

RAUL DE FARIA
Ex-Assistente do Sanatório do Repouso

O guia do tuberculoso

«É preciso que os médicos
procedam e ensinem a pro-
ceder profilaticamente».

D. ANTÓNIO DE LENCASSTR.



EMPRESA LITERÁRIA PLUMINENSE, L.^{da}
125, RUA DOS RETROSSEIROS, 125
LISBOA

O guia do tuberculoso

EDIÇÃO DA EMPRESA LITERÁRIA FLU-
:: :: MINENSE, L.^{DA} — LISBOA :: ::
TIP. DA SOCIEDADE DE PAPELARIA, L.^{DA}
Rua da Boavista, 321 • Pôrto • 1924

RAUL DE FARIA

EX-ASSISTENTE DO SANATÓRIO DO REPOUSO

O guia do tuberculoso

«É preciso que os médicos procedam e ensinem a proceder profilaticamente».

D. António de Lencastre.



CENTRO EDITORIAL
COMANDO DE CAPITALMO

RC
MNCI
616
FAR

EMPRESA LITERÁRIA FLUMINENSE, L.^{DA}

125, RUA DOS RETROSEIROS, 125

LISBOA

Considerações gerais



EDUCAÇÃO higiênica do tuberculoso é a melhor base da profilaxia da tuberculose. Tem-se escrito muito sôbre a tuberculose e o seu valor social, mas ainda não conheço uma única publicação escrita em termos acessíveis ao alcance dos leigos e que ensine ao tuberculoso os cuidados que necessita ter com a sua doença, mostrando-lhe quanto êle pode evitar a propagação do seu mal e o grande valor que desempenha na profilaxia da tuberculose.

Identificá-lo com a sua doença, mostrar-lhe os seus perigos e ensinar-lhe a ter os cuidados higiênicos próprios à sua enfermidade, quer sob o ponto de vista pessoal, quer sob o ponto de vista colectivo, é dar um enormíssimo passo na luta contra a tuberculose.

Essa luta foi esboçada entre nós a quando da fundação da Assistência Nacional aos Tuberculosos e

pela Liga Nacional contra a Tuberculose, fazendo publicar folhetos e artigos nos jornais dando conhecimentos práticos aos tuberculosos.

Mas essa humanitária campanha caíu em desuso, cansada pelo trabalho que requeria e ainda pelos poucos resultados práticos que alcançava.

Ainda estão bem patentes ao público da Capital as placas de ferro esmaltado que se vêem em todos os carros eléctricos e que rezam assim:

**É PROIBIDO CUSPIR
SOBRE QUALQUER PARTE DO CARRO**

Pena 50 centavos de multa

Edital do Governo Civil de 14 de Março de 1902

Estas placas, longe de evitar que os sebentos passageiros escarrem para o chão, constituem hoje apenas uma reliquia da luta contra a tuberculose. Pois se até os próprios condutores dos eléctricos salivam os dedos para cortar os bilhetes que alguns passageiros imprudentemente dão às crianças!

Foi uma campanha que teve o seu apogeu e que hoje não passa dum mero valor histórico da tisiologia!

Culpa dos distintos médicos e higienistas que a tomaram a peito? Não; êsses só merecem os nossos

melhores agradecimentos; a culpa é do povo, que se fatiga ouvindo sempre a mesma prêgação, deixando por fim de fazer caso dela; costuma-se dizer que água mole em pedra dura tanto dá até que fura; pois nesta benéfica cruzada aconteceu precisamente o contrário.

E' preciso recommençar essa campanha e um dos melhores elementos é educar o tuberculoso, fazendo-lhe ver os perigos que a sua doença tem para si próprio e para as outras pessoas, a maneira de evitar o contágio e ainda ministrar-lhe os conhecimentos indispensáveis para que êle se saiba conduzir no seu tratamento.

E' o fim dêste pequeno trabalho.

A doença dos pulmões é uma doença comum nos países civilizados e encontra-se com maior freqüência nos grandes centros populosos, isto é, nas cidades.

Isto explica-se:

- 1.º pela aglomeração em casas pequenas e sem luz, onde a higiene falta quasi em absoluto;
- 2.º pelas dificuldades da vida, não permitindo uma boa alimentação;

3.º pela maior facilidade do contágio nas escolas, casernas, *ateliers*, escritórios, etc.

São estes os principais factores a que se deve o desenvolvimento da tuberculose e que pela sua importância devem viver sempre na mente, quer do tuberculoso, quer das pessoas que o rodeiam.

Como estes três factores são os que dominam nas classes pobres, não é de surpreender que a tuberculose os ataque de preferência.

Poderá imaginar-se que as classes ricas, onde não falta a boa alimentação, habitando geralmente casas saudáveis e que podem ter os necessários cuidados higiênicos, devem estar livres desta terrível doença.

Tal não sucede e a prova é que os sanatórios frequentados por doentes abastados estão geralmente cheios e não são êles tão poucos que, para os encher, não seja precisa uma enorme légião de doentes com bastantes meios de fortuna, como os da Suíça, Alemanha, França, etc. Como se explica tal facto que parece um paradoxo?

E' que as próprias classes ricas também estão sujeitas a estes três factores da propagação da tuberculose, embora em menor escala.

Assim, a alimentação, se não é insuficiente, é por vezes mal regulada, sem horas e até por vezes pouco

substancial, o que vai depauperando o organismo quasi despercebidamente, trazendo-lhe uma menor resistênciã e deixando-se por isso vencer no caso da infecção pelo micróbio da tuberculose.

E' notório que muitas meninas deixam de se alimentar suficientemente, para não engordarem, receosas de perderem a elegância... Outras ainda, com o mesmo fim, fazem uso do vinagre, limonadas e chá em abundância, sem reparar que também vão enfraquecendo e que por vezes se tornam umas doentes do estômago e intestinos, o que ainda mais as depaupera.

Os bailes, que a fadiga da dança muito prejudica a saúde, são o maior divertimento das meninas e rapazes da moda; passam horas a dançar em salas fechadas, onde a poeira se confunde com os pares e em uma atmosfera quente que os sujeita a constipações e a gripes, que, não sendo bem tratadas, veem despertar um processo tuberculoso que dormia quasi o sono da morte.

A higiene também não abunda nas casas dos ricos, e é comum encontrarmos salas de visitas espaçosas onde o ar, a luz e o sol dão uma nota de alegria e de vida, a contrastar com acanhados, sombrios e húmidos quartos de cama, onde tudo é tristeza e propício à doença.

Estes são dois dos principais factores do enfraquecimento do organismo, que podem trazer como consequência o despertar duma tuberculose incubada.

Mas, além destes dois factores, também os ricos estão sujeitos ao grande factor geral do contágio; umas vezes é um parente portador duma tuberculose ignorada, lançando inconscientemente os bacilos à roda de si; embora isto pareça um impossível, não se ignora hoje que há velhos e mesmo novos sofrendo de bronquite crónica tuberculosa, sem que ela haja sido diagnosticada. Outras vezes é um parente tuberculoso, cuja doença é conhecida, mas à falta de cuidados profiláticos facilita a propagação do seu mal.

Outras ainda é um professor, uma amiga com quem se convive mais assiduamente e até mesmo uma criada, quem semeia no ambiente os bacilos da tuberculose.

Impõe-se, portanto, além dos cuidados higiénicos que evitem o enfraquecimento do organismo, um conhecimento exacto da doença e dos meios de que se pode dispor para evitar o contágio.

A tuberculose é uma doença bastante generalizada e assim como ataca os pobres não poupando os ricos, assim ela ataca da mesma maneira indivíduos de qualquer profissão, desde a mais humilde à mais categorizada.

Algumas profissões há que dão um contingente maior de tuberculosos e essas são as que sujeitam o indivíduo a contactos repetidos com os tuberculosos, como o médico, o enfermeiro, etc. ou as que exigem trabalhos violentos, como a arte de ferreiro, pedreiro, etc, ou ainda as que encerram indivíduos durante longo tempo em casas escuras e sem a suficiente cubagem e arejamento, como os empregados de escritórios, alfaiates, costureiras, etc.

Se percorrêssemos os escritórios, *ateliers* de modista e de alfaiate, oficinas, etc. veríamos como geralmente são deficientíssimas as suas condições higiênicas e encontraríamos uma enorme multidão de operários e empregados de escritório, assim como costureiras e alfaiates, macilentos, magros e que se vão definhando a pouco e pouco já pela sua deficiente alimentação e ainda porque estão sobrecarregados com excesso de traba-

lho fazendo serões e horas extraordinárias na louvável ânsia de angariar maiores proventos, mas que mais os depauperava, por lhes faltar a necessária robustez para arcar com êsse excesso de trabalho.

A regulamentação das horas de trabalho foi uma medida de grande alcance social, porque visa evitar o abuso do patrão, que enclausurava o seu operário ou empregado dias inteiros em casas sem higiene e mal lhes concedendo tempo para se alimentarem.

Antes desta regulamentação entrava o marçano para a loja ao romper do dia e só a abandonava altas horas da noite; era um regime de estiagem, que tornava os rapazes uns futuros doentes.

As horas extraordinárias veem prejudicar esta base social, porque muito operário doente, que mal pode suportar o trabalho normal, arruína a sua saúde com êsse excesso; só a pessoas fortes e bem constituídas se devia consentir o trabalho extraordinário; era um benefício para êles e para a sua descendência.

Supunha-se, ainda não há muitos anos, que a tuberculose pulmonar era uma doença do adulto, que as

crianças não eram atacadas por êsse terrível flagelo e que igual sorte tinham as pessoas idosas.

Hoje, porém, sabe-se que a tuberculose, sendo na verdade uma doença que ataca os adultos, não poupa os velhos e que as crianças, quando convivam com um tuberculoso, são também atacadas da mesma doença, a partir dum ano de idade.

Adiante veremos a importância que tem esta questão, porque ela se liga directamente com a profilaxia da tuberculose. Por agora basta frisar que a doença ataca as pessoas de idade e que as crianças estão extremamente sujeitas a tuberculizar-se quando em promiscuidade com um tuberculoso.

Já não quero referir-me à hereditariedade, isto é, à tuberculose transmitida de pais para filhos, nascendo estes tuberculosos quando aqueles, ou em especial a mãe, sofra dessa doença; esta é uma questão em estudo e não cabe nos estreitos limites dêste trabalho.

Mas o que a propósito devo frisar é que, se o pai ou em especial a mãe não geram tuberculosos, o que é certo é que os seus filhos nascem fracos e que, se não forem afastados após a nascença, do seu convívio, tuberculizam-se fatalmente; esta questão é de tal importância, que os tisiólogos modernos afirmam que a tuberculose é uma doença contraída na primeira infân-

cia e que a tuberculose do adulto não é mais que o despertar das lesões contraídas nos primeiros anos de vida, e que por um processo natural de suposta cura viviam adormecidas.

E' preciso, portanto, afastar as crianças do foco tuberculoso e, quando isso seja impossível, que o tuberculoso e a família saibam proceder de maneira a evitar o contágio.

Êste é um dos pontos primordiais da profilaxia da tuberculose e por isso deve viver sempre na mente, quer dos tuberculosos, quer da família.

Julgou-se antigamente que a tuberculose era uma doença incurável e que todo o individuo tuberculoso era sempre vítima da sua doença em um período mais ou menos longo.

Os médicos modernos sabem quanto esta doutrina é falsa, mas a maior parte dos leigos ainda continuam agarrados a ela e continuam a crer na incurabilidade da doença.

E' uma idea errada, que até certo ponto prejudica os doentes e por isso necessário se torna desfazê-la.

Sabe-se hoje que para cima de 90 % dos adultos são tuberculosos e nem por isso vemos morrer de tuberculose a mesma proporção da população.

Ensinam-nos também os médicos anatomo-patologistas que uma enormíssima parte de adultos que morrem de doenças não tuberculosas, apresentam lesões tuberculosas em via de cicatrização ou cicatrizadas. Por outros processos mais modernos, cuti-reacção, etc., verificamos que os adultos, quási sem excepção, tem sido atacados pela tuberculose e, apesar disso, gozam ou podem gozar uma saúde florescente.

E' portanto a tuberculose uma doença curável e aquela que se não pode considerar curada, é muitas vezes compatível com uma longa existência.

E' de todo o alcance social deixar frisado que a cura da tuberculose é uma cura aparente, a chamada cura clínica, como a seu tempo veremos.

Estas noções parecerão descabidas; porém, se nos lembrarmos que com a crendice da incurabilidade da tuberculose se deixava ao abandono muitos doentes e entregues simplesmente à resistência do seu organismo, na certeza de que nada se podia fazer em seu benefício, o que acarretava uma enorme mortalidade pela tuberculose, reconheceremos o alcance que há incutindo no espírito público noções exactas sôbre a marcha da

doença, fazendo ressaltar a moderna noção de que ela geralmente tende para a cura, desde que se siga um regime apropriado.

E' preciso levantar o nível moral do tuberculoso e que êle não ignore que a sua doença é das mais curáveis, desde que se trate a tempo e receba o tratamento apropriado, não descurando o seu regime higiênico.

Se o tuberculoso se convence da sua incurabilidade, entristece, perde o apetite, desgosta-se com tudo e com todos e não recebe o tratamento; e quantos doentes se julgam incuráveis e são susceptíveis duma boa cura!

E' notório que não quero afirmar que todo o tuberculoso se pode curar; longe de mim tão errónea quão disparatada afirmativa, pois que seria desmentido, dia a dia, com a mortalidade tuberculosa acusada pelas estatísticas.

O que pretendo frisar é que a tuberculose é uma doença curável e que desta verdade deve o tuberculoso convencer-se, para que auxilie a cura com a sua boa disposição moral e os seus cuidados.

No capítulo seguinte damos uns conhecimentos sumários da tuberculose, que tem por fim arreigar no espírito do doente o que é a sua doença, e para que êle compreenda mais nítidamente a razão dos cuidados profiláticos que adiante se recomendam.

Dizer a um tuberculoso que tenha cuidado com a sua expectoração, mandando-o escarrar sempre num escarrador com desinfectante, já é alguma coisa, mas não é o bastante; não sabendo êle a razão dessa recomendação, breve se descuidará e, quando se não descuide por que seja sempre meticoloso na execução dessa medida higiênica, não o fará sempre com os cuidados precisos e a breve trecho terá a expectoração a secar no escarrador, ignorando que está a viciar o ambiente de bacilos. Dizer a um tuberculoso que se alimente bem, sem mais recomendações, é sujeitá-lo à super-alimentação, o que por vezes traz inconvenientes para a sua saúde. Se o doente não tem apetite, recorrerá, por sua alta recreação ou por conselhos alheios e de leigos, a aperitivos que podem prejudicar as suas funções digestivas. Dizer a um tuberculoso que receba ar puro e que

durma com as janelas abertas, sem lhe dar os indispensáveis conselhos que estas medidas requerem, é sujeitá-lo a constipações, bronquites, etc. que igualmente o prejudicam, pois que não possui as bases necessárias para evitar estes perigos.

Quando o doente é vigiado de perto pelo médico, estes inconvenientes desaparecem em parte e alguma dúvida que sobrevenha na execução desta ou daquela medida, desaparecerá com os seus conselhos.

Acontece porém que o médico nem sempre pode vigiar o seu doente e até mesmo que o doente, ignorando o dano que lhe pode trazer estes desvios na sua cura e regime, não interroga o médico e assim se vai prejudicando inconscientemente.

E quantas vezes o doente vive onde não há médico e não tem ninguém que o guie na sua cura?

É para evitar estas faltas que pretendo dar ao tuberculoso noções nítidas da sua doença, fazendo-lhe ver o que ela é, para que compreenda o grande alcance das medidas higiênicas e profiláticas a seu tempo expostas.

Para conseguirmos êste humanitário fim, dando, por assim dizer, cumprimento à máxima do ilustre clínico D. António de Lencastre — E' preciso que o médico proceda e ensine a proceder profilática-

mente — dividimos êste trabalho nos seguintes três capítulos:

- 1.º O que é a tuberculose?
- 2.º Repouso, ar (climas) e alimentação.
- 3.º Profilaxia.

O que é a tuberculose?

Apesar de ser uma doença muito conhecida, a tuberculose é, na realidade, uma das mais misteriosas e mais graves doenças que a humanidade conhece. Ela é causada por um microorganismo, o bacilo de Koch, que se transmite de pessoa para pessoa, principalmente pelo leite de vaca.

Na tuberculose pulmonar, o bacilo de Koch ataca os pulmões e se multiplica, formando focos de infecção. Estes focos podem ser curados, mas, se não forem tratados, podem levar à morte. A tuberculose também pode atacar outros órgãos do corpo, como os rins, o cérebro e a medula espinhal.

Atualmente, há drogas que podem curar a tuberculose, mas o tratamento é longo e exige muita paciência. Além disso, a prevenção é muito importante, pois evita a transmissão da doença. Para isso, é necessário evitar o contato com pessoas doentes e tomar leite pasteurizado.

CAPÍTULO I

O que é a tuberculose?

Bacilo de Koch A TUBERCULOSE é uma doença produzida por um bacilo que foi descoberto na Alemanha, em 1882, pelo sábio Koch, e por isso recebeu o seu nome; a tuberculose é portanto uma doença produzida pelo bacilo de Koch.

Na tuberculose pulmonar o bacilo de Koch aparece geralmente na expectoração, que é uma secreção vinda dos brônquios e dos pulmões; revela-se êste bacilo pelo exame ao microscópio, depois de devidamente preparado pelos processos còrantes.

Quando se suspeita que um doente está atacado de tuberculose, manda-se proceder à análise dos seus escarros, e, quando êsse exame é positivo em relação ao bacilo de Koch, pode-se afirmar que êsse doente é um tuberculoso.

A inversa já não é verdadeira; se a análise dum suspeito tuberculoso não revela o bacilo de Koch, não se pode concluir que êsse doente não seja um tuberculoso.

Embora pareça que não, o conhecimento desta questão tem a maior importância, porque há doentes e mesmo famílias, que não acreditam no diagnóstico da tuberculose, quando a análise vem taxada com o resultado negativo.

A razão desta aparente contradição tem uma simples explicação, que não quero deixar de frisar para melhor conhecimento e compreensão das medidas profiláticas adiante expostas.

A análise negativa pode resultar :

- 1.º Ausência completa de bacilos na expectoração;
- 2.º Ausência temporária de bacilos na expectoração colhida para a análise;
- 3.º Presença de bacilos incompletos.

Passemos a analisar cada uma destas três hipóteses.

- 1.º Ausência completa de bacilos na expectoração.

Como já sabemos, a tuberculose é uma doença produzida pelo bacilo de Koch; nestas condições, toda a vez que o médico afirma que um doente está tuberculoso, e esta afirmação se baseia nos dados clínicos, parte do basilar princípio de que o doente tem bacilos de

Koch nos seus pulmões (no caso da tuberculose pulmonar, que é a que nos interessa).

Como é então que os bacilos não aparecem na expectoração? Pelo simples motivo de que, geralmente, no início da doença, o bacilo está metido numa espécie de casulo, que o isola do meio exterior, e ainda porque a expectoração, no início da tuberculose, não vem geralmente do foco tuberculoso e, desde que não venha do foco tuberculoso, não pode trazer o bacilo de Koch.

Tôda a gente conhece a característica tosse sêca do tuberculoso, e quando o médico, para melhor se elucidar, receita um expectorante ao doente, com o fim de colhêr alguns escarros para mandar proceder à análise, sujeita-se a colhêr expectoração brônquica, que geralmente não está infectada.

Vê-se, pois, como é natural um resultado negativo em uma tuberculose confirmada clinicamente.

Bem sei que há outras doenças pulmonares cujos sintomas se confundem com a tuberculose, podendo-se por isso incorrer no êrro de afirmar que um doente, portador de alguma dessas doenças, está tuberculoso. Mas estas doenças são tão raras, que se podem considerar uma excepção à regra quando tal acontece.

De resto, além da assustadora freqüência da tuber-

culose, ainda o médico pode chamar em seu auxílio o passado doentio do doente e dos seus parentes, a reacção pela tuberculina, os raios X, etc.

2.º Ausência temporária de bacilos na expectoração.

Esta hipótese já admite a circunstância duma tuberculose em período mais avançado e que a respectiva expectoração seja bacilífera.

E' nestes casos que o clínico espera ver confirmado o seu diagnóstico pelo exame bacteriológico, porque nota no doente fenómenos pulmonares que indicam que a doença está em período de deitar para o exterior, através dos brônquios, expectoração vinda do foco tuberculoso.

Nestas condições, a expectoração contém o bacilo da doença.

Acontece, porém, algumas vezes, e não são poucas, que o resultado é negativo. Erro do diagnóstico? não.

É que, ainda nestas condições, a expectoração pode deixar de acusar o bacilo, porque êle não é deitado no exterior duma forma regular e metódica, como se se

tratasse dum movimento regular e rítmico dos ponteiros dum relójo.

O foco tuberculoso vai deitando os seus bacilos para o exterior por intermédio da expectoração; mas o que é verdade é que êsse foco nem sempre está em actividade e, mesmo que o esteja, tem temporadas em que não deita bacilos e, se os deita, são em tão pequeno número, que não são apanhados em todos os momentos. Uma comparação grosseira, mas que servirá para exemplificação:

Um vulcão tem períodos de acalmia e períodos de actividade; no período de acalmia não lança para o exterior a sua lava e, em todo o caso, ninguém ignora a existência dêsse vulcão; no período de actividade também não enche interruptamente as regiões próximas com a sua torrente; tem períodos de aparente acalmia, em que as suas matérias vulcânicas não são lançadas para o exterior, embora êle as elabore constantemente.

O que se passa no foco tuberculoso é precisamente a mesma coisa, salvo as devidas e respeitáveis proporções.

O doente pode colhêr um pouco de expectoração onde não haja o bacilo de Koch, o que não quer dizer que, no momento seguinte ou passado algum tempo, a expectoração já esteja cheia de bacilos.

É por isso que o médico tem por vezes necessidade

de mandar repetir a análise da expectoração duas, três, quatro, e mais vezes, sem que isso represente uma teimosia, ou uma grande vontade de que o seu doente seja por força tuberculoso.

3.º Presença de bacilos incaracterísticos.

Esta é a hipótese que menos interessa o doente, porque só poderá interessar ao bacteriologista, mas não quero deixar de a apontar; é hoje do domínio dos bacteriologistas e dos tisiólogos que o bacilo de Koch pode apresentar-se com formas incaracterísticas, que por vezes não permitem dar com segurança o resultado duma análise.

A sua razão não cabe nos modestos fins d'este trabalho e para interêsse do doente apenas o friso, para que êle saiba que muitas vezes a sua expectoração tem bacilos de Koch, que não são fácilmente diagnosticáveis pelo microscópio, e nestas condições o bacteriologista recomenda ao médico a necessidade de se repetir a análise, sem que também tenha grande vontade de ver as suas análises com resultados positivos.

Eis, pois, mais um motivo de repetição de análises.

Contágio JÁ SABEMOS que a expectoração do tuberculoso contém geralmente bacilos de Koch e que é este bacilo o germe da tuberculose.

Nestas condições, fácil é compreender como o bacilo anda espalhado na atmosfera, porque muitos doentes bacilíferos escarram para o chão, e com a acção do tempo o esputo seca, libertando o bacilo, que é arrastado pelo vento juntamente com as poeiras.

Nos lugares mais frequentados por tuberculosos, como hospitais, a própria casa do tuberculoso, etc., é onde se encontra maior porção de bacilos espalhados no ar.

Há uma experiência que o demonstra bem e que consiste em analisar as mucosidades extraídas do nariz e bôca dos médicos, enfermeiros e estudantes, quando saem da enfermaria de tuberculosos; este exame revela grande quantidade de bacilos nessas mucosidades, quando o exame feito antes da entrada na enfermaria era negativo.

Com estes conhecimentos já não é difícil compreender como se dá a infecção em um individuo sadio:

basta que êle respire o bacilo, que infelizmente anda hoje muito espalhado no nosso meio.

Parece à primeira vista que, com uma tão grande difusibilidade do bacilo, tôda a gente o deve receber e que tôda a gente se deve tuberculizar; felizmente, não é assim.

Para que um indivíduo se infecte pelo bacilo é preciso que êle esteja em condições de se infectar, isto é, que o bacilo entrado no organismo encontre terreno onde acoitar-se; isto acontece nos indivíduos cuja resistência orgânica está diminuída quer por deficiente alimentação, quer por excesso de trabalho ou orgia, quer pela convalescença duma qualquer doença, quer ainda por um traumatismo, etc.

Outras vezes, e é a regra geral, o bacilo vai instalar-se em um indivíduo cujos brônquios, pulmões, gânglios, etc., já teem sido infectados anteriormente pelo bacilo de Koch, supondo-se êsse organismo em estado de perfeita cura, mas que deixou o terreno propício a uma nova infecção.

Emfim, o escarro do tuberculoso, quando carregado do bacilo de Koch, único agente que produz a tuberculose, e quando deixado ao abandono, liberta os seus bacilos que se vão fixar no nariz e garganta das outras pessoas, podendo infectá-las.

As crianças são as maiores vítimas desta infecção, e quando elas convivem com um tuberculoso que lança os seus escarros para o chão ou em um escarrador sem desinfectante enérgico, breve se infectam pelo bacilo de Koch que, uma vez acantonado no organismo, jamais o abandona, tornando-se um hóspede permanente.

*

* *

Portas de entrada DESDE que sabemos que o bacilo da tuberculose anda espalhado na atmosfera e que, arrastado pela corrente de ar, pode entrar na nossa bôca e nariz, fácilmente se compreende como é que êle pode entrar nos nossos pulmões.

Na verdade, tôda a gente sabe que nós respiramos pela bôca e pelo nariz e que êsse ar, ciminhando através dos brônquios, vai espalhar-se nos pulmões.

Ora, êsse ar que nós respiramos, devido à fôrça própria do acto respiratório, vai imprimido duma certa velocidade, que lhe permite arrastar consigo finíssimas partículas que estão depositadas na bôca, nariz e garganta. Tôda a gente conhece o efeito produzido por um combóio em marcha e animado duma certa velo-

cidade; leva atrás de si camadas de ar carregadas de papéis, pênas, fôlhas, etc.

Grandes velocidades arrastam objectos pesados e pequenas velocidades levam consigo coisas leves; ora, se formos decrescendo o pêso dos objectos leves, até quasi ao imponderável, como os micróbios, não nos admiramos que uma simples corrente de ar respirado, os arraste com certa fôrça, tal qual o combóio arrasta as fôlhas, os papéis, etc.

Uma vez êsses micróbios chegados ao pulmão, se encontram condições favoráveis, estabelecem aí a sua residência, seguem a lei da natureza que preside à multiplicação da espécie e aí temos um foco tuberculoso em início.

É esta a via mais regular da entrada do bacilo de Koch e hoje mais aceite, mas não é a única.

Assim, o bacilo, da mesma maneira que é arrastado pelo ar para os pulmões, também pode ser arrastado com os alimentos para o estômago e depois para os intestinos; uma vez nesta víscera, se também encontra condições favoráveis, pode atravessar a parede intestinal, entrar na corrente sanguínea e linfática, que por sua vez o leva aos pulmões ou a outra qualquer parte do organismo, e dar início a um foco tuberculoso.

Também não devemos esquecer que o micróbio que

temos na boca, garganta e nariz pode passar para dentro do nosso organismo por intermédio duma ferida existente em alguma destas regiões e daí passar para os gânglios do pescoço.

As anginas facilitam muito esta entrada do bacilo de Koch.

As escrófulas são o tipo desta infecção, e, como há uma cadeia de gânglios desde o pescoço até à parte média dos pulmões, não nos admiramos que os bacilos vão infectando sucessivamente êsses glânglios até chegarem aos gânglios da região pulmonar; uma vez aí, em breve podem chegar ao pulmão, dando início á tuberculose pulmonar.

Sintomas do início da tuberculose UMA VEZ o bacilo chegado ao pulmão, desde que encontre condições favoráveis ao seu desenvolvimento, começa o seu ataque aos tecidos, dando início ao foco tuberculoso.

Êste comêço da doença é acompanhado de sintomas na região atacada (lesões no foco do pulmão) e sintomas gerais.



Os sintomas focais, a não ser a dor no pulmão, não precisam ser expostos neste trabalho, porque eles não interessam ao doente; só o médico os pode observar. Os sintomas gerais é que já teem interêsse, pois que, quanto mais cedo o doente der por êles, tanto mais depressa procurará o médico e portanto mais cedo inicia o seu tratamento.

Estes sintomas gerais resultantes da infecção tuberculosa traduzem-se em regra por febre, emmagrecimento, perda de fôrças e ainda falta de apetite e tossícula. Êste conjunto de sintomas nem sempre é constante, faltando por vezes alguns dêles e acentuando-se êste ou aquele.

A febre acompanha quâsi sempre o comêço da tuberculose e será tanto mais elevada quanto mais extensa e intensa é a infecção. Outras vezes não passa de $37^{\circ},3$ para a tarde e algumas vezes atinge $37^{\circ},5$. Nem só às febres elevadas deve o doente ligar importância e estas febrículas vespertinas, como vemos, teem um grande valor no diagnóstico da tuberculose.

Também não é raro o doente queixar-se de fraqueza, alguns suores nocturnos e para a tarde sentir o corpo quebrado, quâsi febril; o termómetro pode marcar $37^{\circ},1$ ou $37^{\circ},2$.

Estes doentes, se praticarem algum excesso físico,

sentirão mais cansada, transpirando com facilidade, e se, após o exercício, tiverem o cuidado de pôr o termómetro, verão que a temperatura subiu alguns décimos. Êste facto é tão comum e importante para o diagnóstico da tuberculose no seu início, que já se usa hoje mandar o doente dar um passeio a pé durante uma ou duas horas sem descansar e verificar a temperatura antes e depois do passeio; se o doente é um tuberculoso, verifica-se uma ascensão térmica à chegada, ascensão que se mantém durante uma hora ou mais.

O emmagrecimento também é quasi constante no comêço da infecção bacilosa. Os doentes atribuem êste emmagrecimento à falta de appetite, que na verdade não é muito e não lhes permite uma sufficiente alimentação, mas êle é devido principalmente à infecção. Se o doente tiver o cuidado de se pesar de 15 em 15 dias, na mesma balança e sempre com o mesmo fato para afastar causas de êrro, verificará que o peso diminui progressivamente.

Quando o emmagrecimento é muito acentuado, vem a preocupação do estado da sua saúde e a necessidade de procurar o médico.

Alguns doentes, porém, conservam bom appetite; alimentam-se bem ou até melhor do que comiam, há um aumento de appetite devido a uma natural defesa orgã-

nica e então não emmagrecem ou, se se dá algum emmagrecimento, êle é tão pequeno que quasi passa despercebido.

A tosse também acompanha estes sintomas e não é raro apparecerem doentes à consulta, queixando-se duma tosse sêca que não sabem a que attribuir, ou então por ela tornam responsável uma pequena constipação de que não fizeram caso.

A estes doentes, se os interrogarmos sôbre os outros sintomas (febre e emmagrecimento) accusam-os geralmente e só então reconhecem o seu valor; alguns respondem: — «sim, tenho emmagrecido alguma coisa, mas nunca fui gordo». — Quanto à febre, respondem: — «febre não tenho tido, porém sinto o corpo quebrado e moído para a tarde e calor nas mãos e na cara». Se lhes mandarmos tirar a temperatura com regularidade, o termómetro acusará, pelo menos, à roda de 37°,5.

Prova isto que os doentes não conhecem o seu estado e muito menos ligam importância a certos phenomenos que se passam com a sua saúde e que tem um grande significado.

Só há um sintoma a que ligam um extraordinário valor e os assusta de tal maneira que os obriga a procurar o seu médico sem demora; é a expectoração de sangue.

Quando o doente deita alguns escarros sanguíneos, vai imediatamente procurar o médico, porque sabe que é um sintoma de tuberculose. Quando estes escarros de sangue marcam o início da doença, bem feliz é o doente, porque a sua doença é diagnosticada cedo, o que permite começar o tratamento a tempo e, quanto mais cedo êle se iniciar, maiores são as probabilidades de êxito.

Se em lugar de deitar escarros sanguíneos o doente tem uma hemoptise, maior é o seu susto e mais pressuroso êle procura o tratamento para o seu mal.

Há uma grande vantagem em que o povo conheça êste sintoma e pela mesma razão devemos divulgar os outros sintomas do início da tuberculose.

Ainda há bem pouco tempo fui ver um doente que estava de cama com gripe; a auscultação dava lesões nítidas e adiantadas de tuberculose no pulmão direito; calculei que o doente andasse em tratamento, e qual a minha surprêsa quando soube que êle ignorava o seu estado! Depois dum pequeno questionário, tive conhecimento de que o doente já há alguns meses se sentia fraco, tinha alguma tosse e expectoração e que para a tarde sentia um certo calor que attribuía ao passeio que dava do escritório para casa, assim como igual explicação dava ao emmagrecimento; a tosse com expectoração filiava-a êle em uma constipação.

Este doente arrastou a sua infecção tuberculosa durante meses, sem ligar importância aos seus nítidos sintomas, pois que até tinha emmagrecido.

Só muito tarde a doença foi diagnosticada e foi preciso que uma gripe o obrigasse a chamar o médico. O resultado foi fatal, porque depois da gripe a doença caminhou a passos agigantados.

Estou por certo que, se o doente tivesse tido a felicidade de deitar alguns escarros de sangue, ou mesmo uma hemoptise no comêço da sua doença, teria procurado o médico e talvez se tivesse salvo.

Mas ainda há peor em matéria de imprevidência; é que alguns doentes, nem mesmo depois de avisados do seu estado se tratam convenientemente e muitas vezes não tomam a sério os conselhos médicos.

O seguinte exemplo é frisante:

Um rapagão espadaúdo, tipo transmontano, procurou-me para que lhe passasse um atestado; perguntando-lhe de que sofria, disse-me que às vezes tinha tosse e uma dor no peito; calculei que elle fingia estes sintomas para obter o atestado e dispus-me a auscultá-lo, na persuasão de que gozava mais saúde que eu; qual não foi a minha admiração quando lhe notei sintomas de tuberculose pulmonar! Este doente não emmagrecera e apenas era apoquentado pelas dores no peito e pela

tosse, que o doente attribuia a uma constipação que tivera uns meses atrás e de que se tratara mal.

Avisado do seu estado, nem surpreso se mostrou, julgando talvez um erro meu, pois que se sentia bem e por isso não fez o menor caso da minha recomendação. Assim se deixou andar durante mais dois anos, não é exagêro, e só ao fim dêsse tempo appareceu para se tratar, porque tivera uma hemoptise valente.

Só nesta altura êle acreditou que estava tuberculoso; começou a tratar-se, mas já um pouco tardiamente, porque já tinha uma caverna no pulmão então atacado e no outro lesões um tanto adiantadas. As hemoptises teem-se repetido, o seu estado geral não é bom e deve ser um doente condenado por ter deixado avançar a sua doença.

É portanto da maior vantagem o conhecimento dos sintomas que iniciam a tuberculose.

O doente que se sinta emmagrecer, que tenha tosse e que se sinta febril para a tarde, deve procurar o seu médico, porque deve ter um comêço de tuberculose.

As dores no peito e nas costas também acompanham, no geral, o princípio da doença.

Mas ainda há outro sintoma que quero frisar pela sua importância e que é geralmente ignorado dos doentes; refiro-me ao padecimento do estômago, que não

poucas vezes acompanha o nascer ou o despertar duma tuberculose.

Alguns doentes aparecem na consulta queixando-se do estômago; digestões demoradas, dores gástricas e pouco apetite (algumas vezes o apetite é excelente); o médico esforça-se por fazer um diagnóstico, mas os sintomas não são característicos, não obedecendo a normas fixas, e por isso desnorteiam o clínico, que algumas vezes chega a pensar que está em presença dum doente histérico, principalmente se se trata duma doente. Os efeitos da terapêutica usada são quasi nulos, porque o doente continua na mesma ou pouco melhora, e é quando o clínico pensa que este padecimento é um síndrome de alguma doença ainda não diagnosticada. A sífilis, tuberculose, etc., podem ser a causa destas perturbações e uma auscultação atenta vem desvendar o mistério com o descobrimento dum foco tuberculoso.

Tenho presente o caso dum carvoeiro:

Homem de 30 anos, tendo gozado boa saúde até que começou a padecer do estômago, sofrendo de enfartamentos, gases, ligeiras dores gástricas sem relação com as refeições e pouco apetite; não tirou resultado com o tratamento e a certa altura, após um interrogatório é que se queixou que também de há muito vem sofrendo de tosse e dores no peito; a auscultação

revelou sintomas nítidos da tuberculose no pulmão direito, o que foi confirmado pela radiografia.

Este doente só ligava importância aos seus padecimentos do estômago e não elucidava o médico sobre os outros sintomas, cuja importância êle ignorava.

Não é de mais, pois, insistir nos sintomas do início da tuberculose e divulgá-los para que se tornem bem conhecidos.

Estes são os sintomas mais frequentes no adulto. Na criança já se não passa o mesmo; os sintomas do início da tuberculose variam muito.

A criança infectada começa por ficar macilenta, anemiada e fastienta; as mães notam que ela não brinca com a mesma viveza e anda murchita; assim vai passando algum tempo até que uma bronquite ou uma diarreia as traga ao médico; nesta altura já o pescoço está cheio de gânglios e uma reacção à tuberculina é positiva.

Formas clínicas A MAIOR parte dos doentes, senão todos, julga que a tuberculose pulmonar se apresenta sempre da mesma forma, com os mesmos caracteres, e por isso segue uma marcha uniforme;

apenas sabe que em alguns doentes ela é mais benígna, arrasando-se para o fim fatal em um período mais longo, enquanto que em outros ela segue uma marcha rápida, matando em pouco tempo, e por isso lhe chamam tísica galopante.

Nada mais errado e sem fundamento, ficando apenas de pé e só em parte, a idea que ligam à marcha da doença, sendo certo que algumas formas são arrasadas e outras revestem o tipo da tísica galopante.

Porém, há muitos doentes cuja forma evoluciona para a cura, noção que vai correndo voga, e ainda bem, pois que esta idea leva-os à prática dos indispensáveis cuidados na esperança dessa cura.

A marcha da tuberculose reveste vários aspectos que dependem de vários factores, sendo os principais:

- 1.º a idade do doente;
- 2.º a resistência orgânica do indivíduo;
- 3.º a quantidade de bacilos infectantes.

A idade exerce uma enorme influência na marcha da tuberculose que reveste vários aspectos consoante ela é contraída nos primeiros meses da vida, na segunda infância, na adolescência, no adulto e ainda na idade madura.

As crianças da primeira infância que se tuberculizam são geralmente vítimas da infecção, que é tanto

mais grave quanto mais cedo elas são atacadas, porque a tuberculose generaliza-se a quasi todos os órgãos ou reveste formas das mais graves. É nesta idade que são comuns as meningites tuberculosas, sempre fatais, enterites graves ou bronco-pneumonias tuberculosas.

As crianças da segunda infância já resistem melhor à infecção, que de ordinário reveste a forma ganglionar, cujo exemplo é dado por tantíssimas crianças com cicatrizes escrofulosas.

Ainda nesta idade são freqüentes as meningites tuberculosas, sempre com o mesmo trágico fim.

Na adolescência, com a puberdade, pode a tuberculose revestir dois aspectos: se é nesta idade que a doença se inicia, a forma tuberculosa é quasi sempre fatal, porque não se lhe opõe a natural resistência adquirida pela imunidade, embora relativa, que confere um ataque anterior.

Se a doença foi contraída na primeira infância, ou mesmo na segunda, dando-se na puberdade um reavivar do foco latente, a sua marcha será arrastada e tenderá para a cura, se as condições orgânicas são boas e é instituído um bom tratamento.

Na idade madura a doença reveste de ordinário a forma bronquítica, que é compatível com uma longa vida.

Quando nesta quadra da vida se dá o despertar de lesões antigas e a menopausa (transição de idade) é um dos factores a que êle é devido, a doente pode morrer de velha, sendo todavia portadora de lesões pulmonares extensas e até de cavernas, como revelam as autopsias.

No adulto a tuberculose toca tôda a gama clínica, desde a simples escrófula tão característica da infância, até à bronquite tuberculosa do velho, sem faltarem as formas pulmonares e pleurais que lhe são peculiares.

A pleurisia do adulto é geralmente uma forma tuberculosa que tende para a cura; porém, se o doente é de fraca constituição, ou se a infecção é intensa, ou ainda se o doente, depois da cura da pleurisia, não se resguarda dos cuidados indispensáveis, em breve começa a sentir ou a agravarem-se os sintomas da tuberculose, (emmagrecimento, canseira, tosse, febre, etc.), que mostram ter a infecção atingido o tecido pulmonar, que o médico verifica com uma auscultação cuidadosa; uma radiografia e a análise ou repetidas análises da expectoração o confirmam.

O próprio pulmão pode dar formas tuberculosas diferentes.

A mais comum é a que se traduz por uma tuberculose arrastada, lenta, com tendência para a cura; os

bons cuidados higiênicos, alimentares e terapêuticos curam estes doentes.

É também freqüente a marcha mais rápida, ligada à extensão da infecção (dois ou mais focos aparecendo ao mesmo tempo ou simultaneamente) que destróem os pulmões em um período relativamente longo com períodos de acalmia.

A par destas formas ainda há outras de maior gravidade, que matam em período curto; refiro-me à pneumonia tuberculosa, à bronco-pneumonia da mesma natureza, a cujas formas se dá vulgarmente o nome de tuberculose galopante.

Mas ainda há outras não menos graves, mas felizmente mais raras; é a chamada forma granúlica, que se generaliza a vários órgãos e por isso reveste uma extrema gravidade.

São, pois, variadas as formas por que se pode apresentar a tuberculose, e, se as aponto, bem sumariamente é certo, e nem de outra forma podia ser neste pequeno trabalho, não é para que os doentes as fiquem conhecendo, o que seria insensatez e utopia, mas simplesmente para que êle não ignore que a tuberculose se não pode tratar, em todos os indivíduos, pelos mesmos processos, como adiante fica dito.

2.º Resistência orgânica do doente.

É conhecido que o terreno em que a doença evoluciona exerce uma grande influência na sua marcha; se um organismo enfraquecido é atacado pelo bacilo de Koch, embora a doença não revista em si um aspecto de gravidade, deixando antever uma evolução lenta e arrastada, é freqüente ver êsses doentes enfraquecerem extremamente com a infecção, principalmente se ela se acompanha de febre alta e persistente, o que não acontece, geralmente, em um indivíduo dotado de boa constituição.

É do comum conhecimento que os anêmicos são de ordinário vítimas da sua infecção tuberculosa e que os indivíduos atacados pelo bacilo de Koch durante a convalescença duma doença infecciosa, fazem freqüentemente formas tuberculosas graves.

O alcoolismo também é um factor social que depaupera o organismo; os alcoólicos tuberculizam-se quasi sempre e sob uma forma cuja evolução é progressiva e ameaçadora.

Doenças há que predispõem à tuberculose, mórmente a diabetes cuja fase terminal, de ordinário, é uma tuberculose.

É pois vantajoso, sob todos os aspectos, conservar um bom estado de saúde, mantendo o organismo em bom estado de resistência e observar o máximo cuidado

na convalescença das diferentes enfermidades, mesmo as que julgamos muito benignas, e combater o alcoolismo.

3.º A quantidade de bacilos infectantes.

Para se produzir uma certa doença, aceita-se teóricamente o princípio que basta um só bacilo causador dessa doença para a determinar.

Assim, um único micróbio da pneumonia poderá produzir essa doença.

Teóricamente assim é, mas na prática tal não acontece. Um só micróbio não produz a doença respectiva, talvez porque não possa vencer a acção destruidora dos micróbios que habitam o nosso organismo e a natural capacidade de defesa de que este dispõe.

Na tuberculose dá-se o mesmo fenómeno, e para que uma tuberculose se produza no organismo é preciso que elle seja infectado sucessivamente por doses de bacilos suficientes para produzirem a doença.

Se assim não fôra, estava todo o mundo a tratar-se da tuberculose, porquanto tôda a gente respira diariamente o bacilo respectivo.

Poderão dizer que uma boa constituição orgânica se opõe à infecção.

Em parte assim é, e para indivíduos bem constituídos são inofensivas pequenas quantidades de baci-

los; mas da mesma maneira nós vemos pessoas fracas, anémicas e enfizadas visitarem tuberculosos e não se tuberculizarem ou não se reavivar algum foco latente já existente.

Prova isto que pequenas porções de bacilos não infectam, pelo menos, o organismo são.

Porém, se essas pequenas infecções se repetirem constantemente, e é o caso de convivência com um tuberculoso bacilífero que não use os cuidados higiênicos indispensáveis à sua doença, já podem produzir uma infecção bacilosa, até mesmo num organismo em boas condições de resistência.

No entanto, o que parece provado é que pequenas infecções produzem pequenas e benígnas lesões, assim como as grandes infecções (doses massiças de bacilos) produzem extensas e mais graves lesões.

Nos indivíduos supostos curados ou curados clinicamente dum ataque anterior de bacilose, quando sujeitos a estas pequenas e repetidas infecções, arriscam-se a ver reaceso o seu foco anterior e desta vez com maior intensidade e não poucas vezes aparecem novos focos.

A infecção na criança é o tipo desta teoria :

Criança que receba a infecção do bacilo de Koch e seja retirada precocemente do meio infectante, fará a sua lesão ganglionar e geralmente daí não passa.

Criança que conviva durante bastante tempo com um tuberculoso, além das lesões ganglionares, está sujeita, e é a regra, a lesões mais extensas e intensas, podendo a infecção atingir os pulmões, os intestinos, etc.

É importante fixar estes princípios para melhor se compreender a razão de certas medidas profiláticas no capítulo III.

Terapêutica TERAPÊUTICA é o mesmo que medicação.

O médico pode tratar um doente por meios higiênicos e por agentes medicamentosos; a este último processo de actuar sobre a doença é que se chama terapêutica. Modernamente, a terapêutica já compreende os meios higiênicos que tem por fim combater uma doença ou atacar algum sintoma.

A parte higiênica do tuberculoso, e que se liga com a profilaxia, será descrita nos capítulos seguintes.

Quanto à terapêutica propriamente dita, não cabe nos limites deste trabalho apreciá-la ou aconselhá-la.

Apenas quero frisar que a terapêutica da tuberculose é muito vasta e que não se podem fixar normas

de tratamento; como vimos atrás, a tuberculose apresenta-se sob vários aspectos ou formas clínicas e, como é óbvio, o tratamento varia de forma para forma e até mesmo dentro de cada forma ou entidade clínica, consoante a sua intensidade, evolução, etc.

Um medicamento que produziu efeitos maravilhosos em um doente, pode ser funesto ou pelo menos inútil noutro.

É freqüente solicitar-se ao médico o mesmo tratamento que fôra aplicado com muito resultado a outro doente; e se o médico não satisfaz êsse desejo porque a forma clínica não é a mesma ou por qualquer outra circunstância, fica o doente triste por julgar que a recusa do tratamento é filiada na idea dêsse doente ser incurável e estar perto da cova.

É êste o critério simplista do doente, quando ignora o que é a sua doença e as modalidades que ela pode revestir.

CAPÍTULO II

Repouso, ar (climas) e alimentação

Para tratar um tuberculoso tem o médico que atender a dois factores predominantes na doença e que geralmente estão em relação íntima — a infecção propriamente dita e o terreno.

A infecção propriamente dita manifesta-se por uma série de reacções orgânicas, quer locais quer gerais, e que se traduzem por um conjunto de sintomas que a revelam.

Êsses sintomas gerais já foram enumerados no capítulo precedente e são duma tal importância, que é duma grande utilidade serem conhecidos do doente, para que os venha denunciar ao médico a tempo de se poder diagnosticar uma tuberculose cedo, o que, como também já vimos, é uma das condições de probabilidade da cura.

Para combater estes sintomas de infecção lança mão o médico de meios terapêuticos que só por êle devem ser aconselhados, porque variam dum caso para o outro consoante a forma bacilosa, etc.

O terreno é a constituição orgânica do doente e não de somenos importância; quanto mais forte e bem constituído é o tuberculoso, tantas mais probabilidades tem de obter a cura; e inversamente, só com muita dificuldade se consegue curar um doente fraco, cuja miséria orgânica não permita os meios naturais de defesa contra a infecção.

Há porém uma série de doentes que, embora bem constituídos fisicamente, são vencidos pela infecção tuberculosa, caminhando para o quadro dos indivíduos fracos ou mal constituídos; assim como há doentes pertencentes a esta última categoria, mas que com um certo número de medidas higiênicas e dietéticas resistem à infecção e podem até, em virtude dos cuidados aconselhados pelo médico, melhorar as suas condições de resistência.

É preciso portanto aconselhar a todo o tuberculoso, a par duma boa e adequada terapêutica, um certo número de medidas higiênicas e alimentares que mantenham uma boa constituição física se já a tem, ou que a melhorem se o doente é um enfraquecido, um depauperado, em suma, um vencido da doença.

É por isso que o médico aconselha ao seu doente as três seguintes medidas que tem por fim alcançar o seu levantamento físico e orgânico, melhorando as condições de terreno e que, pela sua importância, se podem apodar de capitais:

- 1.º Repouso;
- 2.º Bom ar;
- 3.º Boa alimentação.

Sem a boa prática destes três elementos mal pode o doente melhorar, e a terapêutica aconselhada ficará inerte ou dela poucos benefícios tirará o doente, contra a expectativa do clínico.

É intuitivo que um doente atacado de tuberculose, que é uma doença que traz o emmagrecimento e a perda de fôrças, e tenha uma vida activa, que não suportará sem abatimento, e que durma em um quarto com infecto ar que o definha, e que se alimente insufficientemente, o que lhe traz o agravamento do seu já depauperado estado orgânico, não pode tirar benefício de qualquer medicação, por melhor que seja.

Para que o doente tire resultado duma boa medicação é condição essencial que elle siga as normas duma hygiene própria à sua doença, e ela é de tal importância, que doentes há que só com esses cuidados higiênicos obtem a cura das suas lesões.

Passamos a dar as bases dos cuidados relativos ao repouso, ar e alimentação, tão freqüentemente aconselhados pelo clínico, elucidando o doente nas suas particularidades, orientando a sua prática.

O médico diz ao doente: — «V. precisa de muito repouso, não se pode fatigar; precisa de bom ar e boa alimentação».

Geralmente, o médico acompanha estes conselhos com instruções, mas o doente mal toma sentido nelas, ou, quando é atento e não lhe escapa a mais pequena recomendação do médico, ver-se há a cada passo em dificuldades, que por si só não pode resolver, quer no que respeita às prescrições de repouso e ar, quer ainda à simples alimentação.

O doente que está internado num Sanatório é guiado pelo médico, ou, na sua falta, pelo enfermeiro; mas aquele que não pode ser internado e procura uma casa na planície ou na montanha para repousar, precisa dum guia que o oriente na prática das medidas higénicas.

Repouso

O repouso exerce uma acção benéfica nos tuberculosos e por isso é geralmente aconselhado; faz bai-

xar a temperatura, aumenta por vezes o apetite e combate os fenómenos congestivos.

E' certo que nem todos os doentes bacilosos precisam de repouso e há alguns que podem exercer a sua profissão sem prejuízo da sua saúde. O tuberculoso que não tem febre, que conserva um bom estado geral e cujas lesões não são muito extensas e estejam em plena fase cicatricial, pode ocupar-se do seu mister, a não ser que êle seja violento ou seja exercido em casa insalubre.

Há, porém, doentes a quem o médico aconselha sempre repouso, e estão nestes casos os que sofrem de lesões em plena evolução, os que são sujeitos a congestões pulmonares ou são dominados por uma febre que não cede a antitérmicos e ainda aqueles doentes que se sentem emmagrecer e enfraquecer.

A estes doentes aconselha sempre o médico repouso, e consoante a intensidade dêstes fenómenos infectantes, assim a necessidade dum repouso absoluto ou parcial.

Repouso absoluto O REPOUSO absoluto consiste em manter o doente deitado durante o dia e a noite,

não se permitindo que se levante, quer para se alimentar, quer para fazer a sua *toilette* quotidiana.

Devem sujeitar-se a êste repouso :

- a) os doentes cuja temperatura se mantenha à roda de 38°, embora com ligeira remissão de manhã;
- b) os doentes, embora menos febris, mas cujo estado geral traga apreensões ao médico por ver o seu doente emmagrecer consideravelmente e num estado de enfraquecimento acentuado, e nos quais o mínimo esforço traga um aumento de temperatura;
- c) os doentes que sofram de lesões tais que, pela sua intensidade, extensão e forma, tal exijam.

Todos teem visto crianças, e mesmo adultos, portadores de lesões tuberculosas localizadas nos ossos ou nas articulações, passarem meses e anos metidos em tabuleiros, à beira mar.

Pois da mesma maneira, um tuberculoso cujas lesões são extensas ou de marcha rápida, deve ser sujeito ao mesmo regime de repouso, porque é do conhecimento clínico que só assim se combatem os sintomas alarmantes de que estas formas se acompanham e que bem denunciam a gravidade do prognóstico.

O repouso absoluto pode ter lugar na cama do doente, na *chaise-longue* ou na cadeira de cura.

Aconselha-se geralmente o repouso absoluto no

leito quando o mínimo esforço traga alguma perturbação ao doente; há doentes que, com o simples movimento de se vestirem ou até mesmo de se levantarem para fazer a sua *toilette* ou para passarem da cama para a *chaise-longue*, sentem cansaço, suores, tosse, e até não poucas vezes um aumento de temperatura.

E' óbvio que a estes doentes não se lhes pode permitir que saiam da sua cama, onde farão as suas refeições, a *toilette*, etc.

Aos doentes que carecem de repouso absoluto, mas que não sofrem alterações com estes pequenos movimentos, permitir-se há fazer a cura de repouso na cadeira de cura, que traz vantagens tais como a facilidade de a deslocar mais facilmente para o local conveniente, de se arejar o leito onde o doente se deita à noite e de não tornar tão monótona a vida do doente, evitando-se-lhe uma irritação nervosa por se ver enclausurado dias seguidos no leito. Embora isto pareça de somenos importância, há distintos fisiólogos que lhe ligam um certo valor, porque não é raro ver a temperatura subir nestes doentes irrequietos e nervosos pela inacção.

No repouso absoluto também não se deve permitir a leitura ou a escrita, e muito menos trabalhos manuais,

a não ser sob a permissão do médico, que transigirá quando o doente esteja melhor e em via de transição do repouso absoluto para o repouso parcial.

Não é raro que os doentes queiram quebrar a monotonia do repouso absoluto com a leitura, e as senhoras pelam-se por fazer croché ou malhas, ignorando que estes simples exercícios as prejudicam; é muitas vezes devido a estes pequenos excessos que a temperatura se mantém e poucas melhoras o doente tira com este repouso.

Durante o repouso absoluto, quer no leito, quer na cadeira de cura, deve o doente precaver-se do frio, cobrindo-se com roupa que o aqueça sem se tornar pesada, o que se consegue com cobertores de lã.

O doente deve vestir camisolas de lã e deve regular a roupa da cama ou da cadeira de cura de maneira que não sinta frio, mas também que não transpire.

Com a inacção vem geralmente o frio de pés e para o evitar deve cobri-los com mais roupa ou usar esquentadores.

Há umas *bouilots*, que são umas peças metálicas que se aquecem em água bem quente durante um certo tempo e que depois se embrulham em flanelas para conservar o calor; com o uso destas *bouilots* poderá o doente ter sempre os pés quentes sem receio de se

prejudicar. Uma botija com água quente embrulhada numa flanela, faz o mesmo efeito.

Os braços e os ombros devem estar agasalhados, quer com a roupa da cama, quer com cachenés ou outras peças de lã ou flanela.

São estes os traços gerais do repouso absoluto e que bem simples são, trazendo um grande benefício ao doente quando seguido com rigor.

Repouso parcial O REPOUSO parcial é aconselhado aos doentes portadores de lesões pulmonares em via de cura e pouco extensas, que não acusam febre elevada, e aos doentes que conservam um estado geral bom ou, pelo menos, regular.

O regime de repouso parcial compreende dois tempos; um de repouso e outro de actividade.

O repouso deve seguir-se no leito, na *chaise-longue*, ou melhor ainda na cadeira de cura, como no absoluto e obedecendo às mesmas regras, que são:

Posição deitada; agasalho em harmonia com a temperatura exterior; aquecimento dos pés quando haja frio intenso; abstenção de leitura, escrita, costura, conversação, etc.

A duração deste repouso depende da prescrição médica e, quando não haja indicação alguma da parte do clínico, deve o doente habituar-se a regulá-lo; como guia, lançará mão da temperatura, do peso e, tanto quanto possível, das suas forças.

Quanto mais acentuados forem estes factores, maior deve ser o repouso; e assim, duma maneira geral, diremos que o doente febril com temperatura à roda de 38° para a tarde, deve repousar mais que um outro cuja temperatura vespéral não exceda 37°,3.

Da mesma maneira o doente emmagrecido pela doença e que sente poucas forças deve sujeitar-se a um repouso maior que um outro que conserva um bom peso e um bom estado geral.

Em média, o doente em repouso parcial deve repousar 1 a 2 horas de manhã e 2 a 3 horas de tarde.

Como repartir o tempo e a que horas deve fazer o repouso?

No inverno deve o doente repousar da parte da manhã e à tarde, aproveitando as horas de sol e de menos frio para passear ou ocupar-se de algum exercício permitido, desde que lhe não traga a mais pequena fadiga.

Levantando-se o doente às 8 horas, poderá repousar até às 11, dar um passeio e ocupar-se de exercícios ou

trabalhos permitidos desde as 12 às 18 horas, repousando depois desta hora e durante o tempo aconselhado.

No verão procederá o doente inversamente; de manhã e à tarde deve o doente passear ou ocupar-se de exercícios, repousando de tarde, das 12 às 14 e das 17 ou 18 às 20 horas.

O tempo destinado à actividade deve ser bem orientado.

Durante êste tempo poderá o doente passear, escrever, ler, executar leves trabalhos manuais, etc.

Durante o passeio deve o doente procurar a sombra, principalmente no verão, servindo-se sempre do guarda-sol quando haja muito calor; no inverno deve fugir dos lugares húmidos.

É de boa prática passear devagar para evitar a fadiga e, quando o doente precise descansar durante o passeio, deve escolher uma sombra e não se deitar ou sentar ao sol nem em lugar húmido.

A duração do passeio deve ser regulada consoante a febre, pêso e fôrças do doente; se o pêso diminui e o doente se sente enfraquecer, deve encurtar a extensão do passeio, ou até mesmo suprimi-lo, se o emmagrecimento se vai acentuando cada vez mais e se as fôrças diminuem; inversamente, poderá aumentá-lo se a febre tende a desaparecer e a balança acusa aumento de pêso.

Para se orientar é de tóda a vantagem que o doente se pese todos os 8 ou 15 dias e tire as temperaturas periódicamente, antes e depois do passeio.

Se o doente sai de casa sem febre e regressa febril, e se a elevação da temperatura se mantém durante perto duma hora, será de boa prudência reduzir a extensão do passeio e até suprimi-lo, se com os pequenos passeios a temperatura continua a subir. Porém, se o doente sai e volta apirético e se o pêso não diminui ou até aumenta, poderá alongar os passeios ou excursões.

De regresso a casa, quando o doente chegue a transpirar, pouco que seja, deve procurar arrefecer gradualmente, para evitar bruscas mudanças de temperatura que lhe podem ser prejudiciais.

Consegue isto conservando vestida por algum tempo a roupa com que veio de fora, e só ao fim dum quarto de hora ou meia hora, quando já se sinta fresco e sem transpiração, deve tirar os agasalhos.

É evidente que, se o doente ao regressar do passeio entrar num quarto cuja temperatura seja um tanto elevada, deve livrar-se imediatamente dos agasalhos, mesmo que esteja a transpirar, porque só lhe serviriam para aumentar a transpiração.

Inversamente, entrando numa casa fria, mesmo que

a passeio não o fizesse transpirar, deve conservar os agasalhos e será prudente não se sentar após a chegada para evitar um resfriamento, procurando amoldar-se à temperatura da casa, continuando a passear dentro dela durante algum tempo.

Estes pequenos detalhes que parecem quasi imperitências, teem um grande valor, porque evitam as constipações e gripes, tão prejudiciais aos tuberculosos.

Os exercícos e o trabalho permitido ao doente fora das horas do repouso deve ser guiado com as mesmas precauções, tendo que ser suprimido tôdas as vezes que faça aumentar a temperatura ou diminuir as fôrças e pêso do doente, e podendo ser conservado na sua duração, ou até mesmo aumentado, se não há reacção febril e o doente conserva um bom estado geral e aumento de pêso.

Ar (climas)

O ar é um dos elementos indispensáveis ao tuberculoso, agindo quasi como meio terapêutico desde que reúna as seguintes qualidades:

- 1.º Secura;

2.º Pureza.

O ar sêco e puro é o que convém ao tuberculoso, e por isso os tisiólogos enviam os doentes para as regiões onde o ar mantém em maior grau estas duas qualidades fundamentais, como acontece nas regiões de média e alta altitude.

É certo que não há no globo um único ponto onde estas duas qualidades se mantenham permanentemente; porém, não é menos certo que há regiões onde o ar se aproxima mais d'este ponto hipotético e cujas variantes, em sentido contrário, são pequenas e pouco duradouras; assim, há regiões onde a humidade é passageira e as impurezas do ar são tão reduzidas, que se podem considerar nulas.

Da mesma forma as regiões nublosas e as terras onde o ar não conserva um certo grau de pureza, devem ser interditas ao tuberculoso.

As regiões húmidas encontram-se nos climas marítimos e seus semelhantes.

Ninguém ignora que é à beira-mar, nas vizinhanças dos rios, lagos e grandes florestas que se encontram os densos nevoeiros.

Uma região sombria, onde o sol mal penetra (e estão nestes casos os terrenos expostos ao norte), conserva um elevado grau de humidade.

Da mesma maneira, uma casa onde o sol não entre, porque seja exposta ao norte ou porque esteja rodeada de grandes e frondosas árvores, será uma casa húmida, fonte de reumatismo e imprópria para um tuberculoso viver.

Inversamente, as casas em clima sêco ou em clima de relativa humidade, mas que recebam o sol quasi todo o dia, como acontece nas que são expostas ao sul ou sudeste, são boas para os tuberculosos, como de resto para toda a gente, porque o sol, além de secar a atmosfera, aquece e desinfecta.

É por isso que um tuberculoso, quando procurar casa para viver, quer nos grandes centros, quer no campo ou na montanha, deve procurá-la:

- a) em lugar afastado de qualquer fonte de humidade;
- b) em lugar banhado pelo sol, e, portanto, exposto ao sul ou sudeste.

Igualmente deve o tuberculoso escolher lugar onde o ar seja tão puro quanto possível.

É de vulgar conhecimento que, no campo, o ar é mais puro que nas vilas e nas cidades, nas quais o simples movimento das ruas levanta poeiras e em dias ventosos chega a haver verdadeiras nuvens poeirentas.

Também ninguém ignora que nas vizinhanças das

fábricas, das carvoarias, etc., o ar é muito contaminado de impurezas e de partículas de carbono.

Deve o tuberculoso afastar-se destes pontos, onde respirará um ar prejudicial à sua saúde.

Nestas condições, quando o tuberculoso necessite viver nas cidades ou mesmo nas vilas, deve escolher uma casa alta, de forma a não ser atingido pelas poeiras. Vale mais viver num 4.º ou 5.º andar banhado de sol e com ar quási isento de poeiras, que num primeiro andar sombrio e onde não se pode abrir uma janela sem que entrem carradas de pó levantadas pelo vento.

No campo deve o tuberculoso habitar uma casa afastada da estrada, para não incorrer nos mesmos inconvenientes.

O ar também se pode tornar impuro desde que haja um desequilíbrio nas proporções do oxigénio e anidrido carbónico.

Um doente que viva em um quarto fechado ou sem o arejamento preciso, a breve trecho respirará um ar pobre em oxigénio que êle já respirou e rico em anidrido carbónico, que os seus pulmões deram em troca do oxigénio.

É do vulgar conhecimento que a respiração consiste em inspirar oxigénio, que o sangue aproveita e expirar

anidrido de carbono, que o mesmo sangue larga nos pulmões.

Para que o sangue possa receber permanentemente o oxigénio de que carece é preciso que o indivíduo respire constantemente ar puro.

Dentro do quarto onde permaneça o doente é necessário que o ar seja renovado periódica e frequentemente, para evitar a acumulação de anidrido de carbono; desde que se opere a acumulação d'este gás pela falta de renovoamento do ar, êle será inspirado pelo doente e a pouco e pouco vem o envenenamento.

Muita gente tem experimentado a sensação desagradável que se sente quando se permanece durante horas num recinto fechado, onde haja muita gente e fumadores; a atmosfera torna-se viciada, sente-se um ar pesado e dentro em pouco apparecem as dores de cabeça e as tonturas; são os sintomas do início de intoxicação pelo anidrido carbónico, que já tem feito algumas vítimas.

Êste percalço já tem acontecido a pessoas que se aquecem com fogões de lenha, gás, petróleo ou carvão; e, quando se transporta para o ar livre um intoxicado, vêm-se estes sintomas desaparecer e voltar o estado primitivo; tal é o benefício do ar puro.

Mas não é só quando se chega a estes extremos, que podem ser fatais, que o ar viciado prejudica.

Um indivíduo sadio, que durma num quarto pequeno e sem arejamento, notará, ao levantar-se pela manhã, um certo pêso na cabeça e sonolência, que passa por preguiça; quantas mais horas estiver encerrado num quarto nestas condições, mais acentuado serão os fenómenos da intoxicação. O povo diz que quanto mais se dorme mais sono há; em boa verdade se deve dizer que não há sono em excesso por se dormir muito, o que há é a intoxicação pelo gás carbono a qual dá êsse falso sono.

Pela mesma razão é preciso arejar suficientemente as casas de trabalho, onde há acumulação de gente, e vê-se quanto podem ser prejudiciais ao tuberculoso, que deve respirar ar puro, os lugares onde haja aglomeração de gente, como os teatros, animatógrafos, bailes, etc.

Sendo tão necessário ao tuberculoso o ar puro, parece seguir-se uma orientação errada mantê-lo dais seguidos num quarto para fazer a cura de repouso; assim seria se, a par da cura de repouso, não praticasse a cura de ar.

Esta cura de ar varia com o dia e noite e carece de cuidados especiais, que passamos a expor.

Cura de ar diurna A CURA de ar diurna tem por fim colocar o doente durante o dia em condições de inspirar constantemente ar puro.

O tuberculoso que não carece sujeitar-se a repouso pode facilmente procurar o ar livre ou mudar duma casa para a outra de maneira a receber ar puro.

Porém, já não está nas mesmas condições o doente que carece de repouso parcial e muito menos o que está sujeito ao repouso absoluto.

Como devem proceder estes doentes?

O doente que está no regime de repouso absoluto deve habitar uma casa que obedeça às condições atrás apontadas.

O seu quarto deve ser exposto ao sul ou sudeste, de maneira a receber o sol quási todo o dia, pelo menos nas estações frias e nas estações de temperatura moderada.

O sol deve entrar no quarto do doente, mas não o deve atingir, a não ser nos pés.

As janelas do quarto devem conservar-se abertas o maior tempo possível; todavia, esta medida higiénica é

contrariada nos dias ventosos, húmidos ou excessivamente frios.

Quando haja vento ou muita humidade, as janelas devem cerrar-se tanto mais quanto mais intensa fôr a humidade e mais forte o frio.

Desde que haja pouca humidade e vento moderado-deve abrir-se meia janela.

O doente ainda pode resguardar-se do vento por meio dum biombo que deve fazer parte da mobília do quarto.

O biombo presta o grande serviço de amparar o vento, evitando que êle vá directamente à cama do doente.

O doente deve também desviar a sua cama da direcção das correntes de ar estabelecidas entre a janela e a porta e que muito o podem prejudicar, causando-lhe constipações ou gripes.

A cama deve estar afastada dessas correntes de ar, para o que basta colocá-la fora da direcção dessa corrente; num quarto pequeno encosta-se a cama à parede oposta à porta e à janela; auxilia-se esta precaução colocando o biombo entre a cama e a janela ou porta e mais chegado àquela que a estas.

Quando não haja possibilidade de abrir a janela, quere por excessiva humidade ou porque o vento se

faça sentir muito, deve ter-se o cuidado de a deixar entre-aberta e de maneira que dirija o ar para o lado contrário à cama, o que se consegue deixando sempre meio aberta a metade da janela que está do lado da cama.

Em dias de tempestade ou em dias muito chuvosos, que obriguem a fechar as janelas completamente, faz-se o arejamento do quarto abrindo a porta que deita para o corredor, e, sendo possível, estabelece-se a comunicação com o exterior abrindo a janela e porta dum quarto fronteiro ou próximo.

As janelas munidas de bandeiras remedeiam estes inconvenientes.

Outra medida a atender é a que diz respeito à capacidade do quarto do doente; encerrar um doente num cubículo com postigo ou frestas, de nada serve.

É preciso que o quarto do doente tenha dimensões regulares, de maneira a manter uma suficiente cubagem; um quarto de cama com 3 metros de lado e 4 de altura tem boa capacidade; pode ser um pouco mais pequeno, sem grande prejuízo, desde que haja uma janela que mantenha uma boa renovação do ar.

Neste ponto os dois extremos chocam-se; se é condenável um quarto muito pequeno e com insuficiente arejamento, da mesma maneira se deve condenar um

quarto muito grande e com muitas janelas, porque os quartos nestas condições são geralmente frios, sujeitos mais facilmente a correntes; um quarto nestas condições só pode ser útil no verão; no inverno só com o aquecimento se poderá tolerar.

O aquecimento do quarto dum tuberculoso só pode ser permitido quando não traga viciação do ar; pode-se aquecer o quarto com aquecedores eléctricos ou por meio de tubos metálicos metidos nas paredes e onde circule ar quente.

O sistema de fogareiros e fogões a petróleo deve ser condenado, porque vicia a atmosfera de anidrido de carbono, tão prejudicial ao doente; os fogões a carvão ou lenha só com uma boa tiragem deste gás para o exterior serão permitidos.

Quando haja frio excessivo e não seja possível realizar um bom aquecimento do quarto em condições de não prejudicar o doente, está naturalmente indicado cobri-lo com cobertores de lã e aquecer os pés com *bouillotes*, ou, na sua falta, uma simples botija com água quente, tendo ainda o cuidado de evitar que o ar frio entre em quantidade no quarto, cerrando as janelas quasi completamente.

Se o doente não está sujeito ao regime do leito e pode fazer parte da cura na cadeira de repouso, obser-

vará os mesmos cuidados aconselhados para a cura do leiteo, quando o repouso tenha lugar no quarto do doente.

A vantagem da cadeira de repouso é de facilitar a sua deslocação dum quarto para o outro, ou mesmo para fora de casa, e ainda permitir o arejamento da cama do doente.

A cura de ar na cadeira de repouso deve ser feita quanto possível no exterior da habitação.

A galeria de cura dos sanatórios pode ser substituída, na casa dos doentes, por uma varanda, que de resto é muito vulgar nas nossas habitações.

Esta varanda deve ser virada ao sul ou sudeste e um tanto larga; deve ser protegida do vento norte por um muro ou tapume de madeira.

O doente colocará a cadeira de cura no lugar mais protegido do vento e de maneira que o sol não lhe atinja o tronco nem a cabeça; se a varanda tiver pouco fundo ou se o sol estiver baixo, umas cortinas são o bastante para o tornar.

A cura de ar no exterior pode ser mantida nos dias frios, desde que o doente esteja suficientemente agasalhado e nos dias de chuva desde que seja feita numa varanda com cobertura e o vento não atire a chuva para o doente.

Nos dias de nevoeiro adoptar-se há a cura dentro de casa para evitar a humidade.

Quando o tempo esteja bonito e sêco, pode o doente quebrar a monotonia da cura dentro de casa ou varanda, fazendo-a num jardim, quintal ou pinhal, contanto que se resguarde do sol.

Cura de ar nocturna — A CURA de ar nocturna abrange todos os doentes tuberculosos, quer estejam sujeitos ao regime do repouso absoluto, quer ao regime de repouso parcial, ou ainda quando não careçam de nenhum repouso.

O sono leva-nos quasi metade da nossa vida; se normalmente dormimos 7 a 8 horas, a têtça parte do dia, o que é certo é que um doente precisa dormir mais, mórmente o tuberculoso, que sofre de doença que o depaupera. Por isso êle deve saber como se há de conduzir para manter durante a noite a cura de ar que se lhe aconselha como um dos meios de recuperar as suas fôrças e melhorar o seu estado geral.

No nosso país, apesar de haver um clima tempe-

rado, há o hábito de se dormir com as janelas fechadas; há quási horror ao ar da noite.

Pois o ar da noite é tão benéfico e preciso como o ar do dia.

É certo que êle não é aquecido pelo sol e parece que deve ser mais frio que o do dia, e é talvez devido a êste raciocínio simplista que o povo o condena.

O ar da noite não tem o sol para o aquecer, é certo, mas nem por isso êle é mais frio que o ar do dia, ou pelo menos a diferença não é sensível e até muitas vezes é mais quente.

Quem não terá gozado as delícias duma noite amena?

Há noites calmas, não se mexendo uma fôlha, ao passo que de dia o vento incomodava.

Os médicos, que por dever de ofício saem de noite, tem tido ocasião de verificar que as noites não são tão frias como se supõe e que muitas vezes há menos frio de noite do que se notava durante o dia.

A explicação é simples e bem conhecida:

A terra armazena calor durante o dia, irradiando-o de noite e aquecendo a atmosfera.

Além desta, há ainda outras razões de ordem atmosférica, que explicam o pouco frio nocturno, devendo-se contar talvez em primeiro lugar a falia de ventos.

Sabe-se que o vento é produzido pelas diferenças de temperaturas distribuídas à superfície do globo; essas diferenças são mais apreciáveis durante o dia que durante a noite, e por isso há menos ventos nocturnos; havendo menos ventos há, como consequência, menos frio, também por outras razões de ordem física e atmosférica, que não veem para o caso.

Pode, portanto, o doente dormir com a janela do seu quarto aberta, que não arrefecerá por isso; e, mesmo que haja um pouco de frio, tem meios de o combater sem deixar de fazer o arejamento; de resto, o frio em nada prejudica a cura da tuberculose, desde que não seja exagerado nem húmido.

O doente que não esteja habituado a dormir com a janela do quarto aberta, não a deve escancarar dum noite para a outra; é preciso preparar-se gradualmente, o que é bem simples: nos primeiros dias abre apenas uma fresta; nos dias seguintes deixa aberto um espaço onde caiba a mão e, a pouco e pouco abrirá a janela cada vez mais, até que conseguirá dormir com a janela aberta de par em par, se tanto lhe aprouver.

O acto de dormir com a janela aberta tem por fim renovar o ar de maneira a evitar a acumulação de anidrido carbónico que o doente expira; para o conseguir não é preciso abrir a janela tóda; um pouco da

janela aberta (um quarto) ou mesmo a abertura duma simples bandeira, é o suficiente para estabelecer a tiragem que renovará o ar.

A diferença da temperatura do quarto e do meio exterior é o bastante para estabelecer uma corrente dupla de dentro para fora e vice-versa; assim, o ar do quarto, à medida que vai aquecendo com o próprio calor do doente, tende a subir para o tecto, deixando um pouco rarefeito o ar das camadas inferiores, onde se precipita, através das janelas, o ar exterior; desde que se dê a primeira entrada de ar exterior, uma camada de ar interior passa para fora para estabelecer o equilíbrio e ainda porque a própria dilatação do ar produzida pelo aumento da temperatura, o faz precipitar onde a baixa da temperatura faz a condensação do ar.

E assim se estabelecem as correntes de ar de dentro para fora e de fora para dentro durante tôda a noite, trazendo como consequência a renovação do ar.

Êste renovamento de ar traz benefícios ao tuberculoso, tais como o arejamento do pulmão com ar puro que o sangue aproveita, a baixa de febre e ainda a extinção de suores nocturnos, de sonos pesados e pesadelos. Com a cura de ar nocturna deve haver as mesmas precauções adoptadas com a cura diurna; o doente deve evitar as humidades e os ventos fortes.

Em noites húmidas, muito chuvosas ou de fortes ventos, deve deixar as janelas quasi fechadas; e, quando haja necessidade de as fechar por completo, como succede em noites de tempestade ou nevoeiros cerrados, deve ao menos deixar aberta a porta do corredor e, quando possível, estabelecer a comunicação do corredor com o exterior por meio duma janela um tanto afastada do quarto do doente.

Quando o vento seja moderado, um biombo colocado entre a janela e o doente, é bastante para o proteger.

O tuberculoso deve dormir sòzinho no quarto e, quando haja necessidade absoluta de dormir no mesmo quarto com outra pessoa, deve cada um ter a sua cama.

Climas

O conjunto da temperatura, humidade, pressão atmosférica, etc., dum lugar determina o clima dêsse lugar. E, consoante predomina um ou outro elemento, assim se diz que o clima dum lugar é húmido, frio, sêco, etc.

Duma maneira geral, os climas dividem-se em marítimos e continentais, caracterizados os primeiros por uma regular temperatura e abundante humidade e os segundos por temperaturas irregulares (extremos afastados) e relativa secura atmosférica.

Ainda são estes climas influenciados pela latitude, e por isso se divide o globo em três regiões com climas definidos: a zona tórrida (temperaturas elevadas, abundantes chuvas e humidade); zonas temperadas (temperaturas médias, humidade e chuvas reguladas pela vizinhança dos mares, lagos, rios, etc.) e as zonas frias ou polares, onde permanecem os gelos e onde as chuvas e humidade são raras.

É a zona temperada que nos interessa, porque é dentro dela que nos encontramos.

Dentro da zona temperada existem climas vários, o que não nos supreende, porque o clima duma região ou lugar depende, como já vimos, de vários factores. Uma região próxima do mar é fortemente influenciada por êle, e por isso terá o clima que êle determina, isto é, o clima marítimo.

Da mesma maneira, uma região cuja altitude seja muito elevada, sentirá fortemente a influência d'êste factor e o seu clima será de altitude, isto é, clima frio e sêco. Ninguém ignora que nos Alpes, Cáucaso, etc., há neves permanentes como nas regiões frias, apesar de se encontrarem em zona temperada. É que a altitude também exerce uma enorme influência sôbre o clima, e isto interessa-nos grandemente, porque os climas de altitude são muito vantajosos aos tuberculosos.

Do clima marítimo ao clima de altitude há climas intermediários; e, como de todos éles o tuberculoso pode aproveitar, a todos me referirei.

Clima marítimo . . . O CLIMA marítimo, como a palavra indica, é o clima próprio das regiões próximas e juntas ao mar.

Este clima é tanto mais forte, quanto mais nos aproximarmos da praia.

O clima marítimo é caracterizado por temperaturas regulares, cujas oscilações térmicas diárias e anuais são pequenas, e por abundantes nevoeiros que humedecem a atmosfera.

Junto ao mar a atmosfera está carregada de vapor de iodo, produto da respiração das algas, cloreto de sódio, vapor de água e uma maior ou menor luminosidade.

O clima marítimo é aconselhado nas tuberculososes óssea e gangliar, que muito aproveitam com êle, chegando a operar-se curas verdadeiramente milagrosas.

O ar do mar convém ainda às crianças linfáticas e pode beneficiar um tuberculoso antigo e curado de lesões pequenas.

Para tuberculosos é êle contra-indicado, porque, se bem que o clima marítimo tenha uma temperatura regular, como convém a um tuberculoso, por outro lado a abundante humidade e ainda os excessivos ventos que há à beira-mar e nas regiões próximas, muito o prejudicam, porque, além de o excitarem, acarretam-lhe uma diminuição de appetite, a temperatura subirá e, como conseqüência, sobrevirá um enfraquecimento geral e agravamento das lesões pulmonares.

É por isso que se não manda um doente tuberculoso para o ar do mar; e todo o tuberculoso que, por sua livre vontade, procura o clima marítimo, corre o risco de peorar a ponto de se tornar incurável.

Em Portugal encontramos o clima marítimo em tôda a extensão da nossa costa, onde há inúmeras praias de banhos, que são muito freqüentadas pela população das regiões de clima diferente.

É tão vulgar entre nós a ida para a praia nos meses de verão, com o fim de refazer as fôrças e descansar as fadigas do ano, que parece ajuizado fazer notar que, afora raras excepções, tôda a gente vai para a praia sem conselho do médico. Entre esta população banhista muitas pessoas há que muito mais aproveitariam com ar diferente, indo procurar na praia um prejuízo para a sua saúde.

Para êste mau resultado muito contribui o uso e abuso dos banhos de mar, o que nos leva a fazer-lhes algumas referências, porque são os banhos de mar que muitas vezes despertam uma tuberculose curada clinicamente, ou a agravam quando em via de cura. Os banhos de mar ficam proibidos a estes tuberculosos, e, duma maneira geral, esta proibição estende-se a tôdas as pessoas que teem ou tiveram lesões pulmonares tuberculosas.

Serão permitidos às pessoas fortes, àqueles que, embora fracos, sejam saudáveis, às pessoas anêmicas e linfáticas sem lesões pulmonares e a pessoas sofrendo de doenças que não vem a propósito citar.

O banho de mar é tónico e estimula o apetite, mas deve ser tomado com acêrto.

É um banho frio e por isso provoca uma reacção; e, como esta reacção é uma das suas virtudes, é preciso não a perder.

A reacção conhece-se por um certo bem-estar e sensação de calor, que se sente pouco tempo após a entrada no mar.

Esta reacção dura algum tempo, pouco; e se o banhista continua dentro da água depois de a experimentar começará a sentir frio, um certo mal-estar e, se teimar no banho, a breve trecho apparecem as tremuras do corpo e dentes, arrepios de frio, e os beiços tornam-se

roxos. O banho assim tomado é prejudicial; tira as forças, diminui o apetite e, como consequência, traz um enfraquecimento geral.

Para que o banho de mar produza o beneficio que se lhe pede, deve ser pequeno, isto é, de pouca duração. O banhista deve entrar na água o mais rápidamente possível; nas praias do norte, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Espinho, Figueira da Foz, etc., os banheiros levam os banhistas ao colo e lançam-nos ao mar de chofre.

Nas praias da linha de Cascais não se usa êste processo e vemos senhoras, rapazes e crianças entrarem a pouco e pouco no mar, que os chega a cobrir até à cintura e, por vezes entretidos na brincadeira, assim estão a arrefecer durante dez, quinze e mais minutos, antes de tomarem o primeiro mergulho; isto é o principio da scena, porque se segue o banho que dura meia hora e mais, chegando a sair dêle roxos e a tiritar! É um banho prejudicial.

A duração do banho depende do estado de saúde e idade do banhista.

Um enfraquecido, anémico, clorótico, etc., que toma banhos de mar para se tonificar, deve tomar um banho rápido e deve entrar de chofre na água com um mergulho geral; deve tomar mais um ou dois

mergulhos com intervalos de 2 a 3 minutos e retirar-se logo de seguida.

As crianças e pessoas saudias, com mais de 45 anos de idade, devem seguir a mesma prática; o banho não deve ter duração superior a 6 minutos.

As pessoas saudaveis, robustas e de idade inferior a 45 anos, podem tomar um banho mais demorado, podendo atingir a duração de 20 a 30 minutos quando o banhista o toma nadando. Se o banho é tomado sem exercício de natação, nunca deve ter duração superior a 15 minutos, para que se não perca a reacção; se, antes dos 15 minutos, o banhista começar a arrefecer, deve retirar-se imediatamente da água e, na areia executar um pequeno exercício (correr um pouco), entrando a seguir na barraca, onde se limpará friccionando o corpo com o próprio lençol ou com as mãos para provocar a reacção que ia perdendo.

Planície A PLANÍCIE não tem clima próprio; o seu clima depende da situação geográfica.

A planície junto ao mar terá mais ou menos o clima marítimo; da mesma maneira, a planície junto às

grandes montanhas será influenciada por elas e o seu clima será mais ou menos calmo e sêco.

A planície compreende as regiões cuja altitude não excede 400 metros.

Afora as regiões próximas ao mar, é a planície muito aconselhada aos tuberculosos; os médicos mandam geralmente os seus doentes tuberculosos para os ares do campo, que é o ar que se encontra na planície; por isso é indispensável que o doente, por si só, saiba conhecer se um dado lugar para onde pretenda ir repousar, tem clima que lhe convenha, porque a maior parte das vezes o médico transige com a vontade que o doente manifesta na escolha dêste ou daquele lugar.

Algumas vezes, não raras, são as condições económicas do doente que o levam a preferir uma terra onde a casa dum parente ou amigo se lhe abre, sem que o médico tenha fôrças para o contrariar. De resto, o clínico não pode conhecer as condições climatéricas de tôdas as povoações do país e por isso muitas vezes não pode decidir se esta ou aquela terra convém ao seu doente.

O médico conhece, duma maneira geral, que há regiões, como as Beiras, que tem clima favorável ao tuberculoso; mas, dentro destas regiões, próprias para a cura de ar e repouso, poderá haver povoações que não satisfaçam êste fim, sem que o clínico as conheça.

O doente, ao escolher um dado lugar para repousar, deve informar-se sôbre o clima dêsse lugar e por sua vez levar ao conhecimento do clínico os dados colhidos, para que êle decida se a escolha é ou não acertada.

Quando o doente não conhece a região e se não possa informar de antemão, deve possuir os conhecimentos suficientes para poder ajuizar se a terra que escolheu tem as condições climatéricas favoráveis à sua doença.

Ora, como já se viu, os climas húmidos e com oscilações térmicas acentuadas, assim como as regiões ventosas, são desfavoráveis ao tuberculoso; por isso deve afastar-se da vizinhança dos rios, lagos e grandes florestas para evitar a humidade; dos lugares onde as máximas e as mínimas da temperatura sejam afastadas, como acontece nos fundos dos vales; das regiões expostas aos fortes ventos, como sucede nas encostas batidas pelas nortadas; e do fundo dos vales, onde os ventos fazem curso, não esquecendo as terras sujeitas às brisas do mar, que como se sabe, podem atingir 40 a 50 quilómetros para dentro da terra.

Os ares da planície ou campo, que conveem ao tuberculoso, são, como já indicámos, os secos, calmos e de pequenas oscilações térmicas diárias.

Estes ares encontram-se próximo das serras, donde

uma viração fresca e sêca vem amenizar a temperatura das regiões circunvizinhas; nas encostas expostas ao sul ou sudeste, porque se encontram protegidas do vento norte e porque o calor do sol seca a atmosfera.

Desde que se observem, tanto quanto possível, este princípios, o ar do campo é favorável ao tuberculoso qualquer que seja o seu estado e não tem contra-indicações; e com êle pode o doente melhorar, desde que siga os princípios estabelecidos atrás sôbre a cura de repouso e ar.

Clima da montanha O CLIMA da montanha é diferente do clima marítimo e do que se encontra na planície; e, porque é um clima sêco e de ventos moderados, é o mais aconselhado no tratamento da tuberculose.

No clima da montanha temos a considerar um novo elemento de grande importância, e vem a ser a pressão atmosférica.

A pressão atmosférica dum lugar é medida pelo pêsso da coluna de ar que actua sôbre êsse lugar e, assim, a pressão atmosférica varia na razão inversa da altitude'

isto é, quanto maior fôr a altitude dum lugar, menor será a sua pressão atmosférica, porque menor é a coluna de ar que pesa sôbre êle. Inversamente, é ao nível dos mares que se encontram as pressões atmosféricas maiores, já porque a coluna de ar é maior, já porque a humidade que lhes é peculiar torna o ar mais pesado.

A diminuição da pressão atmosférica traz como consequência uma rarefacção do ar que respiramos, embora êle mantenha as suas propriedades e sejam normais as relações dos elementos que o constituem.

Porém, desde que a diminuição da pressão atmosférica traga uma rarefacção do ar, é certo que um indivíduo que viva num lugar de alta altitude será obrigado a fazer maior número de respirações num minuto, que um outro que viva noutro ponto onde a pressão atmosférica seja maior e, portanto, haja maior concentração de ar, compensando pelo número de respirações a diminuição do volume de ar em cada respiração.

Haverá vantagem nessa aceleração respiratória?

Há, e não pequena, desde que o doente suporte êste excesso de trabalho respiratório.

Já vimos que a respiração é um acto fisiológico que tem por fim carregar o sangue de oxigénio em troca de anidrido carbónico.

Como complemento do trabalho respiratório deus-nos a natureza o trabalho do coração, que é uma bomba de trabalho uniforme e que tem por fim levar o sangue aos pulmões para aí sofrer a sua oxigenação, e depois levá-lo a todo o organismo, onde deixa o oxigênio em troca do anidrido carbônico e assim sucessivamente.

E como esse trabalho é uniforme, também é igual em todos os tempos o volume de sangue que aos pulmões vai largar o anidrido carbônico em troca do oxigênio.

Se um indivíduo viver num ponto onde o ar esteja rarefeito, como acontece nas elevadas altitudes, o volume de sangue que a uma pressão normal encontrava o volume de oxigênio suficiente para o purificar, encontrará nesse ponto um menor volume de oxigênio, que não é suficiente para preencher o mesmo fim.

Nestes casos, o próprio organismo se encarrega de combater esta deficiência, servindo-se de dois meios: o primeiro consiste em obrigar o indivíduo a fazer respirações mais fundas, de maneira a respirar o maior volume de ar; é uma verdadeira ginástica respiratória que a natureza se encarrega de estabelecer e que traz a vantagem de levar o ar a pontos onde a respiração normal o não levava, como os vértices dos pulmões ou

outros pontos atacados de lesões pulmonares; o segundo consiste em fazer chegar o sangue mais vezes aos pulmões, para o que o coração tem que trabalhar mais activamente, isto é, se num ponto onde a pressão atmosférica é normal o coração executava 65 revoluções por minuto, em outro ponto de pressão atmosférica menor terá que executar um maior número de revoluções, 100 por exemplo.

E é por êste excesso de trabalho cardíaco que as altitudes elevadas originam, que elas podem ser prejudiciais a indivíduos com o coração fraco e às pessoas mais ou menos idosas.

É natural que um indivíduo, cujo pulso anda à roda de 100 pulsações por minuto num ponto de pressão atmosférica normal, terá um número muito mais elevado de pulsações na montanha; e, se a altitude fôr muito elevada, pode muito bem ser que o coração não suporte êsse excesso de trabalho.

Assim também um doente portador de lesões pulmonares recentes com tendência congestiva, pelo que carece de repouso quási absoluto do pulmão doente, peorará com o clima de altitude, que obriga a um maior trabalho pulmonar.

Como se vê, o clima da montanha, se bem que seja maravilhoso para os doentes que o suportam bem,

tem também as suas contra-indicações, e só o médico pode resolver se o doente está em condições de o tolerar e colher os benefícios que êle pode dar.

Nunca deve o doente procurar o clima da montanha, sem conselho médico.

O clima da montanha divide-se em clima de média altitude e alta altitude.

a) ALTITUDE MÉDIA: está compreendida entre 400 a 800 metros.

O clima de média altitude é um clima de transição para o de alta altitude e será sempre prudente sujeitar o doente a uma prova no clima de média altitude, antes de o mandar para a alta altitude.

O clima de média altitude é tónico, pouco excitante e por isso melhor tolerado pelos doentes que suportam mal a alta altitude.

Como êste clima obedece às regras estabelecidas para os climas da montanha, embora em menor intensidade, nunca deve ser procurado pelo tuberculoso sem conselho médico.

Em Portugal há serras de média altitude e à volta da Serra da Estrêla e do Caramulo encontramos grandes centros e vilas importantes, em altitude média, como Covilhã, Celorico, Gouveia, Viseu, Portela, etc.

Na Beira Baixa, entre muitas outras, há Penamacor

e Castelo Branco; na Beira Alta ainda contamos Lamego, S. João da Pesqueira, etc. Em Trás-os-Montes, onde abundam as montanhas com altitudes elevadas, encontramos em altitude média Bragança, Vila Pouca d'Aguiar, etc., etc.

b) ALTA ALTITUDE: está compreendida entre 800 a 1.800 metros.

O clima destas regiões, é, como já vimos, sêco, frio e calmo; é o clima por excelência do tuberculoso e por isso é nestas altitudes que encontramos os Sanatórios; mas, porque o clima de alta altitude é um clima excitante, e ainda porque a pressão atmosférica é um dos factores que mais se relaciona com êle e que muito pode prejudicar certos doentes, nunca deve o tuberculoso procurar o clima de alta altitude sem indicação clínica.

Em Portugal há serras de alta altitude e com uma magnífica exposição e situação, que bem merecem ser aproveitadas para cura de repouso; com os recursos naturais que possuímos, escusado seria o tuberculoso rico ausentar-se para o estrangeiro, onde muitas vezes não tira o resultado esperado ou até peora, por se meter repentinamente num clima rigorosíssimo a que não está habituado.

Em Trás-os-Montes encontramos: Serra do Larouco,

com 1525 metros; Serra do Barroso, com 1279 metros; Serra da Padrela, com 1146 metros; Serra de Bornes, com 1200 metros; Serra de Nogueira, com 1318 metros.

Na Beira Alta: Serra de Montemuro, com 1389 metros; Serra do Caramulo, com 1071 metros.

Na Beira Baixa: Serra da Estrêla, com 1991 metros; Serra de Alvelos, com 1080 metros; Serra da Malcata com 1075 metros.

Alimentação

A par do repouso e bom ar carece o tuberculoso duma boa alimentação e estes três elementos constituem a tríade higiénica que o tuberculoso precisa conhecer.

Assim como o médico diz ao doente que repouse, assim também o incita a alimentar-se bem, porque a tuberculose é uma doença que depaupera o organismo e esse depauperamento exteriorisa-se pelo emmagrecimento, que por vezes é acentuado.

O emmagrecimento é um sintoma da evolução da doença e o doente só o pode combater com uma boa alimentação, ajudada doutros elementos de combate (terapêutica, repouso e bom ar).

Tal como a cura do repouso e do ar, também a cura da alimentação precisa certas precauções para evitar os abusos alimentares, quer de excesso, quer de deficiência, tão vulgares nos nossos doentes.

Ainda corre voga o regimen da super-alimentação, que tão graves prejuízos tem causado; ao lado destes super-alimentados vemos doentes com pouco apetite e que, sendo uns verdadeiros vencidos por esse terrível sintoma de enfraquecimento e intoxicação, não se alimentam suficientemente.

Tanto um como outro desvio alimentar devem ser corrigidos; o primeiro no sentido de evitar pançadas que trazem digestões difíceis e mau funcionamento do estômago e intestinos, sem que haja maior proveito para o doente; o segundo no sentido de evitar que uma deficiente alimentação contribua para o seu depauperamento, tornando o doente um emmagrecido, quasi um cadavérico, sem resistência que vença ou se oponha à infecção tuberculosa.

Adiante veremos os inconvenientes destes desvios alimentares e indicaremos os casos em que a super-alimentação pode ser permitida e faremos ver que o doente, por si só, pode reagir contra a falta de apetite.

E para que as noções adiante expostas possam ser bem compreendidas, para também serem bem execu-

tadas, daremos umas noções, tão sucintas quanto possível, sobre o que seja o acto da alimentação.

Na verdade, muita gente, senão a maior parte, não faz idea do que seja a alimentação do nosso organismo; sabe que comemos e bebemos para podermos trabalhar, mas ignora em que consiste esse fenómeno da alimentação, o que leva à prática de graves erros. Se há pessoas sadias que pouco sofrem com os desmandos da mesa, não falando já nos praticados nos cafés e nas tabernas, o que é certo é que um doente, que precisa ter uma alimentação cuidada e regular, só poderá compreender os prejuízos que adveem dos abusos da comida e da bebida, conhecendo o que se chama a fisiologia da alimentação.

Fisiologia da alimentação A ALIMENTAÇÃO é um fenómeno natural, que tem por fim fornecer ao organismo as substâncias que elle queima com o seu próprio trabalho.

Um organismo em repouso está constantemente em laboração lenta; tôda a gente sabe que um paralítico precisa comer para viver; é que, embora não faça o

mínimo esforço, produzem-se combustões no seu organismo, que se traduzem em primeiro lugar pela temperatura do corpo e em segundo pelos produtos dessas combustões (urina, fezes, suores).

Porém, se o organismo produzir um certo trabalho, as suas combustões são maiores, pelo que carece duma alimentação mais abundante.

Da mesma maneira, se um indivíduo tiver uma temperatura superior à normal, queimará maior quantidade de substâncias orgânicas; é por isso que o tuberculoso febril emmagrece mais que o não febril, pelo que precisa de se alimentar melhor.

Mas como se operam essas trocas nutritivas no organismo?

É o que vamos ver:

O fenómeno da alimentação divide-se em três fases:

- a) introdução dos alimentos no organismo (mastigação);
- b) digestão dos alimentos ingeridos;
- c) absorção dos produtos da digestão.

A mastigação consiste em triturar os alimentos de maneira a poderem ser engulidos e de seguida digeridos.

O acto da mastigação é duma grande importância,

porque, quanto melhor mastigados fôrem os alimentos, em melhores condições êles ficam para sofrerem a digestão no estômago.

É a mastigação uma preparação da digestão estomacal, para o que muito contribui a saliva, que, além de facilitar a mastigação, é o primeiro suco com acção digestiva.

Dêste modo a boa mastigação traz ainda a vantagem de impregnar os alimentos de saliva e portanto torná-los mais aptos para a digestão.

A digestão dos alimentos ingeridos opera-se quasi totalmente no estômago e na primeira porção do intestino delgado.

Uma vez os alimentos chegados ao estômago, sofrem a acção do suco gástrico, que é um liquido ligeiramente ácido e amarelo, actuando como digestivo principalmente sôbre os alimentos albuminóides (carne, ovos, etc.).

Ainda no estômago, a saliva engulida com os alimentos continua a sua acção digestiva, que se exerce sôbre os amidos cozidos (pão).

A digestão no estômago dura em média três a quatro horas, quer dizer, ao fim dêste tempo poucos ou nenhuns alimentos se encontram nêle.

A' medida que a digestão estomacal se opera, vão

passando para o intestino as substâncias digeridas juntamente com outras que se digerem no intestino, tais como as gorduras, os açúcares, em parte os albuminóides e os amiláceos.

Uma vez chegado ao intestino, êste bôlo alimentar sofre a acção da digestão intestinal, que se opera por um suco elaborado pelas próprias glândulas intestinais e pelo suco pancreático e bilis, que são produzidos, respectivamente, pelo pâncreas e fígado.

São estes três elementos digestivos (suco intestinal, suco pancreático e bilis) que exercem a maior parte da digestão alimentar, actuando sôbre as gorduras, açúcares, etc., transformando-os em substâncias capazes de serem aproveitadas pelo organismo. Esta digestão é devida, na sua quási totalidade, à acção dos fermentos do suco pancreático e reforçada pela bilis que, sendo uma substância oleosa, ainda possui a propriedade de facilitar as evacuações, arrastando através dos intestinos os produtos da digestão.

Se nós parássemos por umas horas as secreções do estômago, intestino e suas glândulas anexas e engulíssemos uma refeição alimentar, iríamos encontrar umas fezes constituídas precisamente pelos mesmos alimentos ingeridos; isto é, êsses alimentos não nos tinham servido de proveito. Quere dizer, portanto, que, para nós

tirarmos proveito do que comemos, é preciso que o estômago e intestinos estejam em condições de operar a digestão dos alimentos ingeridos.

E assim, se o estômago, por qualquer circunstância não segregar o suco gástrico suficiente para a digestão dos alimentos que nele introduzimos, a digestão será difícil e os alimentos irão em más condições para os intestinos e aqui, por sua vez, a digestão continuará a ser deficiente, porque o bôlo alimentar não leva a preparação precisa.

É, portanto, de grande vantagem ter o estômago em condições de realizar uma boa digestão.

As causas que prejudicam o bom funcionamento do estômago, além de enfermidades cuja enumeração não cabe nos limites dêste trabalho, são:

- a) má mastigação dos alimentos;
- b) alimentação demasiadamente abundante, sem que o estômago segregue o suco gástrico suficiente para a sua digestão, o que traz como consequência uma digestão demorada, difícil, incompleta e, pela sua continuação, uma dilatação gástrica.
- c) introdução no estômago duma nova refeição sem que a digestão da refeição anterior esteja concluída.

A estas três negativas opõem-se três afirmativas, que

são as bases para o normal funcionamento do estômago, dos intestinos e o natural equilíbrio orgânico do indivíduo:

- a) boa mastigação dos alimentos;
- b) alimentação regular (nem copiosa nem deficiente);
- c) rigorosa observância das horas da digestão (fazer nova refeição depois de terminada a digestão da anterior).

Não se observando estes três elementares preceitos da higiene alimentar, corre-se o risco de não tirar proveito da alimentação ingerida e de prejudicar o estômago e os intestinos, órgãos vitais no equilíbrio do nosso pêso e saúde.

Da mesma maneira, se houver alguma perturbação no pâncreas, no fígado ou no intestino, que prejudique a laboração dos respectivos sucos digestivos, os alimentos não sofrem a digestão suficiente para de seguida serem absorvidos. Um dos alimentos de que mais se abusa actualmente e que mais prejudica os órgãos digestivos, são os ovos; aumentam as putrefacções intestinais, prejudicam o fígado e sujam o estômago, o que se exterioriza pela língua saburrosa, mau gosto na bôca, mau hálito e pouco apetite.

É de grande vantagem que o tuberculoso conserve os seus órgãos digestivos em boas condições, para que aproveite com a alimentação.

A boa digestão prepara a absorção, que consiste no aproveitamento dos produtos da digestão.

A absorção opera-se na segunda parte do intestino delgado e ainda, se bem que em menor escala, no intestino grosso.

Por fenómenos físicos, ou melhor, fisiológicos, que não veem a propósito, os produtos da digestão são absorvidos pelo sangue e pela linfa, através da parede do intestino.

Os produtos digestivos absorvidos pelo sangue passam pelo fígado, onde sofrem diferentes modificações e são distribuídos, ainda através do sangue, às diferentes partes do organismo.

Como vemos, desempenha o fígado, além doutras funções, um duplo papel no equilíbrio do nosso organismo e, por isso, é de grande vantagem não o estragar com o abuso ou até mesmo com o uso de bebidas alcoólicas, nem com drogas indicadas por leigos.

Vimos, portanto, a importância que há na boa execução dos três fenómenos que presidem à fisiologia da alimentação — mastigação, digestão e absorção — e já sabemos que, quando a digestão é má, não será melhor a absorção.

Então para onde vão os alimentos que não são absorvidos? Saem do intestino em forma de fezes.

As fezes constituem a parte da refeição alimentar que não foi aproveitada pelo organismo, e por isso é de grande vantagem o doente habituar-se a conhecer as fezes normais e as anormais, que é o mais vulgar processo de avaliar se a digestão gástrica e intestinal se fizeram normalmente ou não e como consequência se houve boa ou má absorção.

Quando a digestão é normal e há uma boa absorção, as fezes são normais.

Se a digestão é defeituosa e há uma má absorção, as fezes serão anormais.

As fezes normais são geralmente moldadas, regularmente duras e habitualmente sem cheiro que incomode.

As fezes anormais são mal cheirosas, pastosas, diarréicas ou muito endurecidas, por vezes sanguinolentas, com ou sem mucosidades e em alguns casos apresentam detritos alimentares ou até mesmo bocados de alimentos por digerir.

Estas fezes denunciam mau funcionamento, quer dos intestinos (enterites, entéro-colites, etc.), quer do fígado ou mesmo do pâncreas.

Por vezes estes órgãos funcionam normalmente e as fezes anormais devem ser atribuídas a más digestões ou a irregular alimentação.

Regime alimentar EXPLICADA sumariamente a fisiologia da digestão, fácil é compreender como deve ser orientada a alimentação dum indivíduo normal e mórmente dum tuberculoso, que carece um bom funcionamento das funções digestivas, de maneira a permitir-lhe uma suficiente alimentação.

A alimentação dum tuberculoso deve ser a dum indivíduo normal e só quando haja indicação médica, êle deve desviar-se desta regra.

O tuberculoso, no geral, deve comer de tudo (carne, peixe, ovos, legumes, etc.), sem abusar dêste ou daquele alimento, salvo indicação clínica.

A comida do tuberculoso será variada, bem feita e bem apresentada para lhe estimular o apetite.

O apetite aparece normalmente quando o estômago está vazio; o próprio vazio do estômago desperta, sem se sentir, a vontade de alimento; mas nem sempre assim acontece e aos doentes que sofrem de falta de apetite é preciso estimulá-lo quer com medicamentos, quer por meios naturais e inofensivos; basta para isso mostrar uma iguaria bem apresentada para que desperte a

vontade de a comer; outras vezes é o cheiro que dá êsse desejo; outras ainda, embora menos, a simples lembrança dêste ou daquele acepipe.

O tuberculoso com falta de apetite deve aproveitar estes estímulos para ingerir alguns alimentos, porque desta maneira despertará o apetite a pouco e pouco; uma vez o alimento chegado ao estômago, êle próprio se encarrega de estimular as glândulas produtoras de suco gástrico e êste, por sua vez, mantêm e até pode aumentar o apetite; deve pois o tuberculoso teimar sempre em comer, mesmo que não tenha muita vontade.

O primeiro cuidado que o tuberculoso deve ter, é o de mastigar bem os alimentos; para isso é preciso conservar os dentes em bom estado e demorar os alimentos na bôca, triturando-os bem.

As refeições também devem ser feitas vagarosamente, não só para dar tempo a uma boa mastigação, como ainda para misturar os alimentos com bastante saliva que, como se viu, é o primeiro suco digestivo. Comer depressa e mastigar mal dá lugar a más digestões e a perturbações gástricas; quem é que não experimentou já ficar com o estômago cheio, pesado, ou, melhor, empanturrado por ter comido muito à pressa?

Inversamente, nota-se que nos grandes jantares,

quando se come devagar e há um certo intervalo dum prato ao outro, se come muito mais do que é costume sem que se fique incomodado. São factos comezinhos, mas que nos mostram bem a desvantagem de comer depressa e com má mastigação, e a conveniência em comer devagar, mastigando bem e aumentando um pouco os intervalos dum ao outro prato.

Outro preceito a observar é o de ingerir poucos líquidos na ocasião da refeição e não os beber durante as duas primeiras horas da digestão.

Também é prejudicial beber água ou outro qualquer líquido, sem prescrição médica, meia hora antes da refeição; está provado que um copo de água passa do estômago vazio para o intestino em 10 a 15 minutos; e, como sabemos que, com o despertar do apetite, vem a formação do suco gástrico no estômago que espera os alimentos que há-de digerir, fácil é compreender o prejuízo que causa beber água próximo das refeições; ela arrasta consigo para o intestino o suco gástrico que se haja formado, dando diminuição do apetite, e quando os alimentos entram no estômago não encontram o suco gástrico suficiente para os digerir.

Friso esta particularidade, porque é costume de muita gente dar um passeio de meia hora e mais antes

das refeições, para estimular o apetite ; acontece que o passeio traz a fadiga, algumas vezes a sêde e, a seguir, o hábito de beber um copo de água antes da refeição.

Esta prática é prejudicial, pelo que deve ser posta de parte, tanto mais que nos doentes deprimidos e que cansam com facilidade o passeio produz efeito contrário, porque lhes tira o apetite.

Estes doentes lucram mais descansando na cadeira de cura a meia hora que precede as refeições.

Também se não deve esquecer que a digestão duma refeição normal dura 3 a 4 horas e que antes dêste tempo se não deve voltar a comer, mesmo que haja algum apetite ; só nos climas de alta altitude ou muito frios, onde há necessidade duma alimentação mais abundante e há mais apetite, se pode encurtar êste espaço de tempo.

Uma pequena refeição leva menos tempo a digerir e não é preciso manter o intervalo de 3 a 4 horas, para se comer novamente ; é o que acontece com o pequeno almoço e com o lanche.

O doente deve repousar hora e meia a duas horas a seguir às refeições, para que a digestão se faça facilmente.

A maior parte da gente supõe que, caminhando sôbre as refeições, faz melhor as digestões ; puro en-

gano; o repouso horizontal ou quási horizontal, como o que se obtém na cadeira de cura ou numa simples cadeira de vêrga em forma de *chaise-longue* é a melhor posição que se pode tomar para que o estômago exerça a sua função digestiva. Depois dêste repouso é que se pode beneficiar com um pequeno passeio, quando o doente esteja em repouso parcial.

Como se depreende do exposto, o tuberculoso deve observar com rigor os cuidados higiênicos precisos para não fatigar os órgãos digestivos:

- a) comer a horas certas;
- b) comer devagar;
- c) encher pouco o estômago a cada refeição;
- d) e, factor importante, não abusar de alimentos tóxicos ou de difícil digestão, como a carne crua e os ovos, etc. Mais uma vez diremos que o abuso dos ovos é bastante prejudicial; ainda hoje se pratica em larga escala êste abuso, havendo tuberculosos que comem à roda de 10 ovos diáriamente; é sistema que deve ser pôsto de parte, quer se tomem os ovos crus, quentes, estrelados, etc.

Indicaremos as normas dos três regimes alimentares mais correntes:

1.º ALIMENTAÇÃO NORMAL:

É a que convém a todos os tuberculosos e a que se deve seguir quando não haja indicação médica de outro regime alimentar; neste regime pode o tuberculoso comer de tudo, não abusando dêste ou daquele alimento e sob o seguinte horário das refeições e repouso que convém a um doente em repouso parcial:

8 $\frac{1}{2}$ horas — pequeno almoço: leite, ou café com leite, ou ainda chocolate e pão com manteiga ou bolachas e biscoitos;

9 $\frac{1}{2}$ às 11 horas — pequeno passeio ou trabalho permitido pelo médico;

11 horas — cadeira de repouso;

11 $\frac{1}{2}$ horas — almoço: um prato de peixe e outro de carne mal passada (bife); queijo, frutas cozidas ou de compota.

12 $\frac{1}{4}$ às 13 $\frac{3}{4}$, ou 14 $\frac{1}{4}$ — repouso na cadeira de cura.

14 $\frac{1}{4}$ horas — passeio ou trabalho permitido pelo médico.

- 16 horas — lanche (o mesmo que o pequeno almoço).
- 18 $\frac{1}{2}$ horas — repouso na cadeira de cura.
- 19 horas — jantar: sopa, um prato de peixe e outro de carne mal passada; doce (leite creme, letria ou pudim) e fruta cozida ou de compota.
- 20 horas — cura de repouso na cadeira de cura.
- 22 $\frac{1}{2}$ ou 23 horas — deitar.

2.º SUPER-ALIMENTAÇÃO:

Este regime é aconselhado aos debilitados ou emmagrecidos, quando a temperatura seja pouco elevada e não haja perturbações digestivas, nem tendências a congestões pulmonares; só deve ser usado quando o clínico o aconselhe.

O horário das refeições e repouso é o mesmo que se usa no precedente, com a diferença duma mais abundante alimentação, assim:

- 8 $\frac{1}{2}$ horas — pequeno almoço: o mesmo que no regime precedente, acrescentando dois ovos quentes, ou melhor, um caldo de farinha (arroz, maizena, araruta, etc.), com ou sem gema de ovo.
- 11 $\frac{1}{2}$ horas — almoço: o mesmo que o precedente,

acrescentado dum prato de sôpa ou assorda, um copo de leite simples ou com café, ou ainda um prato de doce (lapioca, etc.).

16 horas — lanche, o mesmo que o pequeno almoço.

19 horas — jantar: o mesmo que o usado no regime precedente, acrescentado de mais um prato (legumes, ou outro qualquer).

3.º — ALIMENTAÇÃO MODERADA:

Este regime é aconselhado aos tuberculosos que sofrem de perturbações gástricas, intestinais ou do fígado; que tenham febres elevadas e tendência para congestões pulmonares ou em plena congestão pulmonar.

Estes doentes, geralmente, estão sob o regime de repouso absoluto, e por isso apenas indico as horas e composição das refeições:

8 $\frac{1}{2}$ horas — leite com ou sem café.

10 $\frac{1}{2}$ horas — um caldo de farinha com ou sem gema de ovo.

13 horas — sôpa de massa e frutas cozidas ou de compota.

16 $\frac{1}{2}$ horas — leite.

18 $\frac{1}{2}$ horas — sopa de massa, canja ou puré (de ervilha, feijão, legumes, etc.) e um prato leve (macarrão, macarronete, arroz de manteiga, etc.) e, se o médico permitir, um prato de doce.

21 $\frac{1}{2}$ horas — leite.

Pela noite adiante pode o doente tomar leite, se acordar naturalmente, e observando sempre o intervalo de 3 horas dum ao outro copo de leite.

the 1/2 hour - 1/2 hour work, and on the 1/2
 hour - 1/2 hour work, etc. a 1/2 hour
 (1/2 hour) interval between 1/2 hour (1/2)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

1/2 hour - 1/2 hour (1/2 hour - 1/2 hour)

CAPITULO III

Profilaxia

Entende-se por profilaxia duma doença o conjunto de medidas higiênicas que se põem em prática para evitar a propagação duma doença.

A profilaxia diz portanto respeito às doenças contagiosas, tais como o sarampo, a varíola, a febre tifóide, a peste bubónica, a tuberculose, etc.

A profilaxia duma doença contagiosa é tanto mais enérgica quanto mais grave ela é. Ninguém ignora que o sarampo e a gripe são doenças bastante contagiosas, mas nem por isso se adoptam medidas profiláticas enérgicas; geralmente, ninguém faz caso do contágio dessas doenças, certamente porque são consideradas como doenças infecciosas benignas (?). Porém, já o caso muda de figura se se trata de doenças infecciosas graves, como a peste bubónica, o tifo exantemático, etc.,

para as quais é preciso pôr em prática meios mais enérgicos; é do conhecimento geral que, na casa onde se dê um caso de peste, se pratica o isolamento: o doente recolhe a uma enfermaria especial e os parentes e mais pessoas que conviveram com o doente ou o visitaram, também são recolhidos numa enfermaria de isolamento.

Para a tuberculose, embora seja uma doença um tanto grave porque são muitíssimas as vítimas que ela produz, não se põem em prática tão rigorosas medidas, porque, além de inúteis, seriam impraticáveis.

A profilaxia da tuberculose tem por base proteger as pessoas, e mórmente as crianças, do bacilo de Koch.

É bom notar que a tuberculose é talvez a doença que precisa mais aturados cuidados higiênicos e profiláticos, por ser compatível com uma longa vida e porque é preciso observar sempre os mesmos cuidados profiláticos durante todo o tempo da doença, ou, pelo menos, durante o período em que o doente tem expectoração bacilífera.

É preciso não esquecer os cuidados higiênicos precisos para evitar o contágio às outras pessoas, e em especial às crianças, que são umas vítimas da tuberculose.

É indispensável o mais rigoroso isolamento da

expectoração, e a seguir, a sua desinfecção, que tem por fim destruir o bacilo de Koch que ela contenha. Mas, a par destas medidas profiláticas, há ainda outras não menos importantes, e são as que dizem respeito ao terreno ou constituição orgânica do indivíduo, porque, como já vimos, a tuberculose propaga-se especialmente às pessoas fracas.

A profilaxia da tuberculose compreende portanto, dum lado, os cuidados com o terreno individual ou sua constituição orgânica, do outro, o ataque ao bacilo.

Terreno individual ou constituição orgânica COMO ficou dito no Capítulo I, a tuberculose propaga-se por meio do bacilo de Koch, e por isso não foge à regra geral da transmissão por meio dum micróbio.

Mas, enquanto que nas outras doenças infecciosas vemos o contágio estabelecer-se indistintamente entre pessoas fracas e fortes, na tuberculose são geralmente as pessoas fracas, anémicas, depauperadas orgânicamente, as vítimas desse contágio.

É que, na tuberculose, o terreno ou constituição

individual desempenha um importante papel na contracção da doença; e pode-se dizer, duma maneira geral, que, assim como as pessoas fracas estão sujeitas a infectar-se pelo bacilo de Koch, assim as fortes escapam à infecção, embora estejam em contacto com um tuberculoso, desde que esse contacto não seja muito prolongado.

A porção de tuberculosos robustos que conhecemos parece desmentir esta regra, mas tal não sucede e no geral as pessoas robustas que aparecem tuberculizadas é porque estiveram em contacto íntimo e prolongado com um baciloso, ou ainda, e é o mais freqüente, êsses indivíduos robustos eram tuberculosos curados clinicamente duma infecção tuberculosa contraída na infância e que uma pancada no peito, um cansaço, uma qualquer doença, etc., fêz reavivar as lesões supostas curadas.

A tuberculose é uma doença que se pode classificar de incurável; mas, apesar disso, são inúmeros os casos de cura clínica, compatíveis com uma longa vida.

É portanto indispensável evitar o contágio e manter sempre uma boa constituição física, a fim de evitar a infecção.

Os tisiólogos modernos dizem que a tuberculose é uma doença da infância, querendo dizer com isto que é nos primeiros anos da vida que ela se contrai; sendo

assim, é de tóda a vantagem evitar o contágio às crianças, o que se consegue:

1.º pelo ataque directo ao bacilo, por meio dos cuidados profiláticos adiante mencionados;

2.º desviando a criança do foco tuberculoso, como se faz na América, França, etc., transportando-a para internatos especiais ou, mais simplesmente, para as casas de camponeses sadios;

3.º cuidando sempre da sua saúde, tonificando as crianças fracas e linfáticas, tratando-as convenientemente nas suas doenças e vigiando-as na convalescença.

As crianças são muito sujeitas a infecções intestinais e a bronquites, que precisam ser muito bem tratadas, porque estas doenças, além de as enfraquecer deixando uma porta aberta à infecção tuberculosa, são às vezes, por si, já o início de lesões tuberculosas. Os bons tónicos para as crianças são os sais de cálcio, a emulsão de óleo de fígados de bacalhau, o xarope iodo-tânico, o xarope de iodeto ferroso, etc., que se aplicam consoante o caso, e por isso só o médico poderá decidir na indicação dêste ou daquele.

É vulgar dar às crianças indistintamente e sem indicação médica, qualquer dêstes remédios, que varia com a simpatia que a familia tem por qualquer dêles, sem se lembrar que pode estar a medicar erradamente

e até a prejudicar a criança; os intestinos são os primeiros a ressentirem-se com uma má medicação, e na criança, como no adulto, é vantajoso, sob todos os aspectos, conservar o seu normal funcionamento.

As doenças infecciosas vulgares, como o sarampo, gripe, varíola, coqueluche, etc., também carecem ser muito bem tratadas e evitá-las tanto quanto possível, porque é do vulgar conhecimento clínico que elas são por vezes a porta de entrada da tuberculose, pois que freqüentemente estas doenças complicam-se de lesões pulmonares ou bronquíticas e ainda pelo enfraquecimento que produzem no organismo. A convalescença destas enfermidades deve ser muito bem cuidada, havendo a necessidade, da parte do médico, de tonificar o organismo de maneira a restituir-lhe as perdas sofridas.

Durante o período do crescimento, que medeia dos 11 aos 16 anos, merece o organismo cuidados especiais e uma boa vigilância, porque é nestas idades que uma doença infecciosa e até o simples crescimento faz despertar ou contrair a tuberculose. Está nas mesmas condições o início do período menstrual, que tantas anemias provoca, abrindo a porta à infecção produzida pelo bacilo de Koch.

Não devemos deixar de nos referir à gravidez e à

amamentação, que só deve ser consentida a mulheres sadias; as grávidas tuberculosas ou curadas clinicamente estão sujeitas a abôrtos que as enfraquecem e, quando a gravidez siga até final, a amamentação pode fazer avivar os seus padecimentos e por vezes com tanta intensidade que as vitíma.

Há portanto tôda a vantagem em manter uma boa constituição orgânica e evitar as doenças que depauperam o organismo, no meio das quais é bom não esquecer o alcoolismo e a sífilis, que são causadores de tanta criança anormal e enfraquecida.

Uma boa constituição obtém-se:

- 1.º por intermédio de pais saudáveis, sem antecedentes tuberculosos, sifilíticos ou alcoólicos;
- 2.º com cuidados higiênicos e alimentares dispensados às crianças e que variam com a idade;
- 3.º evitando o contágio da tuberculose por meio de medidas higiênicas adiante expostas, ou melhor ainda, retirando-as do foco tuberculoso;
- 4.º por meio de exercícios de ginástica quando não haja contra-indicação médica;
- 5.º por uma vigilância e medicação tónica apropriada durante a época do crescimento e no início do período menstrual;
- 6.º evitando a sífilis e o alcoolismo.

Tais são, duma maneira geral, os meios de se obter uma boa constituição do organismo, não esquecendo que ela deve ter o seu início no princípio da vida e que se deve manter através das diferentes transições naturais e acidentais.

Destruição do bacilo de Koch Como sabemos, a tuberculose propaga-se por meio do bacilo de Koch, que se encontra geralmente na expectoração dos doentes portadores de lesões tuberculosas nos pulmões ou nos brônquios; é portanto indispensável destruir os bacilos que os doentes deitam no exterior por intermédio da expectoração, se queremos evitar que a doença se propague a outras pessoas.

A destruição do bacilo de Koch é, pois, a melhor medida profilática de que podemos lançar mão, a par duma boa constituição orgânica, como já foi dito.

Esta medida higiênica, além de aproveitar às pessoas que lidam com o baciloso, são também duma grande utilidade para o próprio doente, porque o tuberculoso pode aumentar o seu mal, ou pelo menos mantê-lo, desde que se infecta constantemente com os seus próprios bacilos.

Se nos lembrarmos que a falta de cuidados higiênicos em relação ao báculo de Koch pode trazer a infecção a adultos e a crianças, e que é desta infecção que nasce a tuberculose, justificaremos a exigência das medidas abaixo expostas e que tem por fim a destruição desse terrível gérme, flagelo da humanidade.

E' preciso executar essas medidas profiláticas tão cuidadosamente quanto possível, o que de resto não é difícil, porque elas são duma extrema simplicidade. Estes cuidados higiênicos, base da profilaxia da tuberculose, devem ser seguidos quer pelo doente, quer pela família ou por quem dele tratar.

1.º CUIDADOS PROFILÁTICOS DO DOENTE :

O maior cuidado do doente consiste em evitar que o bacilo que lhe produziu a doença vá atacar outras pessoas; para o conseguir basta que o doente recolha a sua expectoração num meio que destrua os bacilos nela contidos e que nunca lance a expectoração fora desse meio antisséptico.

Deve observar as seguintes regras :

- a) nunca deve expectorar no chão;
- b) nunca deve beijar as outras pessoas e muito menos as crianças;

- c) nunca deve cumprimentar sem ter as mãos limpas ;
- d) nunca deve utilizar-se dos objectos pertencentes a outrem, sem que tenha as mãos libertas de bacilos ;
- e) nunca deve utilizar-se de talheres que lhe não pertençam.

São estas as virtudes higiénicas do tuberculoso bacilífero, cuja falta de execução as transforma em pecados mortais.

A higiene do tuberculoso tem por fim destruir o bacilo, evitando que êle se espalhe na atmosfera, o que constituiria um perigo para si e para as outras pessoas.

Vamos ver a maneira de pôr em prática essas medidas higiénicas que são a base da profilaxia.

A primeira medida que o tuberculoso bacilífero deve pôr em prática é recolher a sua expectoração num escarrador com desinfectante e, se possível fôr, num escarrador fechado.

Os esputos, quando lançados no chão ou em meio que não tenha desinfectante, como por exemplo os bordos do escarrador, vão secando a pouco e pouco, libertando os bacilos que se espalham na atmosfera, podendo ser inspirados tanto pelo doente, mantendo ou

aumentando a sua infecção, como por pessoas sadias que desta maneira podem contraír a tuberculose.

Os escarradores podem ser fixos ou portáteis; fixos, os que se colocam no chão e portáteis os escarradores de algibeira.

Os escarradores fixos fazem geralmente parte do mobiliário duma casa e nunca se podem dispensar numa casa onde haja um tuberculoso.

Os portáteis são menos usados, mas é da máxima importância vulgarizá-los, porque o tuberculoso bacilífero deve usá-lo e é preciso que êle se não acanhe de fazer uso dele. Os escarradores de algibeira são pequenos e portáteis, de maneira a não incomodar.

Há modelos em vidro e modelos em metal, e tanto uns como outros são de fácil desinfecção.

Os escarradores devem ter sempre um líquido antiséptico que vá destruindo os bacilos; são correntes a creolina, o lisol, o formol e o acido fénico.

A creolina é um bom desinfectante e basta deitar uma colher das de sopa num escarrador grande com um ou meio decilitro d'água; nos escarradores de algibeira deita-se uma colher, das de chá, de creolina e uma ou duas colheres das de sopa de água.

O lisol tem o mesmo emprêgo que a creolina e pode ser usado nas mesmas proporções.

Estes dois desinfectantes, de bastante poder bactericida, não teem cheiro que incomode.

O formol e o ácido fénico são igualmente uns poderosos desinfectantes, sendo no entanto prejudicados pelo cheiro activo que os denuncia e os torna um pouco insuportáveis; êste inconveniente pode ser evitável, ajuntando ao formol essência de hortelã pimenta ou essência de canela; ao ácido fénico essência de café; desta maneira podem estes desinfectantes ser usados nos escarradores de algibeira.

Além dêstes desinfectantes, pode ainda usar-se o cloreto de cal e o sulfato de cobre, que é inodoro, a 5 por 100.

O sublimado corrosivo, desinfectante de uso tão corrente, deve ser pôsto de parte na desinfecção dos escarradores, em virtude do precipitado que forma com a albumina do escarro, o que não permite o ataque ao bacilo.

É ainda indispensável desinfectar o escarrador de algibeira, e esta desinfecção pode-se obter deixando-o mergulhado em um desinfectante durante a noite, ou ainda e melhor e até talvez mais prático, fervendo-o durante 15 a 30 minutos em água com uma colher de sal, num recipiente que se não utilize para mais nada.

Os escarradores fixos de vidro, louça ou metal

podem ser sujeitos ao mesmo processo de desinfecção; porém não precisam duma tão rigorosa desinfecção e por isso basta lavá-los bem com água quente e sabão e a seguir passá-los pela creolina.

À falta de escarradores fixos de vidro, louça ou metal podem usar-se pequenas caixas de madeira contendo areia ou serradura, tendo o cuidado de juntar cloreto de cal no caixote que contém areia e qualquer dos outros antissépticos líquidos na serradura.

A areia dos escarradores deve ser enterrada e a serradura pode ser queimada no fogão ou fogareiro, havendo sempre o cuidado do seu renovamento diário.

O doente deve evitar escarrar nos lenços, que vão sujar-lhe a algibeira, infectando-a e à falta de cuidado infectará a outra roupa; mas, quando o doente se veja obrigado a expectorar no lenço, precisa ter o cuidado de o dobrar de maneira que os escarros fiquem enrolados com o resto do lenço limpo e apressar-se a deitá-lo no saco reservado à sua roupa.

O doente deve conservar as mãos sempre limpas, lavando-as quando as infecte ou julgue infectadas com a sua expectoração, para o que basta lavá-las com água quente e sabão, passando-as a seguir por álcool puro ou ainda em água com creolina.

Esta medida higiênica deve ser sempre executada

antes das refeições, e, como o seu uso traz a irritação da pele, é vantajoso passá-las com glicerina ao deitar da cama.

A face também está sujeita a infectar-se com o bacilo, principalmente os bigodes e os lábios, sendo por isso de grande vantagem lavá-la com água quente e sabão antes das refeições.

Outra medida indispensável consiste em não salivar os lapis nem os dedos, hábitos tão comuns, quando se escreve e quando se lê.

São estes os principais cuidados higiênicos do tuberculoso e que constituem a base da profilaxia.

2.º CUIDADOS PROFILÁTICOS DA FAMÍLIA:

A família do tuberculoso também deve ter certos cuidados higiênicos, que tem por fim evitar que a doença se propague.

Os cuidados da família completam os cuidados do doente e dizem-lhe respeito a desinfecção da roupa, dos talheres, da expectoração, da casa, além da desinfecção das suas próprias mãos.

a) Desinfecção da roupa:

A roupa do tuberculoso deve ser guardada num saco fechado e no qual se não deita roupa de outrem.

A roupa deve ser desinfectada quando haja indicação médica, o que acontece quando a tuberculose se propaga aos intestinos, às vias urinárias, etc., ou no término da doença, quando o doente está retido no leito; e nestes casos também deve ser desinfectada a roupa da cama.

Esta desinfectação opera-se, quer metendo a roupa em água a que se ajunta um dos desinfectantes já aconselhados, quer fervendo-a numa panela reservada para este fim, ou ainda fazendo a tão vulgar barrela com cinza e água quente.

Os lenços merecem em especial estes cuidados, porque são o natural receptáculo dos bacilos de Koch, sendo indispensável a sua desinfectação tôdas as vezes que se lavam.

A desinfectação mais enérgica e inofensiva (em relação à boa conservação da roupa) é a fervura em água, à qual se pode ajuntar um pouco de carbonato de soda que serve para elevar o ponto de ebulição.

b) Desinfectação dos talheres, pratos, etc.

Os talheres, copos, chávenas, etc., devem ser de uso pessoal, havendo o cuidado de os separar e de os lavar e desinfectar em bacia separada e só para este fim utilizada.

O melhor meio de proceder à desinfectação destas peças é fervê-las em panela própria. Para que os copos

não quebrem, metem-se em água pouco quente e que se deixa aquecer gradualmente, até chegar à ebulição. Os pratos podem deixar de ser fervidos, contanto que se lavem em água quente e sabão e depois sejam escaldados com água a ferver.

Não nos devemos esquecer que o guardanapo do doente não deve ser misturado com os guardanapos das outras pessoas; deve haver uma gavêta reservada para êle e onde se metem as caixas e frascos dos remédios do doente, que êle próprio tira da gavêta. A desinfecção do guardanapo é a mesma da outra roupa.

Escusado será lembrar que a pessoa que lida com os objectos ou roupa do doente, necessita desinfectar as mãos pelos meios indicados, tôdas as vezes que lide com êles.

c) Desinfecção da habitação.

Acontece que o tuberculoso muda duma casa para outra e dentro da mesma casa pode habitar várias dependências, como seja mudar de quarto no verão e no inverno.

Quando haja essas mudanças, é bom não deixar dormir ninguém no quarto que o doente deixar, sem se proceder à sua desinfecção, no caso, é claro, do doente ser bacilífero.

O quarto e mais dependências que o tuberculoso habita mais freqüentemente, devem ser desinfectados

pelo menos uma vez por semana, embora se não faça uma desinfecção rigorosa.

A desinfecção nestas condições consiste em lavar o chão ou oleados com água e sabão, tendo o cuidado de juntar creolina na água; as paredes também devem ser lavadas com o mesmo desinfectante ou sublimado (1 por 1000), porque já sabemos que os micróbios andam espalhados na atmosfera e que se depositam nas paredes, nos móveis, objectos, etc.

De vez em quando, e sempre que o doente se mude dum quarto para o outro, deve-se proceder a uma desinfecção mais rigorosa, não permitindo, repito, que outra pessoa durma no quarto deixado pelo doente, sem que seja suficientemente desinfectado. Essa desinfecção faz-se por meio de vapores de enxofre ou de aldehido fórmico; êste último, quando não seja bem usado, pode trazer inconvenientes, e por isso não indico o processo de o utilizar. Os vapores do enxofre não oferecem perigo e o seu manejo é fácil.

Para desinfectar um quarto fecham-se as janelas e as portas, tendo o cuidado de tapar os buracos e as frinchas com pedaços de pano ou com tiras de papel ou adesivo, de maneira a evitar a fuga dos vapores do enxofre para fora do quarto; é o que se chama calafetação.

Colocam-se no meio do quarto um ou dois fogareiros com carvão em brasa, onde se deita o enxofre (meio kilo, um, dois kilos, consoante a capacidade do quarto) que se vai queimando pouco e pouco, impregnando o quarto de vapores, cujo poder bactericida é dum grande valor.

Será bom notar que se aproveita esta ocasião para desinfectar os móveis que tem servido ao doente, deixando-os arredados das paredes, de maneira a estarem, sob a acção dos vapores em tôdas as suas faces, assim como os objectos de que êle se utilizara.

A porta de saída é calafetada pelo lado de fora não esquecendo tapar os buracos das fechaduras.

Conserva-se o quarto assim fechado e calafetado durante 2 ou mais horas, para que os vapores do enxofre exerçam a sua acção bactericida, e ao fim dêsse tempo abrem-se as portas e janelas para ventilar a casa.

Quando haja mudança de habitação ou falecimento do doente, a desinfectação deve ser total, e por isso é executada pela desinfectação pública.

O povo ainda recebe mal esta medida higiênica, mas ela traz a grande vantagem de evitar que os germes da doença contaminem outras pessoas, causando mais vítimas.

FIM



ÍNDICE

CONSIDERAÇÕES GERAIS.	PÁGS. 5
-------------------------------	---------

CAPÍTULO I

O QUE É A TUBERCULOSE?

Bacilo de Koch	21
Contágio	27
Portas de entrada	29
Sintomas do início da tuberculose	31
Formas clínicas	39
Terapêutica	47

CAPÍTULO II

REPOUSO, AR (CLIMAS) E ALIMENTAÇÃO

Repouso	52
» absoluto	53
» parcial	57
Ar (climas)	61
Cura de ar diurna	67
» » » nocturna	72
Climas	76
Clima marítimo	78
» da planície	82
» da montanha	85
Alimentação	91
Fisiologia da alimentação	93
Regime alimentar	101

CAPÍTULO III

PROFILAXIA

Terreno individual ou constituição orgânica.	113
Destruição do bacilo de Koch.	118



RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIAS VIVAS
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329664348

513

EDIÇÕES

DA

Empresa Literária Fluminense, L.^{da}

Educação física da mulher, conferência por ANGELO MOSSO, tradução do Prof. *Arlindo Varela*.

As doenças da memória, por TRODULO RIBOT, versão do Prof. *Dr. António Barradas*, 2.^a edição.

A Saúde pelo naturismo, pelo Dr. AMÍLCAR DE SOUZA, 2.^a edição.

O^s que amam e matam, (estudos de psicopatologia social) pelo Dr. VINCENZO MELLUSI, versão do *Dr. Henrique de Carvalho*, com prefácio do Prof. *Dr. Júlio de Matos*.

Arte de repousar, pelo Dr. G. B. UGHETTI, tradução do Prof. *Arlindo Varela*.

Manual de anthropologia, por G. CANESTRINI, tradução de *Silva e Albuquerque*.

Gymnastica domestica, médica e higienica, pelo Dr. SCHE-REBER, tradução de *Júlio de Magalhães*.

O Instinto sexual e as suas manifestações mórbidas, pelo Dr. TARNÓWSKY.

Medicina pratica segundo a doutrina homoeopatica, por AYRES B. PINTO.

Confissões d'um medico, pelo Dr. VERRSAIEF, tradução de *Câmara Lima*.