

A ACÇÃO DA "ULTRA-LINFA"
EM VÁRIAS FORMAS DE
TUBERCULOSE

por

FORTE DE LEMOS

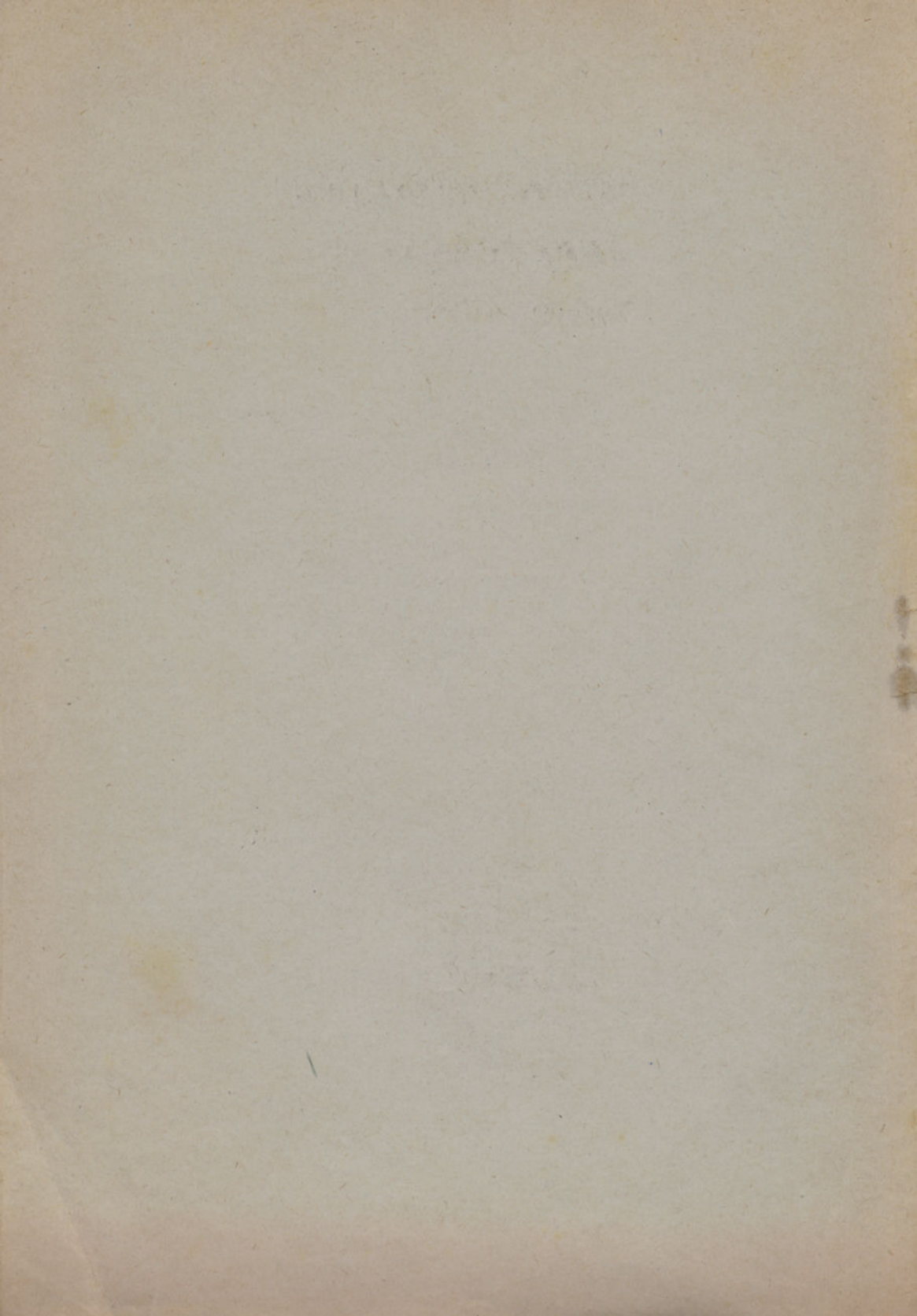
Médico dos Hospitais

Comunicação à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa,
em 24 de Junho de 1936



Separata da
Imprensa Médica
Ano II. N.º 22. 1936.

RC
MNCT
616
LEM



A ACÇÃO DA "ULTRA-LINFA" EM VÁRIAS FORMAS DE TUBERCULOSE

por

FORTE DE LEMOS

Médico dos Hospitais

Comunicação à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa,
em 24 de Junho de 1936



Separata da
Imprensa Médica
Ano II. N.º 22. 1936.



SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS DE LISBOA
RUA DE CARVALHO

RC
FVCT
616
LEM

A ACÇÃO DA FAUNA
EM VÁRIAS FORMAS DE
LIBERÇÃO

FORTE S. LEUÇÓ



E' éste o terceiro trabalho que vimos apresentar nesta Sociedade, respeitante ao tratamento da tuberculose pela ultra-linfa.

O primeiro, apresentado em 7 de Janeiro de 1933 — «Ensaio de um novo tratamento da tuberculose pulmonar» —, representava apenas o início de todo o trabalho que vinhamos realizando e que pretendíamos continuar.

Embora os estudos referentes a esta nova terapêutica tivessem começado quasi 3 anos antes — Maio de 1930 — foram tantas as tarefas a realizar e tão grandes as dificuldades a vencer que o nosso primeiro trabalho ficou apenas confinado dentro do campo das probabilidades, levando-nos no entanto a crêr que estávamos em bom caminho, o que nos animava a prosseguir.

Em 21 de Março de 1934 apresentámos o segundo trabalho — «O tratamento da tuberculose pela ultra-linfa» — onde já aparecem casos de cura (clínica, bacteriológica e radiologicamente comprovados), incidindo porém, na sua quasi totalidade, sobre a tuberculose pulmonar do adulto em várias fases da sua evolução.

Hoje aqui voltamos a apresentar o terceiro sobre esta terapêutica, constituído por casos de tuberculose pulmonar e pleural da infância, alguns casos de tuberculose cirúrgica e um caso de empiema tuberculoso.

Vão pois decorridos seis anos desde que iniciámos esta terapêutica na tuberculose, e se até hoje ainda não a abandonámos é porque lhe reconhecemos qualidades de eficiência absolutamente incontestáveis.

Admitindo que na tuberculose médica essa eficiência não exceda a dos outros preparados específicos — mas por vezes excede — fica-lhe ainda a superioridade da sua menor toxicidade, o que lhe confere um mais largo campo de aplicação (tuberculosos com temperaturas além de 38°), e a isenção de reacções violentas como as que a tuberculina e o antigéneo tuberculoso desencadeiam por vezes na tuberculose pulmonar.

No que respeita às turberculoses cirúrgicas podemos afirmar categoricamente que a acção terapêutica da ultra-linfa é incontestavelmente superior à de qualquer outro produto específico.

Esta superioridade é sobretudo manifesta nas supurações tuberculosas, conforme verificamos num caso de tuberculose ganglionar supurada apresentada na comunicação de 21 de Março de 1934, e em três outros casos que mais adiante exporemos, para só falarmos destes.

A rapidez com que actua nestas situações, e que nós demonstraremos nos casos que vamos apresentar, coloca esta terapêutica num nível bastante superior ao de todas as outras que conhecemos.

A nossa longa prática sôbre ultra-linfoterápia, o estudo detalhado que dela temos feito e as sugestões de outros clínicos que conscienciosamente a tem praticado, levam-nos ainda a introduzir-lhe umas modificações no que respeita à marcha do tratamento.

Assim quere-nos parecer que, em regra, não há vantagem nem necessidade de ultrapassar a dose III nos casos de tuberculose pulmonar.

Embora de início nós tivéssemos por vezes atingido a dose IX, chegando mesmo a aplicar 1,5 c. c. ou 2 c. c. desta dose sem resultados desfavoráveis, a prática veio demonstrar que bastantes doentes começavam a manifestar um certo grau de má tolerância medicamentosa logo que a dose III era excedida, traduzindo-se essa intolerância em reacções pulmonares de relativa frequência.

Levados por estas observações e também pelo critério que por mais duma vez temos expellido — de

que a cura da tuberculose é mais função do tempo de tratamento do que da dose do medicamento — resolvemos dar àquêle uma nova orientação a qual pode condensar-se nestes dois preceitos fundamentais:

1.º — *nunca praticar menos de oito injeções de cada dose parcial das várias concentrações de ultra-linfa;*

2.º — *procurar realizar a cura da tuberculose sem ultrapassar a concentração III.*

Quando dizemos que é de oito o mínimo de injeções de cada dose parcial das várias concentrações referimo-nos, bem entendido, aos *casos de doentes apiréticos ou levemente febris, com bom estado geral e boa tolerância para a medicação.*

Em todos os outros casos há vantagem e até mesmo necessidade de repetir estas doses um maior número de vezes.

É necessário ter sempre bem presente que o bom êxito duma terapêutica anti-tuberculosa, seja qual fôr o processo adoptado, depende em grande parte da prudência do clínico, da rigorosa observação do doente a-fim de apreender a forma como êle reage ao tratamento, e da orientação que a êste se imprime, sendo esta uma função daquela.

Cada doente reage segundo uma modalidade que lhe é própria e que difere dum para outro.

Assim a marcha do tratamento terá de ser condicionada por vários factores que vão desde o grau das lesões pulmonares até ao estado geral do doente; desde as formas evolutivas até às estagnantes; desde os estados febris até aos apiréticos etc., etc., considerando em cada caso a sua maneira especial de reagir à doença e ao próprio tratamento que deverá ser conduzido segundo normas diferentes e adaptáveis a cada uma destas situações.

Procedendo assim e tendo sempre bem presente ao espirito que a prudência é uma das primeiras qualidades que o clínico deve possuir e que é absolutamente indispensável no tratamento da tuberculose pulmonar, evitaremos aos doentes perturbações mais

ou menos graves que podem prejudicar o bom andamento da sua cura.

Quanto ao segundo preceito que atrás enuncia-
mos, é grande também a sua importância.

A prática, como já dissemos, tem demonstrado que na maioria dos casos de tuberculose pulmonar não é necessário ultrapassar a concentração III de ultra-linfa para obter a cura.

Aconselhamos mesmo que logo que se atinja a dose de $3/4$ c. c. ou, o máximo, de 1 c. c. desta concentração, se pratique apenas uma injeção por semana, e atingida esta última dose deverá insistir-se nela por longo tempo.

Se as melhoras do doente continuam progredindo insistiremos nela até realizar a cura; se porém aquelas estacionarem então haverá o direito de recorrer à concentração IV, manejando-a com a maior prudência, e praticando somente uma injeção por semana.

Nas tuberculosas cirúrgicas poder-se-à sem grande receio atingir a dose IV, se bem que a sua cura é em regra mais rápida que a da tuberculose pulmonar.

*

* *

No presente trabalho estão incluídos quatro casos de tuberculose infantil: uma primo-infecção tuberculosa; uma tuberculose pleural; uma forma pleuro-pulmonar e uma outra com lesões pulmonares e ósseas.

Em dois destes casos que apresentavam grande toxemia, mau estado geral e lesões fluxionárias de tipo bronquítico, resolvemos iniciar o tratamento com sôro anti-tuberculoso até provocar uma baixa de temperatura que colocasse os doentes em melhores condições para o tratamento vacinal que pretendíamos instituir com a ultra-linfa.

Iniciado este, seguimos o mesmo ritmo que no adulto, sem que os doentes apresentassem o mais leve sinal de intolerância à medicação e progredindo sempre as suas melhorias.

É preciso notar que um destes doentes tinha apenas 2 anos e que o seu estado geral era extraordinariamente precário; o que nos levou a fazer um prognóstico muito desfavorável, não só pela sua tenridade como também pela intensidade que a doença revestia.

A boa tolerância que todos estes doentes apresentaram para a ultra-linfa, aplicada segundo as mesmas regras que no adulto, e a ausência quasi completa de reacções, são factores que abonam a fraca toxicidade do produto.

Mas além destes casos nós vimos também submeter à vossa apreciação os resultados obtidos num empiema tuberculoso com lesões pulmonares bilaterais, numa fistula peri-anal num tuberculoso com lesões pulmonares bilaterais e numa orqui-epididimite tuberculosa.

CASOS CLÍNICOS

I

Carlos R. — 2 anos — Clínica de consultório.

Em fevereiro de 1935 foi este doente trazido à nossa consulta. Havia já muito tempo que andava com bastante tosse e febre elevada.

Referiu a mãe que a criança adoeceu em 24 de Dezembro de 1934 com febre e perturbações intestinais. Algum tempo depois sobreveio-lhe tosse com grande pieira que se ouvia a distância, e abundantes suores nocturnos. As temperaturas excediam por vezes 40.^o.

Observada então por um clínico, diagnosticou-lhe este uma tuberculose pulmonar e aconselhou-lhe o tratamento por injecções de cinozil e outros produtos similares, o que se fez até fevereiro de 1935.

Os resultados obtidos com esta terapêutica foram nulos, visto que a sintomatologia se mantinha inalterável e a desnutrição progredia.

Foi então que a trouxeram à nossa consulta.

Tratava-se duma criança atrasada física e intelectualmente, raras palavras sabendo pronunciar. Aspecto de infectada. Taquipneia. Tosse frequente, quintosa e por vezes emetisante. Respi-

Ultra-linfa

Vacina para o tratamento da tuberculose médica e cirúrgica. Admitida nos Hospitais Cívicos de Lisboa

Instruções para o tratamento da tuberculose pulmonar pela

Ultra-linfa

Este tratamento é aplicável a todas as formas de tuberculose crónica, mesmo nas formas extensas e com temperaturas superiores a 38°.

Nas formas graves é de toda a conveniência a observação clínica do doente no dia seguinte ao da injeção, a fim de se apreender qualquer reacção que esta possa originar.

Da investigação cuidadosa dessas reacções depende a boa marcha do tratamento e o resultado obtido.

São de três espécies as reacções a que pode dar lugar a aplicação da **Ultra-linfa**:

a) **TÉRMICAS**: elevações de temperatura que sobreveem nas primeiras 24 ou 48 horas que seguem a injeção e denunciadas por um acréscimo nunca inferior a 0,3 da temperatura habitual do doente;

b) **GERAIS**: todas as perturbações subjectivas referidas pelo doente nas primeiras 24 horas que seguem a injeção: cefaleia, taquicardia, abatimento, opressão torácica, dispneia, dores musculares, articulares, pulmonares, etc., e

Ultra-linfa

c) **FOCAIS**: fenómenos congestivos que neste mesmo período de tempo podem sobrevir no foco tuberculoso, denunciados não só pelo aumento da tosse e da expectoração (que por vezes pode mesmo vir hemoptóica), como também pela recrudescência dos sinais estêtiacústicos.

Técnica do tratamento

A **Ultra-linfa** apresenta-se dividida em 4 doses (de I a IV), das quais a mais fraca é a I.

O tratamento faz-se por injeções subcutâneas, duas por semana, intervaladas de 3 a 4 dias.

A seringa deve ser toda em vidro e dividida em décimos ou vigéssimos de cent. cúbico.

(As seringas para insulina servem muito bem para este efeito). Inicia-se o tratamento com a dose I e progride-se gradualmente até á dose necessária para obter a cura clínica.

No tuberculose pulmonar nunca se deve exceder a dose III.

Attingindo 1 c. c. desta dose, continuar-se-há a sua aplicação até á obtenção da cura, todas as vezes que seja possível.

Se porém ao fim d'algum tempo de insistência, 4 a 5 meses, as melhoras não progredirem, passar-se-há então á dose IV, que será manejada com a maior prudência.

Plano geral do tratamento

Dose I:

Doses parciais a injectar	}	0,20 c. c.	} Praticar 8 a 10 injeções, ou mais, de cada uma destas doses parciais , fazendo 2 injeções por semana.
		0,25 (1/4 c. c.)	
		0,50 (1/2 c. c.)	
		0,75 (3/4 c. c.)	
		1 c. c.	

Por exemplo:

8 a 10 inj., ou mais, de 0,20
8 a 10 " " " " 0,25
8 a 10 " " " " 0,50
8 a 10 " " " " 0,75
8 a 10 " " " " 1cc.

Dose II:

Da mesma forma que a anterior.

Ultra-linfa

Dose III:

A mesma técnica até attingir 3/4 c. c., passando desde então a fazer-se sómente uma injeção por semana.

Dose IV:

Só deverá ser usada em casos de necessidade, isto é, quando a cura não se obtenha com a dose III, o que é raro.

Seguindo a mesma orientação, far-se-há sómente uma injeção por semana.

Esta marcha de tratamento não se aplica indiferentemente a qualquer doente.

Se há alguns a que não é necessário aplicar mais de 8 injeções de cada uma das doses parciais, (tuberculosos com bom estado geral, apiréticos ou levemente sub-febrís e com boa tolerância para o tratamento), outros há porém que necessitam de 12 injeções e por vezes ainda mais. Tais são os doentes altamente febrís e os que apresentam um mau estado geral.

Nestes doentes é por vezes necessário espaçar mais as injeções, visto que o seu organismo — por estarem bastante enfraquecidas as suas faculdades defensivas — só lentamente responde ao estímulo da injeção, necessitando depois um certo período de repouso para se repôr do choque por ela provocado.

Nos doentes muito sensíveis ao tratamento, iguais cuidados se impõem até que o seu organismo se adapte bem como nas tuberculoses de forma hemoptóica, nunca se devendo aplicar a **Ultra-linfa** durante o período hemoptóico, mas sómente 4 a 6 dias após o desaparecimento da expectoração sangüínea. Se as hemoptises ou a expectoração hemoptóica forem muito frequentes e pertinazes, aplica-se ao doente (ao mesmo tempo que se vai administrando a **Ultra-linfa**), injeções de gluconato de cálcio (5 c. c. todos os dias ou em dias alternados, conforme os casos) **Esplenocalcio**.

Os doentes deprimidos ou com perturbações circulatórias, devem fazer de quando em quando uma série de injeções de óleo canforado, não sendo no entanto necessário parar com a **Ultra-linfa**.

Ultra-linfa

A tuberculose laringea, bem como o período menstrual não contra-indicam o tratamento.

Suspenda-se o tratamento no decurso de qualquer doença febril intercorrente.

Se por qualquer motivo o tratamento fôr interrompido por mais de 14 dias deve-se, ao recomeço-lo, recuar a dose a injectar, recuo que será tanto maior quanto mais longo tenha sido o período de interrupção. Doentes que abandonem o tratamento e mais tarde recorram ao clínico por se ter agravado o seu estado, tem que recomeçar o tratamento desde o seu inicio.

Preceitos fundamentais para o tratamento pela "Ultra-linfa".

a) O tratamento iniciar-se-há sempre com a dose I para prosseguir lenta e progressivamente até á dose III ou mesmo IV em casos excepcionais:

b) De cada uma das várias concentrações de **Ultra-linfa** (doses I, II, III e IV), a primeira injeção a fazer será sempre de 0,2 c. c., seguindo-se invariavelmente as normas marcadas no Plano Geral de Tratamento.

c) A dose máxima a attingir será sempre condicionada pela boa ou má tolerância do doente á medicação. A cura depende mais do tempo de tratamento do que da dose injectada, sendo sempre inconveniente forçar a tolerância individual, o que agravaria o estado do doente;

d) Todas as vezes que uma injeção de **Ultra-linfa** desencadeie fenómenos reaccionais, a dose a injectar na vez seguinte nunca será superior á que desencadeou a reacção;

e) Se a reacção tiver sido violenta, impõe-se um intervalo de 7 dias entre estas duas injeções.

Ultra-linfa

f) Se no decurso dum tratamento o doente fizer frequentes reacções, sobretudo pulmonares, com a aplicação duma determinada dose, recuar-se-há para a dose imediatamente inferior (ou mais ainda, conforme a intensidade das reacções), fazendo-se a aplicação desta como se fossemos começa-la e prosseguindo-se o tratamento sempre segundo as normas anteriormente expostas no Plano Geral, nunca tentando apressa-lo;

g) Se no decorrer dum tratamento se notar, em qualquer ocasião, um agravamento do estado pulmonar, será necessário diminuir a dose a injectar e até mesmo, por vezes, a espaçar as injeções de 7 dias até que tudo reentre na normalidade, retomando-se então o ritmo habitual.

É ao clinico que compete achar a dose que nestas circunstancias o doente pode suportar sem perturbação, o que lhe é revelado pela auscultação. Achada ela prosegue-se o tratamento segundo as normas do Plano Geral.

h) Nas formas puras de tuberculose cirúrgica, a marcha do tratamento pode ser um pouco acelerada, bastando fazer quatro a seis injeções de cada uma das doses parciais das várias concentrações de **Ultra-linfa**, desde que o doente apresente boa tolerância á medicação.

A Ultra-linfa sómente deve ser aplicada por médicos.

LABORATORIO DE BIOLOGIA E QUIMIOTERAPIA — DIRECTOR
TECNICO: DR. SEIXAS PALMA — LISBOA — DEPOSITARIOS GERAIS:
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, LDA. — RUA
DA PRATA, 237 — LISBOA.

Ultra-linha

Vacina para o tratamento da tuberculose médica e cirúrgica. Admitida nos Hospitais Civis de Lisboa

Instruções para o tratamento da tuberculose pulmonar pela

Ultra-linha

Este tratamento é aplicável a todas as formas de tuberculose crónica, mesmo nas formas extensas e com temperaturas superiores a 38°.

Nas formas graves é de tóda a conveniência a operação clínica do doente no dia seguinte ao da injeção, a fim de se apreender qualquer reacção que esta possa originar.

Da investigação cuidadosa dessas reacções depende a boa marcha do tratamento e o resultado obtido.

São de três espécies as reacções a que pode dar lugar a aplicação da Ultra-linha:

a) **TÉRMICAS:** elevações de temperatura que sobrevêm nas primeiras 24 ou 48 horas que seguem a injeção e deambuladas por um acréscimo nunca inferior a 0,3 da temperatura habitual do doente;

b) **GERAIS:** tódas as perturbações subjectivas referidas pelo doente nas primeiras 24 horas que seguem a injeção: cefaleia, fadiga, abateimento, opressão torácica, dispneia, dores musculares, articulares, pulmonares, etc. e

FOCAIS: fenómenos congestivos que neste mesmo período de tempo podem sobrevir no foco tuberculoso, deambuladas não só pelo aumento da tosse e da expectoração (que por vezes pode mesmo vir hemoptóica), como também pela turbidez da sinuária estática.

Técnica do tratamento

A Ultra-linha apresenta-se dividida em 4 doses (de I a VI) das duas a mais traca é a I. O tratamento faz-se por injeções subcutâneas, duas por semana, intercaladas de 3 a 4 dias. A seringa deve ser toda em vidro e dividida em décimos ou vigésimos de cent. cúbico. (A) As seringas para injeção devem muito bem para este efeito) limpa-se o tratamento com a dose I e procede-se gradualmente até à dose necessária para obter a cura clínica. **Na tuberculose pulmonar nunca se deve exceder a dose III.**

Atendendo I c. c. desta dose, continua-se-lhe a sua aplicação até à obtenção da cura, todas as vezes que seja possível. Se porém ao fim d'algum tempo de insistência, 4 a 5 meses, as melhoras não progredirem, passar-se-lhe então à dose VI, que será manejada com a maior prudência.

Plano geral do tratamento

Dose I:

Doses básicas e injecções	1 c. c.
	0,75 (3/4 c. c.)
Dose	0,50 (1/2 c. c.)
	0,25 (1/4 c. c.)
Dose	0,20 c. c.

Por exemplo:

8 a 10 inj.	ou mais de 0,20
8 a 10 "	" " " " 0,25
8 a 10 "	" " " " 0,50
8 a 10 "	" " " " 0,75
8 a 10 "	" " " " 1 cc.

Praticar 8 a 10 injeções, ou mais, de cada uma destas doses parciais, fazendo 2 injeções por semana.

Dose II:

Da mesma forma que a anterior.

Dose III:

A mesma técnica até atingir 1/2 c. c., passando depois então a fazer-se sómente uma injeção por semana.

Dose IV:

Só deverá ser usada em casos de necessidade, isto é, quando a cura não se obtinha com a dose III, o que é raro.

Seguindo a mesma orientação, far-se-lhe sómente uma injeção por semana.

Esta marcha de tratamento não se aplica indistintamente a qualquer doente. Se há alguma a que não é necessário aplicar mais de 8 injeções de cada uma das doses parciais (tuberculosos com bom estado geral), apitéticos ou levemente sub-fébrils e com boa tolerância para o tratamento), outros há porém que necessitam de 12 injeções e por vezes ainda mais. Tais são os doentes altamente fébrils e os que apresentam um mau estado geral. Nestes doentes é por vezes necessário espaçar mais as injeções, visto que o seu organismo — por estar bastante entredicidas as suas facultades defensivas — só lentamente responde ao estímulo da injeção, necessitando depois um certo período de repouso para se pôr do chodre por ela provocado.

Nos doentes muito sensíveis ao tratamento, ignais cuidadas se impõem até que o seu organismo se adapte bem como nas tuberculoses de forma hemoptóica, nunca se devendo aplicar a Ultra-linha durante o período hemoptóico, mas sómente 4 a 6 dias após o desapparecimento da expectoração sanguinolenta. Se as hemoptises ou a expectoração hemoptóica forem muito frequentes e pertinazes, aplica-se ao doente (ao mesmo tempo que se vai administrando a Ultra-linha), injeções de K- conato de cálcio (5 c. c. todos os dias ou em dias alternados, conforme os casos) **Esplenocálcio.** Os doentes debilitados ou com perturbações circulatórias devem fazer de quando em quando uma serie de injeções de óleo captorado, não sendo no entanto necessário parar com a Ultra-linha.

A tuberculose latente, bem como o período menstrual não contra-indicam o tratamento.

Suspenda-se o tratamento no decurso de qualquer doença febril intercorrente.

Se por qualquer motivo o tratamento for interrompido por mais de 14 dias deve-se, ao recommença-lo, recuar a dose a injeção, recuando para tanto maior quanto mais tempo se tiver estado de interrupção. Doentes que abandonem o tratamento e mais tarde recoram ao clinico por se ter agravado o seu estado, tem que recommençar o tratamento desde o seu inicio.

Em casos excepcionais:

a) De cada uma das várias concentrações de Ultra-linha (doses I, II, III e IV), a primeira injeção a fazer será sempre de 0,2 c. c., seguindo-se invariavelmente as normas marcadas no Plano Geral de Tratamento.

b) A dose máxima a atingir será sempre condicionada pela boa ou má tolerância do doente à medicação. A cura depende mais do tempo de tratamento do que da dose injectada, sendo sempre inconveniente forçar a tolerância individual, o que agrava o estado do doente;

c) Todas as vezes que uma injeção de Ultra-linha desu-cadaie fenómenos reaccionaes, a dose a injectar na vez seguinte nunca será superior à que desu-cadaou a reacção;

d) Se a reacção tiver sido violenta, impõe-se um intervalo de 7 dias entre estas duas injeções.

Se no decurso dum tratamento o doente fizer frequentes reacções, sobretudo pulmonares, com a aplicação dum determinado dose, recuar-se-lhe para a dose imediatamente inferior (ou para uma ainda, conforme a intensidade das reacções), fazendo-se a aplicação desta como se fossemos começar a e proseguindo-se o tratamento sempre segundo as normas anteriormente expostas no Plano Geral, nunca tentando apressa-lo;

Se no decurso dum tratamento se notar, em qualquer occasião, um agravamento do estado pulmonar, será necessário diminuir a dose a injectar e até mesmo, por vezes, a espaçar as injeções de 7 dias até que tudo recante na normalidade, retomando-se então o ritmo habitual.

É ao clinico que compete achar a dose que nestas circunstâncias o doente pode suportar sem perturbação, o que lhe é revelado pela auscultação. Achada ela prosegue-se o tratamento segundo as normas do Plano Geral.

Nas formas puras de tuberculose cirúrgica, a marcha do tratamento pode ser um pouco acelerada, bastando fazer quanto a seis injeções de cada uma das doses parciais das várias concentrações de Ultra-linha, desde que o doente apresente boa tolerância à medicação.

A Ultra-linha sómente deve ser aplicada por médicos.

LABORATORIO DE BIOLOGIA E QUIMIOLOGIA - DIRECTOR
TECNICO: DR. SEIXAS PALMA - LISBOA - DEPOSITARIOS GERAIS:
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.D.A. - RUA
DA PRATA, 237 - LISBOA.

ração sibilante, ouvindo-se os silvos a distância. Inapetência pronunciada. Temperaturas ultrapassando freqüentemente 39.º.

Antecedentes pessoais — nada de importante.

Antecedentes familiares — sete tios maternos morreram

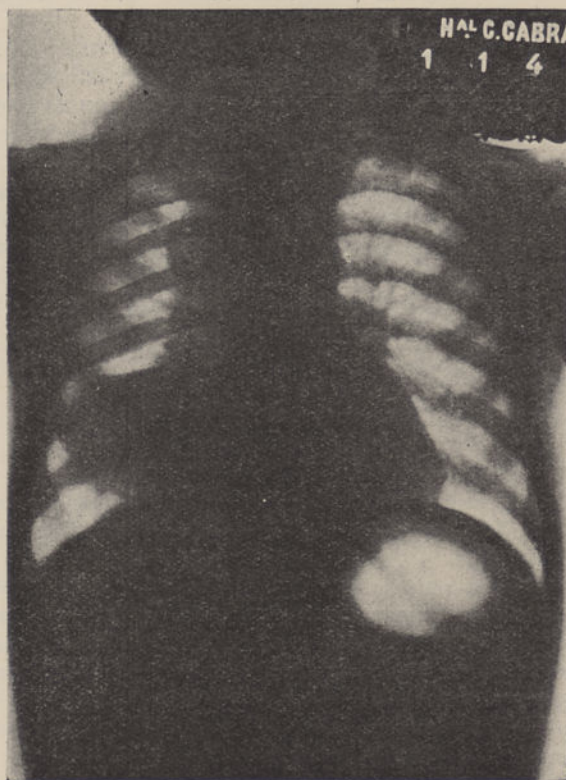


FIG. 1

tuberculosos, bem como a avó.

Á auscultação revelava ferveores subcrepitantes de médias bolhas, silvos e roncós, disseminados por ambos os hemitórax, com predomínio manifesto à direita.

Atendendo à forma bronquítica que o caso revestia e ao

estado de toxémia que a criança apresentava, resolvemos instituir-lhe de entrada um tratamento por soro anti-tuberculoso, que se prolongou até maio.

Como nesta data as temperaturas não excedessem 37°,5,

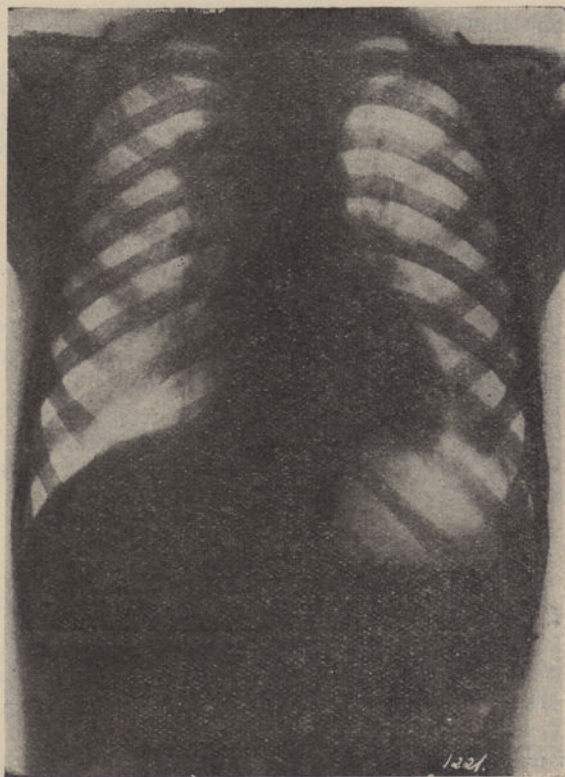


FIG. 2

embora os sinais estêtacústicos pouco se tivessem modificado para melhor, resolvemos iniciar o tratamento pela ultra-linha que rapidamente fez entrar o doente em apirexia.

Em 3-VI-935 foi-lhe feita uma radiografia (Fig. 1) cujo relatório diz: «Reacção hilar e peri-hilar acentuadamente à direita.

Entre os arcos anteriores da 5.^a e 7.^a costelas direitas há uma imagem de forte opacidade, dum processo parenquimatoso central, possivelmente um foco de primo-infecção em franca actividade neste momento.

a) *Santos Coelho*

Em 15-V-936 fez-se-lhe nova radiografia, (fig. 2), cujo relatório é do seguinte teor:

«A lesão infiltrativa parenquimatosa anteriormente descrita não é agora apreciada, continuando porém a notar-se uma forte reacção hilar e dos gânglios paratraqueais, bastante mais acentuadamente à direita.

a) *Santos Coelho*

Como vemos, este doente apresenta uma considerável melhoria radiológica, pois o seu foco parenquimatoso desapareceu por completo, restando apenas a reacção hilar e ganglionar.

Clinicamente o doente apenas apresenta um ligeiro apagamento do murmúrio vesicular à direita, não se apanhando quaisquer ruídos adventícios.

Não há tosse.

O péso que inicialmente era de 12 quilos passou para 15.

O seu tratamento continua ainda, estando o doente a levar actualmente 1/2 c. c. da dose II de ultra-linfa.

II

Maria L. P. — 7 anos — Clínica domiciliária.

Criança de compleição débil. Sempre foi fraca, cansando-se facilmente e faltando-lhe a vivacidade própria das crianças da sua idade. Olhar triste.

Como antecedentes pessoais, perturbações digestivas frequentes. Em dezembro de 1934 uma crise aguda de enterocolite muco-membranosa.

Como antecedentes familiares, pai sífilítico mas convenientemente tratado.

A mãe foi por nós tratada de tuberculose pulmonar ainda em solteira — há 14 anos — nada mais tendo apresentado de suspeito até hoje.

Em 31 de maio de 1935 esta criança adoece com febre e volta a apresentar fenómenos de colite com expulsão de grandes quantidades de muco.

Foi então tratada por um outro clínico que algum tempo depois lhe encontrou sinais de derrame pleural à esquerda, o que originou uma conferência comnosco.

Desde então, conforme o desejo daquele clínico, ficou a doente entregue aos nossos cuidados.

À data da nossa observação a doente apresentava um facies de infectada, grande abatimento, dispneia, ligeira tosse e temperaturas que atingiam por vezes 39°,7.

Obstipação tenaz, cedendo dificilmente aos clisteres. Abundantes descargas de muco. Grande inapetência.

Ventre doloroso à palpação, sobretudo no trajecto do colon ascendente.

A auscultação do tórax apenas revelava sinais de derrame à esquerda.

Em 6-VI-935 fez-se-lhe uma punção exploradora que trouxe líquido citrino.

O exame do líquido pleurítico deu o seguinte :

Aspecto — líquido citrino sem retículo fibrinoso.

Exame citoscópico — raros eritrocitos, muitos linfocitos (linfocitose acentuada) e alguns polinucleares.

Exame bacterioscópico — Não se encontraram bactérias (métodos de Gram e Ziehl).

Reacção de Rivalta — positiva.

(a) *N. Bettencourt*

Em 12-VI-935 fez-se-lhe uma radiografia (fig. 3) cujo relatório diz o seguinte :

«Aprecia-se à esquerda, do lado externo do hemitórax, uma forte opacidade limitada do lado interno por uma linha em tipo de Damoiseau e que tem toda a probabilidade de corresponder a um derrame.

Era porém de toda a vantagem observar esta doente em radiosocopia.

Não há aspectos infiltrativos parenquimatosos à direita».

(a) *Santos Coelho*

Como tratamento instituímos-lhe de entrada uma dieta apropriada, desinfeção intestinal por fermentos lácticos e clisteres.

Em 24-VI, com temperaturas que por vezes excediam 38°, praticamos-lhe a primeira injeção de ultra-linha — 0,2 c. c. da dose I.

Nesse dia a temperatura atinge ainda 38° , mas daí por diante declina rapidamente.

Em 28-VI a doente entra em apiréxia, mas de 9-VII em diante as temperaturas voltam a subir até um máximo de $37^{\circ},3-37^{\circ},4$ o que atribuímos ao facto da doente andar já a pé.

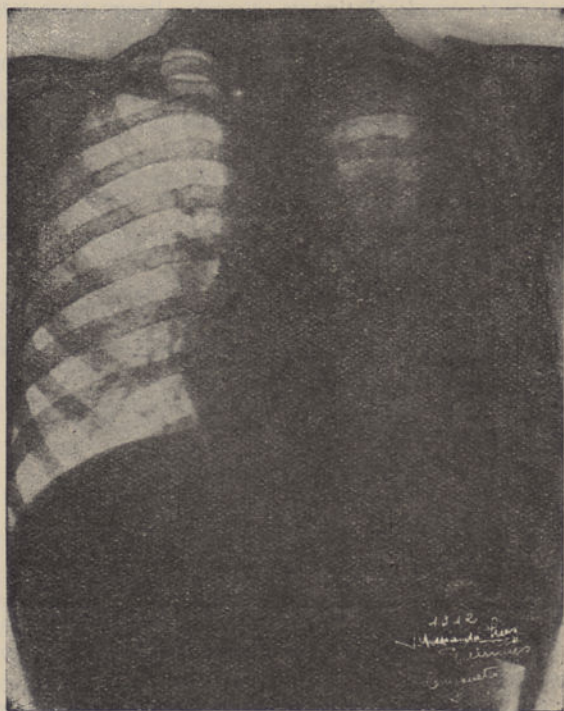


Fig. 3

O derrame reabsorvia-se com relativa rapidez e a sintomatologia intestinal melhorava também sensivelmente, o que permitia uma alimentação mais larga.

Em Setembro a doente entrou definitivamente em apiréxia.

O seu tratamento pela ultra-linha terminou em 18-II-936, tendo atingido $1/4$ c. c. da dose II.

Sob a sua acção o aspecto da doente modificou-se por completo. Engordou, o seu olhar perdeu a habitual tristeza e a criança adquiriu a viveza própria da sua idade.

A auscultação nada revelava de anormal e a sintomatologia abdominal tinha desaparecido.

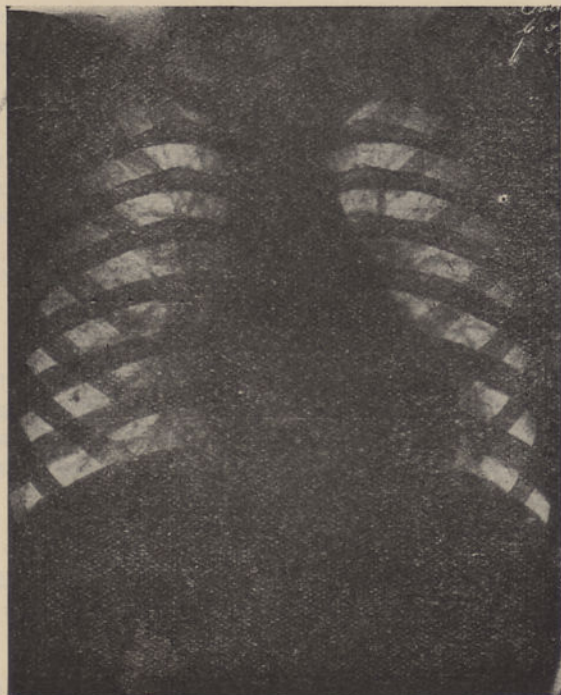


FIG. 4

Em 27-III-936 fez-se-lhe uma nova radiografia (fig. 4) cujo relatório diz o seguinte:

«Acentuada melhoria não se visualizando agora qualquer reliquat pleural».

(a) *Santos Coelho*

Como se vê a cura radiológica acompanhou a cura clínica.

III

Maria M. G. F. — 7 anos — Clínica domiciliária.

Em 11 de Março de 1935 adoeceu com sarampo, ficando desde então com tosse que por vezes revestia a forma quintosa, e expectoração.

As suas temperaturas, já fora do período do sarampo, continuavam a apresentar grandes oscilações atingindo frequentemente 40° e mais.

A inapetência era pronunciada e o emmagrecimento acentuava-se. Suores profusos nocturnos.

Como a despeito de todas as medicações este estado não tendesse para a melhoria, o seu médico assistente manda fazer-lhe uma análise à expectoração e uma radiografia, cujos resultados foram os seguintes:

Análise de expectoração (27-III-935). Raros bacilos de Koch.

(a) *Ayres Kopke*

Exame radiológico (30-III-935, Fig. 5).

Na base pulmonar esquerda notamos a presença de um foco de sombra de fraca opacidade, triangular, de vértice dirigido para fora e limites difusos correspondendo a uma condensação parenquimatosa. A sobreposição parcial deste foco à imagem cardíaca apaga o contorno do arco ventricular esquerdo.

Obliteração do seio costò-diafragmático do mesmo lado por aderências pleurais.

À direita nota-se uma opacificação do seio pleurò-cardíaco por reacção da pleura mediastinò-diafragmática».

(a) *Aleu Saldanha*

Como vemos, trata-se dum processo pleurò-pulmonar, com uma localização parenquimatosa na base do pulmão esquerdo e reacção pleural bilateral.

Em virtude do resultado destes exames, o clínico assistente requisitou nos para uma conferência e pediu-nos para tomarmos a doente à nossa conta.

Foi por meados de Abril de 1935 que essa conferência se realizou e que pela primeira vez a observámos.

Apresentava um precário estado geral, còr terrosa e olheiras profundas e negras. Tosse quintosa, por vezes emetisante. Grande excitabilidade. Dispneia. Taquicárdia.

A auscultação revelava fêvôres subcrepitantes e silvos disseminados por ambos os hemitórax, mas com manifesto predomínio à esquerda, sobretudo na base.

Atendendo ao seu estado de toxémia iniciei o tratamento desta doente com um sôro anti-tuberculoso, cuja primeira injeção foi praticada em 16-IV-935.

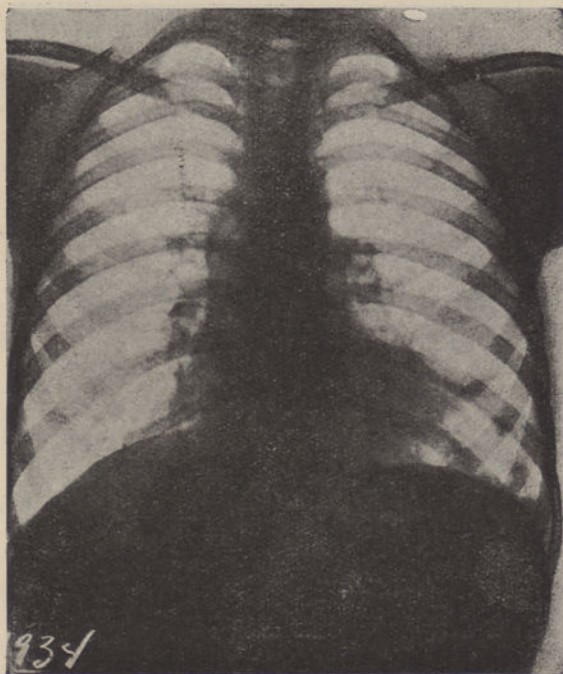


FIG. 5

Após a quinta injeção as temperaturas declinaram para um máximo de $37^{\circ},3$; no entanto a medicação continuou-se até 11-V.

Nesta data o estado geral tinha melhorado sensivelmente, os quintos de tosse eram raros e o seu carácter emetisante tinha desaparecido.

De então em diante passou a ir ao consultório onde em 13-V, lhe iniciámos o tratamento pela ultra-linha.

O seu peso era então de 26 quilos.

O tratamento durou até 24-I-936 dando-a então por clinicamente curada. Nessa data estava levando $3/4$ c. c. da dose II.

O relatório duma nova radiografia (película n.º 986, Fig. 6)

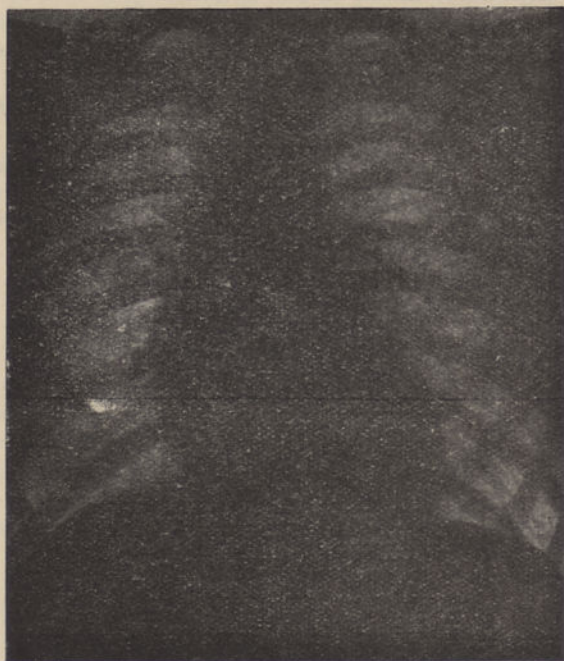


FIG. 6

que se lhe fez em 25-IV-936 diz o seguinte:

Na radiografia n.º 986 não se apreciam sinais radiológicos de lesões peribrônquicas ou parenquimatosas.

O seio costò-diafragmático é agora regular.

(a) Santos Coelho

O peso final era de 36 quilos, tendo a doente, portanto, aumentado 10 quilos durante o tratamento.

IV

Frederico J. S. M. — 10 anos.

Observação n.º 2039 da consulta externa do Serviço I do Hospital Curry Cabral.

Observado em 12-III-935.

Este rapaz é trazido pela mãe à nossa consulta em virtude de lhe terem aparecido na parte anterolateral do hemitórax esquerdo dois pequenos tumores dolorosos que progressivamente tem aumentado de volume e cujo início refere há um mês pouco mais ou menos.

É um rapaz enfezado, de cor macilenta. Tem grande inapetência, tosse seca, sonos bastante agitados e por vezes suores nocturnos. Cefaleias frequentes; cansaços fáceis.

Como antecedentes pessoais, raquitismo.

Antecedentes familiares — Pai tuberculoso.

Observando o doente notei a existência dos referidos tumores, maiores do que ovos de pomba, sobrepostos respectivamente à 5.^a e 7.^a costelas esquerdas.

A pele que os recobria estava um pouco tensa e de cor arroxeadada. A palpação era dolorosa e revelava flutuação. À auscultação do tórax apanhava-se uma zona de ferveres subcrepitantes de finas bôlhas ao nível da base esquerda.

Em 14-III-935 fez-se-lhe um exame radiológico ao tórax e às costelas (duas películas) cujo resultado é o seguinte :

Aspecto de osteíte da 5.^a e 7.^a costelas à esquerda, tópo anterior, já apreciado na radiografia do tórax mas melhor avaliado na radiografia feita especialmente com este fim. (Fig. 7)

Refôrço vascular generalizado bilateral, um tanto mais acentuadamente à direita na região supra-hilar, com opacidade da base esquerda por sobreposição da massa externa ou foco congestivo da base. (Fig. 8)

(a) Santos Coelho

Em 20-III iniciámos o tratamento pela ultra-linha.

O doente estava apirético.

Em 3-IV, em virtude da grande tensão que os tumores apresentavam, puncionamos e extraímos 15 c. c. de pús amarelado e espesso, no qual mandamos fazer a pesquisa do bacilo de Koch que foi negativa.

Por dificuldades de ocasião não foi possível fazer a inoculação em cobaia.

Os tumores voltaram a encher rapidamente, mas nós resolvemos não mais os puncionar, deixando antes que fistulisassem, o que sucedeu em 9-IV.

Como tratamento local apenas lavagem externa com um

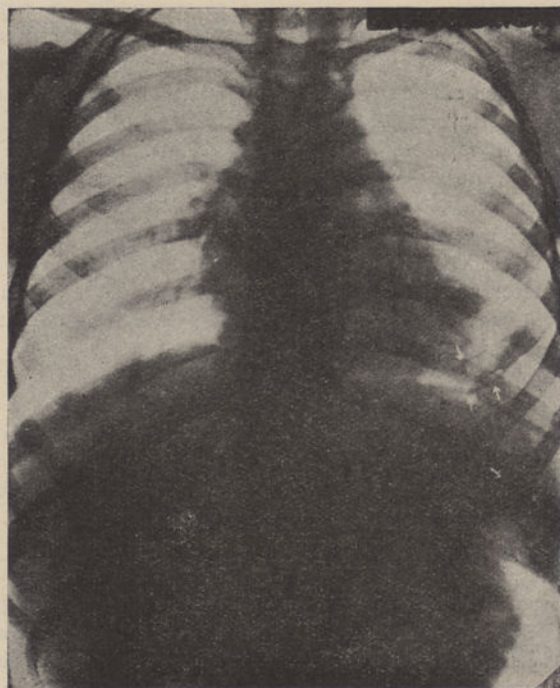


FIG. 7

soluto desinfectante e aposição dum penso aséptico.

Em 3-VI as fistulas apresentavam-se fechadas mas voltaram a abrir em 10 surgindo delas uma ligeira supuração.

Em 24-VI fecharam de novo e definitivamente, tendo portanto terminado a supuração no prazo de 3 meses.

Em 27-IX, como o estado geral do doente fôsse bastante

melhor e já não lhe ouvíssemos ruídos adventícios na base esquerda, fizemo-lo radiografar novamente.

O estudo comparativo entre as 2 películas anteriores e estas agora tiradas dá o seguinte:

«Os aspectos de rarefacção de osteíte ao nível das 5.^a e

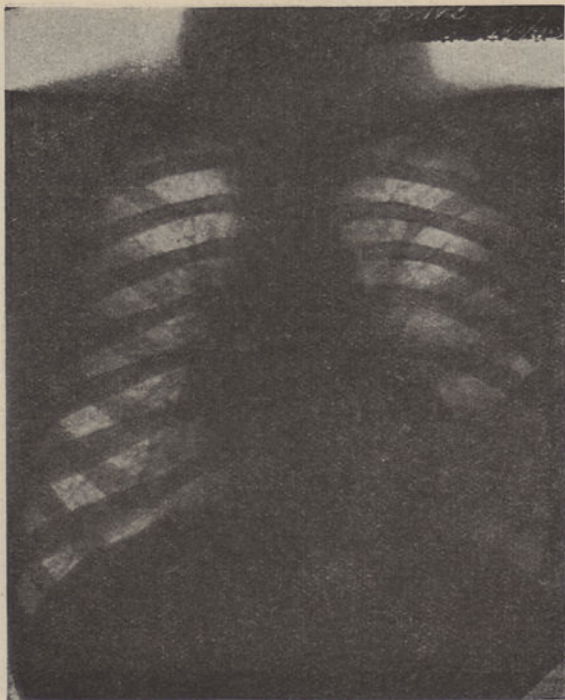


FIG. 8

7.^a costelas anteriormente apreciados, são agora quasi invisíveis, havendo radiológicamente uma acentuada melhoria (Fig. 9).

No tórax, aprecia-se ainda um ligeiro reforço da arborisação bronco-vascular, tendo porém desaparecido a imagem da base esquerda.» (Fig. 10).

a) Santos Coelho

Em vista destas radiografias continuamos o tratamento do doente e em 10-II-936 mandamo-lo novamente radiografar (Fig. 11).

O resultado d'este novo exame dá:

«Reacção hilar direita, não se apreciando sinais radioló-

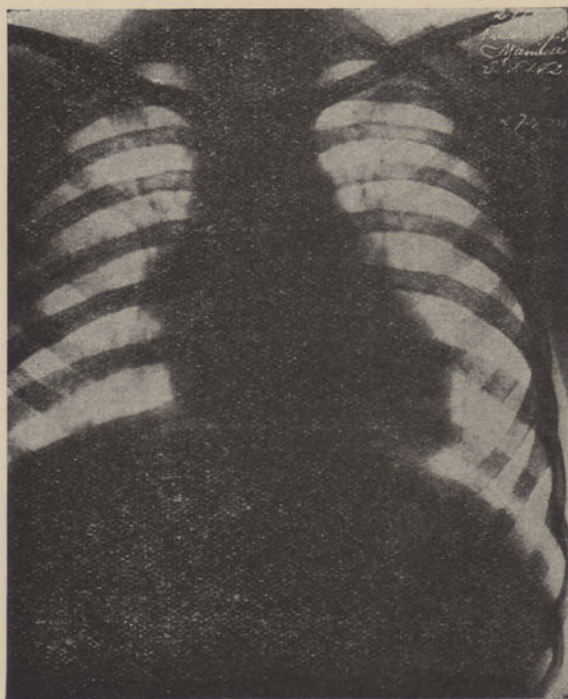


FIG. 9

gicos infiltrativos parenquimatosos.

Não se visualisam lesões de osteíte das costelas.»

a) *Santos Coelho*

Damos pois o doente como curado, mas como meio de consolidação continuamos o seu tratamento até 23-III-936, estando

o doente a levar nessa data $3/4$ c. c. da dose II de ultra-
-linfa.

O seu pêso inicial era de 21 quilos e o final de 24,5
quilos.

V

Rubínia C. P. — 27 anos — Professora — Natural dos

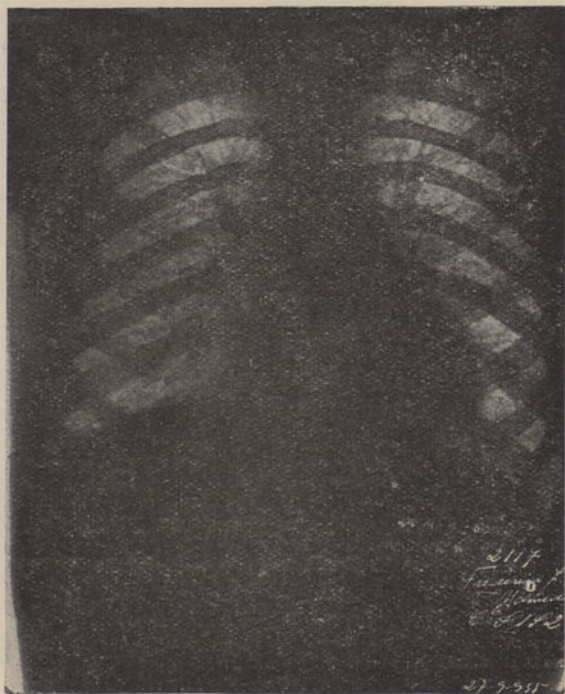


FIG. 10

Açores.

Doente internada num dos quartos particulares do Hospital
Curry Cabral.

Observada em 23-VI-933.

Há 2 anos, nos Açores, teve uma congestão pulmonar
direita.

Um ano depois adoeceu com uma pleurisia líquida deste mesmo lado, sero-fibrinosa de início, mas que algum tempo depois se tornou purulenta.

Várias toracenteses lhe fizeram desde então, a última das quais em 11-VI-933 no Caramulo para onde foi enviada, sendo-lhe extraídos nessa ocasião 1.500 c. c. de pus.

Como porém se sentisse mal no clima de altitude, veio

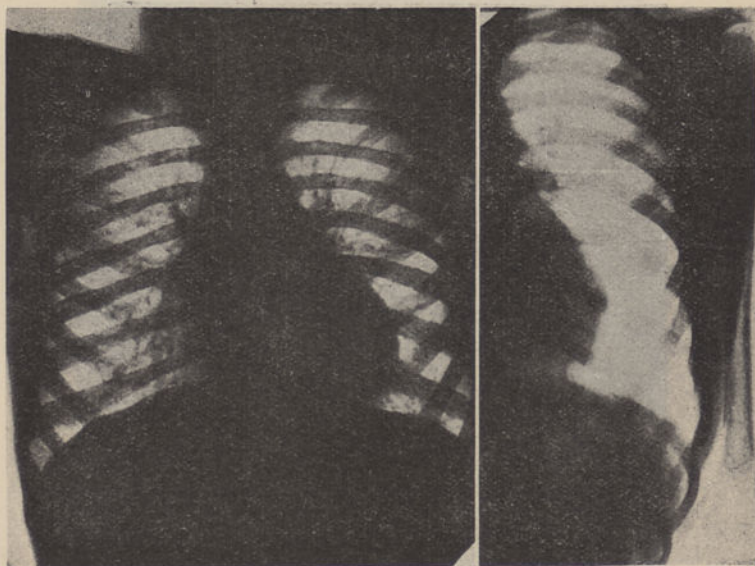


FIG. 11

Radiografia pulmonar

Radiografia costal

então para o Hospital Curry Cabral onde ficou entregue aos nossos cuidados clínicos.

Doente com péssimo estado geral. O seu aspecto era o de uma infectada. Tosse frequente com expectoração muco-purulenta. Dispneia ao menor esforço.

Apirética. Diz ter emagrecido bastante.

Como antecedentes pessoais, febre tifóide e apendicite de que foi operada, sobrevindo-lhe uma peritonite.

Como antecedentes familiares, um irmão morreu tuberculoso

A observação do tórax revela ausência do murmúrio vesicular nos 3/4 inferiores do hemitórax direito, com maciszez e ausência de vibrações vocais em toda esta zona.

Acima do nível de maciszez, junto à coluna vertebral, notam-se ferveres subcrepitantes de médias bolhas.

Por todo o hemitórax esquerdo existem ferveres subcrepi-

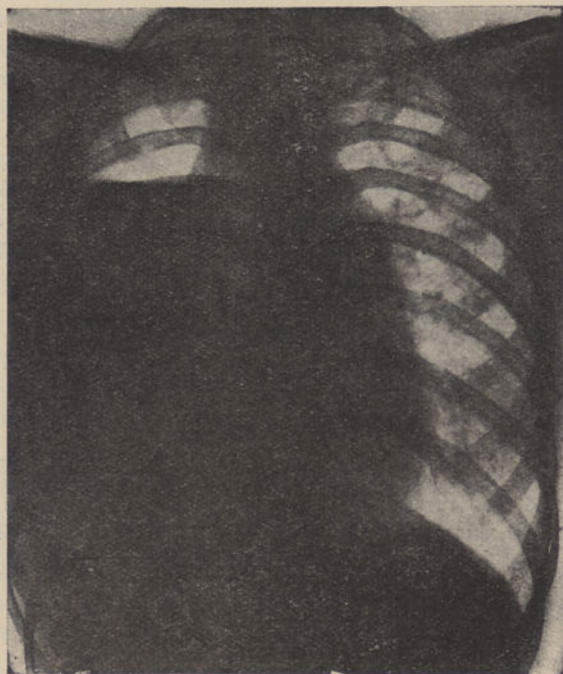


FIG. 12

tantes, de bolhas mais finas que à direita, e mais abundantes para a base.

A análise da expectoração é positiva; *bastantes bacilos de Koch*.

Uma radiografia feita em 24-VI-933 (Fig. 12) revela o seguinte:

«Hidro ou pio-pneumotórax à direita, estando o limite superior da toalha líquida projectada ao nível do topo anterior da 2.^a costela.

Infiltração específica bacilosa a toda a altura do hemitórax esquerdo, com imagem de perda de substância na região infra-clavicular.»

a) *Santos Coelho*

A câmara gazosa que se observa nesta radiografia não provém de quaisquer pneumotórax terapêuticos que na doente se tivessem praticado, mas sim da entrada espontânea do ar para dentro da cavidade pleural, através do *trocant*, na ocasião das punções, conforme mais tarde verificamos ao fazermos-lhe as toracenteses.

Em 28-VI-933 praticamos-lhe a primeira com extracção de 6.00 c. c. de pus, amarelado espesso e grumoso, de que enviamos uma amostra para o Laboratório para que se fizesse a pesquisa do bacilo de Koch.

Esta pesquisa, feita por exame directo, foi positiva.

Tratava-se pois duma pleurisia purulenta a Koch.

O estado geral da doente não era de molde a aconselhar uma intervenção cirúrgica, tanto mais para temer quanto é certo que o resultado destas intervenções em casos tais é sempre muito problemático.

Por esta razão e guiados também pelos resultados que com a ultra-linha tínhamos já obtido noutros casos de supurações tuberculosas, que rapidamente cediam a esta terapêutica, resolvemos tentá-la nesta doente e ir-lhe fazendo as toracenteses de que necessitasse.

Estas foram:

1. ^a — 28-VI-933	600 c. c.
2. ^a — 4-VIII-933	1000 c. c.
3. ^a — 1-IX-933	600 c. c.
4. ^a — 27-IX-933	500 c. c.
5. ^a — 28-X-933	400 c. c.
6. ^a — 7-XII-933	400 c. c.
7. ^a — 27-I-934	400 c. c.
8. ^a — 7-III-934	350 c. c.
9. ^a — 24-IV-934	150 c. c.
10. ^a — 17-V-934	300 c. c.

Desde então não necessitou esta doente de mais nenhuma intervenção, visto que o pús não voltou a reproduzir-se.

O seu tratamento connosco durou até 23-IV-936, data em que a doente saiu do hospital para ingressar num sanatório de Coimbra.

O seu estado geral ia consideravelmente melhorado, a tosse e a expectoração eram menores, e o pêso tinha aumentado.

O exame bacterioscópico da expectoração revelava *alguns bacilos de Koch*.

O relatório dum exame comparativo feito entre a 1.^a radiografia e a última (Fig. 14) tirada em 1-II-936 diz o seguinte:

O aspecto de pio ou hidro-pneumotórax à direita não se aprecia já, havendo uma acentuada zona de paquipleurite que da base se estende até à região apical. À esquerda os aspectos infiltrativos estão mais reforçados, visualizando-se na região infra-clavicular uma imagem de perda de substância de forma reniforme com forte esclerose em tórno.»

(a) *Santos Coelho*

Como se vê, as lesões pulmonares desta doente melhoraram também.

Mas não foi esta melhoria que nos impeliu à publicação deste caso clínico.

A parte que nêle realmente interessa e que reveste uma importância capital é a acção da ultra-linfa sôbre o empiema tuberculoso, conseguindo a sua terminação num prazo relativamente curto — menos de 11 meses — para um acidente desta natureza e gravidade, de prognóstico tão sombrio e terminação quasi sempre fatal.

VI

Arsénio T. M. — 63 anos — funcionário público.

Doente internado num quarto particular do Hospital Curry Cabral.

Observado em 8-II-935.

Refere que desde há 8 anos sofre de tuberculose pulmonar, motivo que determinou o seu internamento, por períodos mais

ou menos longos, nos Sanatórios da Guarda, Caramulo e Lumiar, onde foi sujeito a vários tratamentos: auroterapia, antigeneoterapia, vacina de Friedmann, calcioterapia, etc. Queixa-se de grande cansaço, tosse e expectoração. Está apirético.

A auscultação revela ferveores subcrepitantes de médias

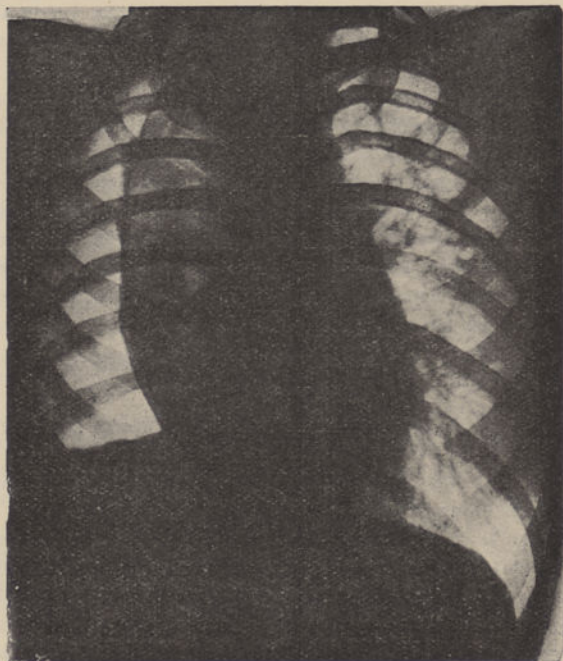


FIG. 13

Radiografia tirada após a última
Toracentese (18-X-934)

bólgas em ambos os hemitórax, mas mais abundantes no esquerdo.

O exame bacterioscópico do escarro revela a existência de bacilos de Koch.

O relatório do exame radiológico feito ao tórax em 13-II-935 diz o seguinte:

«Aspecto infiltrativo úlcero caseoso bilateral, bastante mais acentuadamente à esquerda.»

Aorta de raio largo e crossa bastante elevada.»

(a) Santos Cocinho

Êste doente esteve internado no Hospital Curry Cabral

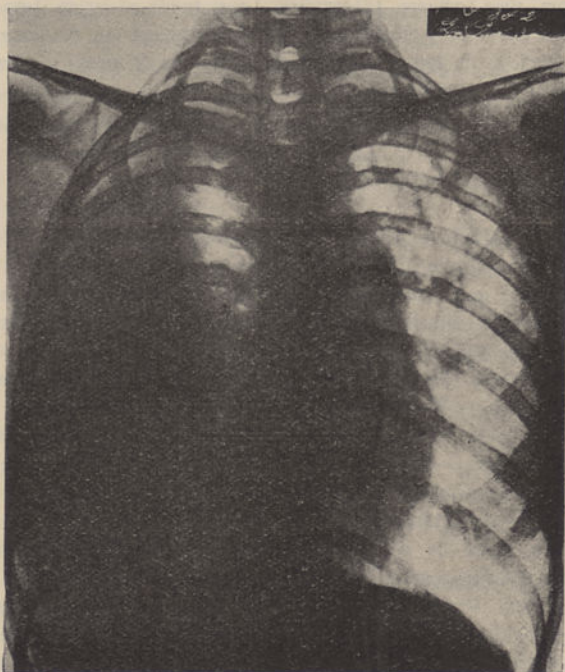


FIG. 14

até 15-IV-936, data em que foi transferido para o Hospital Sanatório de Coimbra.

Sob a acção do tratamento pela ultra linfa as suas lesões pulmonares melhoraram, embora estas não constituam a causa que determinou a inclusão dèste caso clínico no presente trabalho.

O interêsse dèste caso reside no seguinte

cinco meses depois de iniciado o seu tratamento este doente doente dirigiu-se-nos um tanto alarmado porque tendo há 4 anos uma fistula peri-anal de origem tuberculosa (facto que até aí nos tinha ocultado), esta se encontrava fechada havia 2 meses e o doente receiava que isso lhe fôsse prejudicial.

A parte interessante deste caso clínico reside pois no facto de este doente ser portador duma fistula peri-anal, à qual atribuíram uma origem tuberculosa, que tendo resistido durante 4 anos aos vários tratamentos anti-tuberculosos que fez durante esse período de tempo, cicatrizou ao fim de 3 meses de tratamento pela ultra-linfa.

VII

Inácio J. S. — 45 anos — Clínica de consultório.
Observado em 14-XI-934.

Refere que em setembro de 1933 começou a sentir dores no testículo direito, que algum tempo depois se localizaram também no esquerdo.

O estado deste agravava-se progressivamente e em certa altura appareceu-lhe uma goma na bolsa correspondente.

Fez então vários tratamentos — banhos de sol, raios ultra-violetas, etc. — mas todos resultaram inúteis visto que as lesões progrediam.

Neste meio tempo a goma fistulisou.

Em vista do seu estado o professor Reinaldo dos Santos fez-lhe a extirpação do testículo.

Algum tempo depois desta intervenção sobreveio um agravamento do testículo direito que aumentou consideravelmente de volume e era a sede de violentas dores.

Novamente o doente volta a percorrer toda a escala de tratamentos habitualmente usados em situações desta natureza, mas sem resultado.

As lesões progrediam e os clínicos que o tratavam tornaram a pôr a hipótese da ablação do testículo que lhe restava.

Foi então que este doente veio à nossa consulta trazido por um outro que sofrendo de lesões idênticas de ambos os testículos estava colhendo bons resultados com a ultra-linfo-terápia.

A sua observação revelava um grande aumento de volume

da bolsa direita, que o doente amparava com suspensório a fim de evitar as dores provocadas pelo péso.

À palpação notava-se a existência de flutuação — provável hidrocelo.

O testículo estava muito aumentado de volume, doloroso à palpação, e envolvido em ambas as suas faces, nos seus dois terços posteriores, por uma massa um pouco dura, de superfície irregular, que na transição para a parte livre do testículo apresentava um ressalto perfeitamente marcado.

Esta massa fazia corpo comum com uma outra que apanhava o epidídimo em toda a sua extensão, apresentando-se éste bastante aumentado de volume, sobretudo na parte caudal, irregular nos seus contornos e doloroso à palpação.

No cordão espermático, à saída do anel inguinal, notavam-se uns ligeiros nódulos duros.

Na parede lateral do escrôto, junto à raiz do pénis, encontrava-se um nódulo de consistência mole, do tamanho duma pequena avelã, mas sem flutuação.

Na base do pulmão esquerdo existia uma pequena zona de fervores crepitantes. Não havia tosse nem expectoração. O doente estava apirético.

No próprio dia da observação iniciamos o seu tratamento exclusivamente pela ultra-linha.

Dos meados de junho de 1935 em diante, como o doente estivesse bastante melhor, continuou o mesmo tratamento com o seu médico de Evora — terra onde reside — vindo de tempos a tempos a Lisboa para o observarmos.

Em 16-IV-936 demo-lo por curado e mandamos-lhe suspender o tratamento.

Nesta data o seu testículo apresentava o tamanho e consistência normais.

Toda a massa tuberculosa que o envolvia tinha-se reabsorvido por completo.

Não existiam vestígios de hidrocelo, o cordão espermático apresentava-se liso e o nódulo do escrôto tinha desaparecido.

Quanto ao epidídimo apresentava-se duro, indolor à palpação e de volume e contornos normais, notando-se apenas na cauda um pequeno nódulo de grande dureza, esclerosado.

Do estudo dos casos clínicos que acabamos de apresentar, ressalta nitidamente o efeito da ultra-lin-

foterápia sôbre as várias modalidades que a tuberculose nêles reveste.

Nos quatro casos de tuberculose infantil que apresentamos, três dos quais revestiam um aspecto de agudeza, um está em via de cura tendo-lhe já desaparecido o seu foco parenquimatoso e restando apenas ainda um certo gráu de reacção hilar, e os restantes estão completamente curados, clinica e radiológicamente.

Em todos êles os focos parenquimatosos bem como as lesões pleurais regressaram por completo, não deixando qualquer *reliquat* radiológicamente perceptível.

Um dêstes doentes, como relatamos na respectiva observação, apresentava concomitantemente lesões de osteíte costal rarefaciente que originaram dois abscessos que fistulizaram, sendo de notar a rapidez com que o tratamento actuou sôbre a supuração que terminou ao fim de 3 meses, fechando as fistulas definitivamente.

As lesões costais, embora mais tardiamente, curaram-se também por completo.

No caso da observação V, em que concomitantemente com lesões pulmonares úlcero-caseosas existia um empiema a Koch, situação esta de grande gravidade e dum prognóstico muito sombrio, também a ultra-linfa marcou clàramente a sua eficácia acabando com a supuração num prazo curto, relativamente a esta situação, e melhorando as lesões pulmonares da doente.

Da observação VI, ressalta a rapidez com que a ultra-linfa actuou sôbre uma fistula peri-anal que há 4 anos vinha resistindo a todas as terapêuticas anti-tuberculosas a que o doente foi sujeito durante êsse período de tempo, e que sob a sua acção fechou definitivamente em pouco mais de 3 meses.

Finalmente na observação VII, manifesta-se ainda o efeito curativo da ultra-linfa sôbre uma orquí-epididimite tuberculosa que não cedia aos vários tratamentos instituidos e antes pelo contrário se agravava de tal forma que levou os clínicos que então tratavam

êste doente a admitirem a hipótese da ablação do testículo.

Ainda mesmo neste período já avançado da doença a ultra-linfa conseguiu fazer a sua cura.

*

* * *

Com a apresentação dêste trabalho julgamos fechado por agora o primeiro ciclo das nossas comunicações sôbre ultra-linfa.

O desejo e sobretudo a necessidade moral de marcarmos a esta terapêutica uma posição absolutamente definida e comprovada atravez de casos clínicos devidamente controlados, trouxeram-nos mais uma vez a esta Sociedade para comunicarmos o resultado dos nossos últimos trabalhos.

Todo o estudo que sôbre esta terapêutica temos realizado aqui o temos vindo apresentar, clára, franca e lealmente, para que a classe médica o possa julgar conforme o seu critério.

E neste intuito nunca nos afastamos do âmbito da Sociedade das Ciências Médicas, colectividade científica absolutamente competente para ajuizar dos nossos trabalhos.

O cepticismo bem português que nos leva a descrever de tudo quanto em Portugal é nado e criado, terá talvez levado os médicos portuguezes a encararem esta terapêutica com certa descrença.

Se assim é quere-nos parecer que perante os casos clínicos apresentados nesta comunicação e na anterior, essa descrença deve ficar um tanto abalada.

O estudo que desta terapêutica temos feito tem sido longo e o mais consciencioso possível.

Há seis anos que vimos a percorrer esta senda que por vezes encontramos barrada de obstáculos e entraves surgidos quando e donde menos os esperavamos, e que só à custa de grande tenacidade conseguimos vencer.

Supomos, porém, que chegámos finalmente ao *terminus* da viagem e que conseguimos demonstrar que



a ultra-linfoterápia constitue um processo de tratamento cujos resultados são por vezes bastante interessantes não só nas tuberculoses médicas como também, e sobretudo, nas cirúrgicas.

Perante uma doença como esta de tão grande difusão e cuja taxa de mortalidade é ainda hoje tão elevada, não nos parece demasiado lançar no arsenal terapêutico anti-tuberculoso mais uma nova arma que denota certas qualidades de eficácia.

Vários são os meios de que hoje nos servimos para combater a tuberculose.

Todos êles constituem recursos mais ou menos aproveitáveis, com as suas indicações precisas quer no que respeita à modalidade da doença quer à oportunidade da sua aplicação, e dos quais o doente pode colher um menor ou maior proveito, inclusivamente a sua cura.

Nenhum porém é dotado daquela eficiência que seria para desejar e que há tantos anos se busca em vão

Essa longa e humanitária cruzada do combate à tuberculose em que tantos cientistas se teem empenhado, está ainda longe de atingir o seu fim.

Por ela nos sentimos atraídos desde há longos anos e a ela temos dedicado grande parte da nossa vida clínica e actividade intelectual.

Como combatente anónimo e obscuro, vimos trazer-lhe também o fraco auxilio de mais um recurso terapêutico que se nos afigura aproveitável — a ultra-linfoterápia.

Praticando-a há seis anos e seguindo metódicamente os seus efeitos através da clínica, do laboratório e da radiologia, adquirimos a convicção profunda dos seus benéficos resultados em muitos casos, e por vezes até em situações em que as outras medições específicas teem falhado.



TRABALHOS DO AUTOR:

Sôbre os aneurismas da aorta torácica. (Dissertação inaugural — 1910);

Contribuição ao estudo da viscosidade sangüínea. (Tese de concurso — 1914);

Tuberculose pulmonar e auto-intoxicação intestinal. *Sua possível confusão; seu diagnóstico diferencial.* (Trabalho original — 1919);

A coriza aguda como manifestação reumatismal. (Trabalho original — «Portugal Médico» — 1921);

Breves considerações sôbre tuberculoterápia. (Comunicação à S. C. M. L. — 1924);

Sôbre os tratamentos fundamentais da tuberculose, com a colaboração do Dr. José Alberto de Faria. (Comunicação ao 3.º Congresso Nacional de Medicina — 1928);

Sôbre o tratamento específico da tuberculose. («A Medicina Contemporânea» — 1929);

Tuberculose infantil e seu tratamento. (Idem — 1929);

Considerações gerais sôbre alguns processos de tratamento da tuberculose pulmonar. (Idem — 1930);

Ensaio de um novo tratamento da tuberculose pulmonar. (Trabalho original — Com. à S. C. M. L. — 1933);

Tuberculose e ultra-linfa. (Trabalho original. «A Med. Contemp.» — 1933);

O tratamento da tuberculose pela ultra-linfa. (Trabalho original — Com. à S. C. M. L. — 1934);

A ultra-linfa na tuberculose. (Trabalho original. «A Med. Contemp.» — 1935);

Breves considerações sôbre tuberculose. («A Med. Contemp.» — 1936);

A acção da ultra-linfa em várias formas de tuberculose. (Trabalho original — Com. à S. C. M. L. — 1936);

A propósito do tratamento transparietal pericavitário das cavernas pulmonares (método do Dr. Costa Nery). *Ligeiros comentários.* («A Med. Contemp.» — 1936).

Composto e Impresso na
IMPRESA MEDICA
Calçada do Moinho de
Vento, 10 -A — Lisboa