.º Organizar os serviços dos impostos absolutamente independentes da acção política.

E de que a bem da profilaxia da tuberculose importa:

— que sejam muito reduzidos em geral o imposto do consumo e as contribuições municipais, que directa ou indirectamente incidem sôbre os géneros alimentares;

— que sejam abolidos o imposto do consumo sôbre a carne e o imposto do pescado sôbre o atum e o bacalhau;

— que seja modificada a lei que rege a importação dos cereais, a moagem e panificação, de maneira que o preço do pão seja consideràvelmente reduzido;

— que sejam aumentados os direitos de entrada e impostos de consumo sôbre os vinhos licorosos, aguardentes e licores; e

— que, pela redução dos direitos de entrada e impostos do consumo, se promova a redução do preço do açúcar, do café e do cacau.

III — O congresso exprime o voto de que o govêrno e os municípios se empenhem, sem demora, no rasgamento dos bairros acumulados, com simultânea construção de bairros novos, e prévia organização dum plano sanitário definitivo de melhoramentos, que o govêrno deve impor a cada município. Para conseguir êsse fim podem-se ir buscar recursos nas lotarias, no jôgo, caso êle venha a ser regulamentado, no consumo do álcool, e para Lisboa no subsídio anual de beneficência da câmara municipal, de que metade deve ser consagrado ao rasgamento e reconstrução do bairro de Alfama.

IV — O congresso exprime o voto de que as administrações hospitalares estudem no sentido de estabelecerem uma federação regional dos sanatórios e hospitais marítimos, no intuito de se realizar uma troca de doentes que careçam de climas especiais para o seu tratamento.»

São êstes os votos do congresso que vai encerrar-se, e que na história da Liga contra a tuberculose é mais um testemunho, bem eloqüente e bem incontrovertível, do interêsse, da provada dedicação posta ao serviço duma santa causa por todos os Núcleos dispersos pelo país.

São êstes os votos derivados das brilhantes discussões que se feriram, da pujante actividade desenvolvida pelos ilustres relatores, do empenho com que todos os congressistas, estudando com critério e discutindo com entusiasmo, unidos no mesmo pensamento e afixos à mesma aspiração, procuraram acentuar a indispensabilidade de progredirmos na campanha, que tem de continuar intensa e extensa, para êxito completo da nossa obra. Neste congresso se provou que não tem sido estéril até hoje a nossa luta, nem o será de ora avante. É bem verdade que o país não está ainda provido de sanatórios, que aos hospitais de província se não anexaram ainda galerias de cura, nem em todos se estabeleceram enfermarias especiais, mas conseguiu-se interessar a população no combate que vimos travando, mas conseguiu-se esclarecer grande parte da sociedade sôbre a obrigação de todos cooperarem, procurando a melhoria da existência no pão que nos alimenta, no vestido que nos protege, na casa que nos abriga, mas conseguiu-se suscitar a intervenção dos poderes públicos e provocar a aparição da iniciativa particular.

É pouco o que temos alcançado sob vários pontos de vista, porque o problema da tuberculose é mui complexo, e não é para já e duma vez a enormidade da tarefa, mas é muito o que temos obtido.

Dando ao contágio o devido valor, sem a fobia que ausenta o auxílio aos tuberculosos, mas praticando as reservas e os cuidados impostos pela natureza do mal, as famílias tratam os seus doentes na crença de que a tuberculose é uma doença evitável. O desespêro nascido das ideias que por muito tempo dominaram foi substituído pela esperança da cura, e esta esperança multiplica as energias em pró do doente, que já se não considera como irreme-

diàvelmente perdido. A evitabilidade e a curabilidade da tísica são hoje do domínio geral e têm profundamente modificado os elementos e os agentes da assistência aos doentes.

No seio das famílias, nas populações citadinas e rurais, em tôdas as classes, entrou definitivamente o apostolado contra a tuberculose, mas, a exemplo do que se pratica na França e na Bélgica, duas classes devem ser solicitadas à colaboração efectiva do nosso trabalho — o clero paroquial e o professorado primário.

Os párocos, na compreensão hodierna dos seus deveres sacerdotais, no exemplo oferecido já por ilustres membros do nosso episcopado, têm estímulo e encontram motivos para sem vacilações se colocarem ao nosso lado, e com ardor batalharem connosco pelo bem material, e esperemos que o cuidadoso ensino da higiene feito nos seminários habilite os futuros padres a prègarem das cátedras das igrejas, de par com as doutrinas que procuram a melhor orientação religiosa, preceitos que orientem o povo pelo caminho da limpeza e da salubridade.

Os professores primários, êsses, se a reforma ùltimamente decretada fôr compreendida sob o influxo da moderna pedagogia, possuem elementos suficientes para se ordenarem neste movimento de vulgarização higiénica, harmónico com a educação física das crianças, que para o professor representa um imperioso dever profissional, pois a educação primária não consiste só na adaptação do educado no manejo dos instrumentos de trabalho mental. Se conseguirmos trazer ao nosso apostolado os párocos e os professores, teremos, sem dúvida, em futuros congressos, a registar factos que excederão em intensidade e proveito os que até hoje assinalam a existência da Liga contra a tuberculose.

Urge que todos se compenetrem de que a luta contra a tísica é um movimento de regeneração nacional, e auxiliar os lutadores, e associar esforços para a proficuidade da luta é dever que o civismo impõe a todos os portugueses, a todos, neste combate para a defesa da saúde pública e melhoria da sorte do povo. A indiferença seria um crime de leso-patriotismo.

Não é próspero o nosso comércio, está sèriamente comprometido o futuro económico da nossa indústria, os recursos do tesouro são largamente absorvidos pelas exigências inalienáveis da dívida pública, cresce de dia para dia a tributação em desproporção com a riqueza individual, e quando um país está em tais condições não lhe é indiferente, não lhe pode ser indiferente a perda do capital importante, cifrado em 20:000 óbitos que a tuberculose anualmente produz.

Mas se a nós, congressistas, pertence o trabalho do pensamento, estudando o mal na sua origem, nas suas conseqüências e nos meios a opor ao seu desenvolvimento, a outros cabe a responsabilidade de atenderem às nossas prescrições, de fazerem recuar a doença adoptando os meios propostos; se ao nosso esfôrço está entregue a educação do povo em higiene, porque assim compreendemos, e assim devemos compreender o exercício da nossa profissão, aos governos, às administrações locais, às sociedades mutualistas, aos favorecidos da sorte, pertence o dever de consagrarem perante o público em obras perduráveis e factos de valia as verdades apuradas neste congresso, e concretizadas nas suas deliberações e nos votos emitidos.

Em todos os trabalhos de preparação, o Núcleo de Viana foi poderosamente auxiliado pelo Prof. Miguel Bombarda, o benemérito iniciador da Liga e a sua poderosís-

sima alavanca, e pelo nosso querido colega António de Azevedo, que tanto se tem evidenciado em solicitude, inteligência e entusiasmo pela luta contra a tísica.

Os notáveis organizadores do 1.º congresso, que só excepcionais faculdades de trabalho podiam preparar em tão breve espaço de tempo, e cujas Actas foram publicadas três meses depois, o que é único na história dos congressos, não se pouparam a canseiras, e, mesmo de longe, foi o impulso da sua actividade que nos sacudiu desta pacatez provinciana; mesmo a distância era o seu entusiasmo que nos dava coragem, era o seu conselho que nos orientava, era o seu trabalho que nos valia. A bem dizer, quem organizou o congresso foram êles, quem os auxiliou fomos nós.

Isto não o afirmo em ar de gratidão, porque no meio de trabalhadores, cujos serviços são motivados exclusivamente pelo amor da sciência e pelo bem-estar da humanidade, seria estranho que estivéssemos a permutar agradecimentos. Mas o que temos é o dever de prestar a homenagem do respeito mais profundo, da admiração mais completa, a todos quantos colaboraram para que êste congresso se efectuasse, e é essa homenagem que em nome do Núcleo de Viana eu tributo ao benemérito Prof. Miguel Bombarda, ao meu querido amigo Dr. António de Azevedo, aos ilustres relatores das diversas questões, que prontamente acederam ao nosso convite e tão distintamente se desempenharam da sua missão.

Nesta hora de despedida eu saúdo os meus ilustres colegas que em ampla manifestação de confraternidade e estudo, que foi o congresso de Viana, mais uma vez afirmaram o ardor e a honrada abnegação com que os médicos portugueses concebem o cumprimento do seu dever; eu saúdo veterinários, agrónomos, engenheiros, todos quantos

colaboraram no congresso com a luz da sua inteligência, com o esfôrço do seu trabalho, e que aqui vieram — quem sabe? — haurir nestas brisas minhotas os alentos duma vigorosa tenacidade, indispensável para a continuação da nossa cruzada.

Saúdo os ilustres professores de Coimbra, de Lisboa, do Pôrto, que engrandeceram a nossa tarefa e valorizaram o nosso esfôrço com a sua palavra e o seu conselho, com a voz autorizada do seu saber e os impulsos humanitários do seu coração.

Saúdo ainda as senhoras que tanto se interessaram pelos nossos trabalhos, honrando as nossas sessões, imprimindo-lhes o brilho que só elas sabem dar.

O que é preciso, minhas senhoras, é que v. ex.as sejam, portas a dentro de suas casas, apóstolos desta cruzada contra a tísica, como nós o fomos neste congresso, como o temos sido e continuaremos a ser nas assembleias populares.

Para Viana êste congresso ficará constituíndo uma das datas mais gloriosas da sua história; para o Núcleo organizador representa a maior distinção que lhe podia ser conferida pela sua propaganda; para mim, considerarei como dos dias mais felizes da minha vida aqueles em que tive a honra de ser secretário dum congresso, que teve na sua presidência clínicos dos mais distintos e professores dos mais ilustres.

A todos os congressistas eu posso garantir, e é essa a maior e melhor das nossas homenagens, que o congresso de Viana é acontecimento que fica assinalado nas vibrações mais puras e mais sentidas da alma desta cidade.

IV

Profilaxia da tuberculose — Colónias de férias

(In *Pôrto Médico* — Julho de 1905)

A luta contra a tuberculose, que de comêço atendeu apenas aos doentes, acercando-os de cuidados e evitando a transmissão do mal àqueles com quem os doentes viviam, em famílias, em oficinas, em quartéis, em repartições públicas, a breve espaço de tempo reconheceu a necessidade de alargar a sua esfera de acção, para sólida garantia de êxito na campanha iniciada. Não basta tratar os doentes ou impedir o contágio; por diversos caminhos podem as populações caír na tísica, e à sociedade cumpre, se é sincero o seu esfôrço no combate, colocar em cada um o apropriado elemento impeditivo do avanço da doença.

Sanatórios, dispensários, isolamento de doentes nos hospitais, postos de desinfecção, construção de bairros para operários; caixas de socorros, assistência domiciliária, todos êstes meios e muitos outros se praticam e vulgarizam com a intenção de entravar o desenvolvimento da tuberculose. Combate-se o alcoolismo e a sífilis, preconiza-se a necessidade de serem devidamente saneadas

tôdas as habitações, cogita-se em atenuar as pesadas condições de trabalho em muitas profissões e em melhorar o viver de muitos trabalhadores, e numa ampla obra de profilaxia, de preservação, é hoje encarada a luta contra a tuberculose.

A duas categorias de doentes temos de atender sob o ponto de vista do combate da tísica, os tuberculosos actuais e os tuberculosos futuros.

É importante cuidar da tuberculose actual, pensando em todos os meios que podem curar os doentes, que podem prolongar-lhes a vida, isolando a dentro da higiene os que não forem curáveis; mas é importantíssimo pôr desde já em acção todos os recursos para limitar no futuro a tuberculose, se não fôr possível extingui-la. Se a luta contra a tuberculose atendesse apenas ao dia de hoje, deixando em plena actividade todas as causas que preparam o terreno para a germinação do mal, os resultados seriam dum insignificante valor social.

Podemos ter asilos onde se albergue o tuberculoso pobre, mas se se não modificam as condições de existência das classes proletárias, a sociedade continuará a ser tributada fortemente pela tísica em uma das suas mais produtivas riquezas, o braço do operário; podemos cuidar dos filhos dos alcoólicos e dos filhos dos sifilíticos, mas se se não impede por qualquer forma o desenvolvimento da sífilis e do alcoolismo, êstes dois grandes factores do enfraquecimento orgânico irão arruinando a humanidade de geração em geração, franqueando as portas por onde a tísica irrompe fàcilmente.

As circunstâncias económicas do país, e os erros acumulados dos governos sem saber e sem critério, são um obstáculo à disseminação rápida de estabelecimentos des-

tinados à cura da doença e à desaparição das causas que determinam a sua eclosão no futuro; mas cuidemos, ao menos, de erguer o coeficiente vital dos que nascem em condições particulares de receptividade.

Seguindo a evolução da luta anti-tuberculosa nos diversos países nota-se que se não é abandonada a construção de sanatórios, se se multiplicam os dispensários e se faz o isolamento dos doentes nos hospitais comuns, atendendo-se dêste modo à tuberculose actual, os maiores cuidados se dirigem a todos os meios que podem impedir a aparição de novos casos. São as desinfecções para que o contágio se não desenvolva, é a vulgarização da higiene para que hábitos de limpeza se infiltrem pelo povo, é a redução das horas de trabalho para que a fadiga não extenue e aniquile o corpo dos trabalhadores, é a salubridade das moradias, são tôdas as obras que tomam as crianças no seu alvorecer e as subtraem às influências nocivas do meio ou da herança. Neste caso estão as *colónias de férias*, a feliz concepção de Walter Bion.

A educação das crianças, como ela deve ser compreendida em face da moderna pedagogia, abrange um complexo de princípios orientando tôdas as formas da actividade infantil. Não se trata apenas do desenvolvimento intelectual, segundo a aparição evolutiva das faculdades, nem sòmente da formação do carácter, segundo as normas da virtude, mas aos cuidados e atenções que o educador presta à inteligência e à vontade se junta, como parte indispensável, a educação física que fortifica e desenvolve o sistema muscular, e vigoriza todo o organismo. Uma perfeita educação só se consegue integrando nas funções dos educadores e nas atribuições das escolas o tra-

balho em desenvolver tôdas as energias do organismo infantil, e não só parte dessas energias.

A tôdas as escolas, desde o ensino primário ao superior, se deviam anexar apropriados exercícios físicos que acompanhassem os diferentes períodos da vida educativa. É assim que se pratica nos países que querem viver. Entre nós a educação física não se faz nas escolas primárias, não se faz nos liceus, nem será fácil saber quando a pedagogia nacional seguirá novo e melhor caminho.

Supondo escolas bem organizadas, isso não basta para que as crianças adquiram um perfeito desenvolvimento, se taras patológicas variadas ou precárias condições de existência inferiorizam a sua actividade.

De necessidade é que se recorra a meios adequados para ser corrigida e se possível fôr anulada a fraqueza derivada daquelas circunstâncias, e que sôbre ser um obstáculo à educação regular e completa das crianças, constitui-as terrenos bem amanhados para a implantação da doença.

Entre êstes meios figuram com brilhantes resultados as *colónias de férias*, fazendo residir a criança temporàriamente numa aldeia ou numa praia, onde elas possam tonificar-se na atmosfera balsámica dos pinheiros ou na brisa ozonizada do mar.

Ás crianças débeis, filhas de famílias em boas condições de fortuna, é facil recomendar a residência no campo ou nas praias, pois estas famílias têm propriedades campestres onde passam uma parte do ano, ou se deslocam para as estações balneares, semeadas ao longo da costa. Não podem efectuar uma tal mudança os filhos dos pobres, dos deserdados da sorte, daqueles que não ganham o bastante para o pão de todos os dias. E, todavia, são estas

crianças, enfraquecidas por todos os motivos, vivendo em habitações insalubres, respirando um ar sem oxigénio, sustentadas por uma alimentação defeituosa, que mais precisam de novos ares.

As *colónias de férias,* nos países onde desde muito estão em pleno funcionamento, como a Inglaterra, a Suíça, a França, a Dinamarca, Suécia, Estados-Unidos, Argentina, são instituídas nas praias, nas montanhas ou nos campos, em casas de famílias que recebem duas ou três crianças, ou em casas próprias que alojam tôda a colónia, dependendo a colocação das indicações que as crianças forneçam segundo o estado da sua saúde, e dos recursos económicos que têm de fazer face às despesas inerentes.

Antes da partida para a colónia uma observação cuidadosa recolhe e regista minuciosos esclarecimentos sôbre o estado das crianças, como pêso, altura, fôrça dinamométrica, diâmetros torácicos, de modo que no seu regresso se possa avaliar das conquistas feitas em saúde e robustez, e nas organizações dos grupos de crianças que devem receber os benefícios da colónia são separadas as simplesmente enfraquecidas das que são portadoras de otites, eczemas, conjuntivites, escrófulas em supuração, ou qualquer outro padecimento.

Na colónia as crianças vivem em meio de brinquedos, e com um regímen alimentar apropriado e práticas hidroterápicas convenientes, o seu organismo fortifica-se, fazendo a possível provisão de saúde.

A observação da natureza, na multiplicidade dos seus aspectos, a vida dos campos, tão diferente da vida citadina, deixa ministrar às crianças utilíssimas noções, que

sem esfôrço nem fadiga intelectual vão enriquecendo o seu espírito.

Ás vantagens físicas para a saúde cumpre juntar as vantagens morais da alegria e da felicidade que nascem dum bem estar sem sombras, do viver com o bom sol e o bom ar em meio da opulência da vegetação, e tudo isto significa que as colónias de férias são uma obra valiosa de assistência e higiene.

Preconizar determinadas obras de beneficência, e na luta contra a tuberculose referir o que pelos outros países se tem feito é relativamente fácil; já não é tão fácil pôr em prática entre nós os meios que a sciência aconselha como os melhores e mais adequados ao combate.

As colónias de férias, como outras obras de medicina preventiva, que é a melhor das medicinas, estão largamente espalhadas pela Europa e pela América, onde as municipalidades, caixas de socorros escolares, e sociedades especiais tratam de obter recursos para a sua sustentação.

Tôdas as iniciativas que procuram acercar de garantias a vida das crianças, tôdas as sociedades e instituições que às crianças dedicam o seu trabalho devem ser conhecidas e aconselhadas.

As colónias de férias seriam entre nós dum grande alcance humanitário e nacional, e bom será que a benemerência dos que podem tome sob a sua protecção tão profícuo empreendimento.

Entretanto supomos que um meio já existe para a instituição das colónias de férias. É a *Assistência Nacional aos tuberculosos* encarregar os seus dispensários, a exemplo de associações congéneres do estrangeiro, como uma das suas principais atribuições, o estabelecimento duma

colónia para as crianças da cidade onde o dispensário funciona.

Propõem-se os dispensários fazer medicina preventiva contra a marcha da tuberculose, e para isso formam na primeira linha de defesa contra o mal; ora vigorizar as crianças, dando-lhes um forte coeficiente de resistência, o mesmo é que diminuir os casos futuros de tuberculose.

- As colónias de férias são por excelência uma obra de profilaxia anti-tuberculosa.

V

Les hémoptysies dans la tuberculose pulmunaire

(In — *Revue Internationale de la Tuberculose* — Paris — Vol. XI — 1907).

Sa fréquence

Parmi les éléments qui symptomatisent la phtisie pulmonaire, et parmi les incidents qui dramatisent la vie du tuberculeux, l'hémoptysie occupe une place importante par sa fréquence, sa pathogénie, son traitement, par tous les facteurs de son histoire et encore par l'influence qu'elle exerce sur l'état moral des malades.

En effet, le malade peut avoir une expectoration abondante, des sueurs, de la fièvre, de l'anorexie, des douleurs thoraciques, des insomnies; il peut sentir la réduction de ses forces organiques et tout ce qui forme le complexe symptomatique de la phtisie pulmonaire, sans s'en alarmer; mais par contre, une hémoptysie l'atterre.

Cracher du sang, c'est pour lui le pire des symptômes, et la proverbiale espérance de cure qui alimente le tuberculeux, même quand il est près de mourir, disparaît dès le moment qu'une hémorragie de certaine importance a lieu.

C'est ce symptôme que nous allons étudier.

Tous les facteurs étiologiques des hémoptysies pulmonaires étaient anciennement réunis en quatre groupes: tuberculose, lésions valvulaires, anévrismes, tumeurs malignes.

Aujourd'hui, on sait parfaitement que l'hémoptysie peut être causée par des maladies générales, par des empoisonnements et par des maladies cantonnées dans des organes distincts de l'appareil respiratoire.

Dans l'arthritisme, dans les lésions du cœur, dans les anévrismes de l'aorte, dans toutes ces conditions pathologiques et en bien d'autres encore, comme dans les traumatismes thoraciques et dans les cas survenus par des efforts musculaires exagérés, l'hémoptysie peut se produire.

Il y a des femmes dont les règles sont accompagnées habituellement d'hémoptysies, et ceci pendant longtemps, sans qu'elles soient dès lors atteintes de lésions pulmonaires; il y a aussi des cas d'ataxie locomotrice où les hémoptysies se sont montrées, et Brown-Séquard est arrivé à les produire par l'expérimentation chez les animaux, en excitant la base de l'encéphale, excitation qui était transmise aux poumons par la moelle et par les premiers nerfs thoraciques.

Presque toutes, sinon toutes, les maladies pulmonaires peuvent être accompagnées d'hémorragies, comme la bronchite, la pneumonie, l'emphysème, la gangrène, la syphilis, l'actynomicose, et, en tous ces cas, le flux sanguin peut être ou abondant, pour mériter le nom d'hémorragie, comme il arrive quelquefois dans la gangrène pulmonaire, ou simple expectoration hémoptoïque, comme généralement dans la pneumonie.

Ce n'est pas seulement dans la phtisie que l'hémoptysie fait son apparition comme signe indicateur de l'hémor-

ragie pulmonaire; donc, on ne peut pas dire, à la simple constatation d'un malade crachant du sang, qu'il soit un tuberculeux, les tuberculoses pulmonaires pouvant se développer et même exister depuis longtemps, sans que les malades accusent l'existence de sang dans les produits de l'expectoration. La tuberculose est, de toutes les maladies pulmonaires, celle qui présente l'hémoptysie comme l'élément le plus important et habituel de sa symptomatologie.

Phtisie aiguë. — L'hémoptysie peut apparaître dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire et dans toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire chronique.

Nous pouvons, avec Brissaud et Grancher, considérer trois grandes divisions dans la morphologie clinique de la tuberculose pulmonaire: aiguë, sous-aiguë et chronique.

L'hémoptysie diminue de fréquence et d'intensité avec la gravité du mal.

Dans la phtisie aiguë, alors même qu'elle ne dérive pas d'une tuberculose chronique, avec des accidents hémoptoïques dans son histoire, le processus débute quelques fois par des hémoptysies variables selon ses formes.

Cornil dit à ce propos :

«Le diagnostic, aujourd'hui, ne présente aucune difficulté, quand on peut pratiquer l'examen convenable des crachats; même en dehors de cette constatation, il est encore généralement facile. D'une part, le *sang,* la toux, l'expectoration, la dyspnée appellent immédiatement l'attention sur la poitrine.

. . . . . .

«La concentration des râles au sommet, les caractères négatifs de l'expectoration, *la présence de sang pur au*

milieu des crachats, les hémoptysies antérieures, indiquent l'évolution de lésions pulmonaires d'origine tuberculeuse.»

Si la tuberculose aiguë représente l'exacerbation de la forme chronique, un certain laps de temps, plus ou moins long, peut s'être écoulée dès l'apparition des dernières hémoptysies jusqu'au moment où le mal s'intensifie.

Dans ce cas, l'hémoptysie reste isolée au milieu de la symptomatologie.

Avec Brissaud, nous mettons, dans le rang de la phtisie aiguë les formes typhoïde, suffocante, broncho-pneumonique et la pleurale.

On peut observer des hémoptysies dans toutes ces formes, mais avec différence d'intensité et de fréquence.

Dans la typhobacillose, l'entérorragie et l'épistaxis sont fréquentes, l'hémoptysie ne survient que par exception.

Dans la tuberculose suffocante, l'hémoptysie abondante est rare, mais la toux qui coupe successivement la respiration difficile du malade, est accompagnée d'expectoration peu abondante, muco-purulente, ou légèrement rayée de sang.

Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, l'hémoptysie est limitée en général pendant la maladie à des crachats rayés de sang, mais il arrive quelquefois que c'est une hémorragie abondante qui vient terminer le drame pathologique.

La forme pleurale, ainsi appelée de la participation de la plèvre et de la prédominance des lésions de cette membrane sur les lésions pulmonaires, lésions qui toutefois peuvent être antérieures ou postérieures à celles-ci, présente l'hémoptysie selon le travail morbide effectué dans le parenchyme respiratoire.

Phtisie sous-aiguë. — La pneumonie caséeuse et la phtisie galopante sont les deux modalités de la phtisie sous-aiguë, constituant celle-là, selon Bernheim, la transition de la phtisie granuliforme à la phtisie commune.

Ces deux modalités de la phtisie se distinguent par leur durée, par leur principe, par les symptômes qui les accompagnent, dont l'un d'eux est l'hémoptysie.

La pneumonie caséeuse, qu'elle se développe dans une phtisie chronique, ou qu'elle s'installe dans un poumon jusqu'alors indemne du processus tuberculeux, est fréquemment accidentée d'hémoptysies, ce qui est d'une grande valeur si on se trouve dans la difficulté d'établir le diagnostic différentiel de la pneumonie franche, qui très rarement présente des hémoptysies.

Dans la pneumonie tuberculeuse, les crachats mêlés de sang ne sont jamais rouillés.

Dans la phtisie galopante, phtisie commune condensée, selon la phrase apropriée de Peter, les hémoptysies sont rares. Le malade entre vivement dans la cachexie, avec sueur abondante, diarrhée, température élevée, amaigrissement continuel, expectorant des crachats muco-purulents et richement peuplés de bacilles, mais non sanguinolents, ou du moins très peu et excepcionnellement.

Phtisie chronique. — Précédant les trois périodes classiques de la tuberculose pulmonaire chronique, il faut mentionner une période de germination, période qui prend chaque jour une place plus importante à mesure que la clinique généralise de plus en plus l'idée de la guérison de la maladie, guérison d'autant plus sûre que le diagnostic sera plus précoce, le traitement plus tôt initié. On doit la

considération de cette quatrième période à Bayle, et, pour notre étude elle a une valeur capitale.

Il est certain que l'hémoptysie apparaît avec plus de fréquence dans les trois périodes classiques de la tuberculose, principalement dans la première et dans la troisième, mais si elle apparaît dans la période de Bayle, elle est d'un intérêt tout particulier pour le diagnostic.

Dans cette période, où le poumon a commencé déjà à être envahi par la tuberculisation, le malade offre encore toutes les apparences de santé; ni toux, ni perturbations digestives, ni fièvre, ni fatigue, et, malgré cette absence de symptômes, la tuberculose est déjà un fait. C'est dans ce cas que l'analyse phonendoscopique doit être minutieuse et que les éléments fournis par les mesures spirométriques, par la corpulence (quotient du poids par la hauteur), par les tracés sphygmographiques, permettent d'établir le diagnostic. Alors, si le malade a une hémoptysie, elle vient apporter beaucoup de lumière aux recherches de la clinique.

Dans cette période latente de la tuberculose, le malade est surpris un jour par une hémoptysie, parfois abondante, qui peut se répéter pendant des jours consécutifs; dès ce moment, ou bien le malade entrera définitivement et franchement dans l'évolution de la tuberculose, ou bien la maladie ne progressant pas, elle ne laissera soupçonner pendant longtemps encore, pendant des années peut-être, l'existence de la bacillose dans la poitrine.

Dans la première hypothèse, l'hémoptysie marque la transition de la période de Bayle à la période de la tuberculose confirmée, de la période de germination à la période d'infiltration. « Elle est, en quelque sort, comme le trait d'union entre ces deux périodes de la phtisie: phtisie latente et phtisie confirmée. » (S. Bernheim).

Dans la deuxième hypothèse, quand l'hémorragie n'ouvre pas la porte à l'évolution franche et nette de la phtisie pulmonaire, il peut arriver que le malade ne soit un tuberculeux confirmé que très postérieurement, ou qu'il ne le devienne jamais. Dans ce cas, il faudrait savoir si l'hémoptysie était symptomatique de la tuberculose, ou simplement un épisode complètement étranger à la maladie.

Si l'hémoptysie était exclusive de la tuberculose pulmonaire, il est certain qu'elle devrait être toujours considérée comme le symptôme du processus phtisiogène; mais, comme elle apparaît dans d'autres circonstances pathologiques, il est évident que ce symptôme peut s'attribuer à l'un des deux cas cités ci-dessus.

Grancher et Huchard relatent l'existence chez quelques malades d'hémoptysies abondantes, fréquentes et inoffensives, qu'ils attribuaient à l'arthritisme, ne pouvant pas, faute d'autres symptômes, diagnostiquer une tuberculose pulmonaire.

Le travail tuberculeux, au moment de commencer dans un poumon le premier de ses ouvrages, la granulation, au moment de provoquer dans les parois de l'épithélium respiratoire la formation des caractéristiques cellules géantes, est accompagné de congestion à la périphérie de la place où il débuta, et celle-ci peut être suivie d'hémorragie. La tuberculose peut ne pas faire des progrès, le tubercule une fois formé peut ne pas atteindre la caséification et, par sclérose ou calcification, s'arrêter dans sa marche; il peut même se caséifier et les parois de la caverne restante, en vertu de l'élimination de la matière caséeuse, peuvent ne pas s'élargir, se cicatriser et obtenir la guérison de la tuberculose commencée dans le poumon

attaqué. Dans ces conditions, le malade a eu les hémoptysies initiales, mais la cure de la maladie explique la non réapparition de ce symptôme.

Une des particularités plus caractéristiques de la tuberculose pulmonaire chronique est la lenteur de sa marche, et cette lenteur, venant dès son origine, explique l'interposition d'une période de temps, plus ou moins longue, entre l'époque des premières hémoptysies et l'éclosion des autres symptômes pulmonaires de la phtisie.

Les anciens pathologistes supposaient, et cette supposition venait des temps hippocratiques, que l'hémoptysie pouvait provoquer la tuberculose; on citait même une *tisis ab hemoptæ*. Semblable opinion, cambattue et réfutée dès Laënnec, n'est pas admissible aujourd'hui et ce n'est qu'à titre de curiosité historique qu'elle mérite une référence.

Dans un cas de tuberculose confirmée et manifestée franchement par sa marche, les hémoptysies dépendent d'une diversité de circonstances que nous citerons plus tard. Dans la dernière période, l'hémoptysie peut ne pas se produire, mais d'habitude elle apparait, et en abondance. Dans la période intermédiaire, les malades peuvent passer plusieurs mois sans hémoptysies, ou en avoir de temps en temps, et même à des époques régulières. Chez quelques-uns de nos malades nous avons observé des cas assez curieux où les hémoptysies revenaient seulement en certains mois de l'année.

Si toutefois les hémoptysies se produisent dans la période intermédiaire de l'évolution d'une tuberculose chronique, sa plus grande fréquence est néanmoins dans la première et dans la dernière.

Étiologie et pathogénie

Elles sont très variées, les causes qui peuvent provoquer une hémoptysie et doivent être groupées en deux catégories: causes dépendant du processus anatomo-pathologique et causes étrangères à la nature morbide de la maladie.

Enregistrons les secondes, qui sont nombreuses et qui se rapportent à des faits de la vie du malade.

L'âge et le sexe exercent une certaine influence dans la genèse des hémoptysies tuberculeuses.

Avant 15 ans elles sont rares, mais pas autant qu'on le supposerait.

On enregistre assez de cas chez des enfants de 2 à 4 ans, et même parfois chez de petits bébés qui n'ont que quelques mois d'existence. La déglutition du sang expulsé par le larynx empêche chez quelques jeunes gens de reconnaître l'hémoptysie, simulant alors l'hématémèse ou le mélæna.

L'hémoptysie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et à la proportion de 2: 1; chez l'homme, elle offre la même fréquence dès la puberté, chez la femme elle est plus fréquente dès les 40 ans, ce qui nous porte à considérer sa plus grande fréquence dans le sexe féminin comme dérivée du molimen menstruel.

La diathèse dominante a une certaine influence. Chez les neuro-arthritiques, les hémoptysies sont plus fréquentes, et cette fréquence s'explique par la tendance fibreuse des tubercules et par des phénomènes congestifs inhérents.

Les hémoptysies sont rares et peu abondantes dans la tuberculose des scrofuleux, des diabétiques, des syphi-

litiques, et très fréquentes chez les alcooliques et brightiques; chez ces derniers, elles peuvent constituer une sérieuse complication, pouvant de même agir à la façon d'une saignée, préservant ainsi le malade d'un accès d'urémie.

Le tuberculeux est exposé à l'invasion d'autres maladies, principalement de l'appareil respiratoire, et toute nouvelle maladie peut déterminer une hémoptysie.

Parmi les médicaments qui ont été utilisés dans la phtisie, et ils sont nombreux, la créosote et l'iodure de potassium sont accusés, et avec raison, de provoquer des hémoptysies, ce qui ne nous étonne pas, en songeant à l'action de ces deux préparations. La créosote, qui est le moins mauvais des médicaments contre la tuberculose, est toutefois le pire si son application obéit à l'enthousiasme condamnable de Burlureaux, l'apologiste des doses massives.

Le vent a une influence si manifeste dans la production des hémoptysies, que l'opinion générale le considère comme le plus grand ennemi des tuberculeux. C'est pour ce motif qu'on doit conseiller aux malades d'éviter les vents, si légers soient-ils. Nous avons noté beaucoup de cas d'hémoptysies sans doute occasionnées par le vent, que les malades ne voulurent ou ne cherchèrent pas à éviter.

Le tuberculeux doit suivre la règle d'éviter les grands mouvements thermiques de l'atmosphère.

Les froids ainsi que les grandes chaleurs produisent des congestions pulmonaires et peuvent provoquer des hémoptysies.

Le repos occupe une place importante dans la thérapeutique du tuberculeux, soit que l'on considère la maladie en général, soit qu'on l'envisage simplement au point

de vue de ses symptômes, et non seulement le manque de repos, mais tout ce qui peut inquiéter le malade, tout ce qui l'excite, soit dans le corps, soit dans l'esprit, peut provoquer une hémoptysie.

Parler beaucoup, le chant, la gymnastique, le cyclisme, les excitations génésiques, les longues et fatigantes promenades, tout cela doit être évité par le malade sous peine d'être pris d'une hémoptysie. Beaulavon relate le cas d'un médecin tuberculeux, en traitement à Falkenstein, qui, après avoir fait une grande promenade, eut une abondante hémoptysie et mourut dans cinq jours.

Dans les sanatoriums allemands de Falkenstein, Goerbersdorf, Nordrach, à l'occasion de Noël et du Carnaval, on organise des fêtes pour distraire les malades, mais tels divertissements leur sont plutôt très nuisibles, puisqu'ils déterminent l'apparition des hémoptysies, qu'on doit nécessairement attribuer à l'excès avec lequel ils se livrent aux joies du moment.

Les tuberculeux de n'importe quel sexe doivent s'abstenir de relations sexuelles, et si Daremberg les permet très modérées à l'homme, notre opinion est, même si le malade n'est pas sujet, par la forme de son mal, à expectoration saignante, qu'il doit avoir comme règle l'abstinence. Nous avons eu occasion de donner des soins à des tuberculeux pour hémoptysies consécutives au coït et sans que celui-ci ait été accompagné de fortes excitations. Il est préférable, à notre façon de voir, de conseiller au malade de s'abstenir.

Les mouvements de la toux, quand ils sont exagérés et fatigants, peuvent provoquer des hémoptysies et de là la nécessité d'apprendre au malade à la dompter, ce qui

vaut mieux que de chercher à la combattre avec des médicaments.

Au sujet de l'influence de l'altitude sur les hémoptysies, les uns veulent qu'elle soit favorable à la production des pneumorragies, les autres qu'elle ne les provoque pas, et qu'elle soit même une aide pour mettre le malade à l'abri de récidives hémorragiques.

Dans les altitudes, comme dans les plaines, les tuberculeux sont pris souvent par des hémoptysies abondantes, mais nous devons dire que celles-ci sont plus fréquentes chez les malades qui vivent hors des sanatoriums, et forcément plus exposés à des causes étrangères à l'altitude.

On lit chez divers physiologistes et pathologistes que, la pression atmosphérique diminuant par l'altitude et la pression sanguine augmentant, les vaisseaux pulmonaires s'altèrent, et n'ayant pas assez de résistance dans leurs parois pour supporter cette augmentation de pression, doivent se rompre facilement. Ainsi veut on expliquer la fréquence des hémoptysies dans les altitudes. Paul Regnard est contre cette opinion, argumentant avec ses travaux de laboratoire, qui lui ont démontré que *la vie à l'altitude ne modifie pas sensiblement la tension artérielle*, et se basant sur les travaux et sur les estatistiques de cliniques des stations montagneuses, principalement Edger, de Arosa, affirme que les hémoptysies ne sont pas plus fréquentes chez les tuberculeux qui vivent dans la montagne que chez ceux qui habitent la plaine, et qu'on peut envoyer aux sanatoriums d'altitude des phtisiques hémoptoïques. Pour Lauth l'altitude exerce une action décongestionnante sur les poumons, et si quelques malades ont dans la montagne de l'expectoration hémoptoïque, on doit plus tôt l'attri-

buer aux excès musculaires exigés par les ascensions auxquelles quelques malades se livrent.

Comme Lauth et Regnard, nous ne considérons pas l'altitude comme facteur hémoptysant.

Quelques malades de notre connaissance, largement saignés par des hémoptysies pendant qu'ils habitaient la plaine, ne les ont jamais eues dès qu'ils passèrent a la montagne. Mais si le malade qui habite la montagne se promène trop, s'expose au vent, fréquente les clubs et cause beaucoup, qu'il ne s'attende pas alors à ce que l'altitude le délivre des hémoptysies, s'il y est sujet, par la forme de sa maladie.

Le tuberculeux qui crache du sang, soit en petit soit en grande quantité, ne doit pas aller à la montagne tout simplement parce qu'il ne doit pas se fatiguer.

Mais, dès le moment qu'il se voit débarrassé de l'épisode hémorragique, et que l'air de la montagne semble le mieux convenir à son traitement, il doit alors s'y conduire avec toutes les précautions, qui sont d'ailleurs la plus solide garantie de sa cure.

Ce qui arrive avec l'air de la montagne arrive aussi avec l'air de la mer, qui est considéré bon par les uns et mauvais par les autres. Quant à nous, l'air de la mer ne provoque pas l'hémoptysie, s'il est calme, et son action nuisible, s'il ne l'est pas, résulte alors du vent et non de sa composition marine.

Parmi les facteurs qui peuvent déterminer l'apparition d'hémoptysies, on doit mentionner le tabac.

Le tuberculeux ne doit pas fumer, puisque la fumée est toujours hostile au progrès de son amélioration, mais, au point de vue de l'hémoptysie, il le lui doit être formellement interdit. La nicotine est un puissant agent hyper-

tensif, et la vaso-constriction qu'il produit favorise l'hémoptysie.

Une des plus fortes hémoptysies que j'ai eues dans l'évolution de ma tuberculose a été provoquée par la fumée d'un cigare.

Toutes ces causes que nous enregistrons en très grand nombre, actionnant sur le poumon tuberculeux, le conduisent à l'émission sanguine. Mais des circonstances locales, de grande valeur étiologique dans le symptôme en étude, et dépendant du travail morbide effectué, nous font connaître pourquoi les parois vasculaires se rompent et le sang s'écoule.

Il y a, dans le poumon, trois ordres de vaisseaux, l'artère pulmonaire, l'artère bronchiale et les veines.

Les artères pulmonaires sont lobulaires, vu que celles d'un lobule ne s'anastomosent pas avec celles des lobules voisins, et lobulaires se peuvent considérer les artères bronchiques, distribuées à la muqueuse des bronches et y distribuant des capillaires.

Ceci connu, il n'y a pas d'anastomoses entre les artères lobulaires; il n'y en a pas non plus entre les artères pulmonaires et bronchiques, quoique communiquant avec les mêmes capillaires.

Cette disposition, qui rend distincts et indépendants les deux systèmes, fait que l'obstruction de ces vaisseaux augmente la tension artérielle. Cette oblitération est une conséquence du travail tuberculeux.

Le bacille de Koch peut être porté jusqu'aux vésicules pulmonaires par une des deux voies: par l'air inspiré, ou par la circulation générale, charriant par le parenchyme du poumon les bacilles qui proviennent de tuberculoses distantes.

Les bacilles, une fois localisés, déterminent un processus inflammatoire, débutant par le développement et infiltration de cellules embryonnaires, originaires de l'endothélium des vaisseaux et des parois alvéolaires et bronchiques. Ce sont ces cellules embryonnaires qui marquent la première étape de la formation des follicules tuberculeux, qui restent définitivement constitués avec la cellule géante caractéristique du protoplasme granuleux et le cercle de nucléoles à la périphérie, avec la zone moyenne de cellules épithélioïdes, et tout cela circonscrit par une zone de cellules avec les caractères embryonnaires, qui, par des modifications ultérieures, créent les épithélioïdes et la géante.

Les follicules s'agglomèrent, conservant la même disposition concentrique, et ainsi forment la granulation ou nodule, qui renferme dans le poumon les parties dérivées des vaisseaux, des alvéoles et des bronches, et pour cela même présente, dans sa texture anatomo-pathologique, des lésions vasculaires, alvéolaires et bronchiques. Tout ce travail produit l'oblitération des vaisseaux et, par suite, une augmentation de pression collatérale, mais insuffisante par elle-même pour provoquer une hémorragie.

Comme nous avons vu, les parois des vaisseaux sont profondément altérées et cette altération les empêche de résister à la pression sanguine.

Un mouvement hypertensif ouvre un chemin facile dans les vaisseaux altérés à la sortie du sang.

La formation des granulations tuberculeuses, sa dissémination dans le parenchyme pulmonaire, provoquent un travail congestif péri-nodulaire, et cet afflux sanguin vient augmenter la pression endovasculaire et concourir pour la rupture pré-hémorragique.

La congestion, l'augmentation de pression, l'altération des parois vasculaires, constituent des phénomènes qui s'associent pour la production de la pneumorragie.

Quelles que soient les causes accidentelles que nous avons relatées ci-dessus, toutes ont des effets hémoptysants, parce qu'elles actionnent par quelques-uns de ces mécanismes, sinon par tous.

La pathogénie du symptôme apparaît évidente en un de ces cas quelconque.

Un excès d'alimentation, un fort coup de vent, trop de travail, une fatigue, élevant la tension artérielle, congestionnant le poumon, produisent un mouvement que les parois affectées des vaisseaux ne supportent pas. Ils se rompent, et de cette rupture vient l'hémoptysie.

Quand quelque caverne est formée, un autre facteur intervient qui, tout en étant la cause de l'hémorragie, rend inutiles les tentatives thérapeutiques pour l'arrêter — l'anévrisme de Rasmüssen.

Une caverne tuberculeuse est formée de trois couches: une interne pleine de globules de pus, l'autre intermédiaire formée de cellules embryonnaires, parcourue par des gros vaisseaux d'une seule tunique, et finalement une couche externe, fibreuse.

Les vaisseaux volumineux qui parcourent la couche intermédiaire s'étendent en anévrismes, décrits primitivement par Rasmüssen, et on comprend comment, sans même faire actionner sur le point affecté um molimen congestif, ces anévrismes peuvent se rompre, donnant lieu à des hémorragies parfois foudroyantes.

Symptomatologie, diagnostic et pronostic

Symptomatologie.—L'hémoptysie, qui est un symptôme très important de la tuberculose pulmonaire, n'est pas toutefois un élément simple et, pour la clinique, il ne suffit pas de noter qu'un malade ait saigné de la poitrine. Le sang provenant d'un poumon tuberculeux n'apparaît pas toujours de la même façon, et il faut étudier toutes les particularités qu'il peut offrir dans son apparition. L'hémoptysie apparaît, ou subitement, ou est annoncée par prodromes. Dans le premier cas, le malade, sans avoir des douleurs thoraciques, sans expectoration, sans toux, ou au moins sans toux qui appelle l'attention, est surpris par l'apparition du sang. Il est fréquent de trouver des poitrinaires qui, sans se méfier de leur état, après avoir bien dormi toute la nuit, crachent du sang en se réveillant. C'est là le premier signal d'alarme. D'autres fois, le malade a, depuis quelques jours, une toux courte, sèche, opiniâtre, toux qui à un moment donné devient plus violente et, après un grand effort, est suivie de l'émission sanguine. S'il y a des prodromes, ceux-ci peuvent constituer le drame d'une maladie aiguë, avec fièvre, prostration, palpitations cardiaques et dyspnée. C'est au milieu de toutes ces manifestations que l'hémoptysie marque souvent le début d'une tuberculose.

Si le malade est déjà un tuberculeux avancé, avec son expectoration bien caractéristique, c'est celle-ci qui de temps en temps devient hémorragique, et, sous l'influence des causes déjà étudiées, ces hémoptysies peuvent être le phénomène prédominant dans la vie du malade, restant apyrétique ou devenant fiévreux.

Le sang sorti de la poitrine est très variable en

quantité, depuis le jet qui, sortant par la bouche et le nez, saigne le malade, comme lorsque se rompt un anévrisme de Rasmüssen, jusqu'à la simple strie dans le crachat.

L'hémoptysie due aux efforts de la toux, et survenant au commencement de l'infiltration, est presque sans fièvre, sans tendance pour se répéter et d'une abondance qui n'est pas en relation avec la petite extension des lésions; dans les phases plus avancées de la maladie elles se répètent, sont moins abondantes et se font accompagner, quoique pas toujours, de réaction fébrile. Le sang dérivé des cavernes est généralement abondant, de même que quand le poumon est en grande partie en caséification. Il y a, toutefois, de petites cavernes du sommet, que l'auscultation ne laisse pas toujours percevoir, et qui donnent lieu à des hémoptysies, limitées à de petits caillots expulsés sans effort.

Um fait curieux de la symptomatologie des hémoptysies tuberculeuses est la périodicité avec laquelle elles se reproduisent quelquefois. Nous pouvons citer un exemple de cette périodicité. Chez un de nos malades, attaqué de fortes hémoptysies pendant trois jours, l'émission sanguine se répétait à quatre heures du matin et à quatre heures du soir, et si abondante, qu'elle mettait la vie du malade en sérieux danger.

Le sang qui sort du poumon est rouge clair, mousseux et très liquide. Après l'accès hémorragique, si le malade continue à expectorer, les crachats, perdent dans la suite, la couleur brillante et apparaissent sombres, ce que s'explique par le retard du sang dans le domaine pulmonaire.

Les caillots étant tous éliminés les crachats jaunes ou blancs, selon qu'il y a ou non des bactéries pyogéniques en symbiose avec le bacille de Koch font leur réapparition.

Le sang en passant par la bouche laisse un goût si particulier et si caractéristique que le tuberculeux qui a eu une fois des hémoptysies ne l'oublie jamais. C'est ce goût qui maintes fois, dans la nuit, prévient le malade de la présence du sang. L'entrée du sang dans la bouche peut provoquer des vomissements, principalement s'il vient en abondance.

Dans les hémoptysies initiales le tuberculeux n'a pas la perception nette du côté du quel le sang lui vient à la bouche; et l'impression qu'il éprouve alors au larynx lui fait croire que c'est de là qu'il sort. Mais plus tard il sera à même de sentir et connaître la sortie du sang d'un des deux poumons, parce que le sang, au moment d'être expulsé, détermine un bouillonnement, que le malade est le premier à entendre.

L'auscultation révèle, mais pas toujours, l'existence des bouillonnements, au moment où le sang va faire son apparition et après celle-ci. Les autres symptômes locaux dépendent de l'état du poumon.

Après l'hémoptysie, si la quantité du sang expulsé a été grande ou si les hémorragies se sont répétées, le malade devient anémique et est dominé par une soif aussi grande que l'hémorragie a été intense ce qui a une facile explication physiologique. Les mouvements du cœur se précipitent et la pression artérielle diminue. La récupération de la partie liquide du sang se fait rapidement, mais les globules rouges continuent pendant longtemps à être réduits en nombre et en hémoglobine.

L'ètat moral du malade est profondément altéré par les hémoptysies. Au commencement, le tuberculeux ne s'alarme pas, mais en suite, les hémoptysies se succedant le dècouragement qui s'empare de lui est notable et plus

fréquent chez l'homme que chez la femme, qui, même sans l'intervention du médecin, se trompe, attribuant la crise à un trouble menstruel.

Diagnostic.—En présence d'un malade crachant du sang, le clinicien doit chercher les points suivants pour faire avec assurance son diagnostic.

Le sang vient-il de la poitrine, et est-ce alors une hémoptysie? Étant une hémoptysie, quelle est la maladie qui la provoque? Si la tuberculose est sa cause, quel est le siège pulmonaire de l'hémorragie et la phase de la maladie?

Et c'est à toutes ces interrogations que doit répondre l'investigation d'un médecin, afin de pouvoir affirmer qu'il est question d'une hémoptysie tuberculeuse et pour orienter ses prescriptions thérapeutiques. Nous verrons qu'il n'est pas toujours possible d'établir avec précision la cause de l'hémoptysie. Nous pouvons nous trouver en face de l'une de deux circonstances suivantes: ou près d'un malade qui est en train de rejeter du sang, ou près d'un malade qui nous dit qu'il a craché du sang, il y a peu de temps, la veille, ou il y a deux ou trois jours, mais qui est encore sous l'impulsion hémorragique, et qu'il convient de médicamenter pour prévenir de nouvelles attaques.

Le sang peut venir de l'estomac, et pour cela le malade doit être interrogé sur l'état du viscère gastric. Le sang du poumon est rouge, brillant, mousseux et sort avec la toux; celui de l'estomac est sombre, mélangé avec des matières alimentaires, et sort avec des vomissements. Le premier est alcalin, le second est acide. Malgré tous ces caractères différentiels, des difficultés surgissent qui peuvent embarrasser le médecin. Ainsi, le sang de l'estomac peut être d'un rouge vif, quand il est expulsé à la suite de

l'hémorragie, et provoquer la toux à son entrée dans la bouche; à sa sortie du larynx le sang du poumon peut provoquer le vomissement et avec les caractères d'une hématémèse. Dans les gastrorragies le mélæna est fréquent, mais celui-ci peut être simulé par le sang pulmonaire avalé.

Quelques auteurs, Jaccoud entre autres, citent que les malades, en cas de souffrances du thorax, provocatrices de l'hémoptysie, indiquent avec précision quel est l'organe malade.

Ceci n'arrive pas toujours, et la clinique doit se prémunir contre la fausse interprétation que le malade peut donner du siège du mal.

Mise de côté l'hypothèse de l'hématémèse, il faut bien observer les fosses nasales, puisque de là le sang peut passer par la bouche et être projeté mélangé avec l'expectoration.

Mais, même si la muqueuse nasale a des signes d'hémorragies, le médecin doit se garder de mettre de côté le diagnostic de l'hémoptysie sans avoir examiné le poumon, parce que l'épistaxis est souvent l'avant-garde de l'hémorragie pulmonaire.

Le sang peut venir du pharynx, et les amygdalites chez certains malades sont accompagnées d'hémorragies; il faut faire alors l'examen de la région et de toute la muqueuse buccale.

Une fois bien démontré que le sang expulsé est d'origine pulmonaire, il faut chercher la maladie qui a déterminé l'hémoptysie.

Les *lésions cardiaques,* principalement les mitrales, peuvent produire des hémoptysies; mais, dans ce cas, le

sang éliminé est noir, visqueux, melangé avec des mucosités bronchiques et peu abondant.

Grisolle considère comme un signe important pour le diagnostic, le retard des hémoptysies, mais celui qui soigne d'habitude des tuberculeux sait que ceux-ci les ont parfois peu abondantes et prolongées.

L'auscultation des foyers cardiaques est nécessaire, d'autant plus que, outre des lésions du cœur, nous pouvons trouver un anévrisme de l'aorte thoracique, qui, par la pression exercée sur le parenchyme pulmonaire, ou en vertu de lésions cardiaques consécutives, se fait annoncer par l'expectoration sanguine. Les hémoptysies peuvent dépendre de maladies pulmonaires non tuberculeuses et sur elles nous porterons toute notre attention.

L'hémoptysie est fréquente dans la *gangrène pulmonaire;* mais dans ce cas les crachats ont une odeur pathognomonique et les altérations qu'ils offrent n'admettent pas qu'on les confonde avec ceux d'un tuberculeux. Nous devons toutefois nous rappeler que la gangrène peut se produire dans un poumon déjà cavernisé par la tuberculose.

La *syphilis,* qui dans son cosmopolitisme ne respecte pas le viscère le plus occulte, choisit parfois le poumon comme résidence, s'extériorisant par tous les signes d'une tuberculose aiguë ou chronique, parmi lesquels apparaît l'hémoptysie. Principalement dans la syphilis pulmonaire, simulant une tuberculose chronique, les hémoptysies sont fréquentes, mais peu abondantes. Quand un malade, avec la poitrine en caverne, sans appétit, ayant la toux, une abondante expectoration, des sueurs, une grande émaciation et crachant du sang, vient nous consulter, le diagnostic qui de prime abord nous sommes tentés de faire

est celui d'une tuberculose pulmonaire, et toutefois le malade peut être un syphilitique.

Comme il n'est pas possible de distinguer par l'auscultation les deux processus morbides, en dépit de la fréquente localisation des lésions syphilitiques dans la partie moyenne du poumon droit, il est indispensable d'étudier soigneusement le malade en recherchant les anamnestiques, en notant l'existence d'autres stigmates de la syphilis, la relation des faits observés avec le moment de l'acquisition du chancre induré, quand ce moment peut être déterminé, en faisant l'analyse bactériologique de l'expectoration, et si cette analyse ne peut être faite, employer le traitement spécifique, puisqu'il est reconnu que l'iodure de potassium, si bon pour les syphilitiques, et mauvais pour les tuberculeux, sert même à révéler l'existence de la maladie dans sa phase obscure.

Il faut rappeler que la syphilis et la tuberculose ne sont pas incompatibles, le tuberculeux pouvant devenir syphilitique et le syphilique, tuberculeux, non pour se confondre, comme le voulait Ricord, qui appelait cliniquement cette cruelle association scrofulate de vérole, mais bien côte à côte, en toute indépendance anatomique, la gomme et le tubercule fédéralisant leur activité dans la destruction du parenchyme pulmonaire, qui difficilement résiste à l'un des maux, et qui lutterait inutilement contre les deux.

Le *cancer pulmonaire,* qui est peu fréquent, présente les signes phonendoscopiques d'une phtisie, mais ne se fait pas accompagner d'exacerbation fébrile; il attaque les ganglions axillaires et cervicaux, ce qui, dans la tuberculose, n'est pas si fréquent, et la cachexie cancéreuse a son aspect propre, qui n'est pas celui de la phtisie. L'apparition de névralgies et œdèmes, dus à la compression

des nerfs et vaisseaux produite par la tumeur, ou par les ganglions dont elle détermine la tuméfaction, est fréquente dans le cancer pulmonaire.

Les *Echinococcus,* domiciliés dans le poumon, produisent la toux, l'expectoration, la dyspnée, des douleurs thoraciques, des hémoptysies, etc., tout le triste tableau symptomatique d'un phtisique.

L'apparation des vésicules de l'*Echinococcus* ou de ses fragments dans les crachats, donne une interprétation exacte des phénomènes observés, notant que rarement les *Echinococcus* élisent leur premier domicile dans le poumon. C'est à travers le diaphragme qu'ils passent du foie à la poitrine, et les perturbations hépatiques élucident la critique des symptômes.

L'*actinomycose* pulmonaire, primitive ou secondaire, simule une tuberculose, et l'un des symptômes est l'expectoration, en quelques cas simplement catarrhale, et en d'autres purulente ou accidentée d'hémoptysies répétées.

L'actinomycose pulmonaire secondaire est très facile à découvrir par sa coïncidence avec un autre foyer connu. Il n'en est pas de même quand elle est primitive.

Dans les produits actinomycosiques se trouvent des granulations jaunâtres, dans lesquelles le microscope révèle, par différents procédés de coloration, l'existence de l'actinomycose.

L'actinomycose se localise de préférence dans le lobe inférieur, mais elle a été aussi observée dans le lobe supérieur et même dans le sommet; dans son évolution, elle attaque la paroi thoracique, déterminant dans le tissu attaqué la formation d'un œdème dur, très caractéristique selon quelques auteurs. Ce qu'il y a, toutefois, de plus pathognomonique, c'est la granulation jaune; et comme la

marche de la maladie est longue, et les manifestations externes peuvent faire quelquefois défaut, il y aura des hémoptysies actinomycosiques indûment attribuées à la tuberculose.

Dans l'*arthritisme,* le sang peut venir du poumon, sans que celui-ci soit tuberculeux. Les arthritiques ne sont pas réfractaires à la tuberculose, et la maladie, chez eux, présente des caractères particuliers, comme nous l'avons dit; l'un d'eux est la tendance à l'hémoptysie. Mais la clinique enregistre des cas où le poumon se congestionne par diverses causes, congestion accompagnée d'émission sanguine, parfois fatale, et chez des personnes franchement arthritiques, sans que la tuberculose se soit installée chez elles. Les hémoptysies apparaissent dans l'artériosclérose et sont souvent l'avant-garde d'une néphrite interstitielle.

Il en est de même de l'*hystérie,* qui, dans son polymorphisme clinique, peut simuler parfaitement la tuberculose pulmonaire, sans manquer la toux, la fièvre et l'hémoptysie. Et comme le médecin peut se trouver en présence de bronchites chroniques, d'hémoptysies d'origine menstruelle et de diverses manifestations hémorragiques, l'hémoptysie pouvant apparaître en une si grande variété de conditions étrangères à la phtisie, nous trouvons la recherche du bacille de Koch dans les crachats, quand il y a expectoration, absolument nécessaire. Il est vrai que le microscope peut ne pas révéler l'existence du bacille, alors même qu'il s'agisse d'une tuberculose, ce qui n'est pas une raison pour mettre à un degré d'infériorité l'importance de l'analyse, mais ce qui signifie simplement que, seule, la marche de la maladie peut éclaircir les doutes

qui puissent exister. Il n'y a pas de clinicien qui ne l'ait ainsi reconnu.

L'auscultation du malade est nécessaire pour vérifier le siège de l'hémorragie, et pour reconnaître le degré et l'extension des lésions; le caractère de l'hémoptysie, son abondance, sa fréquence accompagnée de toux, avec ou sans fièvre, donne les éléments pour assurer le diagnostic.

Pronostic.—Les hémoptisies dérivées de la rupture des anévrismes de Rasmüssen sont graves par leur abondance, par l'anémie qu'elles produisent, par les graves difficultés qu'elles offrent à la thérapeutique, et si graves qu'elles peuvent tuer le malade dans un court espace de temps. Les hémoptysies initiales ne présentent pas de gravité, et malgré leur abondance; on peut donner comme certaine leur rapide disparition, pourvu que le traitement soit convenable et fait à temps. Les hémoptysies accompagnées de fièvre sont toujours un mauvais présage; la fièvre chez les tuberculeux est un symptôme qui assombrit le pronostic, quelle que soit la période de la maladie.

Les phtisiologistes sont tous d'accord sur ce qui vient d'être dit, mais, en matière de pronostic d'un tuberculeux, il n'y a pas moyen d'établir de loi, à moins qu'il ne soit près de mourir.

Nous trouvons tous les jours des tuberculeux avec fièvre, tachycardie, sueurs abondantes, foyers multiples broncho-pneumoniques, qui, à la fin, guérissent malgré tout cet attirail et malgré les hémoptysies qui les saignent et les épuisent; et par contre, il y a des tuberculeux, qui, ayant un bon estomac, ce précieux viscère pour la lutte contre le mal, sans symptômes alarmants, sans un signe de sang dans l'expectoration, voient la maladie marcher sans interruption jusqu'à la ruine complète de leurs pou-

mons et de leur existence. Des hémoptysies abondantes peuvent naître d'une petite lésion dans le poumon, et des poumons grandement tuberculisés sont ruinés sans avoir expulsé une goutte de sang. Bien souvent la cure d'un tuberculeux commence après une série de redoutables hémoptysies. C'est le cas de Daremberg, et le mien aussi.

La signification pronostique de l'hémoptysie dépend de son abondance, de sa répétition, de la période et extension des lésions, de sa cause immédiate, de l'état général du malade, de la diathèse qui le gouverne et de la façon dont il résiste. C'est en considérant tous ces facteurs que nous pouvons assurer la bénignité de l'hémoptysie, ou son influence sur l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Traitement

S'il y a un symptôme dans la phtisie qui ne se contente pas d'une intervention médicamenteuse uniforme, toujours la même, c'est sans doute l'hémoptysie.

Pour combattre la fièvre, qui épuise les forces du malade, nous avons recours, souvent inutilement, aux antithermiques; pour les sueurs, nous avons les lotions alcooliques, l'atropine, l'agaricine; pour les accès de toux qui brisent et agitent, jour et nuit, la poitrine des phtisiques, nous cherchons dans l'opium et ses dérivés le soulagement du pauvre infirme; pour rapport à l'hémoptysie, il n'y a pas une seule thérapeutique, parce que le traitement est très variable d'après son aspect clinique.

La tendance qui existe, et contre laquelle nous ne sommes pas seul à nous revolter, de traiter de la même façon l'hémoptysie tuberculeuse, qu'elle soit originaire d'une caverne ou d'un foyer congestif; qu'elle soit la suite

de la violence d'efforts que la toux provoque ou la conséquence d'efforts musculaires, soit qu'elle vienne d'un poumon à peine atteint dans son sommet ou d'un poumon largement attaqué, est bien condamnable. Attendre l'effet hémostatique de l'application de l'ergotine à dose élevée c'est faire une tentative sans succès; jeter dans l'estomac d'un poitrinaire une potion de perchlorure de fer, comme si la préparation martiale allait tomber sur une surface saignante, c'est faire fausse route et faciliter la sortie du sang, en faisant courir un plus grand danger au tuberculeux.

La clinique, pour que son intervention soit efficace, doit peser toutes les circonstances de l'apparition des hémoptysies, non seulement de celles qui sont originaires de l'évolution régulière du tubercule, mais aussi de celles qui accidentellement viennent compliquer le procédé phtisiogène. C'est en mettant d'accord tous ces faits d'observation que le médecin cherchera avec succès à arrêter l'hémorragie, à combattre ses complications, à mettre le malade à l'abri des récidives.

Dans les petites hémoptysies du commencement de l'invasion tuberculeuse, provoquées par la toux et limitées à des crachats rouges, la première indication est de calmer la toux, ce qu'on obtient au moyen des préparations d'opium; et la seconde indication à suivre, lorsque la toux est calmé, est de faciliter l'expectoration, en diminuant la viscosité, avec l'administration de la terpine, le chlorure d'ammonium et le benzoate de soude. Dans ces hémoptysies, l'essence de térébenthine en gouttes à la dose de vingt par jour, prise par quatre fois, et dans du lait, est très utile.

Les hémoptysies de la période d'infiltration réclament

de plus grands soins et une thérapeutique plus active, car, si elles n'ont pas de tendance à la récidive, elles sont toutefois abondantes et ainsi aident à l'affaiblissement du malade. Dans ce genre d'hémoptysies, pour que le succès de l'hémostase reste assurée, il faut calmer la toux, augmenter la coagulation du sang et produire la constriction des vaisseaux pulmonaires. Pour calmer la toux, nous avons la belladone, la jusquiame, l'aconit, la morphine. Nous préférons la morphine, parce qu'elle détermine aussi la dilatation des vaisseaux périphériques, ce qui est très utile. La coagulabilité est augmentée au moyen des boissons acides (eau de Rabel) et par le chlorure de calcium à la dose de 4 grammes par jour. Scarpa préfère l'hydrastis canadensis, l'employant avec la codéine ou la morphine.

Après que Lancereaux a fait des communications au sujet des injections de sérum artificiel gélatiné dans le traitement des anévrismes, quelques cliniciens ont essayé une semblale application dans le traitement des hémotysies. Selon Lancereaux, le sérum rend le sang plus coagulable, et cette propriété peut profiter dans les hémoptysies tuberculeuses. (1)

La vaso-constriction pulmonaire est cherchée au moyen de médicaments qui actionnet, directement ou par voie réflexe, le système vasculaire. Comme vaso-constricteur, l'ergotine et son dérivé, l'ergotinine, a une large application, et cependant il faut faire attention à ses contre-indications.

---

(1) Cherchant à augmenter la coagulation du sang, depuis quelques années je recours, avec succès, à l'infundibuline, au chlorydrate d'émétine, et aussi au sérum anti-antidiphtérique préparé par le Prof. Ramalhão au Lab. de Bactériologie de la Faculté de Médecine de Porto.

L'ergotine excite le cœur et élève la pression artérielle, et ces effets, sans doute nuisibles au commencement d'une hémorragie, contre-balancent l'aide de son action vaso-constrictrice, ne favorisant pas la permanence des caillots obturateurs, dont l'adhérence aux tuniques des vaisseaux lacérés est la fin de tout le travail thérapeutique. Mais quand, après trois ou quatre jours sans nouvelle émission de sang, temps nécessaire pour compléter l'endartérite obturante, apparaissent des accès de toux avec expulsion de résidus de caillots mélangés de sang vif, c'est alors le moment opportun de profiter de la vaso-constriction produite par l'ergotine, en cherchant à arrêter la sortie du sang en excès qui veut continuer à se faire jour à travers les anciens caillots.

La vaso-constriction pulmonaire par voie réflexe est produite par la sinapisation des membres inférieurs et par la glace sur les testicules ou grandes lèvres. Ce dernier précepte, acquisition de Daremberg, nous l'avons toujours suivi, notant l'influence bienfaisante qu'une telle pratique exerce dans l'arrêt des hémoptysies. La glace se maintient sur les parties génitales pendant 15 minutes, et l'application se répète plusieurs fois pendant le jour, selon que l'hémorragie tende à s'arrêter ou à continuer. La réfrigération produite par la glace sur le thorax du côté malade est aussi d'une très grande utilité.

Les hémoptysies qui apparaissent dans les périodes avancées de la phtisie, répétées et fébriles, se combattent principalement, sinon exclusivement, par le repos.

La fièvre n'impose pas l'application d'antithermique particulier si elle est un élément symptomatique déjà existant, car il faut toujours distinguer si l'hémoptysie apparaît chez un tuberculeux fébrile, ou si la fièvre vient

de pair avec l'hémoptysie, et, dans cette seconde hypothèse, le bromhydrate de quinine ou tout autre antipyrétique est un auxiliaire de l'hémostase désirée.

Dans les hémoptysies cavitaires, quand elles permettent une intervention thérapeutique, il est indispensable d'agir avec rapidité et énergie. Une longue sinapisation des membres inférieurs, continuée jusqu'à la cessation de l'hémorragie, de la glace sur le thorax, la ligature à la racine des cuisses, l'emploi même de la morphine jusqu'à produire une notable narcose, le cas exigeant, sont les moyens que nous avons à employer sans retard, puisqu'on sait combien ces hémoptysies sont dangereuses.

Chex un malade nerveux, indépendamment de la médication exigée pour l'hémoptysie, il faut calmer son excitabilité, ce qu'on peut faire avec succès par l'hydrate de chloral et par le bromure de strontium. Le chloral joint aux effets calmants l'avantage d'être un dilatateur des vaisseaux périphériques.

L'emploi de la trinitrine et du nitrite d'amyle donne aussi l'espoir d'obtenir la diminution de la pression sanguine dans les vaisseaux pulmonaires, par la vaso-dilatation périphérique qu'ils produisent.

Pour les femmes il faut s'inquiéter de la régularité des règles, et si celles-ci manquent, et si ce fait coïncide avec l'hémoptysie, il est nécessaire de provoquer leur apparition et avec elles essayer la décongestion des poumons.

Dans les cas graves et rebelles d'épistaxis, Verneuil arrivait à arrêter l'hémorragie au moyen de la révulsion énergique de la région hépatique. Guinard et Petit profitèrent de l'expérience dans les hémoptysies, avec le plus grand succès, d'après les observations publiées dans le

Bulletin thérapeutique de 1853. Il semble que la révulsion de la région hépatique est tout indiquée, le foie aidant, par ses altérations, à la production de l'hémorragie.

Les révulsifs sur le thorax occupent, dès Hippocrate, une place importante dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et, dans les formes torpides, la teinture d'iode, les pointes de feu et le vésicatoire trouvent leur juste application.

Dans les hémoptysies initiales, dans celles de la période d'infiltration, et quand l'auscultation dénonce un foyer congestif, une impulsion broncho-pneumonique augmentant la zone inflammatoire pérituberculeuse, le vésicatoire est utile et de même que, par leur puissant action, les pointes de feu répétées et nombreuses sur la place même que l'auscultation dénonce.

Tout ceci signifie que en dehors des hémoptysies et de la période de la tuberculose où elles apparaissent, nous devons tenir compte des conditions du malade et des particularités étiologiques de l'hémorragie, qui, pour le traitement, peuvent offrir quelques indications.

Divers auteurs indiquent pour le traitement de l'hémoptysie tuberculeuse, sans discuter les cas ni les circonstances, trois moyens, contre lesquels et formellement nous formulons notre opinion : — l'usage interne de préparations de fer, l'ingestion de glace et l'ipéca en doses vomitives ou même nauséeuses.

Dans la thérapeutique générale de la tuberculose, les ferrugineux ont leur place, mais seulement en certains cas et appliqués avec la plus grande précaution, puisqu'ils élèvent la tension sanguine, et favorisent le terrain pour les congestions et les hémoptysies. Mais, quand le poumon est déjà congestionné, quand les vaisseaux sont déjà en train

de charrier du sang vers l'extérieur, nous ne pouvons rien dire sur quelle propriété du composé martial se base la prétendue action hémostatique, et nous avons éliminé complètement le fer de notre thérapeutique dans les hémoptysies.

Nous ne sommes pas non plus d'accord par rapport à l'ingestion de la glace. Appliquée sur le thorax elle porte la réfrigération jusqu'aux parties profondes de la poitrine, de même que employée sur les parties génitales, elle détermine par voie reflexe la constriction des vaisseaux pulmonaires, et placée sur la région précordiale, elle diminue l'excitabilité cardiaque. Ces diverses applications de la glace sont de toute utilité dans les hémoptysies. Mais, prise intérieurement, elle agit sur les terminaisons de la 10e paire, provoque la toux, détermine un refroidissement de la tunique interne de l'estomac, resserre les vaisseaux qui la parcourent, et tout ce travail fait venir le sang au poumon.

L'ipéca est préconisé par ce qu'il détermine la contraction des vaisseaux pulmonaires par les mouvements du vomissement, mais nous ne savons vraiment pas comment harmoniser le besoin de repos tant recommandé aux poitrinaires avec des hémoptysies, avec l'usage d'un medicament qui agite la poitrine par des secousses qui ne peuvent servir qu'à provoquer la sortie du sang.

Huchard dit que le moyen le plus sûr pour arrêter une hémoptysie grave est d'administrer l'ipéca, et, malgré sa grande autorité clinique, il ne nous est pas possible de comprendre comment à un tuberculeux rejetant du sang de la poitrine, un malade à qui l'on recommende le plus grand repos, à qui l'on interdit de parler et de se mouvoir, et dont on enferme même le thorax dans des petites bandes d'adhésif, comme le veulent certains auteurs ; on ne

comprend pas, dis-je, comment on trouble en même temps toute cette quiétude, provoquant le vomissement au moyen de l'ipéca. Si ce que nous désirons est que les caillots obturateurs ne se disloquent pas avant la cicatrisation, il est rationnel de ne pas provoquer cette dislocation, car, la porte une fois ouverte, l'hémorragie suit sa marche.

Les hémoptysies limitées à de légers crachats, ou à quelques stries dans l'expectoration, ne rèclament pas des soins particuliers, si ce n'est ceux qui doivent entourer un tuberculeux. Si un clinicien peut donner une direction à un tuberculeux, si le malade a une ferme volonté de s'affranchir de la tyrannie de ses souffrances, le premier devoir à remplir est de le mettre au courant de tout ce qui peut lui être nuisible, et, pour ce qui concerne les hémoptysies, on doit le tenir au courant de tout ce qui peut les provoquer: le vent, une marche rapide, trop parler, avoir des émotions, etc.

Le *repos* est une condition indispensable dans le traitement des hémoptysies.

Le malade doit garder le lit, la partie supérieure du corps élevée et appuyé au traversin et non en complet décubitus. Il doit se tenir bien tranquillement, ne causant ni avec sa famille, ni avec les infirmiers. Pour demander quelque chose, pour indiquer quelque souffrance, pour répondre à quelques demandes, on mettra à sa disposition une petite ardoise et un crayon. Il ne recevra pas de visite pour éviter que les amis, par ignorance du mal qu'ils peuvent lui causer, l'obligent à parler. Ce repos, élément principal sans lequel il n'y a pas de thérapeutique possible, doit être d'autant plus grand que l'hémorragie aura été abondante.

Tout bruit doit être soigneusement évité près du malade, pour ne pas troubler sa quiétude, et non seulement

le médecin, mais tout son entourage doit le tranquiliser, lui faisant un pronostic favorable. Un malade, qui a besoin de repos, soit physique soit morale, ne doit pas entendre des cris afflictifs, ni voir des larmes. Il est même du plus grand avantage pour un tuberculeux de l'avertir de la fréquente apparition des hémoptysies pendant la maladie, pour que la présence du sang ne lui produise un mauvais effet.

Le corps doit être bien couvert dans la partie inférieure et à peine protégé dans la partie superieure; les pieds doivent être toujours chauds, et, si cela est nécessaire, on aura recours aux bouillottes avec de l'eau chaude. La chambre réclame une ventilation permanente, mais de façon à ne pas produire des courants d'air et la température toujours la même. Le meilleur moyen d'y arriver est de conserver entr'ouverte une fenêtre loin du lit et non en face, si le malade ne peut se procurer une chambre convenablement préparée pour son traitement, à l'abri des vents.

Le parquet, les murs, les meubles, doivent être sans aucune poussière. Le passage au chiffon mouillé doit être habituel.

La seule alimentation permise aux tuberculeux en cas d'hémoptysie est le lait et le bouillon, à une chaleur tempérée, en petites quantités et de deux en deux heures, intercalant le bouillon avec le lait.

Dès que les hémorragies s'arrêtent, et le malade continue à expectorer de nombreux résidus de crachats, on peut tui permettre de prendre quelques œufs pendant la journée.

L'alimentation liquide est la seule qui lui convienne, puisque l'élaboration digestive des solides, pour moins excitants qu'ils soient, réclame toujours des mouvements, active le cœur et tout le système circulatoire, et va congestionner le poumon.

Pendant la période de l'hémoptysie, l'on doit interrompre tout autre traitement médicamenteux, pour deux raisons:

1e Parce que les deux éléments les plus importants de la thérapeutique de la tuberculose, l'air et le repos, prédominent.

2e Parce que le malade n'est pas en condition de répondre à l'action de plusieurs médicaments, ceux de la maladie et ceux de l'hémoptysie. Quelques-uns de ceux indiqués pour la maladie tels que la créosote et ses dérivés, les serums et les tuberculines, sont tout à fait nuisibles, lorsque l'hémoptysie se produit.

C'est avec l'alimentation liquide, avec le repos le plus absolu, avec l'air constamment renouvellé, avec tout ce régime, enfin, qu'on doit soigner le malade jusqu'à la disparition de la crise, et jusqu'à ce que les crachats n'accusent plus de sang.

VI

O tratamento moral dos tuberculosos

(In *Pôrto Médico*, Fevereiro de 1907).

Decorria o 1.º congresso da Liga Nacional contra a tuberculose, em sessões de estudo, na discussão de relatórios, e alguns apareceram de grande valia para a propaganda, então iniciada com êxito, e para a sciência, que ajuntou nas salas da Sociedade de Geografia colegas dos mais distintos e trabalhadores, quando me pertenceu o ensejo de expor e defender perante a assembleia as conclusões acêrca da questão que me havia sido distribuída: — O tratamento domiciliário da tuberculose pulmonar. Estas conclusões foram impugnadas, e certa mereceu especial e cuidada argumentação.

Entendia eu, e ainda hoje entendo, pois que a prática mais tem avigorado o meu conceito, que o repouso, considerado principal elemento na terapêutica dos pulmo-tuberculosos, tem de abranger tôdas as formas de actividade do doente. De pouco vale a quietação física na cadeira de cura, a quietação intelectual pelo abandôno de trabalhos mentais, se não é possível cercar o doente duma atmosfera de socêgo moral, que o ponha a coberto de contrariedades e lhe desanuvie o espírito de ideias adversas.

Venha em auxílio do doente a alimentação mais tonificante, a tuberculina de maior fama, a altitude de créditos fundamentados, se inquietaçõos diferentes, e muitas elas podem ser, lhe perturbam o espírito, o êxito do tratamento será mesquinho, se não fôr nulo. E não só por esta face o tratamento moral tem valor. Diz Grancher que para o tuberculoso curar é preciso, não só que êle o queira, mas que o saiba querer. Ora como para curar urge atender a tôdas as minudências dum tratamente demorado, e para que êste seja mais proficuo tem de colaborar o doente, o trabalho educativo do médico, esclarecendo-o no seu querer, polarizando devidamente os elementos da sua vontade, afirma a sua grande importância terapêutica.

Mal irá à nossa intervenção junto dos tuberculosos se nos limitarmos a acudir aos variados sintomas da doença, desde a tosse que lhes desequilibra o peito em abalos fatigantes, até à hemoptise que lhes ensombra o coração da noite mais escura, com as conhecidas receitas dos formulários, sem outro cuidado mais.

A tuberculose pulmonar, pela sua cronicidade, pelas alterações que produz na vida exterior dos doentes, pela paciência e perseverança que reclama no seu tratamento, impõe, como nenhuma outra, a direcção moral pelo médico exercida, qualquer que seja a forma da doença ou o predomínio dos seus sintomas. Em todos os casos tem logar a sua aplicação, necessàriamente variável consoante as modalidades psíquicas que distinguem os doentes.

Do nosso registo destacamos alguns factos, com a intenção exclusiva de ilustrar as considerações que vamos formular, pois são do conhecimento geral dos clínicos os variados fenómenos que constituem a vida precária dos tuberculosos.

A., solteira, de 22 anos. Adoeceu há três anos com tosse, expectoração e dores pelo peito. O pulmão esquerdo, na face anterior e posterior, está actualmente em fusão. Temperatura persistente de 37°,5 a 39°.

Questões domésticas, que muito preocupam a doente, embora insignificantes para os outros, elevam sempre a sua temperatura. A própria família notou a coincidência da elevação térmica nos dias em que altercações íntimas destranqüilizavam a doente, o que determinou o seu isolamento.

B., solteira, de 27 anos. Tub. do pulmão direito, de início ligeiramente febril.

A temperatura nunca excedeu 38° durante a nossa observação, começada em dezembro de 1905.

Muito frágil, de acentuada magreza, dir-se-ia um terreno de fácil consumpção pela tuberculose. Coração extremamente sensivel, tem um amor apaixonado pela vida em família. A ideia de abandonar a mãe, os irmãos, as amigas, é para a doente uma tortura, embora ela exteriorize serenidade e obediência. Esteve dois meses no Sanatório do Seixoso, e a despeito das melhoras adquiridas, a nostalgia do meio doméstico obrigou-a a retirar.

Continua vivendo no seio da famíla, apresentando tendências para a cicatrisação, que a doente favorece com o respeito religioso pelas prescrições impostas.

C., solteiro de 24 anos. Tuberculose do vértice direito, no 3.° período de Grancher. Adenites cervicais, anemia, suores e temp. que baixa a 37° quando o doente repousa,

mas sobe a 39° com a fadiga de alguns dias de passeio. É doente que precisa de ser sanatorizado. Enquanto o médico o fiscaliza não se desvia da higiene recomendada, mas se passarem oito dias sem fiscalização, julga-se autorizado a mergulhar na Praça Nova, e a fatigar-se de modos vários pela cidade.

D., viuva, de 30 anos. Falecida. Esta doente atravessou crises angustiosas durante a sua doença. Estava a fazer uma estação de cura numa montanha do Minho, quando o marido lhe morreu nos braços, de noite, pela ruptura dum aneurisma. Resistiu a esta e outras intensas contrariedades, quebrantando-se-lhe por fim a coragem. As visitas do médico tornaram-se indispensáveis para que ela se alimentasse.

E., solteiro, de 19 anos. Falecido. Consulta de 19 de agosto de 1901. O pulmão esquerdo estava em fusão nos dois terços superiores, e o direito era invadido pelo vértice. Doente magro e irrequieto. Filho dum sifilítico e por seu turno abusando de prazeres sexuais, estava destinado a uma morte prematura. Observado pelo Prof. Daniel de Matos e pelo Dr. Lopo de Carvalho, foi por êstes ilustres colegas aconselhado a recolher-se a um sanatório. Na minuta da consulta, que então redigimos para a família, traçámos as seguintes linhas: — O doente precisa dum tratamento cuidadoso, em higiene, em repouso, em alimentação; o seu temperamento nervoso e excitável deve contrariar êste tratamento, o que torna necessária a intervenção do médico ou pessoa a quem o doente obedeça. A febre que o doente deve ter tido, a taquicardia, a sua excitabilidade, não favorecem o prognóstico, e reclamam cui-

dados imediatos. — Confirmaram-se estas palavras. Esteve em Davos, onde não foi possível evitar que êle perpetrasse irregularidades que mais depressa lhe abriram a sepultura. Meses depois retirou para uma sua propriedade rural no Minho, onde faleceu.

*

No tratamento dos tuberculosos o regímen higieno-dietético conserva todo o valor, que deve ser conjugado com o emprêgo do tratamento específico, quando êste esteja indicado. Mas para a regulamentação e a prática dêste regímen é indispensável a colaboração da vontade do doente.

Queremos sujeitar o doente a muitas horas de repouso na cama ou na cadeira; é de necessidade evitar que êle se fatigue com o esfôrço de conversa demorada, e para que o seu repouso físico seja o mais útil, temos de lhe proibir a vida exterior, dos cafés, dos teatros, dos passeios, e a permanência em lugares de ajuntamento.

Se uns doentes aceitam fàcilmente as indicações que neste sentido lhe são feitas, outros revoltam-se contra a alteração dos seus hábitos, tendo o médico de os dispor gradualmente com os seus conselhos, de os educar na sua vontade e no conhecimento do seu estado, para conseguir obediência às suas prescrições.

A alimentação é condição essencial dum tratamento metódico, não uma alimentação que conduza à gastrectasia, não uma alimentação que exceda a capacidade digestiva do doente, mas uma alimentação bem regrada em qualidade e em quantidade, de harmonia com as circunstâncias em que o doente se encontra. É um êrro, hoje pelos tisioterapeutas reconhecido, a chamada super-alimentação, que sôbre não

ser necessária para se obter a desejada cura, acarreta não poucas vezes perturbações digestivas difíceis de corrigir e sempre prejudiciais. Para levar os doentes a uma conveniente alimentação é de grande utilidade a sugestão exercida pelo médico e pela família, insistindo em vencer a repugnância originada pela inapetência, tantas vezes duma cruel teimosia, levando o doente ao desprêzo e esquecimento do trabalho alimentar.

Para alguns tuberculosos a hora da refeição é um momento aflitivo, e em alguns doentes nossos podemos registar êste facto revelador da notável depressão que os domina — choram ao aproximar-se o enfermeiro com um bife ou um copo de leite.

Se o doente uma vez vomitou depois de tomar leite ou de ingerir ovos, recusa-se a repetir a ingestão do leite ou dos ovos, pois afirma peremptòriamente que os vomita, a seguir. É então que deve actuar o conselho, o pedido, a instância para que o doente se liberte desta opinião antecipada, é então que intervém a autoridade do médico ou da família, impondo-se prudentemente, mais pela persuasão exercida com paciência e carinho, do que traduzida em ordens imperiosas de mando.

O tuberculoso com anorexia julga tôda a alimentação um exagêro, e, habituado a pequeníssimas refeições, reputa motivo de dispepsia amiudadas colações. Umas vezes não quer o leite, porque ainda há pouco tomou dois ovos, outras vezes não quer almoçar, porque ainda sente no estômago o leite ingerido duas ou três horas antes, e de mil maneiras se revela a sua repugnância pelos alimentos.

Em Dezembro de 1902 perdemos uma doente que tinha reduzido a sua alimentação a limites incompatíveis com a vida, sendo infrutíferas as tentativas da família para

conseguir uma modificação proveitosa neste regimen. Durante um mês assistimos ao seu almôço, conseguindo que a doente fizesse uma refeição regular, perfeitamente conservada, a-pesar-das suas lágrimas, e embora começasse sempre por afirmar que não podia comer, e que vomitaria com certeza. É óbvia a necessidade de empregar todos os esforços para fazer compreender aos doentes e à família a importância da alimentação, ainda que seja à custa de muita energia pacientemente desenvolvida.

Uma das faces, talvez a pior, por onde se pode avaliar a nocividade de remédios largamente apregoados contra a tuberculose, é o abandôno a que os doentes condenam o seu regimen alimentar e de repouso, confiando cegamente e só no medicamento que viram anunciado.

Não é de esquecer o caso que se nos deparou um dia, na pitoresca freguesia de Santa Marta, do concelho de Viana do Castelo. Foi em Setembro de 1901. Em casa de campo, a dentro duma herdade, fomos encontrar um rapaz tuberculoso, de vinte e cinco anos, em companhia de sua mãe, uma velhinha de mais de setenta anos. O rapaz tinha adoecido no Pôrto, aqui tinha tido as primeiras hemoptises, aqui se tinham desenrolado os lances mais dramáticos da sua doença, que havia um ano o impedia de trabalhar no seu mister de guarda-livros.

Retirou para a sua aldeia natal, depois da doença ter produzido os maiores estragos, seguindo sem interrupção no uso dum remédio muito apregoado em jornais noticiosos, esgotando frascos e frascos, piorando sempre, mas sempre esperando a sua cura, embora desprezasse os mais elementares cuidados duma terapêutica racional.

Faleceu dias depois da nossa visita, em meio de

suores abundantíssimos, expectoração sanguínea, temperatura elevada, mas tomando até finalizar o seu tão querido medicamento! Em cima duma mesinha, à cabeceira do doente, lá estavam em bataria os frascos do remédio que êle tão confiadamente ingerira.

Os tuberculosos são susceptíveis de ilimitada confiança no seu médico e nas suas recomendações; o dever clínico consiste em se dirigir a confiança que neles se desenvolve para uma terapêutica scientífica.

É convicção nossa que o grande êxito conquistado pelos médicos sanatoristas resulta da confiança que sabem inspirar aos seus doentes, estudando-os nas particularidades da sua vida orgânica e mental, incutindo-lhes a crença na curabilidade do seu padecimento, esclarecendo-os acêrca da doença que os enfraquece, e dos cuidados que devem respeitar para a vencer.

Constituindo com os tuberculosos avançados, em estado de completa ruína, um grupo para o qual seria cruel impiedade a revelação do seu estado, os restantes devem em regra conhecer a gravidade do mal. Só assim êles poderão preparar-se para a resistência.

Detteweiller, o notável director que foi de Falkenstein, conseguia que os seus doentes não tossissem, e era facto altamente digno da admiração dos visitantes do sanatório, assistirem a um almôço, a um jantar, em companhia dos doentes que sabiam expectorar sem tossir.

A acção educadora do médico tinha obtido que os doentes aprendessem a domesticar a tosse. Nos hospitais comuns, nas salas destinadas aos pulmonares, é impressionante a facilidade com que se generaliza a tosse pela enfermaria, apenas um doente começa a tossir. Se um ensino cuidadoso e sistemático, dia a dia efectuado, não

consegue educar o doente, nunca êle chega a compreender que na sua vontade está o impedir grande número de acessos tossiculosos.

No quadro sintomático da tuberculose pulmonar à hemoptise é o fenómeno que mais aterroriza o doente.

Quem uma vez teve hemoptises vive no receio de novo impulso hemorrágico, e quando êle surge é extraordinária a depressão moral do doente. Para obviar a êste estado, tanto quanto possível, aconselha Wolf que os doentes sejam prevenidos da freqüência das hemoptises na evolução do seu mal, nomeadamente se êles são de reconhecida pusilanimidade. O combate das hemoptises impõe ao doente uma grande quietação de espírito e a imobilidade do corpo, sem falar, sem ouvir ruidos, nem de coisas nem de pessoas. Knopf escreve que no tratamento das hemoptises a acção psíquica é muitas vezes tão importante como a acção medicamentosa.

A febre, um dos sintomas que mais deve preocupar o clínico, tem muitas vezes a sua causa próxima na agitação nervosa do doente, originada em preocupações íntimas, que lhe não abandonam o espírito, ou motivadas em factos perturbadores, sucedidos no meio onde êle se encontra, família, hospital ou sanatório. A descoberta destas causas febrigénicas permite baixar uma temperatura que se mostrara rebelde ao repouso e aos anti-térmicos.

E podíamos percorrer a larga semiologia da tuberculose pulmonar, que sempre encontraríamos utilidade na aplicação do tratamento moral, ou pela influência directamente exercida, como quando o médico sugestiona o anoréxico a alimentar-se, ou pela influência indirecta, como quando se regula a vida do doente, e da obediência ao

método imposto e seguido resulta a desaparição ou a atenuação de alguns sintomas.

No tratamento moral dos doentes do peito há vários casos a considerar, segundo o doente está sanatorizado, ou a sua terapêutica corre à mercê da vida habitual, mas sempre o primário cuidado do médico deve consistir em estudar o carácter do seu cliente, diferentemente modificado pela doença.

A idade, o sexo, as condições económicas e outras circunstâncias mesológicas, taras hereditárias e aquisições mórbidas mais ou menos recentes, imprimem ao carácter do tuberculoso feitio especial, que a intoxicação altera segundo a sua intensidade e a associação com aquelas influências.

Há tuberculosos que vivem em estado notàvel de eretismo nervoso. Sempre excitados, sempre em movimento, procuram vários médicos para não seguirem os conselhos de nenhum. Faladores, reputam-se possuidores de largos conhecimentos em tôdas as particularidades do mal, e não se intimidam em oferecer dúvidas, em explicar sintomas, em propor modificações ao tratamento.

Outros vivem em manifesta apatia intelectual. Tristes, taciturnos, neurasténicos, abandonam-se por completo às ideias mais deprimentes, concentram-se e isolam-se.

Conhecemos tuberculosos exageradamente egoístas, que não evitam aos seus nem fadigas nem despesas, esquecendo as condições da família, enquanto outros vivem como se não tivessem padecimento algum. A meticulosidade dos que evitam prejudicar, não cansando desnecessàriamente os enfermeiros, e acautelando a expectoração, constrasta com o proceder daqueles que desprezam teimosamente os deveres a cumprir para com a sociedade.

E' conhecida a euforia que muitos tuberculosos acalentam, a despeito das ruínas do corpo e da anarquia de tôdas as funções. Envoltos numa ilusão sem limites fazem planos, concebem viagens, decidem do futuro, na proximidade da morte. Êste optimismo opõe-se à preocupação daqueles que desde o início da doença ficam presos de fobias invenciveis, sem que a feição tórpida e apagada da sintomatologia justifique tais apreensões. Vêem sangue em todos os escarros, o termómetro não lhes sai da boca ou da axila, é exígua tôda a alimentação, e não saem com receio da fadiga.

No estudo individual dos seus doentes colhe o médico elementos que o habilitam a estabelecer o seu plano de batalha em cada caso, e se o repouso, a alimentação, o arejamento, constituem os termos da consagrada equação terapêutica, a resolução do problema tem de enveredar por diferentes caminhos, conforme o carácter do doente.

No tratamento da tuberculose pulmonar, é dia a dia exemplificada, e eloqüentemente, a grande verdade que faz da clínica uma sciência filha da observação, norteando os seus conselhos e as suas determinações consoante os elementos apurados no exame dos doentes.

Nos doentes sanatorizados o tratamento é relativamente fácil. Estão sob a imediata vigilância do médico, ou de enfermeiros especialmente educados, de modo que em pouco tempo é possível uma informação completa, que oriente nos cuidados a prestar-lhes, e na atitude que convém tomar para cada um. Em família a acção moral é mais difícil, porque o médico não se demora junto do doente; êste fica sujeito à influência do meio doméstico, que pode ser contrariante.

Em tais circunstâncias não se cansará o clínico de

investigar pormenorizadamente a psicologia dos tuberculosos, interessando os doentes na cura, e estendendo a sua acção pedagógica até às pessoas de família, preparando-as, ensinando-as, ilustrando-as, no sentido de obter uma cooperação eficaz no tratamento.

Se o tratamento moral é valioso durante a evolução da doença, não o é menos depois, quando o tuberculoso, cicatrizadas as lesões pulmonares, entra no movimento ordinário do trabalho quotidiano. Autorizado a retomar a sua actividade, o tuberculoso não deve proclamar a sua independência da acção do médico, e se já não há indicações para medicamentos, nem necessidade de muitas horas de repouso, há ainda, e haverá por bastante tempo, utilidade em ouvir e atender a palavra amiga do clínico, que dedicadamente procurou curar o seu doente, e tem o maior empenho em que a cura se consolide e fortifique.

Curado, o tuberculoso não está isento de recaída, e a doença, que não perdôa os menores erros no período de eflorescência, pode reactivar-se com as faltas cometidas na suposição da cura. E' preciso que passe tempo, dois anos, o mínimo, sem manifestações pulmonares, para um definitivo desiderato, e durante êste tempo deve continuar o doente sob a influência benéfica do seu médico.

Conclusões:

a) Na terapêutica dos pulmo-tuberculosos o tratamento moral é da máxima importância, quer no ataque individual dos sintomas, quer na defesa geral do organismo.

b) O médico que trata de tuberculosos deve estudar minuciosamente os seus doentes sob o ponto de vista psicológico, para bem se orientar no caminho a seguir.

c) O respeito do doente pelo clínico assistente deve

abranger a crença no seu saber de médico, e a confiança na sua dedicação de amigo.

b) Se os doentes vivem em família, os conselhos e as reflexões do médico são para êles e para as pessoas que os acompanham.

d) No tratamento dos doentes sanatorizados, ou mesmo internados em hospitais comuns, os enfermeiros precisam de receber uma educação especial.

d) A acção didáctica do médico acêrca da gravidade da doença e conveniente higiene a praticar, deve seguir o doente durante o tratamento, e muito tempo ainda depois de obtida a cura.

VII

Os sinais clínicos da pretuberculose

Uma lição de clínica médica

(In *Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, Maio de 1908).

Passaram pelas nossas enfermarias onze pulmo-tuberculosos, 4 pela sala de S. João de Deus, em homens, 7 pela sala de S. Francisco, em mulheres, e alguns ainda estão hospitalizados. Além dêstes doentes, manifestamente portadores de lesões tuberculosas, outros nos levaram a suspeitar da colaboração do bacilo de Koch nos sintomas apresentados, embora diferentes padecimentos determinassem a sua entrada e justifiquem a sua permanência.

São êstes casos que nos servirão de objecto para as lições terminais do curso. Merece-me, êste ano, e merecer-me há sempre particular atenção, enquanto me conservar no ensino de *Clínica médica*, o estudo da tuberculose pulmonar, pela importância que tem esta doença, qualquer que seja o ponto de vista sob o qual ela se considere.

Se, pela natureza policlínica do curso aqui professado, as mais variadas doenças prenderam e solicitaram a nossa actividade, é certo que em três grupos nosológicos precisamos de adquirir especiais noções para a vida prática — doenças sifilíticas, doenças cancerosas, doenças

tuberculosas — e isto pela freqüência em tôda a parte de casos respectivos, e pelas estreitas relações que tais doenças mantêm com os demais capítulos da patologia. Deixando à provada competência doutros colegas o estudo da sífilis e do cancro, vou ocupar-me da tuberculose pulmonar, cuidando antes de agrupar os sinais que caracterizam a *pretuberculose.*

*

Cumpre esclarecer o que deve entender-se por *pretuberculose,* pois a tal propósito não são concordes os patologistas.

Considerando apenas a tuberculose pulmonar, entendem alguns que o estado pretuberculoso é o dum indivíduo que por qualquer circunstância depauperante está apto a sofrer a invasão pulmonar do bacilo de Koch, e entre estas circunstâncias referem a tuberculose em outros órgãos.

Não julgo rigoroso semelhante critério. A *pretuberculose* é um estado preparatório para o mal, e abrange todo o organismo; não é, nem como tal deve ser tido, o estado que particulariza a impressionabilidade só dos pulmões.

Também certos tuberculogistas descrevem como sinais da *pretuberculose* fenómenos que positivamente demonstram que o organismo já está de posse da doença, mesmo no aparelho respiratório.

Em 1898 apresentou Fauvel ao congresso da tuberculose, reunido em Paris, uma comunicação acêrca da *pretuberculose pulmonar,* descrevendo lesões nas amígdalas, nas pleuras, nas fossas nasais, referindo sintomas reveladores da tuberculose, como nevralgias múltiplas e elevação febril. Não considera Fauvel a *pretuberculose geral,* mas a

pretuberculose pulmonar, descrevendo por isso lesões especificas em noutros órgãos; ainda assim refere lesões nas pleuras, e não precisa o momento em que o doente passa a ser um pulmo-tuberculoso.

No congresso francês de climatoterapia reunido em Arcachon, em 1905, Quinon considera num seu relatório como pretuberculosos os organismos com lesões pulmonares começadas, e ainda os de auscultação incerta, como os que pelo seu estado geral indicam uma tuberculose iminente.

Há que destrinçar e esclarecer.

Em a nossa opinião a *pretuberculose* é um estado geral, que torna fácil a germinação do bacilo de Koch, seja nos pulmões, nas pleuras, nos ossos, nas articulações, nas meninges. Para se especializar uma pretuberculose pulmonar, por igual devíamos considerar uma pretuberculose meningea, uma pretuberculose articular, uma pretuberculose óssea, e não sabemos de caracteres que permitam e individualizem esta ramificação.

Se as crianças pagam um duro tributo à meningite tuberculosa, se os hereditàriamente tarados enveredam pela escrófula ou pelas lesões ósseas, as condições gerais de terreno que tornam possível a fixação do bacilo de Koch num ponto, são as mesmas que tornam possível a sua localização em outro. Adicionam-se, é certo, a estas circunstâncias as causas que favorecem e explicam a sua localização, mas tais causas não bastam para constituír a pretuberculose, que é um estado geral.

Também não entendemos como pretuberculosos os portadores de lesões extra-pulmonares. São já tuberculosos, sujeitos à generalização do mal por outros órgãos. São tuberculosos pelo processo local e pelas toxinas, que da ede da lesão se disseminam pelo organismo.

Está sobejamente demonstrado que a varíola modifica o organismo, potenciando e favorecendo as suas afinidades para a tuberculose; é do conhecimento geral a influência exercida na aquisição do mal pelo enfraquecimento dos organismos, qualquer que seja a sua causa. Pois bem, se uma bronquite, um resfriamento, tornou inevitável a localização respiratória, um traumatismo explica a sua sede numa articulação. Em ambos os casos a possibilidade era constituída por elementos da mesma natureza, e êstes formavam o fundo de predisposição — a *pretuberculose*, para caracterizar a qual é possível reunir e coordenar um certo número de sinais.

Á posse das condições de receptividade conduzem muitas e variadas causas, que são bem conhecidas nesta altura do curso, mas que nunca é ocioso recordar.

Como doença inficiosa que é, a tuberculose, exige para a sua aparição a presença do agente específico e favoráveis condições de terreno. O mal surge desta associação.

O bacilo de Koch pode invadir o organismo por inalação, por ingestão, por inoculação subcutânea, e, quando ingerido com o leite ou outros alimentos, podem ser-lhe vias transmissoras, a partir da mucosa intestinal, os vasos linfáticos ou sanguíneos. Tôdas estas formas de invasão são possíveis, como implantado o processo tuberculoso num dado ponto, daí pode irradiar para outras regiões.

Sob o ponto de vista da *pretuberculose* tem valor o contágio, nas diferentes maneiras porque êle se pode efectuar, pois sem bacilo não há tuberculose, mas mais importante é, sem dúvida tudo quanto se relaciona com o terreno, com as causas que o desvalorizam na luta, reduzindo-lhe as suas energias.

Temos em primeiro lugar a predisposiçãc hereditária. Os filhos dos tuberculosos, dos sifilíticos, dos alcoólicos, trazem o cunho duma degenerescência que favorece a sua tuberculização. Quanto mais demorada e mais intensa fôr a fraqueza mórbida dos pais, maior é para os filhos a probabilidade de ser eficaz o contágio. Pomos no mesmo pé de igualdade a fraqueza congénita, qualquer que seja a doença dos pais, pois não conhecemos fórmulas que deixem distinguir a predisposição para a tuberculose herdada dum tuberculoso, da herdada dum sifilítico, dum canceroso, dum diabético, ou dum alcoólico.

O que sabemos, e a observação dia a dia nos demonstra e confirma, é que tais heranças conduzem ao mesmo fim, desde que o contágio seja possível; o que sabemos é que as crianças, nascidas em tais condições de inferioridade, podem e realmente conseguem resistir à invasão da tuberculose, se forem colocadas em meios próprios para o seu avigoramento, e para que o contágio se não realize.

A tuberculose não é privilégio de certa idade, ou dum sexo, e se não aparece com a mesma freqüência nos dois sexos e em tódas as idades, isso resulta das condições orgânicas inerentes às diversas fases da vida e às vicissitudes do trabalho sexual, como para a mulher a gravidez e a lactação, e ainda de circunstâncias ocasionais, mais freqüentes em certa época da vida.

A tuberculose também não é privilégio dos climas de planície. Desde que nas maiores altitudes se realizem em densidade de população, em faltas de higiene, em más condições de trabalho doméstico e profissional, as circunstâncias que tornam possível a tuberculose nas povoações de altitudes inferiores, a doença lá aparecerá. Assim sucedeu nas cidades das maiores altitudes dos Andes.

Predispõem para a tuberculose as profissões exercidas em lugares de pequena cubagem ou em atmosferas carregadas de poeiras, a falta de luz e de sol nas habitações, a acumulação de pessoas no mesmo edifício, a insuficiência e a má qualidade da alimentação. Em tais circunstâncias um resfriamento, um traumatismo, uma inflamação brônquica, uma coriza, bastam para abrir a porta ao mal, que então encontra o terreno bem disposto.

Não conhecemos doenças que sejam antagónicas com a tuberculose. Se os organismos tarados pelo vício nutritivo do artritismo opõem em dados casos dificuldades à tuberculose, nem por isso os artríticos deixam de se tuberculizar, muito embora neles a doença ofereça particularidades diferenciais em resistência, em sintomatologia e em tratamento.

Doenças agudas, como a varíola, o sarampo, a febre tifoide; doenças das vias respiratórias, como a pneumonia, a pleurisia, bronquites e laringites de repetição; doenças crónicas como a clorose e a diabetes; doenças demoradas do tubo digestivo, intoxicações como o alcoolismo e o saturnismo, predispõem para a aquisição da tuberculose. Devemos especializar as doenças do tubo digestivo, que obstam a uma alimentação regular, a sífilis, se não é devidamente tratada, e o alcoolismo.

Os tuberculosos que aqui temos tratado patenteiam na sua história clínica a influência etiológica das referidas causas predisponentes.

A doente M. J., de 18 anos, clorótica averiguada pela sintomatologia e pelo exame hematológico, apresenta já sinais que levam a suspeitar do seu vértice pulmonar direito, suspeita ainda fundamentada na resistência que a sua clorose tem oferecido ao tratamento pelo ferro, o

que não nos sucedeu ainda com nenhuma das outras cloróticas.

A doente E. C., de 15 anos, saída com alta e muito melhorada, é filha dum pai tuberculoso, falecido em Outubro do ano findo, e iniciou a sua tuberculose pulmonar consecutivamente a uma pneumonia. Nesta doente se encontra a a lúgubre associação — má herança, contágio em família, pneumonia, precárias condições da vida doméstica.

O doente S. P., de 23 anos, pleuro-pulmo-tuberculoso, ao trabalho excessivo que tinha no campo, às repetidas noites de vigília, aos freqüentes resfriamentos, junta uma febre tifoide no verão do ano findo, a partir da qual faz derivar o comêço dos seus actuais padecimentos.

O doente M. G., de 17 anos, sapateiro, falecido duma tuberculose hepática, foi uma vítima do abuso do álcool. Para êste doente, de lesões tão interessantes na autópsia, quer as do fígado, com o abcesso tuberculoso e tecido fibroso circunjacente, quer as do estômago, onde se deu a hemorragia que o fulminou, não bastou a má alimentação, a péssima instalação da oficina, a maneira do seu trabalho profissional; a tantos e tão fortes motivos de anarquia associou o uso e abuso do álcool.

A doente A. M., de 45 anos, essa não só traz a tara hereditária, pois os pais faleceram tuberculosos, mas o marido faleceu da mesma doença, e um envenenamento pelo fósforo, e mais tarde um outro pelo sal de azedas, completaram a obra da herança e da miséria caseira.

O doente J. C., de 24 anos, com uma pleurisia tuberculosa esquerda, viu a sua doença evolucionar depois dum ataque de gripe, em Março dêste ano.

E se percorressemos a história de todos os nossos tuberculosos, nela encontraríamos bem frisantes exemplos

da acção que as causas anterior e sucintamente referidas exercem conduzindo os organismos à iminência mórbida, ao estado pretuberculoso. Êste, uma vez constituído, manifesta-se por duas ordens de sinais: *sinais anatómicos e sinais funcionais.*

Sinais anatómicos. — São de três categorias os sinais anatómicos fornecidos pelos pretuberculosos, e que uma vez verificados obrigam a cuidados para ser evitado o contágio: *estéticos, torácicos* e *cárdio-vasculares.*

Desde os tempos mais velhos da medicina que os clínicos reflectiram na fisionomia especial daqueles que um dia se tornariam tuberculosos, e esta reflexão ainda hoje mantém o seu valor.

Hipócrates fixou a côr branca da pele e a côr arruivada do sistema piloso; Areteo acrescentou, e com a verdade da sua rigorosa observação, o rubor ténue da face, a gracilidade do pescoço, a languidez do olhar, orladas as pálpebras dum círculo escuro. Pela minha observação tenho verificado que sempre que os organismos se preparam para a tuberculose, torna-se mais liso e oleoso o cabelo e a barba.

Dos tuberculosos que temos aqui tratado não pudemos apurar os estigmas perfeitos da *pretuberculose*, pela razão simples de que êles se encontravam já de posse do mal, mas em dois, pela recente aparição dos seus padecimentos pulmonares, pôde ser notada a fisionomia especial descrita por Areteo: — J. S., de 28 anos, e A. P., de 24 anos, doente da minha clínica particular, mas que lhes apresentei na lição acêrca das determinações cardíacas do reumatismo articular agudo. O primeiro doente, internado em Novembro por motivo dum ataque de reumatismo articular agudo, saíu em 31 de Janeiro curado do reumatismo e melhorado

da tuberculose, que lhe invadiu o vértice do pulmão direito, como se viu pelo exame clínico, e foi confirmado pela análise do escarro e pela oftalmo-reacção. Os padecimentos pulmonares datam de Outubro. A doente A. P., desde os 12 anos, idade em que teve uma intensa infecção reumatismal, vem mitralizando o seu coração. Como tivemos ensejo de verificar, no vértice direito esboçava-se uma infiltração tuberculosa.

Recordem o aspecto dêstes dois doentes, e nêles encontrarão os traços delineados por Areteo.

A caixa torácica apropósita-se para a invasão tuberculosa, reduzindo-se nas suas dimensões, modificando-se na estrutura dos seus ossos, atrofiando-se na sua musculatura. Os braços alongam-se, excedendo na sua envergadura a altura da pessoa. As costelas adelgaçam-se e irregularizam-se na sua ossificação, não oferecendo a mesma densidade em todo o seu comprimento. Diminuem os diâmetros ântero-posterior e bi-axilar, diminui o espaço inter-mamário, e o ângulo cartilagíneo xifoídeo avizinha-se de 60°. Os músculos das paredes torácicas vão-se atrofiando, atrofia que se acentua com a invasão e evolução da doença. Na clorótica M. J., já referida, era de notar a atrofia do seio direito; e no doente J. C., a atrofia abrangia todo o hemi-tórax esquerdo.

O fraco desenvolvimento do sistema arterial é um dos melhores sinais da pretuberculose. A tensão arterial é muito baixa nos pretuberculosos, resultante do pequeno volume das suas artérias e da sua inferior elasticidade. Consideram alguns esta hipotensão como um sinal de diagnóstico precoce, mas ela vem já de quando o organismo não estava ainda tuberculizado.

O mesmo sucede com o volume do coração, que,

quando é pequeno, ou pelas reduzidas dimensões de todo o órgão, ou pela redução só da metade esquerda, se faz acompanhar de anomalias de crescimento e de fraqueza geral adequadas à implantação da tuberculose.

Em Março dêste ano faleceu nesta cidade um doente meu, que é um dos melhores exemplos que eu lhes posso oferecer da influência que a aplasia cárdio-vascular apresenta sob o ponto de vista do desenvolvimento da tuberculose, e até da forma da sua evolução.

A. B. era um doente de 27 anos, tabelião, tuberculoso do pulmão direito. O sintoma dominante foi a hemoptise, que desde o início lhe dramatizou o mal, e que por fim o matou. O pulso sempre hipotenso, mesmo nos dias anteriores às hemoptises e a despeito da temperatura febril que por vezes apresentava. Êste doente, alto, magro, sem resistência de qualquer ordem, fazia hemorragias pulmonares com extrema facilidade e duma difícil terapêutica, e para êste facto contribuía fortemente o estado anatómico do seu sistema vascular. Hemofílico desde criança, tinha freqüentes vezes epistaxes, e as mais ligeiras escoriações provocavam a saída de bastante sangue. Não houve hemostáticos que elevassem proficuamente a coagulabilidade do sangue, nem tónicos que aumentassem a energia contráctil dos vasos. Faleceu exausto por hemoptises, que o não abandonavam desde Janeiro.

Sinais funcionais.—A *pretuberculose* não se revela só por modificações anatómicas, mas a estas se juntam modificações funcionais, por igual importantes. São perturbações múltiplas, e que na sua multiplicidade acusam a inferioridade dinâmica do organismo.

Devem ser mencionadas em primeiro lugar as modificações na mecânica e na química da respiração.

A capacidade respiratória diminui, e o espirómetro acusa esta diminuição, como verificámos na clorótica M. J., que não dava mais de 2:000 c.c., cifra aquém da normal.

Das persistentes investigações de Robin e Binet se apura que no início dum processo pulmo-tuberculoso o trabalho químico da respiração é exagerado, quer nos homens, quer nas mulheres, elevando-se o volume de oxigénio consumido por minuto e por quilograma de pêso do doente, e elevando-se correspondentemente o anidrido carbónico exalado. Esta actividade nas trocas gazosas da respiração, verificada para os tuberculosos iniciais, tem igualmente sido notada nos indivíduos predispostos para a germinação do bacilo de Koch. Esta verificação tem sido feita principalmente nos descendentes de tuberculosos, e por isso considerados hereditàriamente predispostos.

São modificações valiosas a registar, com significado pretuberculizante, numa análise de urina, a poliúria, a fosfatúria, a cloretúria, a hipo-acidez, acompanhadas de fadiga, de inapetência, de emagrecimento, séquito obrigado da desmineralização que elas representam.

A termogénese dum organismo profundamente abalado por causas tisiogénicas desvia-se dos limites normais da temperatura, e à sensação de calor interno que os pretuberculosos acusam, corresponde uma ligeira elevação termométrica, à tarde. Nos descendentes dos tuberculosos, nos enfraquecidos, sem que a mais rigorosa observação consiga apurar lesões em um ou outro órgão, regista-se a elevação térmica de algumas décimas.

Na evolução duma tuberculose dois casos há a considerar pelo que respeita às alterações do trabalho digestivo: — a dispepsia produzida no começo da infecção e

significando já a influência das toxinas tuberculosas, e a dispepsia anterior, resultante do enfraquecimento geral, e para êle a seu turno concorrendo. Esta é a dispepsia de Bourdon, com eructações ácidas, com anorexia, com vómitos alimentares, com hipercloridria. Devem estas alterações digestivas ser separadas do sindroma gástrico de Marfan.

A dispepsia de Bourdon é um sinal da pretuberculose; a dispepsia de Marfan é um elemento, embora precoce, da tuberculose pulmonar.

É bem conhecida a extraordinária tendência que têm os tuberculosos para a sudação. Suam com a febre, com a tosse, com a alimentação, com a marcha, com o sôno. Os suores exagerados, que entram no quadro clássico da sintomatologia tuberculosa, são também fenómeno que particulariza a *pretuberculose*. Nos pretuberculosos um ligeiro esfôrço aumenta a transpiração, aparecendo por vezes o suor sem causa imediata que o explique. Nos pretuberculosos a tendência para a sudação acentua-se nas mãos e nos pés, ao passo que nos tuberculosos a sudação é generalizada ou localizada, consoante as condições do doente. São generalizados os suores que acompanham as exacerbações de temperatura, as largas cavernas pulmonares, as crises asfíxicas do período terminal; são localizados à fronte, às mãos, à região do esterno, à região dorso-lombar os suores do sôno e da tosse.

Instalada a tuberculose, surgem variadas alterações nervosas, e antes mesmo de claras modificações somáticas, reveladoras do processo bacilar, e, por vezes durante muito tempo, o doente não oferece outros sintomas que não sejam do domínio exclusivo do sistema nervoso, tais como cefalalgias, crises dolorosas gástricas, nevralgias variadas,

depressão psíquica. O tuberculoso, seja criança ou adulto, começa quási sempre por ser um triste, juntando à sua tristeza uma inaptidão para o trabalho físico e intelectual. Mas se assim é sob a influência da intoxicação bacilar, onde quer que resida o processo mórbido, quando circunstâncias pretuberculizantes actuam, a depressão nervosa não deixa de se evidenciar

A astenia geral, a facilidade de cansaço, nevralgias múltiplas, a emotividade melancólica, constituem os estigmas nervosos da *pretuberculose*. Muitos doentes, com sintomas de neurastenia, abandonando as suas habituais ocupações, queixando-se ora duma cefaleia, ora dum lumbago; atravessando períodos de anorexia intervalada de períodos de alimentação normal; doentes duma extrema sensibilidade moral, são organismos em aberto caminho para a invasão da tuberculose.

O conhecimento de tôdas as causas que tornam tuberculizavel um organismo, e dos variados estigmas que êle apresenta, dos caracteres anatómicos e funcionais que êle adquire, quando a acção etiológica se afirmou, é duma capital importância clínica, e por isso neste conhecimento entendi insistir, embora nêle nenhum dos meus discípulos seja hóspede, antes de me dirigir a outros capítulos da tuberculose.

VIII

Sanatórios — Visita de estudo a alguns sanatórios franceses

(In *Gazeta dos Hospitais*. — Pôrto, 1910 e 1911).

Importância dos sanatórios no tratamento da tuberculose

O problema do tratamento específico da tuberculose mantém-se sem resolução terapêutica definitiva. Por um lado não se conhecem perfeitamente tôdas as condições que constituem a chamada receptividade, e, por outro lado, a despeito da multiplicidade de trabalhos de experimentação laboratorial, a biologia do bacilo oferece ainda muitas incógnitas. O problema, em vez de se simplificar, complica-se, e a desejada fórmula que traduza e abranja as formas do mal e a respectiva aplicação terapêutica está por estabelecer, pois dia a dia elementos novos surgem a modificar a equação, já somando-se, já substituindo-se aos antigos.

Doença curável, manifestamente curável, curável até espontâneamente, as circunstâncias que intimamente permitem esta cura também se não conhecem, ficando sem per-

feito esclarecimento as razões que levam à cicatrização, por vezes rápida, as lesões dum doente, e as que obstam à cicatrização das lesões dum outro, estando ambos nas mesmas condições de herança, de idade, de aquisições mórbidas, oferecendo ambos o mesmo coeficiente aparente de resistência, e sendo igual a terapêutica aplicada.

Umas vezes, um doente em determinadas circunstâncias clínicas não precisa de se deslocar para uma altitude, e em precárias condições de residência consegue debelar o mal; outras vezes, doente por igual febril ou apirético, congestivo ou não, com as mesmas lesões em extensão, em profundidade, em período anatómico, não se liberta do padecimento, e dia a dia se arruína até à hecticidade, embora tente a cura das altitudes, e sejam óptimas as suas condições de vida social.

São todos êstes factos, bem do conhecimento de quantos cuidam e pensam na tuberculose e nos tuberculosos, que dificultam a elaboração dum quadro nítido de indicações e contra-indicações para determinadas aplicações terapêuticas, sendo indispensável, na tuberculose, mais do que em qualquer outra doença, individualizar os casos sob o ponto de vista do tratamento.

O tratamento da tuberculose pulmonar, afastadas as indicações sintomáticas, que ainda assim são reduzidas, se não no seu número, nas intervenções que provocam, assenta hoje em duas aplicações basilares — o regimen higiénico e o uso das tuberculinas e de soros anti-tuberculosos.

Após a notável descoberta do eminente R. Koch com a preparação da tuberculina, que em todos os mais importantes meios laboratoriais se não descansa na descoberta dum específico, a despeito do ruído que acompanhou as

primeiras aplicações, de resultados desastrosos. De modificação em modificação, desde então até hoje que por tôda a parte se trabalha afincadamente na preparação dum medicamento em relação com as toxinas do bacilo, e que ofereça o máximo de acção curativa, e se não está ainda descoberto, nem por isso deixamos de possuír algumas tuberculinas e alguns soros, de manifesta utilidade.

São numerosas, pode dizer-se, as tuberculinas, que giram no comércio, como numerosos são já também os soros, e se nem todos merecem a mesma confiança, nem têm o mesmo valor, é fora de dúvida que servem para certificar o afan posto no estudo do importantíssimo problema e atinente à sua resolução, e alguns com proveito incontestável são largamente aplicados.

Mas estas aplicações da soroterapia anti-tuberculosa e da tuberculinoterapia não têm invalidado o esfôrço na construção de sanatórios, estabelecimentos destinados, pela sua situação, pela sua arquitectura, pelo regímen adoptado, ao tratamento da tuberculose pulmonar. O esfôrço sanatorial não tem diminuído com os progressos na preparação de tuberculinas, e antes dia a dia mais se afirma, não só pelo resultado colhido no tratamento dos doentes exclusivamente sujeitos à cura higieno-dietética, mas ainda porque os sanatórios representam meios hospitalares onde, a par do regímen próprio, os pulmo-tuberculosos podem ser submetidos à acção das tuberculinas com tôdas as garantias de fiscalização ininterrupta, e, portanto, com o máximo proveito.

As relações de utilidade entre sanatórios e medicações anti-tuberculosas alargam-se a quaisquer elementos terapêuticos, dos mais modernamente preconizados, como as injecções pleurais de azoto, o uso da paratoxina, a re-

calcificação de Ferrier, etc. O sanatório é, sob todos os pontos de vista, de incontestável valor na terapêutica da tuberculose. Por isso êles se multiplicam por tôda a parte, nos grandes, como nos pequenos países, e na Europa pode dizer-se que há entre as diversas nações uma luta de rivalidades, procurando cada uma exceder as restantes na construção de sanatórios. Refiro-me, é claro, àquelas nações, cujos dirigentes não têm obliterado em ruinosa administração o sentimento das suas responsabilidades, e possuem a inteligência e o civismo indispensáveis à compreensão do que deve ser a vida social dum povo, que não se restringe ao momento actual, mas reside principalmente na multiplicação dos recursos que hora a hora se acumulam para o futuro.

Isto mesmo tivemos ocasião de verificar numa visita de estudo a sanatórios da França, da Bélgica, da Alemanha e da Suíça. Precisamente nestes países, onde mais notáveis trabalhos aparecem no domínio da tuberculose, para o conhecimento integral da biologia do bacilo, para o diagnóstico, para o tratamento individual dos doentes, é que mais numerosos são os sanatórios, melhor é a sua organização, e maior a sua freqüência.

Entende-se, e bem, que na luta contra a tuberculose nenhum elemento deve ser esquecido, e é consolador para o espírito do homem notar que, enquanto nos laboratórios trabalhadores incansáveis enveredam por experiências scientíficas, cuidadosas, repetidas, incessantes, na conquista duma terapêutica segura, não se aquietam as municipalidades, as sociedades de beneficência, e até a filantropia dos poderosos de riqueza, levantando dispensários, abrindo sanatórios, construindo hospitais para convalescentes, e modificando a arquitectura dos hospitais gerais, em

obediência sempre à ideia fundamental e orientadora de reduzir o número de casos, que ainda se mantém por tôda a parte em acabrunhadora percentagem.

Na Alemanha, a pátria de Koch, e onde os seus trabalhos na preparação de tuberculinas são continuados com admirável actividade em variados institutos, encontram-se sanatórios modelos; na França, com uma bem organizada rêde de sanatórios e dispensários, desde Pessac, na Gironda, até Hendaye, passando pelo norte, pelo sul, pelo interior, lá está o Instituto Pasteur de Lille, que aos trabalhos gerais de laboratório junta, conforme mo explicou e mostrou o distinto colaborador de Calmette, o dr. Guérin, experiências especialmente conduzidas para o estudo da tuberculose. No momento da minha visita variados animais estavam em observação e tratamento de tuberculoses inoculadas, sendo objecto especial de investigações o bacilo bovino.

Na Suíça, a terra mãe dos sanatórios, com as suas montanhas já consagradas pelo tempo ao tratamento da tuberculose pulmonar, e hoje aproveitadas também em aplicações helioterápicas para o tratamento das tuberculoses externas, não se descura o estudo das tuberculinas, e a tuberculina de Beraneck é não só geralmente utilizada nos sanatórios suíços, mas ainda fora da Suíça.

Não é preciso multiplicar as referências para demonstrar que os países que bem medem o alcance da luta contra a tuberculose dão aos sanatórios tôda a importância que êles merecem, como tive ensejo de verificar.

Conhecendo o que em o nosso país se tem feito no sentido de combater a disseminação tuberculosa, desde a criação de dispensários até à construção de sanatórios, desde os trabalhos de propaganda da L. N. contra a T., em

lamentável quietação desde o 4.º congresso (1907), até às obras beneméritas da A. N., que no Sanatório Sousa Martins tem a sua mais notável instituição, há muito tempo que me animava a ideia de na primeira oportunidade visitar os sanatórios, hospitais e dispensários estranjeiros, para julgar do valor que é dado a cada um dêstes estabelecimentos no tratamento da tuberculose. É o que venho de fazer, e a verdade é que a opinião que eu já tinha acêrca da importância dos sanatórios, quer para o tratamento individual dos doentes, quer como elemento de luta social, com o que vi e observei mais se radicou no meu espírito.

Eu bem sei que o tratamento da tuberculose pode ser tentado no domicílio do doente, mas para isso é preciso que a habitação tenha apropriadas condições higiénicas, e que a dentro dela o doente se considere como se vivesse num sanatório, obedecendo aos preceitos da cura e respeitando as indicações do médico; mas se a tentativa pode ser feita, e muitas vezes o é, já porque uns doentes não podem, e outros não querem deslocar-se para os sanatórios, já porque não chegam para o internato de todos os doentes os sanatórios existentes, êstes estabelecimentos são os meios de eleição para o tratamento da tuberculose, pois é dentro dêles que a vida dos doentes é por completo dominada numa integração de recursos e cuidados, que é a base da sua terapêutica e a garantia da sua cura.

Sanatórios em França

A França possui hoje uma extensa rêde de sanatórios, hospitais, dispensários, colónias agrícolas, colónias de férias, para tratamento ou preservação da tuberculose. Basta

consultar a carta elaborada por Landouzy e Sersiron, e apresentada ao *Congresso da Tuberculose,* reunido em Paris em 1905, para se avaliar do gigantesco esforço posto em França ao serviço da profilaxia e tratamento desta doença.

Desde Hendaye, no extremo oriental dos Pireneus, até ao Cannigou, no extremo ocidental, a França apresenta numerosos sanatórios, uns populares, organizados por instituições de beneficência, para facilitarem a cura dos doentes sem grandes recursos económicos, ou exclusivamente destinados ao internato dos pobres; outros particulares, dirigidos pelos seus proprietários, destinados às classes mais ricas da sociedade; uns situados no interior, quer na montanha, quer na planície, porque em França não há a preocupação da altitude, outros disseminados pela costa do Atlântico, da Mancha, do Mediterrâneo. Em Paris, e nas capitais dos departamentos, encontram-se dispensários, já vivendo isolados, na observação e tratamento dos tuberculosos citadinos, já em relação com os sanatórios, fazendo o recrutamento dos doentes que nêles devem ser internados, e observando os que, terminada a cura sanatorial, ainda têm de viver sob a fiscalização médica até que o mal seja considerado extinto.

De tantas e tão úteis instituições anti-tuberculosas tivemos ensejo de visitar os seguintes

SANATÓRIOS:

— Bordeaux. *Sanatório Girondino de Pessac,* para senhoras e crianças.

— Arcachon. *Sanatório de Moulleau,* para crianças linfáticas, escrofulosas e raquíticas.

— Lamotte-Beuvron. *Sanatorium des Pins;* sanatório propriedade do Dr. Hervé, que é o seu director clínico.

— Briis-sous-Forges (S.-et-O.). *Sanatório de Bligny,* instituido e sustentado pela *Obra dos sanatórios populares de Paris.*

— Berck-sur-Mer. *Hospital Nathaniel de Rothschild, Hospital Cazin-Perrochaud, Hospital Bouville, Hospital marítimo, Instituto ortopédico de S. Francisco de Sales.*

— Montigny-en-Ostrevent. *Sanatório familial,* instituído pela *Liga do Norte contra a tuberculose.*

— Paris. *Hospital Boucicault;* serviço especial para tuberculosos, dirigido pelo Dr. Letulle.

DISPENSÁRIOS:

— Paris. *Dispensário da rua Boursault, Dispensário de Plaisance, Dispensário-hospital Marie Lannelongue.*

— Lille. *Preventorium Émile Roux.*

A descrição pormenorizada e minuciosa de tudo quanto vi e observei na visita a todos êstes institutos, incidindo na topografia das regiões onde foram construídos, na sua arquitectura, na sua organização interna, nos serviços que prestam, no êxito do tratamento, em tudo em suma, que constitui a sua mecânica, levaria longe, e por vezes teria de repetir os mesmos factos e de registar idênticos serviços, visto que êstes estabelecimentos se copiam em muitos dos seus elementos, quer internos, quer externos. Tal não é a intenção dêstes artigos, simplesmente restringida à publicação das notas mais impressionantes, que no decurso da minha visita fui registando. Assim ficam marcados os limites do meu trabalho e orientado o meu propósito.

SANATÓRIO GIRONDINO DE PESSAC:

A oito quilómetros de Bordeaux, na estrada que vai de Bordeaux a Arcachon, fica situado êste sanatório, construído no interior duma grande propriedade rural, o domínio de Feuillas, que possui uma superfície de muitos hectares. O terreno é duma vegetação luxuriante e fica na proximidade duma floresta de pinheiros. Não me foi possível obter indicações sôbre a humidade do logar, mas afigurou-se-me que deve ser húmido pela proximidade da costa e pela intensidade da vegetação em tôda a propriedade.

O projecto do sanatório, ainda não completo, obedece ao tipo de pavilhões isolados. Em um dos pavilhões estão instalados os serviços da administração e as cosinhas, e distante dos pavilhões está uma vacaria, para os serviços agrícolas da propriedade, e que aos doentes fornece todo o leite consumido no sanatório.

O pavilhão único para doentes já construído, e destinado a 60 leitos, é dum aspecto simples, mas agradável, reconhecendo-se fàcilmente em tôdas as suas dependências a prática dos preceitos impostos pela higiene dêstes estabelecimentos. Um asseio irrepreensível por tôda a parte traduz a cuidadosa e extremada dedicação da inteligente directora dos serviços administrativos, M.me V.e Petit, que amàvelmente me acompanhou na visita, pois no momento não se encontrava presente nenhum colega, e da melhor vontade me deu todos os esclarecimentos que lhe pedi acêrca do sanatório.

A lavandaria, a distribuição da água, esgotos, w. c., balneário, cosinhas, tudo está disposto e ordenado segundo os processos mais modernos.

A atenção posta na construção e funcionamento dêste sanatório pelos seus promotores era de tal ordem, que uma comissão, acompanhada do arquitecto Mr. Minvielle, foi prèviamente visitar os melhores sanatórios da Alemanha e da Suíça.

O aquecimento é feito pelo vapor de água a baixa pressão, havendo em todos os aposentos irradiadores; a circulação do ar está garantida por aberturas nas paredes exteriores, perto do soalho, por bandeiras móveis nas janelas, que permitem graduar a ventilação, e ainda por tubos de saída no tecto.

As galerias de cura apresentam uma particularidade exigida pela situação do sanatório. Êste está aberto todo o ano, e como no verão o calor é muito intenso, as galerias estão divididas em duas partes, uma dirigida ao sul, outra ao norte, respectivamente ocupada pelos doentes consoante as estações.

A propriedade tem uma plantação de árvores que protegem os pavilhões contra os ventos, e é percorrida por caminhos devidamente dispostos para passeio dos doentes.

Os serviços clínicos do sanatório estão a cargo dos Drs. Durand, director, e Michelet, auxiliar, especialista de doenças da laringe.

Desde o registo inicial, muito minucioso, feito logo à entrada, até à saída dos doentes, notei um grande cuidado no arquivo de todos os factos que servem para julgar da maneira como a doença evoluciona. A terapêutica é muito reduzida, e dirigida apenas aos grandes sintomas.

Á entrada, cada doente recebe para seu govêrno um regulamento com instruções sôbre os serviços que pode reclamar e a que tem direito, bem como sôbre as obriga-

ções a cumprir durante a sua permanência no sanatório. Para a exacta observância dos seus deveres, recebem os doentes um *horário,* especificando a cada hora o que têm a fazer -- refeições, repouso, registo das temperaturas, exercícios, medicações, etc.

Inaugurado em 14 de Outubro de 1902, e recebendo por enquanto só senhoras, e crianças dos dois sexos dos 13 até aos 15 anos, êste sanatório tem prestado grandes serviços à luta contra a tuberculose empreendida na região onde se encontra instalado, como pràticamente o afirmam os seus benfeitores, que aumentam de ano para ano, em número, subindo também em valor as quantias com que subscrevem.

São os recursos assim reunidos no fundo da *Obra do Sanatório Girondino* que permitem estabelecer preços relativamente módicos para a pensão diária, 5 fr. para adultos e 3 fr. para crianças, compreendendo a pensão — quarto, alimentação, banhos, aquecimento, iluminação, lavagem de roupa, tratamento médico, farmácia e serviço de enfermagem. Para os doentes, protegidos pelo *Serviço departamental da Assistência pública* aqueles preços são reduzidos respectivamente a 3 fr. 50 e 2 fr. 25.

A utilidade do sanatório é ainda afirmada pela diminuição da mortalidade em Bordeaux desde que êle funciona. Até 1902 a relação dos falecimentos pela tuberculose em Bordeaux regulava 16,71 por 100 da letalidade geral; segundo uma estatística de 1905 esta percentagem baixou a 12,84. Isto é, de cada 8 falecimentos 1 é devido à tuberculose, ao passo que antes a proporção era de 6:1.

Tão satisfatório resultado tem animado a *Obra do Sanatório Girondino,* que sem descanso prossegue na sua utilíssima cruzada.

ARCACHON. SANATÓRIO DE MOULLEAU:

Arcachon constitui uma das primeiras e mais importantes estações sanitárias marítimas para a cura da tuberculose pulmonar. Graças aos trabalhos de F. Lalesque, o ilustre talassologista, à sua perseverança em vulgarizar a excelência do clima atlântico, nesta parte da costa francesa, Arcachan transformou-se num logar procurado pelos doentes do peito para a cura livre dos seus padecimentos. Digo *cura livre*, porque em Arcachon não há sanatórios, mas casas, dispersas por entre uma floresta de pinheiros, que tão ùtilmente influi na atmosfera da região, onde os doentes se alojam e fazem a sua cura, no quarto ou varanda, se não podem saír, e para os que podem deslocar-se, em pavilhões particulares, rêdes suspensas dos pinheiros para os dias mais quentes do ano, e ainda em um pavilhão abrigo público, dirigido ao sul, nas devidas condições para a cura do repouso.

Arcachon está dividida em duas partes, *ville d'été* e *ville d'hiver*, a primeira ao norte, mais perto do mar, a segunda ao sul e mais para o interior. A *ville d'hiver*, constituída por habitações, as mais variadas de arquitectura, mas bem circundadas de pinheiros marítimos, é a recomendada por Lalesque, como oferecendo tôdas as particularidades que individualizam o clima de Arcachon — estabilidade térmica, elevação e estabilidade do estado higrométrico, regimen anemométrico dominante de oeste, pureza do ar, sua riqueza em ozono, fácil abrigo contra os ventos — particularidades que o fazem incluir, sob o ponto de vista fisiológico, no grupo dos climas marítimos, sedativos e tónicos.

São todos êstes caracteres que indicam o clima de

Arcachon no tratamento de várias formas de tuberculose pulmonar, sendo, porém, os pulmo-tuberculosos de excessivo eretismo, qualquer que seja a maneira porque o traduzam, febre, bronquites de repetição, congestões pulmonares, hemoptises, excitabilidade psíquica, os que mais e melhor aproveitam com a sua residência.

É nesta costa que se encontra um sanatório, que tive ensejo de visitar, destinado ao tratamento de crianças enfraquecidas por má herança fisiológica, ou portadoras de tuberculoses externas. Fica ao sul de Arcachon, a duzentos metros da praia, no arrabalde chamado Moulleau, separado do mar por uma floresta de pinheiros, que ocupa uma superfície de oito hectares.

Com a sua frontaria dirigida para o mar, e, portanto, para o ocidente, o sanatório de Moulleau está situado num largo parque, circundado de pinheiros, e é constituído por pavilhões, que foram sucessivamente construídos, à medida que afluíam os donativos.

O pavilhão central da fachada foi levantado em 1887 pelo donativo de 47:000 fr. de M.me Engrémy, e o pavilhão da esquerda, edifício e mobiliário, foi construído a expensas do Dr. Armaingaud, de Bordeaux, que é o administrador do estabelecimento.

Os diversos pavilhões que constituem o sanatório têm a seguinte aplicação:

— Pavilhão central da fachada — serviços de administração, habitação do director e empregados, farmácia e consultório médico.

— P. da esquerda — habitação para os doentes e escola para as crianças.

— P. da direita — habitação para doentes, habitação

para enfermeiras (irmãs de caridade), e rouparia. Na parte posterior dêste pavilhão fica uma enfermaria para doenças não contagiosas.

— P. central do parque — cosinhas, atrás, e os refeitórios, na parte anterior, um para cada sexo. Aos lados dêste pavilhão ficam, à esquerda o depósito de provisões, e à direita o balneário e a lavandaria.

— Na parte posterior do parque, a 75 metros de distância do conjunto dos outros pavilhões, ficam os destinados à observação dos doentes, que entram com doença não diagnosticada, mas possìvelmente contagiosa, ao isolamento, desde que a doença acentuou a sua fisionomia e afirmou o seu carácter contagioso, e ainda aos serviços de desinfecção.

O sanatório de Moulleau tem 200 leitos, que estão dispostos em dormitórios, separados por sexos e por idades. Assim há dormitórios para as crianças de 2 a 4 anos e dormitórios para as crianças de 4 a 14 anos. São internadas crianças, qualquer que seja a crença religiosa da família, a-pesar-de serem congreganistas católicas as enfermeiras. Para o culto católico há perto a capela de Moulleau, e para o culto protestante recebem os internados a visita do ministro do culto reformado de Arcachon.

No momento da minha visita estava em exercício uma classe, dirigida por irmãs de caridade, procedendo as crianças a variados exercícios de aula, leitura, escrita, lavores, o que sobremodo me admirou, tanto mais que eu supunha o ensino proibido às irmãs congreganistas. Em Berck-sur-Mer, a superiora das irmãs hospitaleiras do Hospital Cazin-Perrochaud, disse-me que o govêrno consentira na sua permanência, contanto que não ensinassem.

Os serviços médicos do sanatório estão a cargo do Dr. F. Lalesque, e mais três médicos, residindo um dêles no estabelecimento.

São dos mais lisongeiros os resultados obtidos no tratamento das crianças sanatorizadas em Moulleau. Na ocasião da minha visita, achavam-se perto de 200, com variadas manifestações de raquitismo, linfatismo, tuberculose óssea, engorgitamentos ganglionares; não são admitidos tuberculosos pulmonares, mas facilita-se o internato dos filhos dos tuberculosos. A residência no sanatório não é nunca inferior a três meses, e pode ir além de um ano. O preço da pensão é de 2 fr. por dia para tôdas as crianças. Além duma cuidada alimentação, o tratamento abrange aplicações locais nas lesões que o reclamam (adenites em supuração, mal de Pott, artrites), aplicações hidroterápicas no balneário, passeios até à beira-mar e banhos de mar.

E' de justiça registar que à criação e sustentação dêste sanatório, que tem já 23 anos de existência, pois foi inaugurado em 1887, tem dedicado o Dr. Armaingaud o mais decidido esfôrço, tendo sido um dos primeiros médicos franceses a preconizar o tratamento das crianças escrofulosas e raquíticas à beira-mar, e iniciando a construção de sanatórios marítimos, que hoje estão disseminados pelas costas da França, no Atlântico, no mar do Norte e no Mediterrâneo.

LAMOTTE-BEUVRON. SANATÓRIO DES PINS:

A cinco de Abril, dêste ano, saímos de Paris, em visita ao sanatório de Lamotte, eu e o meu querido amigo e colega Dr. Lopo de Carvalho, incontestàvelmente o primeiro tuberculogista português. O ilustre director do sanatório

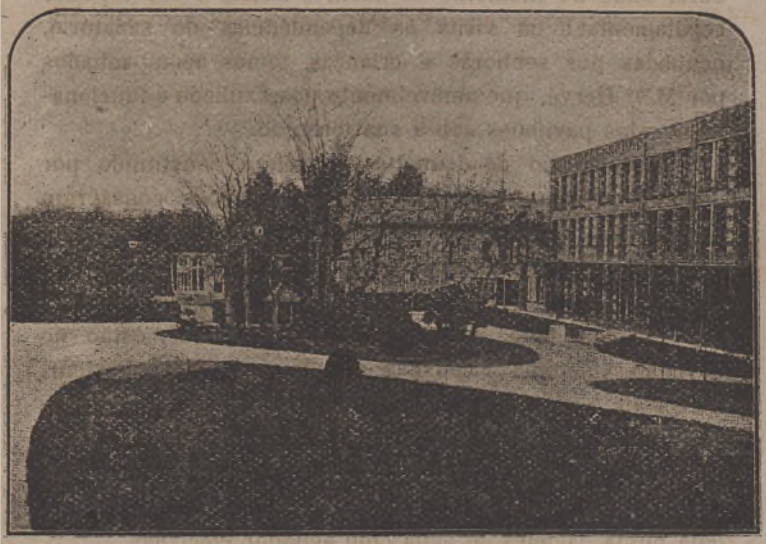
Sousa Martins estava então a tratar de adquirir os aparelhos necessários para montar no sanatório da sua direcção um gabinete de radioscopia, e do nosso encontro, e por sua indicação, resultou a visita a Lamotte-Beuvron, onde haviam já estado doentes portugueses, do seu conhecimento e da sua clínica.

Lamotte-Beuvron fica no interior do país, na região da Sologne, no departamento de *Loir-et-Cher*, muito perto de Orléans, e por conseguinte não mui distante de Paris. E' esta, sem dúvida, uma real utilidade do sanatório, que pela sua proximidade oferece os recursos dum apurado tratamento higiénico à população rica da capital da França. E digo à população rica, sem ligar ao adjectivo o significado de larga abastança, mas porque a despesa excede os limites da mediania económica.

Trinta francos de entrada, para desinfecção de roupas e do aposento, e a mesma taxa quando o doente muda voluntàriamente de quarto; dez francos por dia de pensão, compreendendo alimentação, cuidados médicos, farmácia, banhos, iluminação e serviço de enfermagem, durante o dia; um mínimo de três francos pelo preço do quarto, variável, segundo as suas dimensões, orientação e pavimento, e com o acréscimo de um franco de Outubro a Abril; remuneração suplementar por especialidades farmacêuticas, pela lavagem das roupas brancas do doente, e pela enfermagem de noite, eis os encargos impostos pela residência neste sanatório.

Não se estranhe as referências às condições económicas da hospitalização em alguns sanatórios que visitámos. A tuberculose sanatorizável é uma doença demorada, e que reclama por isso especiais atenções com os recursos dos doentes. Se nem tôdas as formas da tuberculose são sus-

ceptiveis da cura nos sanatórios, não se devendo, por exemplo, fazer deslocar um doente de extensas lesões e de intensas e continuadas reacções febris, também é certo que muitas vezes, em presença de casos iniciais, ou avançados, mas em boas condições de restauração fisiológica, nos defrontamos com a dificuldade de escolher um sana-



Vista geral do Sanatório

tório, de resolver a simples mudança de domicílio na mesma região, e isto pela falta de recursos dos doentes.

Veremos que em França há sanatórios onde os tuberculosos sem grandes meios de fortuna podem internar-se, fazendo lá uma cura inteligente e demorada.

A's 9 horas da manhã partimos de Paris para Orléans, e daí para Lamotte-Beuvron, que fica na linha Paris-

Toulouse, E', nesta linha, a estação imediata a Orléans. O trajecto é feito em 2 horas e meia ou 3 horas.

Recebidos pelo Dr. Hervé, director clínico, imediatamente êste ilustre colega se pôs à nossa disposição, mostrando-nos tôdas as dependências do seu sanatório, os seus diversos pavilhões, o serviço da desinfecção, as galerias de cura, onde no momento os doentes faziam o seu repouso regulamentar; na visita às dependências do sanatório, ocupadas por senhoras e crianças, fomos acompanhados por M.me Hervé, que amàvelmente nos explicou o funcionamento dos pavilhões sob a sua direcção.

O sanatório de Lamotte-Beuvron é constituído por quatro pavilhões, que nas suas designações consagram nomes dos mais notáveis da medicina—Villemin, Koch, Laënnec e Pasteur; ùltimamente foi inaugurado mais um, — Vila Jeanne d'Arc, especialmente destinado a crianças.

O economato, cosinhas e casa de jantar, estão no pavilhão Villemin; a consulta é dada no pavilhão Pasteur. Todos os pavilhões são iluminados a luz eléctrica, e o aquecimento é feito pelo vapor de água a baixa pressão. Os serviços de desinfecção são bem cuidados, merecendo-nos especial atenção a lavagem e desinfecção das louças, que é feita numa caldeira de água com agitador eléctrico.

A primeira impressão que se recebe ao percorrer a rua que da estrada leva ao pavilhão Villemin, é de que se atravessa uma região muito húmida; assevera, porém, o Dr. Hervé que assim não sucede.

Afirmou êste colega a ausência de ventos no sanatório, pela protecção oferecida pelos pinheiros, carvalhos e acácias, dispostos em volta dos pavilhões, e, o que é sem dúvida importante como factor a valorizar a região, a 150 metros de altitude apenas, as linhas dos registadores

mostram a relativa estabilidade térmica do clima, sem temperaturas excessivas durante o ano, nem bruscas alterações durante o dia.

Não possui o sanatório uma galeria de cura, apenas, mas várias galerias, diferentemente dispostas, de modo que os doentes possam sempre fazer o seu tratamento de repouso ao ar livre, às horas regulamentares, procurando uma ou outra, conforme as condições do tempo, na ocasião. A multiplicidade de galerias de cura, obedecendo a diversas orientações, é uma particularidade do sanatório de Lamotte. Notámos e a nota foi referida ao Dr. Hervé, a falta de varandas ou balcões, anexos aos quartos dos pavilhões, ou então galerias colectivas, onde os doentes fôssem fazer a cura de ar, sem terem de ir ao campo, para as galerias dispersas pela floresta, e casos há em que esta deslocação não pode efectuar-se pelo estado do doente, ou pelas condições do tempo, sem que por isso o doente deva ser privado da cura ao ar livre.

É' bem verdade que o Dr. Hervé mantém os seus doentes nos quartos sempre com as janelas francamente abertas, de dia e de noite, prática que êle segue com rigorosa observância.

A falta foi prevenida no novo pavilhão Jeanne d'Arc, onde já se encontram alguns quartos com balcões e terraços. Êste pavilhão, de construção recente, é destinado a crianças de 6 a 15 anos, com tuberculose pulmonar, cirúrgica e ganglionar, ou simplesmente predispostas. No pavilhão Jeanne d'Arc há uma engenhosa disposição dos lavatórios em todos os quartos. Na espessura da parede está rasgado um largo armário, com portas que abrem para o corredor e para o quarto. Numa pedra de mármore branco estão dispostos os utensílios do lavatório. Abertas

as portas do lado do quarto, procede o doente de manhã à sua lavagem, terminada a qual são novamente fechadas as portas, tôdas ripolinadas, como de resto tôdas as paredes; as portas que dão para o corredor são abertas para o serviço de limpeza, que pode ser assim feito, sem se perturbar o repouso do doente.

Ao lado dos cuidados de higiene e das aplicações terapêuticas que os doentes reclamam neste pavilhão, dada a variedade de tuberculoses existentes, como fica referido, são as crianças dirigidas na sua educação intelectual por uma professora, para tal serviço especialmente destinada.

Á hora da nossa visita (2 horas) estavam algumas crianças na sua cura de ar, sob a vigilância duma enfermeira.

Residindo no sanatório, de que é proprietário, pode o Dr. Hervé visitar amiudadas vezes os doentes, pelo menos duas durante o dia, e ter sob a sua fiscalização imediata os diversos serviços sanatoriais. Tem como auxiliar um assistente, especializado em doenças do nariz, da bôca e da laringe, residente também no sanatório.

O tratamento em Lamotte-Beuvron mantém-se adstrito à fórmula característica de Brehmer — ar, repouso e alimentação.

SANATÓRIOS DE BLIGNY:

Em Junho de 1900 fundou-se na capital da França uma associação de beneficência, de iniciativa particular, denominada — *Obra dos Sanatórios populares de Paris*. Por decreto de 12 de Maio de 1902 foi reconhecida de utilidade pública, podendo receber donativos e legados, e útil, sem dúvida, tem sido nos benefícios distribuídos e na administração primorosa dos sanatórios que tem construído.

E' seu presidente o príncipe Augusto d'Arenberg, e foram seus iniciadores, entre outros, Landouzy, Brissaud, Letulle, Merklen, Brouardel, Lannelongue, Bouchard, Arloing, Calmette, figuras em destaque nos domínios profissionais pela sua situação social preponderante, professores dos mais ilustres, clínicos de reputação mundial, sábios de gabinete e de laboratório, e que pelo valor e extensão do seu trabalho em diferentes ramos da medicina, notável e largamente vulgarizado, vivem no conhecimento e na intimidade de todos os clínicos.

Em França, como na Inglaterra, na Bélgica, na Alemanha, por tôda a parte, quando a mortalidade pela tuberculose solicitou a atenção, foram os esforços e o apostolado dos médicos de mais nomeada que serviram de alicerce à campanha empreendida contra a terrível doença, e foi em volta dêles que as iniciativas particulares se congregaram, juntando recursos para a construção de sanatórios e dispensários.

Registe-se, de passagem, que o mesmo sucedeu em Portugal, um dos primeiros países a bem compreender a necessidade da guerra à tuberculose, enfileirando todos os que deviam e podiam aparecer, médicos do campo e médicos da cidade, professores e clínicos, burocratas e benfeitores, à voz e ao comando do ilustre e benemérito Prof. Miguel Bombarda. Foi êsse altíssimo espírito, cruelmente roubado à medicina portuguesa, que, pela eloqüência da sua palavra, pela prodigiosa actividade da sua inteligência, pela paixão ardente do seu combate, pela sua esforçada e constante dedicação, conseguiu, numa formidável campanha de evangelização, em congressos, em publicações, em conferências, pôr o nosso país a par dos que melhor têm sabido lutar.

Quando um dia se fizer a história da luta contra a tuberculose em Portugal, ver-se há que o saudoso Prof. Bombarda foi o centro em tôrno do qual gravitaram as maiores dedicações, e donde irradiaram as obras mais proficuas dum apostolado de higiene, como outro ainda se não realizou entre nós. Para sentir é que o 4.º congresso (1907), cujas actas nem sequer foram publicadas, viesse encerrar uma campanha tão auspiciosa e prometedora.

Aos nomes dos que, ou pelo seu esfôrço intelectual, ou pela generosidade da sua bolsa, organizaram a *Obra dos Sanatórios populares de Paris* e a têm sustentado, justo é adicionar o Dr. Guinard, médico-director de Bligny desde a inauguração dos sanatórios, e que tem sabido imprimir à sua direcção um cunho modelar, sob todos os pontos de vista.

Na direcção clínica, na administração económica, nas relações entre doentes durante o internato, e entre o sanatório e os antigos pensionistas, depois de curados, há particularidades notáveis, que iremos registando de caminho, da maior importância para o engrandecimento destas casas de saúde, e que resultam da maneira como o ilustre Dr. Guinard, um dos mais distintos tuberculogistas da actualidade, concebe e impulsiona o mecanismo da organização sanatorial.

Quem quizer aprender a dirigir um sanatório encontra em Bligny todos os elementos de ensino, pois lá nada foi esquecido, desde a observação clínica mais escrupulosa e pormenorizada até à forma como é aplicada a última parcela orçamentária.

Iniciemos a nossa visita.

Os sanatórios de Bligny ficam num belo e bem arborizado parque de 85 hectares, na comuna de Briis-sous-

Forges (S. et O.), perto de Versailles, a 175 metros de altitude.

De Paris, gare de Luxembourg, parte um expresso de manhã, que pára em Orsay e Limours, estações em comunicação, por meio de carruagens, com Bligny.

Foi em Limours que descemos, seguindo em trem até Briis-sous-Forges, e daqui a pé até aos sanatórios, logrando a fortuna da boa companhia dum ciclista, simpático rapaz de 16 anos, que descendo da sua máquina nos acompanhou até ao sanatório, onde ia visitar a mãe, uma senhora que havia perdido o marido vitimado pela tuberculose, e à mesma doença, como se não bastasse aquela perda, pagava ela agora o seu tributo.

Os sanatórios de Bligny são dois esplêndidos edifícios, distanciados 300 metros um do outro, o sanatório dos homens com 124 leitos, inaugurado em 8 de Agosto de 1903, o sanatório das mulheres com 120 leitos, inaugurado em 9 de Maio de 1909. No momento da nossa visita, a população sanatorial era de 86 doentes na secção de mulheres, e a secção dos homens estava completa; portanto, 210 doentes havia nos sanatórios.

Os dois sanatórios são absolutamente independentes nos edifícios, tendo até no parque divisões para entradas privativas de cada um, e independentes em todos os serviços médicos e administrativos. O director, que superintende em tudo, pois tem sob a sua fiscalização imediata os serviços de admininistração e os serviços clínicos, reside em habitação própria no pavilhão dos homens. Cada sanatório tem o seu pessoal privativo.

O pessoal clínico é composto pelo director, 2 assistentes, 1 para cada sanatório, 2 internos, alunos do último ano, 1 para cada sanatório, 1 farmacêutico, 1 dentista.

Foi o Dr. Dieuzeide, assistente na secção de mulheres, que me acompanhou na visita a esta secção; no sanatório dos homens fui acompanhado pelo Dr. Guinard. Amabilíssimamente, os dois colegas mostraram-me tudo, explicaram-me todo o funcionamento do sanatório, e ao terminar a minha visita lembrou-se o Dr. Guinard de me apresentar uma empregada, que falava muito bem o português. Bôa e agradável surpresa foi esta, pois se tratava duma senhora muito distinta, irmã de caridade, M. Marie Albert, que estava dirigindo o serviço de enfermagem no pavilhão de mulheres, e que há anos conheci em Viana do Castelo, onde com provada competência dirigiu o extinto colégio de N. S.ª de Monserrate.

No momento da minha chegada começava o almôço no sanatório dos homens, ao qual assistia o Dr. Guinard com duas filhinhas, duas loiras e lindas crianças, que junto do pai e com êle e doentes almoçaram também. Admirei logo a ordem, a regularidade como decorria o almôço de 124 doentes, distribuídos por várias mesas, e pertencentes às mais variadas condições sociais, desde operários, de blusa, até padres, de hábitos talares.

Notei que o serviço das mesas era feito por alguns doentes, levantando as louças, substituíndo talheres, distribuíndo os pratos, que num elevador eléctrico vinham da cosinha. Explicou o caso o Dr. Guinard, que muito se tem preocupado no estudo das condições económicas dos sanatórios populares, tentando os melhores recursos de favorecer a pensão dos doentes, sem prejuízo do seu tratamento. Para não aumentar o pessoal, e, portanto, para não avolumar as despesas, os doentes procedem a êstes serviços por turnos, tendo cada mesa um pensionista encarregado em cada dia de servir os restantes. No dia da

minha visita, e na mesa onde almoçava com as filhinhas o Dr. Guinard, presidindo à refeição, servia um dos sacerdotes. É por êste e outros meios que o Dr. Guinard consegue reduzir a pensão diária a 3 fr. 50, o que é realmente um preço muito baixo para a admirável sanatorização que os doentes recebem em Bligny.

A arquitectura dos dois sanatórios, na disposição e capacidade dos quartos e galerias de cura, com orientação

BLIGNY — Sanatório das mulheres

para o sul, na distribuição e dimensões das suas dependências, na reunião de todos os elementos para a vida social dos doentes — biblioteca, sala de conversa, teatro, capela — nada deixa a desejar, obedecendo aos preceitos rigorosos da hospitalização dos tuberculosos. Os serviços das cosinhas, a lavandaria, as salas de banhos, a desinfecção de quartos, roupas e louças, os esgotos com passagem

das águas às fossas sépticas e leitos bacterianos, (sistema Calmette-Lille), a ventilação dos aposentos, o aquecimento a vapor de água, a iluminação por electricidade, tudo encontrei numa ordenação das melhores que me foi permitido ver nas estações sanitárias da minha digressão.

Para que nada falte em Bligny, possui o sanatório um observatório instalado em edifício próprio, para o registo diário e regular de tôdas as modificações climatéricas da região. Em outras estações francesas, de maior renome e de largo movimento hospitar, como Berck-sur-Mer, não há, como em Bligny, um observatório meteorológico.

Mas se os serviços gerais de Bligny deixam as melhores impressões, dois factos nomeadamente prenderam as minhas atenções de médico: a observação técnica dos doentes; as relações entre os doentes durante e depois da sanatorização.

Em Bligny os doentes são estudados duma maneira completa. Além da observação no momento da entrada, que é a mais minuciosa possível, os doentes são acompanhados na evolução das lesões por observações freqüentes.

Êste trabalho de estudo e exame é a norma nos sanatórios, mas o que muito e bem me impressionou foi a regrada utilização dum rico instrumental. Cada pavilhão tem os seus serviços médicos independentes, sendo a instalação dos homens mais completa, mas em um e outro se encontra laboratório para exames bacteriológicos e químicos, farmácia, gabinete de radiografia, sala de auscultação, gabinete para laringoscopia, e gabinete para o serviço do dentista.

O registo dos doentes é de extrema minúcia na menção da terapêutica seguida, e no arquivo das modificações

experimentadas, objectivadas tanto quanto possível em esquemas, em radiografias, em curvas pneumográficas, etc.

Pude ver várias radiografias, em demonstração das fases de evolução das lesões pulmonares até à retracção cicatricial.

O tratamento seguido em Bligny, além da conhecida cura de ar, compreende o uso da tuberculina e do cacodilato de soda. Como antitérmico o Dr. Guinard prefere a acetanilide. Das tuberculinas usadas, Denis, Beraneck, Koch, fixou-se o Dr. Guinard nesta última, entendendo e bem que, a-pesar-de mais ou menos modificada a maneira de preparação, valem tôdas o mesmo.

Os doentes, após a sua saída, não ficam esquecidos, nem as suas relações com o sanatório finalizam.

A tarefa dum sanatório não deve adstringir-se ao tempo do internato dos tuberculosos, mas continua depois da sua saída, devendo a sua vida ser acompanhada com interêsse, para se verificar se as melhoras conquistadas persistem, e qual o destino dos doentes. Em qualquer sanatório esta investigação seguindo por tôda a parte o tuberculoso é da maior utilidade, mas em sanatórios para as classes desfavorecidas pela fortuna o interêsse em conhecer o destino dos doentes é acrescido pelo cuidado em os acautelar contra a falta de recursos.

Para se internar no sanatório durante três ou seis meses, ainda um doente, embora de poucos recursos, pode reunir numerário; mas depois não poderá repetir as curas sanatoriais, nem sempre lhe será fácil conseguir trabalho acomodado às novas condições criadas pela doença ao seu organismo e assim as alegrias, que deviam nascer duma primeira e frutuosa residência sanatorial, são freqüente-

mente apagadas pelas dificuldades econômicas que angustiam os doentes e suas famílias.

Para alongar pelo tempo fora os benefícios que o sanatório deve prestar aos seus doentes, fundou o Dr. Guinard uma sociedade — *L'amicale de Bligny* — associação de pensionistas e antigos pensionistas do sanatório. Unindo-os a todos, antigos e actuais pensionistas, no mesmo abraço de fraternidade e solidariedade, conservando entre êles as boas relações criadas durante a residência no sanatório, e associando beneméritos à sua iniciativa, o Dr. Guinard conseguiu completar a obra do sanatório que dirige.

Os fins altruistas desta associação estão bem traçados nas seguintes disposições do seu estatuto.

L'amicale de Bligny propõe-se:

1.º — Estabelecer um centro de relações amigas e de assistência mútua entre todos os seus membros;

2.º — Auxiliar os sócios e suas famílias;

3.º — Conceder abonos *(bourses de santé)* temporários, quando necessários, aos pensionistas que terminarem a cura;

4.º — Procurar trabalho para os pensionistas saídos do sanatório.

Esta organização de assistência é uma novidade na vida dos sanatórios, e que pode servir de exemplo. E' um instrumento poderoso de protecção, permite ao clínico conhecer o destino dos seus doentes, e afirma e alarga de modo seguro a influência social dos sanatórios.

Trabalhando sempre por aperfeiçoar o mecanismo dos sanatórios que tão superiormente dirige, cultivando com distinção a especialidade clínica, amando com entranhado afecto os doentes que uma vez se entregaram aos seus

cuidados, o Dr. Guinard, na compreensão da mais alta das suas funções, agremiou os pensionários de Bligny num centro de socorro e protecção, dando-lhe por base princípios da maior solidariedade, de modo que os antigos doentes, quando precisem, possam dirigir-se-lhe, *sans gêne ni arrière-pensée, comme des ayants droit et non comme des solliciteurs de secours charitables.*

Abençoada é a tarefa do Dr. Guinard, que aos cuidados de homem de sciência, de médico ilustre, junta uma superior concepção do que deve ser a clínica entre os tuberculosos dos sanatórios. Por isso mesmo, Bligny é uma estação modêlo no movimento sanatorial da França.

BERCK-SUR-MER:

Das estações sanitárias do norte da França só pude visitar, nesta minha digressão, Berck-sur-Mer e Montigny. A-pesar-dos meus desejos, não me foi possível ir até Zuydcoote, a estação mais septentrional, em plena praia do Mar do Norte, não obstante as reiteradas recomendações do Dr. Sersiron, que tão obsequiosamente me indicou os sanatórios e dispensários que em França deviam merecer as minhas atenções, acompanhando-me à sede social de alguns, em Paris, e fornecendo-me tôdas as informações com a mais cativante gentileza.

No percurso pelo norte da França limitei-me a Berck-sur-Mer e Montigny, tendo visitado ainda, na passagem por Lille, o *Dispensário Calmette,* tipo dos dispensários franceses, junto do grandioso monumento de trabalho e sciência que é o Instituto Pasteur de Lille.

Os climas marítimos da França, sob o ponto de vista do seu aproveitamento terapêutico, dividem-se em três

grupos: o clima do Mediterrâneo, com Nice, Hyères, Cannes; o clima do Atlântico, que tem Arcachon como estação sanitária tipo; o clima do Norte, com Berck-sur-Mer e Zuydcoote, Berck-sur-Mer na Mancha, Zuydcoote no Mar do Norte. Esta divisão climatérica assenta nas diferenças de temperatura, de regimen anemométrico, de estado higrométrico, e nas demais características dum clima, diferenças que determinam indicações particulares para as diversas estações sanitárias.

Berck-sur-Mer distingue-se bem das outras estações marítimas, nomeadamente das estações do sul da França. Ao passo que as praias do Mediterrâneo se prestam à residência de tuberculosos pulmonares, doentes que exigem uma temperatura estável, pois não suportam variações térmicas bruscas e não toleram os ventos, as praias do Norte oferecem as melhores condições para o tratamento climatérico das tuberculoses externas. Sopram ventos, é certo, e durante muitos dias do ano a temperatura não é nada estável, assim como a pressão barométrica, mas estas variações indicam o clima de Berck para doenças que reclamam da atmosfera marítima uma acção enérgica e sacudida, como o mal de Pott, as artrites e osteites tuberculosas, o raquitismo, o escrofulismo.

Não há em Berck-sur-Mer um posto meteorológico para o registo das modificações atmosféricas, e é o Dr. Cayre, cirurgião do hospital Cazin-Perrochaud, residindo e praticando em Berck desde muitos anos, que em uma brochura de vulgarização precisa as particularidades desta praia, hoje tão freqüentada.

O vento sopra e por vezes com violência, dominando a direcção do interior para o mar, sendo, como em tôdas as terras da beira-mar, um excelente purificador da povoa-

ção; a praia, de areia muito fina, com uma grande extensão, não é percorrida de canos de esgôto, nem de ribeiros a desembocar no mar; é uma praia pura, banhada só pelo mar, sem embocaduras de correntes do interior, e, portanto, sem detritos de qualquer natureza a prejudicar a atmosfera com ruins emanações.

Não goza Berck de estabilidade térmica, como já acentuei, mas por mais baixa que seja a temperatura durante o ano, não se afasta de 5°, o que Cayre atribui à influência da proximidade duma derivação do Gulf-Stream. A's restantes qualidades dos climas marítimos, ar ozonizado e iodado, elevado grau de pureza bacteriana, insolação fácil e intensa, com a energia solar modificada pela incidência na superfície arenosa, Berck junta a extensão da sua praia, 20 quilómetros de comprimento e 2 de largura, o que é importante para a distribuição das edificações, que dia a dia se multiplicam, ficando tôdas nas mesmas condições topográficas, e permitindo assim, à numerosa população de doentes, passeios e cura de ar pela praia, banhos de areia, banhos de mar, banhos de sol, práticas variadas mas tôdas aproveitadas no tratamento de Berck.

Em 1850 ainda Berck-sur-Mer era um cordão de dunas, a 2 quilómetros de Berck-Ville, pequena povoação de pescadores; hoje é uma formosa povoação, nova, alegre, impressionando agradàvelmente o visitante, com todos os recursos para receber e alojar convenientemente os milhares de doentes que lá acodem de diferentes países. A-pesar-de ter habitações e hoteis particulares, pode dizer-se que Berck é uma cidade-hospital, pois as habitações são quási tôdas *hospitais, clínicas, casas de saude, vilas de cura, pensões,* de modo que a esta variedade de alojamentos correspondem preços muito variados também,

o que facilita a afluência de famílias sem grandes recursos económicos.

Berck é uma estação marítima que em poucos anos tem progredido imenso, e alguns dos seus numerosos hospitais são modelos pela arquitectura e pela direcção. Para êstes progressos muito têm concorrido alguns clínicos, modernamente o Dr. Calot, e em épocas anteriores os Drs. Perrochaud e Cazin, cujos nomes ficaram irmanados em justa homenagem na designação dum dos melhores institutos de Berck.

Na impossibilidade de percorrer todos os hospitais e casas de saúde, porque isso seria percorrer tôda a cidade, procurarei assegurar-me da maneira como era praticado o tratamento dos doentes que se acolhem a Berck-sur-Mer, visitando alguns dos seus mais importantes estabelecimentos hospitalares.

Hospital Nathaniel de Rothschild. — Foi fundado em 1870, e no momento da minha visita era dirigido por uma senhora alemã. Só recebe crianças, que não saem nunca para a cidade; os seus passeios são exclusivamente pela praia. Tem amplos dormitórios, e uma sala especialmente destinada a exercícios escolares. A única medicação interna usada é o óleo de fígado de bacalhau, e no inverno.

Hospital Cazin-Perrochaud. — Foi fundado em 1901, e recebe crianças pobres e pensionistas (50 fr. por mês) de 3 a 14 anos. Tem a fachada do edifício dirigida para o mar, mas não oferece nos seus dormitórios a amplitude das salas do H. Nathaniel de Rothschild. Na ocasião da minha visita estavam internadas 400 crianças, 200 de cada sexo, com variadas formas de tuberculose externa — coxalgias, mal de Pott, tumores brancos, adenites, etc.

Os serviços clínicos estão a cargo dos Drs. Calot e

Cayre, auxiliados por um médico interno, que reside permanentemente no hospital; os serviços domésticos são desempenhados por irmãs de caridade, religiosas franciscanas, em número de 24.

Estranhei não haver neste hospital, como no Rothschild, uma escola para as crianças, sendo elas tão numerosas e obrigadas pelos seus padecimentos a uma larga demora em Berck. Explicou a *surveillante*, M.me Candide, que o

Hospital Cazin-Perrochaud

govêrno lhes proibira o ensino. Assim, já encontrei nesta minha digressão pela França dois estabelecimentos hospitalares para crianças, dirigidos internamente por irmãs de caridade, em um permitindo o govêrno o ensino pelas irmãs de caridade (Moulleau-Arcachon), em outro recusando-o (Cazin-Perrochaud).

A proibição de não ensinarem foi até imposta como condição para a permanência das religiosas. Foi neste hos-

pital que encontrei uma religiosa portuguesa, de Terras de Bouro, e que desde os 15 anos anda por fora do país, tendo estado 9 anos em Constantinopla, onde aprendeu o grego. Sentiu uma viva emoção ao falar com um compatriota, e em português, o que lhe não sucedia há mais de 18 anos.

Hospital de M.me Bouville. — É um hospital particular, de construção recente, recebendo crianças e adultos, e podendo internar 400 doentes. A pensão é de 100 fr. por mês, não compreendendo nem os serviços médicos, nem medicamentos. São médicos do hospital os Drs. Audion e Ménard. Os dormitórios são esplêndidos, e ficam mesmo sôbre a praia.

Hospital Marítimo. — Foi fundado em 1867 e inaugurado em 1869 com o nome de Hospital Napoleão. Pertence ao número dos estabelecimentos hospitalares da *Assistência Pública*, de Paris. É um hospital bem organizado sob o ponto de vista administrativo, dispondo dum grandioso edifício, e de notável movimento de doentes, todos crianças. Começou com 100 leitos, e hoje possui 1.200.

Instituto Ortopédico — Casa S. Francisco de Sales. — É o hospital modêlo, como estabelecimento particular. Notável e grandioso edifício, reúne tôdas as condições para assegurar o tratamento médico e ortopédico das tuberculoses externas. Além da parte central do edifício, sem dormitórios e só com aposentos individuais, salas de recepção, de fumo, de bilhar, terraços, amplo refeitório comum e gabinetes de refeição isolados, sala de banhos, ginásio, gabinete de fotografia, etc., tem anexos quatro estabelecimentos de primeira ordem: um grande pavilhão *(Maison de Famille)*, para a hospitalização de crianças; um pavilhão destinado exclusivamente a ginástica e mecanoterapia; um

balneário com todos os recursos para as variadas aplicações terapêuticas da água comum e da água do mar; uma clínica, com salas de espera, gabinetes de consulta, sala de operações e de penso, laboratório de análises, gabinete de electroterapia e radioterapia. Numa dependência do edifício principal estão montadas oficinas para a confecção de aparelhos ortopédicos, dando o Dr. Calot muito valor aos trabalhos em celuloide, lá realizados.

Hospital Marítimo

Em todos os hospitais de Berck a iluminação é feita por electricidade e o aquecimento pelo vapor de água; todos têm as varandas de cura orientadas para o mar, de modo que os doentes, levados nos leitos até à varanda se não podem andar, ou em cadeiras os que não vão passear pela praia, ficam em contacto directo e próximo com a atmosfera marítima.

Em todos os hospitais que visitei, encontrei as dependências reclamadas pelo tratamento dos doentes, e de doentes que se destinam a uma residência longa em Berck,

mas sem dúvida que a casa onde mais bem instalados estão todos os serviços é o *Instituto Ortopédico de Berck*.

É o estabelecimento onde clinica especialmente o Dr. Calot, embora a sua actividade se distribua por outros hospitais, e a sua direcção médica e cirúrgica patrocine outros serviços. Lá recebe, consulta e pensa, não só os doentes do *Instituto*, mas os que estão dispersos pela cidade, e aos seus cuidados se submetem, e êstes são quási todos. Quem vai a Berck é para ouvir e consultar o Dr. Calot.

Os doentes que vão á sua consulta andam pela cidade num carrinho, puxado por um jumento, que o próprio doente deitado guia até ao *Instituto*. Nas salas de espera reúnem-se das 2 às 7 horas os numerosos consulentes, que são tirados por dois criados de cima da armação do carro, nas macas apropriadas para estas deslocações, e assim transportados para os gabinetes de consulta. Além do Dr. Calot, há no Instituto de S. Francisco de Sales um chefe de clinica, já médico, e dois internos, estudantes de medicina. Os serviços domésticos e de enfermagem estão a cargo de religiosas.

É no Instituto Ortopédico que o Dr. Calot realiza todos os anos um curso de férias, no mês de Agosto, versando as lições, demonstrações e exercicios práticos sôbre a especialidade que êle com muito brilho cultiva em Berck.

A terapêutica é a mesma em todos os hospitais de Berck e está sintetizada por Calot no seu livro *L'orthopédie indispensable*:

Repouso prolongado.

Vida ao ar livre.

Superalimentação racional.

Aparelhos ortopédicos.

Injecções modificadoras.

O notável cirurgião de Berck revolta-se contra as intervenções sangrentas, e reclama para a colocação dos aparelhos de imobilização *que êstes sejam feitos com perfeição e postos sem violência.* As injecções modificadoras são feitas com naftol canforado e glicerina, éter e azeite creosotados e iodoformados. Inquiri do Dr. Calot porque não aplicava o método Bier, que tão elevada reputação tem na Alemanha. Disse-me que já o ensaiou, não lhe reconhecendo utilidade nas tuberculoses ósseas ou articulares crónicas; apenas o admite nos casos agudos.

No dia da minha visita assisti por convite do Dr. Calot à consulta, e das 2 às 5 horas da tarde foram acudindo nos seus carrinhos ao *Instituto Ortopédico* os diversos doentes, coxálgicos, póticos, raquíticos, ganglionares, aparecendo entre êles uma senhora portuguesa, dos Açôres, com uma tuberculose do pé, em companhia do pai, um distinto engenheiro. Notei que o Dr. Calot, a-pesar-da presença dos internos, era o único que procedia à evacuação das colecções purulentas e às injecções modificadoras, a-pesar-de serem numerosos os doentes. Se o serviço na *Casa de S. Francisco de Sales* está organizado por forma que os assistentes também podem intervir, o que me não pareceu, naquele dia a sua colaboração impunha-se, tão grande era a afluência de clientes.

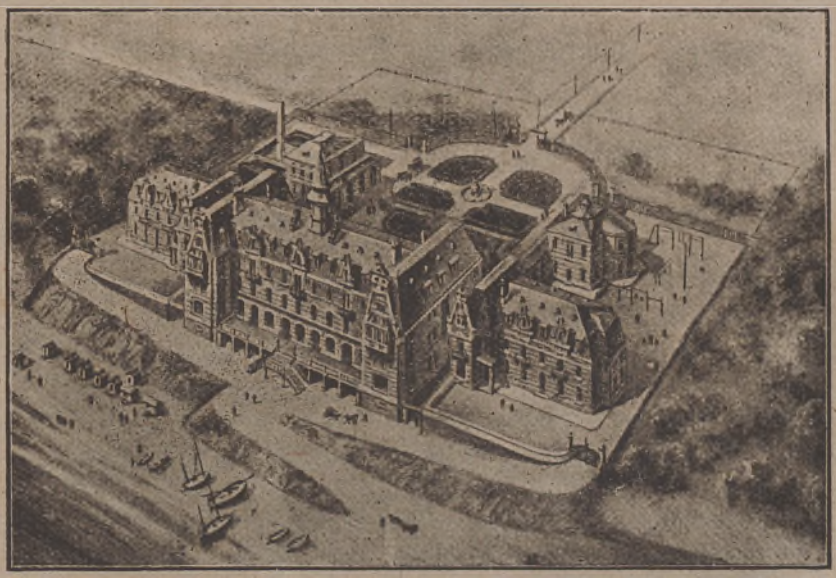
O tratamento em Berck é necessàriamente demorado, e contra as demoras são logo prevenidos os doentes, qualquer que seja o hospital onde se internem. Estas formas de tuberculose, como de resto tôdas as localizações do mal, não retrocedem fàcilmente. Todavia, bons resultados se colhem no fim de poucos meses de residência, como me foi garantido, embora não pudesse obter dados estatís-

ticos que habilitassem a uma afirmação baseada em números certos e seguros.

Sendo Berck uma cidade, pode dizer-se, exclusivamente destinada ao tratamento das tuberculoses externas, é para estranhar que ela não possua um posto meteorológico para a observação diária das modificações do seu clima, e, sob o ponto de vista clínico, admirei que em nenhum hospital, nem mesmo no sumptuoso *Instituto Ortopédico,* houvesse galerias para aplicações helioterápicas. Berck, uma larga e extensa praia, presta-se ao aproveitamento das aplicações da luz solar ao tratamento das tuberculoses externas, e o que Malgat está fazendo em Nice, bem podia, e com segurança prévia de êxito, ser feito em Berck. Desde que os doentes têm de residir demoradamente em Berck-sur-Mer; desde que êles não vão lá sòmente para receber as injecções modificadoras do Dr. Calot, ou imobilizarem as suas articulações doentes nos aparelhos que lá são construidos; desde que as condições climatéricas, no ar que respiram, na praia por onde passeiam, no mar onde se banham, são preconizadas para a terapêutica do seu mal, é para estranhar que a heliotera-pia, nos dias em que fôsse possível a sua utilização, e outras aplicações fototerápicas, quando o tempo não permitisse a exposição dos doentes, não tenham sido ainda pelo menos ensaiadas em Berck-sur-Mer, tanto mais que estas aplicações não contrariam o tratamento de Calot, e muito bem se harmonizam com os seus conselhos fundamentais — *pas de redressements violents; pas d'interventions sanglantes.* Também estranhei que de Berck esteja inteiramente ausente a terapêutica tuberculínica. Interrogado sôbre o caso o Dr. Calot mostrou não dar valor às tuberculinas, e, todavia, o seu estudo está bem actualizado, e a sua

aplicação está indicada precisamante quando a tuberculose se arrasta, nas suas multíplices manifestações, com demora e sem grandes reacções, circunstâncias que caracterizam os casos de Berck.

Quer-me parecer que a clínica na famosa estância marítima tinha tudo a lucrar se a helioterapia e a tubercu-



Instituto Ortopèdico — Casa S. Francisco de Sales

linoterapia fôssem, como merecem, aproveitadas nos diversos hospitais para o tratamento dos doentes, e uma terra como Berck, que é, por assim dizer, um grande hospital dividido em pavilhões, tem obrigação de não desprezar nenhum dos recursos que a sciência vai aconselhando na terapêutica da doença que para lá manda as suas vítimas.

IX

VII Congresso internacional contra a tuberculose — Roma

(In *Medicina Contemporânea* — 1912).

De 14 a 20 de Abril realizou-se em Roma êste congresso, que havia sido adiado pela impossibilidade de muitos congressistas poderem comparecer na época primitivamente designada, Setembro do ano findo.

Foram numerosos os congressistas presentes, tendo-se feito representar as diferentes nações da Europa, da América do Norte e da América do Sul, a China e o Japão, mas é fora de dúvida que em tôdas as sessões do congresso e nas variadas secções predominaram os congressistas italianos e alemães. O nosso país esteve oficialmente representado pelos colegas José de Almeida e Cassiano Neves, representando ainda o primeiro a *Assistência Nacional aos Tuberculosos.*

Sendo êste o primeiro congresso internacional a que assisti fora do nosso país, naturalmente procurei seguir com o máximo cuidado tôda a sua movimentação, desde a sessão inaugural, no Capitólio, sob a presidência dos reis de Itália, e através das variadas sessões de estudo e con-

ferências, recolhendo ainda as impressões pessoais de colegas que assistiram a trabalhos que não pude acompanhar. Isto de ser congressista não basta para se ter o dom da ubiqüidade.

Como digo, foi êste o primeiro congresso internacional a que assisti, e compreende-se perfeitamente que nestas condições eu era bem um estranjeiro, não tendo perdido nenhuma das particularidades do meu lusitanismo. Alguns colegas, habituados já ao movimento dos congressos internacionais, como que perdem por uns dias a sua feição nacional, para pertencerem exclusivamente ao mundo da medicina. Nem são franceses, nem alemães, nem chineses. São congressistas.

Assisti a um congresso contra a tuberculose, e tendo o nosso país, pelo impulso vigoroso e pela direcção inteligentíssima do falecido Prof. Miguel Bombarda, realizado vários congressos contra a tuberculose, involuntàriamente aparecia no meu espírito o confronto entre o que ia vendo nas sessões do congresso de Roma, e o que por aqui temos feito.

Sob êste ponto de vista eu não me sentia mal.

A sessão inaugural do congresso realizou-se no Capitólio, com a presença do rei e da raínha de Itália. Depois dum belo discurso do velho e consideradíssimo Prof. Guido Bacelli, falaram, segundo o programa habitual dos congressos, os representantes dos diversos países, tomando a palavra em nome do nosso o distinto colega José de Almeida, o apaixonado director do Sanatório de Oeiras. Salientou-se nas homenagens demoradas e eloqüentes ao monarca italiano o representante do Brasil, Dr. Ismael da Rocha.

Não pude fugir ao paralelo entre aquela sessão inau-

gural e a abertura do XV congresso internacional de medicina, e não é testemunho de patriotismo exagerado afirmar a superioridade na ordem, no brilho e na imponência, com que foi organizada e se efectuou a sessão de Lisboa, a começar pelo primoroso discurso proferido pelo rei D. Carlos.

*

* *

As sessões ordinárias do congresso efectuaram-se no Castelo de Sant'Angelo, onde também se realizaram dias antes as sessões do congresso de dermatologia e sifiligrafia, e da conferência internacional contra a tuberculose. Esteve dividida a tarefa do congresso por três secções, e esta divisão foi uma boa medida de organização, pois, assim, puderam ser discutidas muitas comunicações, numa especialização de trabalhos que orientou os congressistas conforme a natureza das questões que mais os interessava:

1.ª Secção — Defesa social.
2.ª Secção — Patologia e terapia.
3.ª Secção — Etiologia e epidemiologia.

A 2.ª secção, porém, ainda foi subdividida em *Patologia e terapia médica* e *Patologia e terapia cirúrgica.*

E em alguns dias a secção de *Patologia médica* foi ainda fragmentada. Também foi esta a secção onde maior número de comunicações apareceram, e mais vivas discussões se travaram.

Os trabalhos da 3.ª secção, nas comunicações apre-

sentadas e na discussão que se seguiu, gravitaram em tôrno de três questões, aliás muito importantes.

— *Relações entre a tuberculose humana e a tuberculose bovina.*

— *Propriedades biológicas do bacilo da tuberculose.*

— *Importância dos factores sociais no desenvolvimento da tuberculose.*

Devem ser mencionadas pelo seu valor as comunicações do Prof. Di Matei, de Catania, e do Dr. Courmont, de Lyon, sôbre as *Modificações das propriedades biológicas do bacilo tuberculoso no meio e no organismo,*

Di Matei estuda a resistência do bacilo da tuberculose, superior às resistências das outras bactérias patogénicas, atribuindo-a à composição da membrana envolvente, que se opõe às influências nocivas que tendem a agredir o protoplasma bacilar. Courmont estuda as modificações da ácido-resistência nas culturas homogéneas, e os processos de obter estas culturas, utilizadas para o *soro-diagnóstico* da tuberculose, e para a *vacinação dos bovídeos* contra a tuberculose bovina.

Na primeira secção — Defesa social — não se apresentou uma comunicação, não se discutiu uma questão, que não estivesse contida na obra que os nossos congressos têm realizado.

O papel da mulher na luta contra a tuberculose — A tuberculose e a escola — As associações de beneficência e a luta contra a tuberculose — Colónias de férias — Denúncia dos casos de tuberculose — Alcoolismo e tuberculose — são questões debatidas nos nossos congressos e muito conhecidas dos nossos médicos. Pelo entusiasmo com que foram acolhidas pelos médicos italianos algumas comunicações, eu imagino o que êles fariam se lá surgisse um trabalho de

fôlego, como o que apresentou ao congresso de Viana o Dr. Silva Carvalho, versando o assunto — *Economia social e impostos sôbre alimentos* — nas suas relações com a tuberculose.

Na secção da *Patologia e terapia cirúrgica* discutiu-se o *tratamento da tuberculose abdominal, genital e urinária*, e principalmente o *valor dos hospitais marítimos*, entrando na discussão dêste último assunto, e ainda em outros, o colega José de Almeida.

Os italianos deram a máxima importância aos hospitais marítimos, e com tôda a razão. Com as suas duas costas sôbre o Mediterrâneo e o Adriático, costas extensas e que alongando-se muito para o sul se prestam a estações variadas pelas condições climatéricas, a Itália cuida de aproveitar a sua especial topografia para a construção de hospitais marítimos, de incontestável e reconhecida utilidade no tratamento da tuberculose ganglionar e óssea. Neste sentido lutam os médicos italianos numa campanha que não abranda, e assim o afirmaram no congresso.

*

* *

E' bem de ver que um congressista não pode acompanhar todos os trabalhos do congresso, assim repartido em secções, e estas ainda fragmentadas, e de pouco lhe serve andar a saltitar de sala em sala. Por isso me fixei na 2.ª secção, acompanhando com particular interêsse a subdivisão da *Patologia e terapia médica*.

Das variadas, questões discutidas, e bem animadamente, na secção *Patologia e terapia médica*, algumas devem ser

com justiça destacadas, pelo seu alcance scientífico, pela acalorada discussão que provocaram, e pela forma elevada e estudo consciencioso que revelaram nas suas comunicações os respectivos relatores. Muitas outras comunicações apareceram: *Radiação solar no tratamento das doenças tuberculosas — Tuberculose latente e o seu diagnóstico — Sinais internacionais das lesões tuberculosas pulmonares — Interrupção da gravidez na evolução da tuberculose pulmonar.* Mas, entre tantas, pode afirmar-se que encheram o congresso naquela secção as seguintes:

Elevação da resistência do organismo humano contra a tuberculose: Prof. Courmont, Lyon.

Terapêutica das doenças tuberculosas por meio de soros específicos: Teissier e Arloing, Lyon.

Pneumotórax artificial: Prof. Forlanini, Pavia.

Vacinação preventiva do homem contra a tuberculose: Prof. Maragliano, Génova.

A tuberculose latente nas crianças de seio: Prof. Hutinel, Paris.

Merecem, por isso, especial menção e pela ordem por que foram apresentadas.

Subordinadas ao tema geral -- *Aplicação das conquistas sôbre a imunidade à clínica da tuberculose,* foram apresentadas duas valiosas comunicações, uma de Courmont sôbre a *Elevação da resistência do organismo humano contra a tuberculose;* outra de Teissier e Arloing sôbre os *Soros específicos no tratamento da tuberculose,* que é o complemento da primeira.

Courmont estuda a melhor forma de elevar a resistência contra a tuberculose por meios específicos.

Sendo a tuberculose uma doença imunizante e anafilactizante, mas mais anafilactizante do que imunizante, por

dois modos se pode obter aquela elevação de resistência: — ou produzindo a imunidade, quer activa (vacinação pelos micróbios mortos ou vivos e atenuados, aplicações da tuberculina), quer passiva (soros anti-tuberculosos); ou diminuindo a anafilaxia.

E' êste último problema que preocupa especialmente Courmont, acentuando as dificuldades que ainda oferece na actualidade o tratamento específico da tuberculose. Depois de estudar os diversos meios de produzir a anafilaxia com os bacilos, com a tuberculina, com os soros tuberculosos, com os extractos de órgãos tuberculosos; depois de assentar nos períodos alternantes de anafilaxia geral, que a tuberculose apresenta; considerando como importante a acção anafilactizante das lesões locais, o que é muito contestável pela observação clínica, Courmont conclui que o tratamento tuberculínico visa principalmente a desanafilactizar o doente. Isto é, Courmont pretende que a elevação de resistência do organismo procurada pelas tuberculinas consiste num trabalho de redução da anafilaxia.

Na sua comunicação sôbre a soroterapia tuberculosa, Teissier declara-se firme partidário do emprêgo do soro anti-tuberculoso, opinião que seguimos, pois desde muito tempo temos aplicado, e com resultados lisongeiros, o soro de Marmorek, um dos soros anti-tóxicos que melhor conhecemos. Sòmente divergimos nas doses. Teissier preconiza doses pequenas para os soros bacteriolíticos, como o de Maragliano, simultâneamente anti-tóxicos e anti-microbianos, e doses mais elevadas para os soros exclusivamente anti-tóxicos, como o de Marmorek. Pois é nossa convicção, filha da experiência, que êstes soros devem ser também utilizados em doses pequenas. Obtêm-se efeitos favoráveis e são evitadas as perturbações anafilácticas.

O pneumotoráx artificial no tratamento da tísica pulmonar teve as honras dum grande acontecimento, e não admira. Se na América do Norte, Murphy, de Chicago, tem desde alguns anos aplicado o novo método tisioterápico, Forlanini, de Pavia, reivindica as honras da invenção, pois os seus trabalhos sôbre o pneumotórax datam de 1882, e a sua primeira comunicação é de 1894, ao congresso internacional de medicina, que então se reuniu em Roma. Com tôda a justiça, os médicos italianos concentraram os seus entusiasmos em tôrno de Forlanini, que desde então tem multiplicado as aplicações do seu método, precisando as suas indicações. Tão longe foi êste entusiasmo que do congresso saíu uma comissão internacional para estudar o método de Forlanini, o que talvez fôsse exagerado.

O pneumotórax artificial é e será sempre de restritas aplicações em tisioterapia. E' o próprio autor que com muita sinceridade, que só abona o seu elevado pundonor profisssional, restringe as indicações. A princípio Forlanini preconizava o pneumotórax nos casos graves, cavitários, referindo os benefícios colhidos pelos operados no pulmão doente comprimido pelo gás injectado, no pulmão oposto, quando ligeiramente invadido, no estado geral, no sindroma tuberculose (suores, febre, anorexia, expectoração, tosse, etc).

Mas com o andar do tempo e o estudo consciencioso do método, Forlanini foi pesando e medindo bem tôdas as indicações, e hoje preconiza o pneumotórax sòmente em casos muito restritos. Não o propõe para os casos extremos, como a princípio, não o propõe para casos iniciais, quando o tuberculoso se pode curar por outra terapêutica, e restringindo muito as suas indicações, utiliza-o apenas

quando começa a caseificação, preferindo-o nos casos unilaterais.

O pneumotórax merece uma discussão mais longa, que no lance não podemos fazer, pois estamos apenas a relatar, e ligeiramente, o que foi o congresso de Roma, mas não podemos deixar de significar que não participamos do entusiasmo exteriorizado no castelo de Sant'Ângelo.

Forlanini opõe como contra-indicações as lesões vasculares e cardiacas, as lesões renais, as ptoses abdominais, e, principalmente, as aderências pleurais. Ora estas, pode dizer-se com segurança, são as companheiras habituais da tuberculose pulmonar. Se o pneumotórax não deve ser utilizado nos casos avançados, pelo inconveniente das fortes e largas aderências, se não deve ser utilizado nos casos iniciais, porque outros processos podem curar a tuberculose, e se há a temer um derrame pleurítico nas tuberculoses incipientes, cá vão as próprias palavras de Forlanini: *La cura però è assai piú impegnativa delle cure comuni, ed espone al pericolo di una delle complicazioni più frequenti, grave nel presente e che compromette sempre l'avvenire coi suoi reliquati — la pleurite con vessamento. E' sopra tutto a motivo di quest'ultima che, nei casi ixiziali, al Pneumotorace si deve, a mio avviso, far precedere la cura comune;*—não sabemos como justificá-lo nos restantes casos.

Não se percebe porque deva ser receada a pleurisia com derrame no início, e não deva ser receada quando a caseificação começou, como também não faz sentido que a cura do lado homónimo seja obtida, na explicação fisiológica de Forlanini, pela compressão e repouso consecutivo do pulmão, e do lado oposto, com lesões iniciais, também se esperem melhoras, quando a quietação dum pulmão traz exagêro compensador de trabalho para o outro.

Mas não deitemos mais água na fervura do entusiasmo a favor do pneumotórax, que no congresso terminou pela nomeação duma comissão internacional para o estudo do assunto, e sem dúvida vai irradiar pelos vários centros onde a tuberculose pulmonar é especialmente versada.

Depois de larga discussão, foi prestada a Forlanini uma calorosa homenagem, que reputamos merecidíssima, chegando a comover-se o velho e simpático professor de Pavia.

*

* *

Foi também ruidosa a comunicação de Maragliano sôbre a *Vacinação preventiva do homem contra a tuberculose*. Encheu-se o salão romano do Castelo de Sant'Angelo para ouvir o ilustre professor de Génova.

Desde 1895 que Maragliano estuda o modo de obter uma vacina contra a tuberculose, conseguindo-a no seu laboratório por meio de bacilos mortos, que, segundo afirma, são capazes de dar ao homem a imunização relativa, vacinando-o contra a tuberculose. Há dez anos que Maragliano emprega a sua vacina, uma polpa que se aplica à maneira da vacina jeneriana, em crianças pertencentes a famílias já dizimadas pela doença, e só tem colhido benefícios. Até hoje os vacinados — a sua estatística abrange 465 aplicações — conservam-se isentos da tuberculose.

As aplicações no homem foram precedidas de experiências em animais de laboratório, realizadas com o melhor êxito. Os animais vacinados resistiam à injecção intra-venosa de doses minimas de bacilos, que mataram os

animais testemunhas, e o exame do sangue revelava a existência de anti-corpos em quantidade considerável.

Compreende-se o efeito duma tão sensacional comunicação perante um auditório onde não estavam só médicos, mas muitas outras pessoas, algumas ainda de luto pela morte de pessoas de família, vítimas da tuberculose. Uma ruidosa salva de palmas acolheu a comunicação de Maragliano, que terminou por propôr que a vacinação seja largamente aplicada, como único meio seguro de reconhecer o seu valor prático.

Vacinai, vacinai, foram as palavras finais de Maragliano, que no fim fez distribuir pelos congressistas presentes caixinhas com a sua vacina.

Iniciaremos esta vacinação logo que o ensejo se aproposite, visto que Maragliano garantiu a sua inocuidade, e todos os meios aconselhados para o combate da doença, nomeadamente na sua preservação, devem ser empregados em larga escala, para que fique bem marcada a sua importância. Falou até aqui o laboratório; resta que a prática venha coroar o trabalho de Maragliano, confirmando as suas previsões e não será pequena a glória que do facto lhe advirá, se assim suceder. E' a clínica que tem de julgar, como sempre, em última instância.

*

* *

A comunicação do Prof. Hutinel versou sôbre o tema — *A tuberculose latente nas crianças de seio.* O Prof. Hutinel era já nosso conhecido de algumas lições que tivemos ocasião de lhe ouvir, em Paris, e por isso grande foi o prazer mental que experimentamos ouvindo mais uma

vez o sábio professor francês. Reunindo a factos já conhecidos outros que a sua longa experiência lhe tem permitido adquirir, Hutinel apresentou na sua linguagem tão elegante e clara uma primorosa resenha do valioso estudo que tinha feito, precisando três questões de alto valor na clínica infantil — *condições em que as crianças de seio se tuberculizam; sinais reveladores de infecção bacilar; valor diagnóstico dos métodos de laboratório.*

Dispensamo-nos de pormenorizar cada um dêstes pontos, porque o trabalho de Hutinel está já publicado integralmente na *Revue de la Tuberculose*, n.º 2, dêste ano. É um estudo que os clínicos da especialidade devem consultar e os pediatras aproveitam em conhecer.

O meu lusitanismo fez-me lembrar ainda, ouvindo Hutinel no Salão Romano, e lendo agora a sua comunicação na íntegra, o belo trabalho sôbre — *Diagnóstico precoce da tuberculose* —, apresentado ao congresso de Coimbra (Abril de 1904) pelo Prof. António de Padua.

Pelo congresso fora foram realizadas conferências nas variadas secções, devendo ser especialmente mencionada a do Prof. de Bolonha, Sanarelli, acêrca da — *Evolução biológica da tuberculose na espécie humana.*

Alguns outros assuntos deviam merecer maior cuidado ao congresso, e todavia foram tratados com uma lamentável rapidez, como por exemplo — a notação gráfica das lesões pulmonares —, questão que vem sendo debatida desde alguns congressos, sem lograr resolução, como tanto convinha, pois é manifesta a utilidade duma convenção internacional para os sinais representativos das lesões. Turban foi mais feliz com a sua classificação, que desde o congresso de Washington é adoptada.

Mas em congressos futuros terão de certo maior dis-

cussão, com mais interêsse serão tratados, deixando de aparecer questões já conhecidas e resolvidas, e antes sendo oferecidas para estudo outras de assinalado valor, como tôdas as que se relacionam com as associações da tuberculose a outras doenças, as que se referem à patologia clinica da tuberculose pulmonar na sua repercussão sintomática pelas diversas vísceras, e que não entram no programa dêste congresso.

Vai já muito extenso êste relato, e a extensão resulta do encargo ter sido entregue a quem não nasceu para jornalista. De necessidade é que o terminemos.

X

Bacilose aguda do peritoneu

Forma rara com lesões atípicas a distância

(Colaboração do Prof. Lourenço Gomes.
In *Medicina Contemporânea*, 1917).

No serviço diário do trabalho nosocomial surgem por vezes casos dum diagnóstico difícil, se não impossível, embora se juntem os esclarecimentos do laboratório aos dados colhidos no exame dos doentes.

E' a autópsia que vem elucidar, quando vem, determinando tôdas as incógnitas e resolvendo o problema.

Nas doenças de longa duração, com a multiplicidade de elementos colhidos em observações seguidas, com a discussão reflectida da forma como os sintómas se sucedem e evolucionam, as dificuldades não são invenciveis; mas nas doenças agudas casos nos têm aparecido dum insolúvel embaraço, que ficam arrumados nos capítulos gerais das infecções ou intoxicações, sem mais longe sêr possível levar a especialização da patologia clínica.

Como é óbvio, quanto mais agudo é o caso, mais enredado é o embaraço.

Esta verdade, bem sentida por todos quantos a dentro da clínica vivem ensinados pela experiência de muitos anos,

justifica a exumação agora feita, desenterrando do nosso arquivo da clínica escolar para a publicidade da *M. C.* um caso de diagnóstico difícil, mas que a autópsia e o laboratório confirmaram, não chegando, é bem de ver, o asserto nesta ocasião para compensar as faltas anteriores, e muito menos as que o futuro nos reserva.

Um dia (20 de Fevereiro de 1915) entra numa das salas da 2.ª Clínica Médica um homem de 40 anos, F. S. P., vendeiro nos subúrbios de Vila Nova de Gaia, com temperaturas elevadas, voz rouca, falando com dificuldade, e conjuntivas amareladas.

A despeito da prostração do doente, da dificuldade em obter esclarecimentos acêrca da iniciação da doença, e até em proceder ao exame, pudemos apurar que F. S. P. estava doente havia sete semanas, queixando-se de cefalalgias persistentes e violentas, dores na região hepática, região lombar, nos membros inferiores; sensação de frio intenso, dispneia, maior com qualquer esfôrço, urinas muito escuras, e aumento crescente de volume do abdómen quatro dias depois de ter caído doente com a dor na região hepática.

Referiu o doente abusos anteriores de bebidas alcoólicas, uma blenorragia há nove anos, e uma hidropisia, que ficou por esclarecer.

No exame directo do doente apurou-se o seguinte:

Prostração. Côr amarela das conjuntivas. Ascite notável. Edema da parede abdominal. Timpanismo.

Oligúria. Urinas carregadas de pigmentos biliares e sem albumina.

Apetite. Cefalalgias persistentes.

Dores na região hepática.

Epistaxes repetidas.

Ruídos cardíacos vibrantes.

Pulso amplo e freqüente (140).

Temperatura 39°, de entrada. A temperatura apurada durante o seu internato oscilava entre 39° e 38°.

Voz rouca. Dispneia.

Sinais de intensa congestão do pulmão direito.

Pulmão esquerdo com a respiração reduzida.

O doente conservou sempre esta sintomatologia durante os dias da sua hospitalização, de 20 de Fevereiro a 2 de Março, falecendo neste dia. Uma paracentese no dia 22 deu saída a 8 ½ litros de líquido ascítico, carregado de pigmentos biliares.

Manifestamente o doente estava em luta com uma infecção aguda, mas a natureza da infecção não era fácil de estabelecer.

A agudeza do processo, a multiplicidade de alterações, a época da sua aparição, a repetição das epistaxes, tudo isto podia lembrar em primeiro lance uma febre tifoide, embora anómala. O alcoolismo anterior do doente explicaria a incidência do trabalho inficioso nos domínios do fígado e vias biliares. Mas nem a curva térmica, nem os caracteres do pulso, nem as alterações peritoneais, nem a falta de sintomas do tubo digestivo, autorizavam o diagnóstico.

Seria o doente um sifilítico? Êle não referia antecedentes venéreos além duma blenorragia contraída há nove anos, mas quantas vezes um cancro duro uretral passa no conceito do infectado por uma blenorragia? A lembrar a sífilis havia, nomeadamente, os caracteres das perturbações cárdio-vasculares e as alterações da voz, e bem podia uma

infecção banal do intestino ter sacudido e agitado uma antiga avariose.

Mas o doente não apresentava gânglios perceptíveis em parte alguma; era casado e não mencionou a existência de abortos na mulher; e não se apurou durante os 9 anos que decorreram desde a infecção uretral a aparição de manifestações que à sífilis pudessem ser atribuídas.

O doente não viveu na nossa enfermaria o tempo suficiente para demorados exames laboratoriais, mas foi possível colher o sangue para uma Wassermann, que resultou negativa.

*

O diagnóstico que melhor se acomodava ao caso era o duma bacilose.

A observação hospitalar tem vincado no nosso espírito a impressão, bem acentuada no caso sujeito, de que muitas febres criptogénicas, variados estados inficiosos, simulando a gripe, a dotienenteria, o reumatismo, o paludismo, e até a febre de Malta, são casos de infecção tuberculosa.

Ainda êste ano (1916-1917) esteve internada no nosso serviço escolar uma doente, que muito antes de evidentes alterações pulmonares apresentava uma sintomatologia largamente simuladora da febre maltense — astenia notável, dores lombares, cefalalgias, anorexia, crises sudorais, temperatura febril por oscilações, e, para que a confusão se mantivesse, nem a origem da doente faltava com a sua colaboração, pois era duma região montesinha, onde entra na alimentação habitual o leite de cabra e o queijo com êle preparado. E, todavia, a doente era portadora duma tuberculose pulmonar.

A tuberculose é susceptível de formas variadas de generalização, umas agudas e graves, outras agudas e benignas, e umas e outras com as mais diversas localizações e manifestações, temperaturas febris elevadas, congestões pleuro-pulmonares, alterações cardíacas, invasão meníngea e peritoneal; umas nitidamente secundárias a lesões bem averiguadas num ou noutro órgão, outras clínicamente primitivas, pela impossibilidade de marcar o órgão lesado donde partiu a generalização bacilar ou toxínica.

O sangue do nosso doente não foi explorado no sentido da investigação directa do bacilo de Koch, não se efectuou a inoculação em cobaias, nem se procedeu à pesquisa das reacções à tuberculina, mas somados todos os elementos que a observação do doente apresentava, o diagnóstico clínico duma bacilose aguda impunha-se.

A curva irregular da temperatura, a taquicardia, o processo congestivo pulmonar, tão acentuado à esquerda, as epistaxes, as cefalalgias demoradas e violentas, a sintomatologia peritoneal e hepática, com líquido ascítico e icterícia, o mau estado geral contrastando com a permanência do apetite, justificavam o diagnóstico.

Sòmente esta bacilose aguda evolucionou com alterações peritoneais e hepáticas tão acentuadas, que estas deviam ter precedido todo o processo de generalização. Deviam ser as primitivas.

Vejamos como a autópsia e o exame histológico refizeram o diagnóstico.

Meninges e encéfalo muito congestionados e túrgidos.

Seio longitudinal superior com derrame.

Edema generalizado.

Congestão predominante na base do encéfalo.

Aderências pleurais bilaterais, principalmente à esquerda.

Pulmão esquerdo congestionado e esplenizado para o bordo posterior.

Pulmão direito inteiramente congestionado e esplenizado.

Pericárdio com sobrecarga gordurosa.

Coração com sobrecarga gordurosa generalizada, mais à direita. Placas leitosas.

Ventrículo direito dilatado.

Ventrículo esquerdo hipertrofiado, paredes duras, espêssas, válvula mitral esclerosada, com nódulos.

Válvula tricúspida esclerosada.

Sigmoideias esclerosadas. Pequena erosão na parede da aorta.

Líquido ascítico — 12 litros — fortemente corado de bílis. Parede abdominal espêssa de gordura.

Granulações generalizadas pelo peritoneu parietal e visceral. Aderência do grande epíploon e do peritoneu, fortemente congestionado e com granulações.

Estômago com a rêde venosa muito desenvolvida.

Fígado atrofiado, duro ao corte, granuloso, esclerosado, com derrame biliar e zonas de gordura e hemorragias.

Rins cobertos de gordura e congestionados.

Baço volumoso, congestionado e granuloso.

Na autópsia foram, portanto, recolhidas fortes presunções duma bacilose aguda e generalizada.

A esclerose do fígado e do coração, embora dependente da intoxicação alcoólica, a que o doente desde muito tempo se entregava, não invalidava o diagnóstico, baseado agora em numerosos sinais anatómicos.

*

Impunha-se um exame histo-patológico que esclarecesse definitivamente o problema etiológico. Foi êste realizado no gabinete de anatomia patológica, para onde foram enviados com aquele diagnóstico clínico o fígado e uma grande porção do grande epiploon.

O fígado duma coloração levemente esverdeada era bastante duro, rangendo ao corte. Havia notável infiltração biliãr que se estendia pelo tecido hepático, sendo mais notável em alguns pontos que noutros. O fígado bastante deformado, granuloso, apresentava à sua superfície numerosíssimas granulações pardo-amareladas ou levemente esverdeadas, do tamanho da cabeça dum alfinete à dum prego. O aspecto do corte era igualmente granuloso. As porções mais pigmentadas pela bílis formavam ilhotas cercadas por tecido pardacento.

A cápsula de Glisson bastante aderente arrastava com ela fragmentos do parênquima, quando a procurávamos desinserir. O pêso e o volume não puderam ser apreciados por lhe faltar a porção terminal do lobo esquerdo.

Algumas granulações que se viam à superfície do fígado deixavam-se destacar muito fàcilmente, ao passo que outras faziam corpo com o tecido hepático.

Eram as primeiras peritoneais e só as segundas pròpriamente hepáticas.

Ao microscópio notava-se uma importante infiltração embrionária com esclerose. Eram numerosíssimos os focos de células embrionárias dispostos em grupos mais ou menos arredondados ou em fileira; viam-se também dispersas de modo difuso em número maior ou menor.

Encontravam-se em grande abundância fibroblastes, e os feixes de tecido de esclerose eram pouco espessos.

As células embrionárias penetravam nos fragmentos dos lóbulos cortados pelo tecido de esclerose, e notavam-se mesmo entre as trabéculas hepáticas.

A disposição geral da cirrose era anular.

O tecido conjuntivo mostra ser sede de notável proliferação com formação de tecido de esclerose, de modo que o elemento nobre encontra-se assaz reduzido.

A cirrose multi-lobular e intra-lobular chega a isolar células ou porções de trabéculas hepáticas no seio do tecido de esclerose.

Os vasos acusam freqüentemente lesões de endo e peri-vascularite.

A infiltração biliar, assaz abundante, é mais acentuada nuns lóbulos que noutros.

Os neo-canalículos biliares são relativamente freqüentes.

As células do parênquima apresentam-se geralmente atrofiadas com pigmentação biliar. A degenerescência é pouco acusada.

As granulações que se viam no peritoneu mais ou menos agrupadas e desigualmente distribuídas tinham o diâmetro de 1 a 4 milímetros. Eram relativamente consistentes e de coloração amarelada. Possuíam em qualquer ponto onde se encontrassem o mesmo aspecto, côr e consistência. Ao corte a coloração era uniforme.

Na cavidade peritoneal havia líquido ascítico notàvelmente corado pela bílis. A irritação simples por esta pode dar logar à formação de granulações, de reacção, com hiperplasia peritoneal. Só dêste modo se poderia explicar a sua formação.

Nem todos os autores se referem a granulações peritoneais com esta patogenia, talvez mesmo nunca as tivessem observado.

As granulações que alguns descrevem teriam realmente essa simples patogenia? Seriam devidas sòmente á irritação pela bílis?

As granulações que estudámos não tinham os caracteres macroscópicos de granulações tuberculosas e eram-no, todavia. O exame microscópico demonstrou-o da maneira mais segura, de modo insofismável.

O bacilo de Koch foi encontrado. As granulações eram constituídas por um esqueleto conjuntivo, em alguns pontos bastante espesso, pela formação do tecido de esclerose, com numerosíssimas células linfoides.

Aqui e além viam-se grupos arredondados de células epitelioides características. Notavam-se células gigantes com os núcleos em disposição marginal, por vezes em disposição bipolar.

Viam-se folículos de Köster completos e incompletos, com ou sem células gigantes.

Estas apresentavam-se em alguns logares notàvelmente deformadas. Entre os folículos viam-se, em número relativamente avultado por vezes, células embrionárias e fibroblastes. Alguns dos folículos estavam em início de formação, outros já constituídos completos ou incompletos, e ainda outros em caseificação. A caseificação em alguns pontos era já relativamente notável.

Temos, pois, de filiar na tuberculose granulações com os caracteres macroscópicos das que descrevemos.

*

Dúvida não pode haver acêrca da natureza tuberculosa das lesões peritoneais. Se a tuberculose peritoneal tem formas vulgares, dum diagnóstico fácil, por vezes se apresenta com formas raras e dum diagnóstico difícil, levando o clínico a pensar em várias doenças alheias à bacilose e até ao peritoneu.

Mas o fígado aparecia também comprometido, e a autópsia veiu demonstrar que aquela ascite não resultava só das lesões peritoneais, devendo para ela contribuír fortemente a esclerose hepática. E acêrca da natureza das lesões hepáticas verificadas na autópsia e pormenorizadas no exame histológico, se para a sua génese e evolução influíu o alcoolismo do doente, não podemos isolar a co-participação da bacilose, etiologia que igualmente deve ser responsabilizada pelas alterações nos restantes órgãos, embora nem bacilos se pesquisassem, nem folículos se encontrassem.

As lesões peritoneais, as lesões hepáticas, as lesões meníngeas, as lesões pulmonares, esplénicas e renais, na autópsia verificadas, agrupam-se em volta duma mesma etiologia, que foi até à determinação do bacilo e folículo específico no peritoneu, e de lesões banais nos restantes órgãos.

Para valorizar esta conclusão etiológica, ainda a autópsia forneceu mais um elemento, nas aderências pleurais bilaterais.

O caso que fica descrito e exumado foi dos arquivos escolares da F. M. do Pôrto, é mais uma confirmação do critério que, acêrca das variadas reacções lesionais típicas e atípicas do bacilo de Koch, vem sendo sustentado por

clínicos, anátomo-patologistas e bacteriologistas — Poncet (Tuberculoses inflamatórias), Gougerot e Géraudel (Tuberculose hepática), Auclair e Delille (Toxinas tuberculosas), Jayme Ferran (Saprofitismo do bac. de Koch).

XI

Sanatórios portugueses

Três lições de Clínica Médica no ano lectivo de 1920-21, recolhidas pelo Assistente Dr. Celestino Maia.

MEUS SENHORES:

Vai ser objecto duma série de lições dêste ano lectivo o tratamento sanatorial dos tuberculosos, assunto que neste momento se aproposita para estudo, pois que os Senhores se propõem fazer brevemente uma digressão ao Sanatório Sousa Martins, digressão em que tenciono acompanhá-los, se a minha saúde o permitir.

Então veremos tôdas as instalações do Sanatório Sousa Martins, o melhor que temos para tratamento climatérico de tuberculosos, mas justo é que vão daqui preparados para a visita, podendo colher dela o máximo de ensinamentos úteis.

Ao contrário de outras doenças susceptíveis de formas agudas e crónicas, mas adstritas a uma certa uniformidade terapêutica, a tuberculose implica uma notável variedade de meios de combate.

Contra a sífilis, por exemplo, há um número restrito de medicamentos, cuja eficácia é evidente, e cujas indicações são limitadas. Contra a tuberculose não. Desde os meios a utilizar para combater os sintomas, até aos empregados para acudir ao estado geral do doente, desde os que visam a anular a acção nociva do bacilo, até aos que obstam à disseminação do mal, contra a tuberculose são aproveitados os mais variados recursos.

FASES DA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE PULMONAR. — Sob o ponto de vista terapêutico a tuberculose pulmonar atravessou três fases bem definidas.

A primeira foi a *fase clínica*. Enquanto ela durou, os clínicos atendiam sobretudo aos grandes sintomas, — à febre, à anorexia, aos suores, ao emagrecimento, às alterações psíquicas — sem esquecerem, todavia, os fenómenos locais, que foram minuciosa e detidamente estudados, nas suas modalidades e na sua evolução, de tal modo que a fase clínica póde considerar-se também uma fase anátomo-patológica.

Foi neste período que surgiram obras das mais notáveis na história da patologia tuberculosa, foi neste período e segundo esta orientação que trabalharam Laënnec, Potain, Grancher, e um clínico português, Sousa Martins, cujo nome me orgulho de citar nesta pléiade brilhante de patologistas distintíssimos.

A' fase clínica secedeu a *fase bacteriológica*, após a descoberta por Koch do «bacillus tuberculi», cuja biologia, ainda tão cheia de incógnitas, desde então para cá tem sido pacientemente prescrutada por muitos e muito ilustres investigadores.

Nesta fase estabeleceu Villemin a noção do contágio bacilar, e Koch preparou as suas tuberculinas, julgando-se

assim por um momento resolvido o problema terapêutico da tuberculose. A velha terapêutica sintomática foi posta de lado, e o novo tratamento pelas tuberculinas foi em todo o mundo experimentado com entusiasmo e com esperança. Mas êste entusiasmo caíu, desfez-se a esperança dum tratamento unívoco e seguro, aplicável a todos os doentes, para se reconhecer a utilidade das tuberculinas apenas em certos casos, cujas indicações era preciso definir.

Seguiu-se a *fase actual* em que se atende aos grandes e pequenos sintomas, aos fenómenos locais e gerais, ao mesmo tempo que à etiologia, aos conhecimentos que temos, incompletos ainda, da biologia do bacilo. E' esta uma fase de investigação simultâneamente clínica e laboratorial.

VARIEDADE DOS MEIOS TERAPÊUTICOS. CAUSAS DESTA VARIEDADE. — Vêem já os Senhores como no tempo tem variado a terapêutica tuberculosa, sem que até hoje se tenha conseguido a uniformidade de tratamento, que de certo não se conseguirá jámais, pelas razões que passo a expor-lhes:

a) Pela natureza da doença, provocada por um bacilo cuja vida encerra ainda um sem número de incógnitas. Sabe-se que é um agente transmissível e que, pela sua larga e fácil disseminação, a tuberculose é uma verdadeira doença social; com êle se imunizaram cavalos e se prepararam soros e vacinas; mas tudo o que se sabe é pouco, porque muito mais se ignora.

Não se sabe ainda, por exemplo, qual é o seu «habitat» ordinário. Sabemos como se contrai um tétano ou um carbúnculo e, porisso, podemos defender-nos. Não sabemos, porém, como uma tuberculose se contrai, donde veiu o

agente que ataca certos indivíduos, espontâneamente tuberculizados, permitam-me a expressão.

Será o bacilo um saprófita habitualmente inofensivo e não corável pelos reagentes ordinários, que em certo momento se torne corável e agressivo? E onde vive então? Nos gânglios? No intestino?

b) Pela sua morfologia, sendo a tuberculose pulmonar uma doença essencialmente polimorfa, de que se conhecem formas agudas, sub-agudas e crónicas, sintomas pulmonares e gerais, localizações variadas nos pulmões e em outros órgãos. Há tuberculosos que emagrecem ràpidamente, outros que conservam um regular estado de nutrição; tuberculosos que resistem durante muito tempo ao seu mal, e outros que morrem em prazo tão curto, que parecem fulminados; tuberculoses em cujos pulmões os tubérculos se multiplicam e fundem, e casos em que a morte sobrevém sem que um tubérculo se forme.

c) Pelo seu grau de curabilidade extremamente variável, que vai desde as formas malignas, que aniquilam desde o início tôdas as resistências do organismo, até às formas espontâneamente curáveis, pode mesmo dizer-se extraordinàriamente curáveis, porque tuberculosos há que curam sem recursos terapêuticos, e em meios da mais precária higiene.

d) Pelas associações mórbidas, pois que há tuberculoses isoladas e tuberculoses associadas a outras doenças — à sífilis, ao paludismo, à diabetes, etc. — que fazem necessàriamente variar o tratamento. Por vezes surgem intercorrências, que, sendo quási sempre nocivas ao doente, podem também beneficiá-lo por motivos que ignoramos. Recordem aquela doente da sala de Jesus, que sendo tuberculosa e tendo adoecido com uma grave febre tifoide,

Sanatório Sousa Martins — Vista geral dos pavilhões

apresentou a regressão das lesões pulmonares, fàcilmente cicatrizadas na convalescença da infecção ebertiana.

e) Pelas condições sociais do doente, porque nem todos podem fazer o tratamento que mais adequado possa parecer ao clínico. Nem todos podem deslocar-se para o campo, sanatórios ou altitudes, repousar ou alimentar-se bem, e nada há mais doloroso e desumano que aconselhar a um doente uma terapêutica que êle não pode seguir por falta de recursos económicos. Entrando numa casa como clínicos, os Senhores procurem saber sempre das possibilidades económicas da família antes de preconizarem um tratamento, para não destruírem uma esperança que pode auxiliar a cura, para não provocarem um desânimo que pode apressar a morte.

Eis, meus Senhores, as circunstâncias em que principalmente se justifica a pluralidade de recursos terapêuticos empregados contra a tuberculose, recursos que podem classificar-se em dois grupos bem distintos:

Por um lado, sanatórios, hospitais especiais, dispensários, colónias de férias, colónias agrícolas, vulgarização do ensino da higiene, desinfecções públicas e particulares, higiene das habitações e das fábricas, enfim, *tudo quanto implica com a tuberculose como doença social.*

Por outro lado, medicamentos, alimentação, ventilação pulmonar, condições de repouso e de trabalho, *tudo quanto implica com a feição individual da doença.*

Tratamento sanatorial. — É êste o tratamento que me proponho estudar com os Senhores, procurando demonstrar-lhes que se pode fazer a todos os doentes, em tôdas as regiões. E' verdade que os primeiros sanatórios se construíram em montanhas, e ainda hoje as montanhas em certas condições climáticas são preferidas para estas cons-

truções, embora bem reduzidas sejam as suas virtudes em relação ao que outrora se julgava, e tanto assim que hoje por tôda a parte há sanatórios.

O tratamento actual da tuberculose pulmonar é ainda fundamentalmente a higiene, auxiliada por outros tratamentos que podem resumir-se no quadro seguinte:

Tratamento geral	tratamento brehmeriano » específico » medicamentoso
Tratamento sintomático	febre, anorexia, suores vómitos, hemoptises, etc.

Vêem os Senhores que o tratamento feito num sanatório, se pode fazer também em casa do doente. Sem dúvida que a higiene, ponto basilar no tratamento sanatorial, é mais precária no domicílio, mas a verdade é que nem todos podem recorrer aos sanatórios, e as curas no domicílio não exigem grandes sacrifícios das famílias.

Não quero deixar passar êste assunto sem me referir a alguns *tratamentos modernos* que têm sido preconizados, como tudo que é moderno, com grande cópia de observações, reclamando a sua eficácia.

O *geodil,* solução de sais de terras céricas, estudado por Frouin, foi aplicado no tratamento da tuberculose por Carnot e Rathery. Usa-se em injecção intra-venosa na dose de 5 c. c. para adultos e na de 2 ou 1 c. c. para crianças. Estamos agora fazendo o seu estudo na nossa clínica, cautelosamente, e dos resuttados lhes darei conta posteriormente.

A *tintura de iodo,* desde há muito preconizada para os tuberculosos em pequena dose, foi modernamente acon-

selhada em altas doses, com resultados admiráveis, segundo pretendem os propagandistas do método. Eu uso-a apenas contra as perturbações gástricas da tuberculose pulmonar.

Um tratamento novo, que me seduz por ser racional e lógico, é o *tratamento de Friedmann,* que consiste na imunização do homem por um bacilo ácido-resistente, descoberto nas tartarugas pelo autor. Friedmann prepara uma vacina com a emulsão dêste bacilo, injectável na dose de $^1/_2$ a 1 $^1/_2$ c. c., bastando uma injecção, ou duas com intervalo de 6 meses para que o homem fique completamente imunizado. Como o bacilo ácido-resistente da tartaruga é inofensivo para a espécie humana, não deve esta vacinação em caso nenhum ser prejudicial aos vacinados. Nada posso, por enquanto, dizer-lhes sôbre o valor dêste método, que em teoria se me afigura proveitoso, pois que Friedmann, querendo assegurar-se do êxito por um demorado estudo prévio, ainda não lançou no mercado estas vacinas.

Barbary, de Nice, aconselha o *cinamato de benzilo,* dizendo que as injecções dêste produto alternadas com injecções de colesterina produzem a imunidade, exagerando a leucocitose e fixando os bacilos. O cinamato de benzilo é um éter extraído do bálsamo do Peru, que tem como precedente da sua acção a utilidade, reconhecida desde há muito, do cinamato de sódio.

No "British medical Journal„ n.º 5068 de 1920, Bull recomenda a *ressecção de várias costelas* para provocar a cura por colapso pulmonar, dando ao seu método indicações e contra-indicações análogas às do pneumotórax.

Novas tuberculinas, de vários autores, têm aparecido no mercado, merecendo-me apenas, no capítulo bacterioterápico, especial menção as vacinas de Ferran.

Variados, muito variados, pois, são os meios aconselhados no combate da tuberculose, todos os dias surgindo novos métodos; mas sempre, qualquer que seja o caminho terapêutico seguido, o tratamento higiénico tem de ser tomado como base, residindo, como reside, na equação de Brehmer:

Trat. t. p. = Alimentação + Ar + Repouso

A *alimentação* tem de ser vigiada na qualidade, quantidade e número de refeições, tomando, todavia, o médico como norma que o tuberculoso deve ser alimentado como um indivíduo são. Devem ser sadios os alimentos e não deve o tuberculoso super-alimentar-se, como outrora se julgava, pois que para a cura contribui, não uma alimentação excessiva, prejudicial a todos os indivíduos, mas sim uma alimentação suficiente.

A balança, o termómetro e a evolução das lesões locais fornecem indicações preciosas na instituição do regimen alimentar. Sob êste ponto de vista, a expectoração é um dos melhores reguladores, diminuíndo à medida que as lesões cicatrizam, pois que o organismo bem alimentado reage contra os bacilos, atenuando a sua actividade.

O número de refeições pode ser o mesmo que o dos indivíduos sãos, se o doente tem apetite, se a sua bacilose evoluciona sem perturbações digestivas; mas como, em regra, o tuberculoso é um anoréxico, como o seu estómago não suporta fàcilmente os alimentos, convém multiplicar o número de refeições para as tornar menores, variando os pratos e seu modo de preparação para as tornar agradáveis. Quatro refeições diárias, duas maiores e duas menores, é o número que me parece preferível na maior parte dos

casos, mas em alguns sanatórios, como no da Guarda, há seis refeições diárias.

O *ar* é um elemento importantíssimo na cura da tuberculose, mas elemento que pode conseguir-se em tôda a parte, nos sanatórios e fora dêles. Essencial é que o doente não esteja encerrado num quarto com as janelas fechadas, sem qualquer espécie de ventilação, que o doente respire numa atmosfera bem oxigenada, livre se fôr possível, protegido contra vento, frio, sol e chuva. E' para isso que os sanatórios têm as suas galerias de cura, onde todos os dias os doentes devem demorar-se algumas horas.

A ventilação atenua ràpidamente um grande número de sintomas, como a febre, a tosse, a expectoração, os suores e a anorexia.

O *repouso*, preconizado pela primeira vez por Detweiller no sanatório de Falkenstein, é um precioso elemento terapêutico no tratamento das doenças agudas e de muitas doenças crónicas, é um tónico do coração e um bom recurso em doenças gastro-intestinais, penso que não muito aproveitado.

Há tuberculosos que curam, e com muita facilidade, sòmente com o repouso. E' o meio de tratamento que eu mais preconizo, que mais utilizamos nas nossas enfermarias, onde, como os Senhores têm visto, tem sido possível a cicatrização de lesões bacilares. Quási todos os sintomas desaparecem com o repouso, e se a febre não ceder à sua acção, também não cede à acção medicamentosa. Mas para isso é preciso que o repouso seja físico, moral e intelectual, pois que se a fadiga é altamente nociva, fazendo subir ràpidamente a temperatura, o mesmo sucede com as emoções e com o trabalho mental.

O repouso deve ser graduado, e nenhum sintôma se presta melhor a esta graduação do que a febre, por ser aquele que, como acabo de dizer-lhes, mais sensìvelmente oscila com a fadiga. Podem bastar duas horas por dia, serem necessárias 4, 6 ou 8, conforme os casos, ou ser mesmo preciso o repouso permanente, que deve sempre prescrever-se quando a temperatura atingir 38° na axila.

No sanatório Sousa Martins terão os Senhores ocasião de ver os doentes deitados nas suas cadeiras de cura, em galerias orientadas para o sul, onde, segundo o regulamento dêste sanatório, têm de conservar-se pelo menos 6 horas por dia: das 10 às 12, das 14 às 16 e das 17 às 19. Se o doente não tem febre o passeio é-lhe permitido ou até prescrito, no caso de o seu pêso aumentar consideràvelmente, intervalando as horas de repouso com outras de moderada actividade.

Como complemento da cura brehmeriana, base do tratamento sanatorial, recomenda-se uma cuidadosa higiene da pele, usando fricções, loções, banhos ou duches, e ainda vestidos apropriados, que protejam o doente contra as variações térmicas do meio.

*

Sanatórios. O sanatório Sousa Martins. — Sanatório é um edifício destinado pela sua situação, arquitectura e regímen nêle seguido ao tratamento dos tuberculosos. É um hospital fechado aos caprichos do doente, fiscalizado em todos os serviços pela direcção superior dum médico, quer directa, quer indirectamente por empregados da sua confiança.

São múltiplos os tipos de sanatórios diferindo pela sua arquitectura, pelo seu luxo, situação, etc. Há sanatórios

para ricos, remediados e pobres; sanatórios de montanha, marítimos e de planície; sanatórios com pavilhões comuns ou separados para homens e mulheres, com ou sem galerias de cura; etc., etc.

Ao lado dêstes sanatórios, que qualifico de *fechados*, há *sanatórios-hoteis*, ou *sanatórios abertos*, isto é, hoteis que pela sua situação e higiene são recomendáveis para a cura da tuberculose, nos quais o doente goza de outra liberdade, porque os seus actos aí não estão sujeitos a uma vigilância médica constante. Estão largamente disseminados pela Europa, na Suíça mais que em qualquer outro país. Em Davos, cidade mãe dos sanatórios, a população indígena vive do tuberculoso: há lá, porque o clima o permite, sanatórios fechados, mas há também hoteis, pensões e casas de saúde, casas particulares mesmo, tendo os seus quartos bem ventilados com galerias de cura anexas, onde os tuberculosos são recebidos, tratados e curados. O doente chega, instala-se, chama o médico e do seu interêsse é seguir-lhe rigorosamente as prescrições.

O Sanatório Sousa Martins, que nos serve de tipo, é um sanatorio fechado e, como todos os sanatórios dêste género, a sua instalação acarretou uma despesa enorme à Assistência Nacional aos Tuberculosos, benemérita instituição a cujo porfiado esfôrço se devem êste e outros sanatórios do país.

Está situado o seu pavilhão n.º 1 a uma altitude 1.015^{m}, inferior, no entretanto, à do ponto mais elevado da cidade da Guarda, que está a 1.056^{m},3 acima do nível do mar. Ocupa uma área de 27 Ha. a 500 m. da cidade, longe de fábricas e oficinas, num dos contrafortes orientais da Serra da Estrêla, num gigantesco macisso de granito. Possui o sanatório um parque enorme de aspecto bem pi-

toresco, contrastando a nota selvagem das grandes moles de pedra e duma densa mas enfezada vegetação de pinheiros e giestas com a nota civilizada e elegante dos arruamentos que o percorrem, dos pavilhões e chalés de arquitectura moderna, dos canteiros cuidadosamente ajardinados.

A sua construção é das mais modernas, havendo três pavilhões, um de 1.ª classe, o mais luxuoso, outro de 2.ª e outro para indigentes. Cada pavilhão tem dois pavimentos, o inferior para mulheres e o superior para homens, possuindo cada um a sua galeria de cura orientada para o sul, da qual se disfruta um vastíssimo panorama, onde se perde o nosso olhar, mergulhando na indecisa curva do horizonte, recortada aqui e além pelos dorsos esfumados das serranias longínquas.

Além dos pavilhões há seis chalés que podem albergar famílias, quando estas não queiram abandonar o seu doente; há um pequeno edifício onde estão instalados o consultório, o laboratório, a farmácia e o balneário; outro onde se faz a desinfecção, dividido, como de costume, em zona suja e zona limpa, e provido duma magnífica estufa Geneste-Herscher; uma lavandaria e um hospital de isolamento, onde são recolhidos os tuberculosos secundàriamente atacados de qualquer outra doença infecto-contagiosa. Felizmente no sanatório as intercorrências mórbidas são por tal forma raras, que o hospital é muitas vezes também utilizado, como se fôra um 4.º pavilhão, para o tratamento sanatorial dos tuberculosos.

No pavilhão principal, o n.º 1, o único que se encontra actualmente aberto, por ser o único que tem aquecimento central e o clima da Guarda ser excessivamente frio no inverno, os Senhores vão encontrar quartos indi-

viduáis de grande cubagem que abrem para as galerias de cura, uma magnífica sala de jantar amplamente ventilada, uma luxuosa sala de conversa onde os doentes se reúnem depois das refeições, uma cozinha onde os alimentos são, ou eram pelo menos antes da grande guerra, cosinhados pelo vapor, uma estufa onde as louças e talheres são diàriamente desinfectados pelo formol, uma instalação frigorífica, um gabinete de radioscopia, uma biblioteca, etc.

Os outros pavilhões são construídos segundo o mesmo tipo, sòmente não têm cosinha, porque a alimentação é fornecida para todos pelo pavilhão n.º 1, e os quartos são colectivos, de 2, 3 ou 6 camas.

O esgôto das imundícies líquidas tem assegurada a sua recepção em retretes de sifão com autoclismo, e a sua evacuação por canalizações que conduzem a «septic tanks», onde a depuração se faz em leitos oxidantes de escórias, que são substituidas de 3 em 3 meses, e donde o «sewage» sai transformado em água límpida e inofensiva, que vai irrigar os campos da vizinhança.

O sanatório é abundantemente fornecido de água, captada a 4 Km. de distância, e distribuída por tòdas as suas dependências em canalizações de ferro zincado.

Quer dizer, o sanatório é uma pequenina cidade, uma cidade-jardim especialmente construída para os doentes do peito.

Por isso mesmo, por êste destino tão particular da cidade, a sua edificação se fez numa altitude cujo clima foi prèviamente estudado; por isso mesmo as suas habitações têm galerias de cura e todos os requisitos duma higiene rigorosa pelo que diz respeito às suas paredes, ao seu soalho, ao arranjo e capacidade dos seus quartos, ao seu aquecimento, ventilação, iluminação, etc.; por isso

mesmo há uma rigorosa higiene colectiva nos serviços de remoção de lixos, de esgôto, de provisão de águas, de desinfecção, etc.

De facto, a tôdas estas condições é preciso atender num sanatório.

As paredes devem ter pinturas lisas, impermeáveis e fàcilmente laváveis, e na Guarda vão os Senhores encontrá-las pintadas a «ripolin» na parte inferior mais sujeita a contactos infectuosos, e caiadas na parte superior onde êstes contactos são já menos prováveis.

Os pavimentos devem permitir uma limpeza fácil a pano húmido, e devem ser construídos de forma a abafar os ruídos quanto possível, como convém ao repouso dos doentes. Em 1912, quando com o curso dêsse ano visitei o sanatório Sousa Martins, tratava-se de atapetar os soalhos com feltro coberto de «linoléum,» melhoramento que simultâneamente contribui para a tranquilidade e estabilidade térmica do meio. Com êste mesmo fim costumam também usar-se camadas de areia e de carvão cobertas dum «parquet».

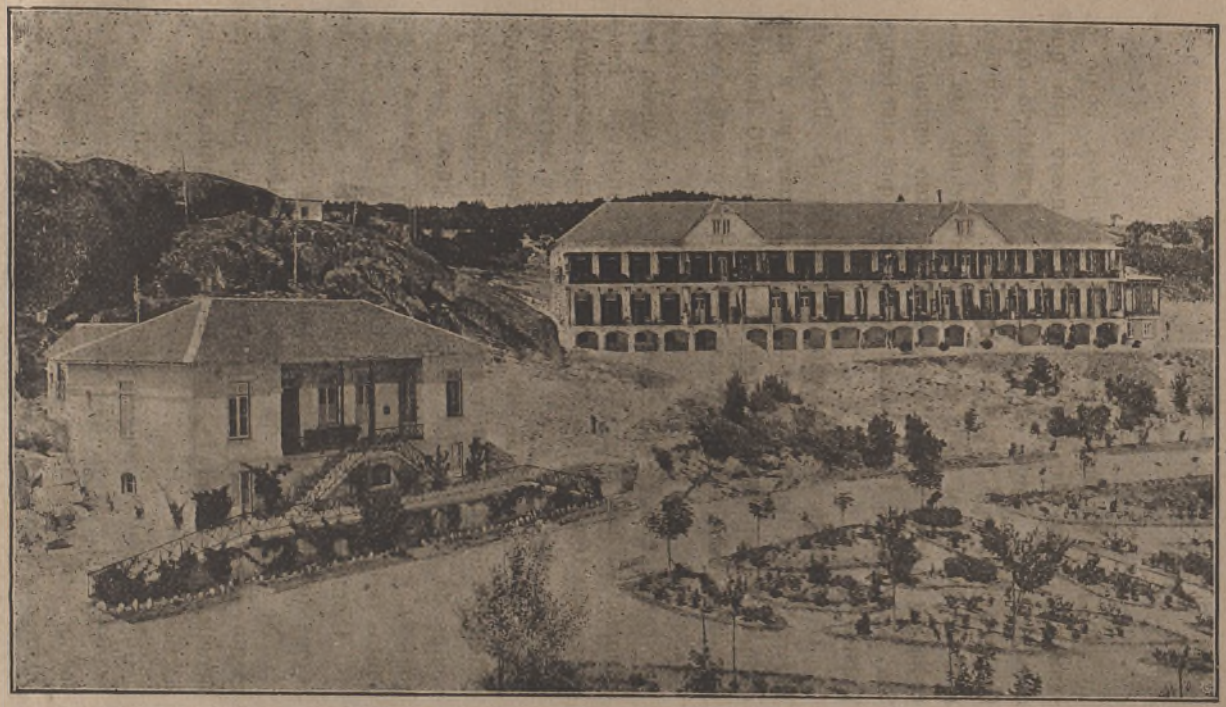
Os quartos dos doentes têm uma mobília simples mas cómoda, severa mas elegante, fácil de limpar, como num sanatório se exige. Todos têm mesas com lavatórios, mas o melhor sistema sob êste ponto de vista é, certamente, o que encontrei em 1910 no sanatório de Lamotte-Beuvron, perto de Orléans, onde em cada quarto o lavatório está encaixado na parede, numa espécie de armário que o doente abre quando precisa, e que o criado pode abrir também pelo lado de fora, fazendo assim a limpeza mais cómoda e prontamente. A sua cubagem é de cêrca de $40^{m3.}$ nos quartos individuais, é de $30^{m3.}$ por pessoa nos quartos colectivos, números que podem ser reduzidos quando se

trate de crianças. A ventilação é largamente garantida por janelas munidas de bandeiras móveis e de persianas, janelas que devem, aliás, estar sempre completamente abertas, evitando, contudo, correntes de ar sensíveis para o doente.

Em quási todos os sanatórios, como no da Guarda, os quartos de cada pavimento abrem para uma vasta galeria de cura, onde os doentes passam pelo menos as horas regulamentares de repouso, respirando a atmosfera livre e pura da montanha, deitados nas suas cadeiras de cura, em silêncio, para se pouparem até ao esfôrço da conversa. Há, porém, vários tipos de galerias de cura: colectivas e isoladas; fixas e giratórias; podendo adaptar-se na fachada em que não haja ventos; anexas aos quartos ou situadas a distância, em local apropriado para onde os doentes se transportam.

O aquecimento dos aposentos é, também, necessário, mantendo-se a temperatura em média a 18° C. Dos diferentes processos de aquecimento o que mais convém é o aquecimento central pelo vapor de água, como na Guarda se faz no pavilhão n.° 1, sendo sempre de regeitar o aquecimento local que prejudica a atmosfera. Pela mesma razão deve preferir-se a iluminação eléctrica, que é a usada no sanatório Sousa Martins.

Pelo que diz respeito à higiene colectiva, é preciso atender, sobretudo: à provisão de águas, considerando a sua origem, a sua prévia depuração, as possíveis inquinações no seu transporte e a sua quantidade (400$^{l.}$ por pessoa e por dia); à desinfecção de aposentos, roupas, escarros e louças; aos processos de recepção, evacuação e depuração das imundícies líquidas, utilizando leitos bacterianos oxidantes, e campos de irrigação a distância.



Sanatório Sousa Martins — Laboratório e Gabinete de consulta — Pavilhão n.º 1 — Jardim

Ao lado de sanatórios assim completos, como o sanatório Sousa Martins, há outros no nosso país que constam dum único edifício. Tal é o sanatório para ferro-viários em S. Brás de Alportel, e outro, também para ferro-viários, que está sendo construido em Paredes de Coura, sob a direcção do distinto engenheiro Snr. Vasconcelos Pôrto, autor do projecto que aqui temos presente.

O sanatório Vasconcelos Pôrto, de S. Brás de Alportel, está situado no lugar de Almargem, a um quilómetro daquela vila, e tem cómodos para 20 doentes, dispostos em cinco camaratas, com quatro camas cada uma.

Temos também hoteis-sanatórios. No Caramulo, por exemplo, há dois já prontos e um em construção. Êstes hoteis não têm galerias de cura: os doentes deslocam-se para a floresta onde põem a sua cadeira sob barracas improvisadas, e onde podem demorar-se, sem fiscalização embora, o número de horas prescrito pelo médico. Outros pontos do país há onde os tuberculosos curam com freqüência, e para onde é hábito mandá-los, mas a êsses pontos terei ainda ocasião de referir-me.

Utilidade dos sanatórios. — Variadas são as vantagens do internamento sanatorial dos tuberculosos.

No sanatório ficam os doentes *isolados*, num isolamento que os beneficia, favorecendo-lhes a cura, e que beneficia a sociedade, impedindo a disseminação dos bacilos.

No sanatório ficam os doentes *sob a fiscalização permanente do médico*, que vai com o seu conselho ao menor sinal de alarme, que anima e vigia o doente, conduzindo-o à cura pela disciplina moral e material que deve

saber impor-lhes — e sem disciplina não há tuberculoso que cure, como não há vida possível individual ou colectiva.

O sanatório é uma *escola de higiene*, na qual o doente pode e deve aprender a defender-se da doença que o mina: na alimentação que lhe convém, no tempo que deve descansar, nos hábitos que o prejudicam, na luta contra o contágio, etc.

Internado, o *tuberculoso melhora* quási sempre; melhora o seu estado geral e local, atenuando-se a tosse, diminuindo a expectoração, baixando a febre, parando os suores, reaparecendo o apetite, aumentando o pêso, etc. Claro que estas melhoras dependem do estado em que o doente se interna, pois nos sanatórios também se morre. Como salvar um doente que tenha um pulmão cavernizado de cima a baixo, uma degenerescência amiloide do fígado, intestino ou rim? Não é possível. Estes doentes não devem sanatorizar-se; mais vale deixá-los morrer socegadamente em sua casa, junto do carinho dos seus.

A cura sanatorial oferece, pois, uma indiscutível superioridade sôbre a cura no domicílio. Que mais não fôsse, bastava a fiscalização do médico, que nem o doente imagina quanto vale, e que na clínica particular tem de ser forçosamente precária. O valor desta fiscalização diária sente-se bem nas salas da nossa clínica, onde, por motivo da vigilância exercida por todos nós — professor, assistentes, estudantes e pessoal de enfermagem — se fazem tratamentos, cuja responsabilidade eu dificilmente assumiria estando os doentes em sua casa.

No nosso país a cura sanatorial só aproveita infelizmente aos ricos; mas o internato dos pobres seria dum bem mais largo alcance social, porque se evitariam muitas mortes em lôbregas mansardas sem ar nem luz, muitos

contágios familiais por falta de higiene, restituindo à sociedade, aptos para o trabalho, indivíduos que só poderiam parasitá-la num período maior ou menor, enquanto pudessem viver torturados de miséria e de doença.

Se todos os países, como a Alemanha, compreendessem o capital que representa uma máquina humana apta a trabalhar, todos, independentemente mesmo de razões de sentimento, procurariam curar os seus tuberculosos, disseminando sanatórios como a mais profícua defesa de interêsse colectivo. A Alemanha é o país onde melhor se compreendeu a função social do sanatório, e em geral tôda a luta contra a tuberculose.

Estatísticas. — Não há divergência entre as concepções teóricas que dos sanatórios nos fazem esperar uma larga percentagem de curas, e os benefícios colhidos pràticamente da sua utilização, já hoje bem afirmados por numerosas estatísticas, algumas das quais eu tenho arquivado durante a minha vida clínica, podendo, porisso, fazer-lhes aqui referência.

Os primeiros resultados foram colhidos por Hermann Brehmer, que em 1857 fundou o sanatório de Görbersdorf, colhendo nêle uma percentagem de curas que oscila entre 30 a 35 % dos doentes internados.

O Dr. Ott, de Grünewald, conseguiu organizar uma estatística que abrange 11.704 doentes, que viveram entre 2 a 7 meses em 39 sanatórios de altitudes diferentes, na Alemanha, na Suíça, na Rússia, na Inglaterra e na América. Dessa estatística são os números seguintes:

Curas	14 %
Melhoras	64 a 93 %
Desaparecimento de bacilos	8 a 35 %
Recuperação da capacidade de trabalho . .	64 a 93 %

Em 683 operários, segurados duma companhia de seguros das cidades hanseáticas, verificou o Dr. Reiche que:

— Uns não puderam ser aceites nos sanatórios, pela gravidade das lesões, sobrevivendo no máximo 48 meses, a contar do dia em que a sua doença foi registada;

— Outros, embora tuberculosos no 3.º grau, foram internados, e dêles 50 % saíram melhorados por forma que, 6 e 7 anos depois da saída, ainda mantinham a sua capacidade para o trabalho.

No sanatório de Bâle, de 1895 a 1898, foram feitas estatísticas baseadas em centenas de casos, mostrando que dos doentes internados 73 % recuperaram à saída a sua capacidade de trabalho, mantendo-se esta em 59 % passado um ano, e em 58 % três anos depois.

Os doentes sanatorizados, em regra, aumentam de pêso, embora se queixem da alimentação, que os desgosta, já pela sua uniformidade, já pela doença que lhes diminui o apetite.

Da estatística a que me venho referindo, do sanatório de Bâle, se vê que 70 % acusavam no fim de quatro anos um pêso superior ao que tinham no momento da saída. Também por ela se verifica que, no fim do mesmo tempo, o estado pulmonar prosseguiu melhorando em 30 % dos doentes e se manteve estacionário em 51 %, o que dá um estado favorável de 81 % dos casos.

Outras estatísticas baseadas em números menores acusam resultados análogos.

Dettweiller, do sanatório de Falkenstein, refere que de 98 doentes internados, 72 mantinham a sua cura 3 anos depois, 12 recairam mas restabeleceram-se, 11 morreram quási todos com doenças intercorrentes, e 3 viram o seu padecimento agravar-se. Dos 72 que mantiveram a cura, 27 eram primitivamente portadores de lesões leves, 28 de lesões médias, e 17 de lesões graves. O sanatório de Falkenstein já antes da guerra estava transformado em casa de saúde para oficiais militares.

Turban diz que $^{2}/_{5}$ dos tuberculosos estavam aptos para o trabalho 3 anos depois de deixarem o seu sanatório, em Davos-Platz.

Outro facto que as estatísticas comprovam é a superioridade da cura sanatorial sôbre a cura livre. Entre nós é, como já lhes disse, freqüente mandarem-se os doentes para o Caramulo, onde êles chamam os médicos de Tondela, a cujas prescrições se submetem ou devem submeter-se. Todavia, a cura é livre, a vigilância médica precária ou impossível, e, por isso, eu creio que se no Caramulo houvesse um sanatório fechado mais brilhantes seriam os resultados, outro seria o êxito obtido. E para lamentar é que já não esteja construído na região do Caramulo um grande sanatório, porque o lugar do Gardão presta-se admiràvelmente para o tratamento climatérico da tuberculose pulmonar.

Em Görbersdorf, de 1830 a 1859, antes da construção do sanatório, a taxa de mortalidade era de 7 ‰, e de 1860 a 1885, depois da abertura do sanatório, esta taxa baixou a 4,5 ‰. Em Falkenstein passou-se um facto semelhante. De 1859 a 1876 a taxa de mortalidade máxima por tuberculose foi de 33 ‰ e a mínima de 7 ‰; depois da

abertura do sanatório, de 1877 a 1894, estas taxas passaram a ser respectivamente de 17 ‰ e de 5 ‰.

Na Guarda, os resultados obtidos são também dignos de apréço: curas 25 % e regresso ao trabalho 35 %. Se considerarmos apênas os tuberculosos internados no 1.º período da doença, a percentagem de curas eleva-se então a 80 %, segundo a estatística do ilustre tuberculogista, Dr. Lopo de Carvalho.

Resultados clínicos. — Nas estatísticas mencionadas, várias vezes empregámos a palavra *cura*, sôbre cuja significação é preciso que nos entendamos. A palavra cura tem para nós, clínicos, um significado diferente do que o público lhe dá, pois que êste chama cura à regressão completa das lesões, à volta dos pulmões ao estado anterior à doença, e nós ao regresso do organismo a uma fisiologia normal ou higida.

Evidentemente que os pulmões não voltam a ter a primitiva elasticidade, que ficam as cicatrizes, tanto mais inofensivas quanto mais pequenas forem.

Por clínicamente curado deve, pois, entender-se o doente que sái do sanatório sem tosse, sem expectoração ou com expectoração mucosa, sem bacilos, com sinaís estetoscópicos de cicatrização pulmonar, com aptidão para o trabalho, e com todos os seus órgãos funcionando sob uma fisiologia normal. Quási curados serão os doentes que ficam sem bacilos, mas nos quais, a cicatrização não sendo completa, se ouvem ainda nos vértices alguns sarridos, que não devem confundir-se com sarridos de enfisema.

Entendendo assim a cura, os sanatórios são meios evidentes de curar tuberculosos, e a cura é quási certa para os tuberculosos do 1.º grau, que sigam rigorosamente o tratamento de Brehmer.

Estabelecimentos em relação com sanatórios. — A sanatorização dos tuberculosos implica, para a sua maior proficuidade, a existência de três categorias de estabelecimentos, que devem ser considerados auxiliares dos sanatórios: hospitais, dispensários e colónias agrícolas.

Os *hospitais* ainda devem dividir-se em gerais, de convalescença e especiais.

Nos hospitais gerais devem ser seleccionados os doentes que, internados com outros padecimentos, se verifica serem tuberculosos, ou que durante o internato se tuberculizam em seguida a qualquer doença aguda. Alguns dêstes hospitais possuem enfermarias destinadas aos bacilares, como o Hospital do Rêgo, em Lisboa, e o Hospital Semide, no Pôrto, ainda não aberto pela Santa Casa, mas especialmente destinado a doentes do peito.

Os hospitais de convalescença destinam-se aos convalescentes de doenças agudas, aos cloróticos, aos depauperados. No Pôrto há um hospital de convalescença, o Hospital da Prelada, mas só recebe mulheres e não tuberculosas. Como durante a convalescença os doentes alguns trabalhos podem realizar, hospitais há onde os doentes trabalham mais ou menos tempo, segundo as suas fôrças, em misteres que os não possam prejudicar.

Tive eu ocasião de visitar na Bélgica o hospital de convalescentes de Linkebeck, onde havia muitas cloróticas, e onde todos os doentes se ocupavam, em trabalhos agrícolas, de costura, etc. Êste hospital, bem como o de Alsenberg, para tuberculosos, pertencem à Assistência Pública, de Bruxellas.

Os hospitais especiais seriam especialmente destinados a receber os casos incuráveis, doentes cuja incurabilidade lhes não permite a vida em comum. Se entre nós houvesse

dêstes hospitais, não teríamos de assistir a espectáculos tristes, degradantes e vexatórios para um país, como o que se me deparou há pouco tempo, junto do meu consultório. Um soldado, que voltou da grande guerra tuberculoso, teve, por motivo do seu mal, baixa de serviço, vindo cair à porta de minha casa, exausto de fôrças, sem ter ninguém que o socorresse. Êste soldado esteve caridosamente recolhido e protegido pelos camaradas no quartel de infantaria 6, durante alguns dias, até que consegui interná-lo nesta benemérita casa de caridade, que é o Hospital de Santo António.

Os *dispensários* prestam admiráveis serviços na luta anti-tuberculosa, procurando e seleccionando os tuberculosos a hospitalizar e a sanatorizar, dando consultas, fornecendo medicamentos e, sobretudo, vulgarizando a higiene que todos os tuberculosos devem conhecer. Em Portugal, a Assistência Nacional aos Tuberculosos construiu dispensários em vários pontos do país, no Pôrto, em Lisboa, Viana, Faro, etc.; e se mais não há é porque médicos e autoridades locais não empenharam todo o seu esfôrço na devida oportunidade, porque a A. N. T. teve meios que hoje não tem, e lhe permitiriam difundir mais largamente estas instituições, cuja utilidade é indiscutível.

As *colónias agrícolas* correspondem à necessidade de haver, para os tuberculosos curados, ou quási curados, uma fase preparatória de trabalho graduado segundo as suas fôrças, antes de retomarem o seu trabalho habitual. Nas colónias agrícolas os doentes preparam-se para a vida ordinária sob uma cuidadosa fiscalização médica, que evita recaídas, podendo aí mudar de profissão, quando a que tinham por fatigante lhes não convenha. Para o trabalho são os doentes divididos em três categorias, conforme a sua resistência lhes permite trabalhar 4, 6 ou 8 horas.

*

Climas sanatoriais. — Quanto ao clima do local em que são construidos os sanatórios, dividem-se êstes em sanatórios de montanha ou de altitude, sanatórios marítimos e sanatórios de planície.

Convém saber que não há climas privilegiados, que a tuberculose aparece na montanha como na planície, desde que na montanha as habitações se aglomerem, e que na planície pode não aparecer desde que lá se respire uma atmosfera tão pura como ordinàriamente é a das montanhas.

O que há é um conjunto de condições que podem favorecer a cura do doente e a aplicação do método brehmeriano. Estas condições é que variam da planície para a montanha e da montanha para o mar. E como são variáveis as formas de tuberculose, assim as indicações do clima a escolher para o tratamento variam também, sendo, porém, certo que se podem obter curas de tôdas as formas em todos os climas.

Condições climatéricas há que são exigidas em qualquer região, quando nela se pretende estabelecer um sanatório, porque sem essas condições, que dizem respeito ao terreno e à atmosfera, o tratamento brehmeriano não dá, nem pode dar, os resultados que se pretendem.

O terreno deve ser extenso, para que permita a construção do sanatório com todos os seus anexos, parques, passeios, hospital, lavandaria, etc.; deve ser sêco e permeável, tendo nas proximidades água potável em quantidade suficiente; deve, enfim, ser protegido contra os ventos por contrafortes de montanhas, ou por florestas, ou pela disposição particular dos pavilhões.

Ás condições climatéricas do terreno deve associar-se a facilidade de comunicações e a distância a que fica o sanatório dos grandes centros de actividade humana. É preciso que o sanatório seja de fácil acesso aos doentes, para não suceder como em alguns logares de Trás-os-Montes meus conhecidos, admiráveis para a cura de Brehmer, mas para atingir os quais é indispensável andar

Sanatório Souza Martins — Um chalet

4 ou 6 horas a cavalo. É preciso evitar as proximidades de fábricas, oficinas, cemitérios, estradas de grande trânsito, etc., por causa das poeiras, dos fumos e fuligem das chaminés, dos ruídos que incomodam — mas sem que os mercados fiquem tão distantes que tenha de reduzir-se a alimentação dos doentes aos recursos, tantas vezes mais que precários, de qualquer aldeia mais próxima.

Quanto à atmosfera, variados são também os factores

que temos de considerar. Os nevoeiros são um terrível inimigo dos tuberculosos e, infelizmente, no nosso país poucas são as regiões em que a atmosfera, livre de vapor de água condensado, se mantenha em tôdas as estações límpida e transparente.

O ar deve ser puro e esta condição, de capital importância, explica só por si a impossibilidade da cura em certos meios, cujo ar tenha impurezas, quer químicas, quer corpusculares, microbianas ou não.

Mas não basta a pureza química e bacteriológica do ar, porque também as súas qualidades físicas — estado higrométrico, pressão, temperatura e rádio-actividade — entram na sua valorização como factores higiénicos da cura. É preferível uma atmosfera cujo estado higrométrico, não muito elevado, seja estável; é preciso que a distribuição das pressões na região, causa principal da circulação atmosférica, não provoque ventos constantes ou periódicos; preciso é que haja estabilidade térmica, porque a tuberculose curando entre nós tanto nas regiões quentes como nas frias, melhor ainda nas frias, é altamente prejudicada pelas bruscas oscilações da temperatura.

Postas estas condições, comuns a todos os climas sanatoriais, condições há que individualizam cada um dêles — o de montanha, o marítimo e o de planície.

O *clima de montanha* tem uma atmosfera sêca, de temperatura baixa no inverno, de pressão inferior à normal, e rica em substâncias rádio-activas. A sua acção fisiológica, que regula as suas indicações terapêuticas, é excitante, traduz-se por um acréscimo da actividade digestiva e respiratória, por uma hiperglobulia e aumento de hemoglobina. Sendo excitante êste clima, tonifica pela excitação que produz.

O *clima marítimo* caracteriza-se por uma atmosfera húmida, de temperatura constante, de pressão variável, rica em ozono e cloreto de sódio. Quási sempre no litoral abundam os pinheiros — o Pinus maritima, Lamk. — e esta arborização é, pelos seus produtos resinosos, útil aos bacilares. Fisiológicamente, êstes climas são sedativos.

O *clima de planície* tem caracteres menos precisos, mais variáveis com a região escolhida, não possuindo, sob o ponto de vista fisiológico, nenhuma acção especial sôbre o organismo. É um clima neutro.

Resumindo: as condições indispensáveis, as absolutamente necessárias, as que valorizam um clima sanatorial, são, pois, *pureza do ar, solo permeável e protecção contra o vento.*

Ora estas condições encontram-se em tôda a parte. Esta impressão tenho-a da minha clínica e da visita que fiz a sanatórios estranjeiros em 1910.

Sucede, porém, que, muitas vezes, nas necessidades emergentes da clínica, somos levados a sanatorizar os doentes, e então cumpre saber como se escolhe um sanatório.

Indicações e contra-indicações. — O internamento e a escolha dum sanatório tem de decidir-se em face das condições impostas pelo doente, atendendo ao seu estado pulmonar, ao estado de outros órgãos, ao estado geral, moral e físico, à forma e evolução da doença.

E', porisso, que lhes aconselho sempre que, antes de sanatorizar um doente, o estudem com cuidado, demoradamente. O doente é, por exemplo, um febril, é preciso saber de que depende a sua temperatura, em que circunstâncias da sua vida ou com que outras perturbações orgânicas vem ela coincidir, porque só dêste modo se podem tirar conclusões terapêuticas. E não esqueçam que, quando uma tuberculose evoluciona bem, é sempre pre-

ferível curar o doente no seu meio, como preferível é deixá-lo ficar no seio da família, tôdas as vezes que não haja esperança de obter melhoras.

Os sanatórios de planície convêm a todos os casos, são sanatórios neutros, cujas indicações são conjuntamente as duma praia e as da montanha. Convém aos tuberculosos excitáveis, sujeitos a bronquites e impulsos congestivos, podendo, todavia, dizer-se que não há contra-indicações, havendo apenas a discutir se valerá a pêna transportar o doente do seu meio habitual para o sanatório, quando as suas lesões forem muito extensas e intensas. A planície é tanto mais útil quanto melhor fôr o estado geral do doente: sem febre, sem albumina, sem açucar, sem diazo--reacção, sem taras hereditárias, tranqüilo, de idade avançada, com robustez torácica e geral.

Estes sanatórios são muito úteis para operários e pessoas da classe média, porque permitem a cura no meio habitual do doente, no meio em que êle terá de residir e trabalhar.

Mais restritas são as indicações dos sanatórios de montanha. Convém às tuberculoses iniciais, aos casos em período de germinação, em que a infiltração não vai além de meio lobo pulmonar, ou a fusão é muito limitada. Convém ainda aos tuberculosos anémicos, tranqüilos, àqueles cuja tuberculose evoluciona lentamente, sem febre, ou com ligeira temperatura. Estão, porém, contra-indicados nos processos pulmonares extensos, nos tuberculosos hécticos, caquécticos ou emaciados, nas formas de evolução rápida ou com temperatura elevada, nos enfisematosos e nos indivíduos de constituição eréctil, porque excitável é a montanha. Estão contra-indicados ainda nos casos em que haja uma forte participação laríngea, uma má circulação

periférica, (cianose fácil, fraca resistência ao frio), com hemoptises de repetição, nos albuminúricos, nos diabéticos avançados e nos cardíacos. Muitos autores reduzem estas contra-indicações apenas à insuficiência cardíaca.

Os sanatórios marítimos, êsses são particularmente úteis nas tuberculoses ósseas e ganglionares. Com êles beneficiam também os bronquíticos, os escrofulosos, os hemoptoicos e erécteis, porque o clima é sedativo.

E, para terminar, aqui lhes dou uma nota dos sanatórios, estações de cura, de vários lugares aproveitados em o nosso país para tratamento climatérico da tuberculose.

Logares de cura em Portugal. — Sanatórios marítimos: Carcavelos (70 leitos), Sant'Ana em Cascais (crianças 60, cardíacos 20, cancerosos 20), Outão (120 leitos, crianças do sexo feminino até 12 anos), em Valadares o Sanatório Marítimo do Norte, e Gelfa em Afife.

Sanatórios de planície: Seixoso.

Sanatórios de Montanha: Sanatório Sousa Martins na Guarda, Sanatório dos Hermínios na Covilhã, Sanatório Montanha e chalés na Serra da Estrêla; em Unhais da Serra também se encontram terbuculosos. Em S. Brás de Alportel e em Paredes de Coura há, como já lhes disse, sanatórios para ferro-viários, êste último em construção.

Hospitais para tuberculosos: Hospital suburbano de Portalegre, Hospital do Rêgo, Hospital de Famalicão, Hospital Semide, etc.

Logares freqüentemente aconselhados para a cura sanatorial: Paredes de Gardão, no Caramulo, Monte da Penha, em Guimarães, Paredes de Coura, no Alto Minho, S. Brás de Alportel, no Algarve, e Falperra, perto de Braga.

São óptimos climas para êste fim os de Vinhais, Vila Pouca de Aguiar e Vizeu.

ÍNDICE