

Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto - Alegre

Tese

apresentada à

Escola de Odontologia anexa à Faculdade de
Medicina de Pôrto-Alegre
Para a Cátedra de Patologia e Terapêutica Aplicadas,
em 5 de Abril de 1943

pelo cirurgião-dentista

Dr. João Benedicto de Souza

Livre docente da Faculdade de Medicina

◆

Tratamento da tuberculose bucal
pela d'arsonvalização Diatérmica

1943

Liv. Continente
Porto Alegre

Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto - Alegre

Tese

apresentada à

Escola de Odontologia anexa à Faculdade de
Medicina de Pôrto-Alegre
Para a Cátedra de Patologia e Terapêutica Aplicadas,
em 5 de Abril de 1943

pelo cirurgião-dentista

Dr. João Benedicto de Souza

Livre docente da Faculdade de Medicina



Tratamento da tuberculose bucal **pela d'arsonvalização Diatérmica**

1943

Liv. Continente
Porto Alegre

INTRODUÇÃO AO ESTUDO DA D'ARSONVALIZAÇÃO DIATÉRMICA

Elegendo para tema da nossa tese um assunto ainda pouco conhecido, complexo e difícil, como é o tratamento da tuberculose bucal pela d'arsonvalização diatérmica, sob forma de tensão, só tivemos em mira contribuir, na medida de nossas forças, para vulgarização de um método terapêutico extremamente eficaz, seguro e prudente contra a afecção mórbida acima mencionada.

Mas, pugnar pela saúde dos indivíduos, sujeitos à moléstia que ora nos ocupa; envidar todos os nossos esforços nas grandes questões que com ela se relacionam; chamar a atenção para os seus maléficos efeitos sobre o organismo humano; estudar os numerosos acidentes, complicações ou incidentes que se filiam à sua presença na cavidade bucal é também labutar por uma idéia benfazeja e de fecundas consequências.

Não nos arrependemos de nossa escolha.

Os métodos terapêuticos pelos agentes físicos apresentaram, nestes últimos anos, um desenvolvimento considerável.

A d'Arsonval cabe incontestavelmente a glória de ter sido o primeiro a estudar as aplicações fisiológicas e terapêuticas da alta frequência, a qual recebeu o nome de d'arsonvalização por proposta de Moritz e Benedikt, de Viena, e aprovada pelo Congresso Internacional Fisioterápico de Berlim.

Quasi pela mesma época, Oudin ofertara às ciências físicas um rico pecúlio de trabalhos e edificara os alicerces do método, que é objeto do nosso estudo, descobrindo o ressonador que permite aumentar a tensão de uma corrente de alta frequência pela vibração elétrica de um solenóide secundário.

Keating — Haart pode assim concorrer para a devassa do assunto, descrevendo os efeitos da faísca de tensão no tratamento do câncer. Mas, sómente a Hertz — Boyer, com seu admirável senso clínico, coube a incontestável honra de ter aplicado racionalmente, vulgarizado e descrito minuciosamente as faíscas de tensão em urologia, onde elas são empregadas para destruição dos tumores vesicais. Hertz — Boyer instituiu, assim, um método racional de tratamento, servindo-se de faíscas carbonisantes, quentes, semi-quentes e frias.

A grande e salutar influência exercida pelos seus estudos sobre a alta frequência em urologia, evidenciou-se pelos numerosos trabalhos que então sobre o mesmo assunto apareceram.

Moulonguet faz uma curta, mas interessante publicação sobre o tratamento das micoses do faringe bucal pelas faíscas de tensão; Samengo e Duthellet de Lamothe investigam os seus efeitos sobre a trompa de Eustáquio; Portmann e Poyet, no Congresso da Sociedade Francesa de Oto-rino-laringologia de 1924, cooperando com seus dignos e nobres colegas, apresentam sobre este mesmo assunto circunstanciado relatório.

Em 1927, Bourgeois e Fouquet insistem sobre as vantagens das faíscas de tensão no tratamento do Lupus e da tuberculose do laringe.

Finalmente, nós, experimentamos a d'arsonvalização por tensão, no tratamento das ulcerações tuberculosas da bôca, e verificamos que, nesta cavidade, as faíscas quentes, e as semi-quentes determinam as mesmas reações dolorosas, térmicas e inflamatórias do termocautério, donde nenhum interesse prático; que as faíscas frias, de 25 a 30°, são muito superficiais e que sómente as faíscas obtidas com 45 volts e 250 a 300 miliampères, evitam as reações inflamatórias da mucosa, ao mesmo tempo que produzem um efeito destrutivo mais enérgico das lesões.

Para que possamos explanar o tema da nossa tese, com todas as suas minúcias e em todos os seus detalhes, necessitamos dividi-los em três capítulos.

No primeiro, descreveremos o aparelho por nós empregado, os eletródos e outros acessórios, além de algumas noções elementares sobre eletricidade, necessárias à compreensão do método.

No segundo, exporemos a técnica do emprêgo da diatermossensação, precedida, naturalmente, de algumas considerações sobre a anestesia, precauções pré e post-operatórias, assim como as dificuldades encontradas na aplicação do método.

O terceiro e último capítulo será reservado à parte clínica.

GÊNESE DA ELETRICIDADE

Durante muitos séculos, o princípio da indestrutibilidade da matéria reinou soberanamente no mundo científico.

Herbert Spencer, no capítulo intitulado "Indestrutibilidade da matéria", de seu livro "Premières Principes", declara que "supôr que a matéria possa não existir, seria confessar que a ciência e a filosofia são impossíveis."

Naquet, o sábio químico, professor da Faculdade de Medicina de Paris, abona esta doutrina, quando escreve: "Nous n'avons jamais vu le retour du ponderable à l'imponderable. La chimie toute entière est même fondée sur cette loi qu'un tel retour n'a pas lieu car s'il avait lieu, adieu les équations chimiques".

A doutrina da matéria indestrutível, nos dias que correm, perdeu no entanto o seu grande prestígio; apresenta uma base cientificamente falsa; nega-se a autenticidade de suas leis; não tem mais aceitação universal.

O dogma sagrado tombou do seu aéreo trono e vasqueja agonizante ante a descoberta dos raios catódicos, dos raios X e da emissão dos corpos rádio-ativos.

A concepção moderna nos domínios científicos, caldeada nas fôrjas da razão, é que a matéria se dissocia, se desagrega,

se desmaterializa, passando por fases sucessivas, até que finalmente, volta ao éter imponderável, donde surgiu.

A aptidão da matéria de se desagregar, emitindo eflúvios de partículas análogas às dos raios catódicos, animadas de uma velocidade igual à da luz, capazes de atravessar substâncias materiais, é universal.

Ora, provado que o átomo se dissocia, resta saber donde tira êle a formidável energia necessária para lançar no espaço, partículas com a velocidade acima assinalada.

A explicação é simples, quando se admite que a matéria é um reservatório inesgotável de energia — a energia intra-atômica, unicamente constituída por um sistema de elementos imponderáveis, mantidos em equilíbrio pela rotação, atração e repulsão das partículas que o compõem. Dêste equilíbrio resultam as propriedades materiais dos corpos, como o pêsso, a fórmula e a aparente permanência.

O equilíbrio dêstes elementos, cujo conjunto constitue o átomo, apresenta grande analogia com o que mantem os astros nas suas órbitas. Basta que uma perturbação se verifique, para que uma soma considerável de energia se produza.

Estas perturbações podem sobrevir, seja sem uma razão aparente, como para os corpos rádio-ativos, quando por causas diversas, chegam a um certo gráu de instabilidade, seja artificialmente, como para os corpos ordinários, quando submetidos à influência de excitantes diversos, como a luz, o calôr, etc.

E, como a energia condensada no átomo é imensa, resulta que uma ínfima perda de matéria corresponda à criação de uma quantidade enorme de energia. Tem-se procurado mesmo medí-la.

A velocidade das partículas da matéria dissociada, quer se trate de radium ou de outro metal qualquer, aproxima-se da velocidade da luz, para determinadas emissões rádio-ativas.

Aceitemos a cifra de 100.000 km. por segundo e procuremos calcular a energia que geraria a desmaterialização completa de

uma moeda de cobre do nosso antigo sistema monetário, pesando 1 grama.

A energia cinética de um corpo em movimento sendo igual à metade do produto de sua massa pelo quadrado de sua velocidade, um cálculo elementar nos dá a potência produzida pelas partículas desta grama de matéria, animada da velocidade acima suposta.

Assim teríamos a cifra de 510 bilhões de quilogrâmetros ou 6 milhões e 800 milhões de cavalos-vapor, energia esta suficiente para acionar um trem da nossa Viação Férrea, que, partindo de Pôrto Alegre, poderia fazer um trajeto quatro vezes maior do que a circunferência da terra, gastando 2.830.000 kgr. de carvão, que ao preço atual das minas de S. Jerônimo, custaria aos cofres publicos uma soma respeitável.

Mas, aqui é o caso de objetarmos, porque não aproveitamos esta colossal energia numa época em que a nossa Viação Férrea suprime vários trens,, tanto de carga como de passageiros, por falta de combustível; no momento em que, por falta de óleo, as usinas das nossas cidades do interior racionam a luz; num período em que os automóveis não mais trafegam por falta de gasolina.

Em resposta, diremos: que não há presentemente no mundo científico um homem de autoridade que conteste que a matéria seja um reservatório prodigioso de energia; mas o fato destas forças existirem não implica absolutamente em que elas sejam disponíveis.

Todos êstes milhões de quilogrâmetros de força, que uma simples grama de matéria contém, é, na realidade, uma insignificância, si atendermos que para obtê-la, teríamos que esperar vários milhares de anos.

E' o caso do dono de um cofre forte repleto de ouro, que sómente pudesse retirar dele cada dia um miligrama do precioso metal, devido a um mecanismo especial de que êste cofre fosse dotado. Não obstante a sua riqueza, o dono de um tal cofre

seria, na realidade, um indivíduo pobre, enquanto não encontrasse o segredo do mecanismo que lhe permitisse abri-lo.

O futuro nos dirá qualquer coisa sobre essas forças — lema de luz, ideal da humanidade.

Há um certo número de forças, inerentes à própria matéria, que o dogma da indestrutibilidade jamais poderá explicar; a coesão que amalgama num bloco rígido os átomos de que são formados os corpos; a afinidade que engendra as combinações químicas; a atração e a repulsão osmóticas que presidem importantes fenômenos vitais.

A gênese destas forças deixa, no entanto, de ser misteriosa, quando se contempla a matéria como um colossal reservatório de energia.

Além destas forças inerentes, como dissemos, à matéria, há outras que mais nos interessam e que podem também ser facilmente explicadas pela teoria intra-atômica — o calor solar e a eletricidade.

A eletricidade é, com efeito, uma das mais constantes manifestações da dissociação da matéria. Quem diz matéria, diz energia intra-atômica. Dissociar a matéria é, portanto, simplesmente desagregar um pouco de energia intra-atômica, obrigando-a a reivindicar outra forma. A eletricidade é precisamente uma dessas formas.

A eletricidade, considerada outrora, como um fenômeno excepcional, é hoje um fenômeno universal; basta o simples contacto de corpos heterogêneos para engendrá-la. O difícil, atualmente, não é produzi-la, e sim saber como não a produzir. Uma gota d'água que cai uma massa gasosa que o sol aquece; uma reação capaz de modificar a natureza dos corpos, são fontes de eletricidade.

Mas, si as reações químicas são reações elétricas; si o sol

não pode transformar a temperatura de um corpo sem desprender electricidade; si uma gota de chuva não pode cair sem movê-la, é evidente, é claro que o seu papel na vida dos seres deva ser preponderante. E' o que se começa a admitir.

Berthelot divulgou recentemente a importância das tensões eléctricas a que são submetidos os vegetais, e provou que os eflúvios gerados pela diferença de tensão podem provocar numerosas reacções químicas: fixação do azoto sôbre os hidratos de carbono. dissociação do ácido carbônico em óxido de carbono e oxigênio.

Quando contemplamos, pois, o fenômeno da dissociação geral da matéria, somos levados a nos interrogar si a **electricidade** universal cuja origem era até então inexplicada não seria a consequência da universal dissociação da matéria.

Ora, os estudos experimentais de notáveis observadores provaram de maneira substancial **que a electricidade é uma das formas mais importantes da energia intra-atômica, libertada pela desmaterialização da matéria.**

Entre os produtos diversos da dissociação da matéria, atualmente conhecidos, citaremos os ions — negativos e positivos: os életrons; os raios catódicos, os raios X.

As três experiências que vamos expor agora, permitem estabelecer pelo raciocínio uma hipótese que, não obstante imperfeita e incompleta, é contudo a mais lógica e que nos capacita a compreender melhor as cousas.

A primeira experiência é a dissociação da matéria radio-ativa. Tomemos uma partícula de radium, que emite um feixe radio-ativo em linha reta. Si collocarmos esta mesma partícula em um campo eletro-magnético, assistiremos a dissociação do feixe único primitivo em três feixes secundários: o primeiro, des-

viado no plano perpendicular ao campo magnético é uma emissão de elétrons carregados negativamente; o segundo, desviado igualmente no plano perpendicular ao campo magnético, mas em sentido inverso ao primeiro, é uma emissão de partículas carregadas positivamente; o terceiro feixe, não influenciado pelo campo magnético, é imaterial, é uma emissão de vibrações análogas aos raios X.

A segunda experiência é feita com a ampola de Crookes, e a terceira com a lâmpada de três eletrodos.

A ampola de Crookes nos mostra um feixe de partículas, ou elétrons, partindo do catódio para formar os raios catódicos, os quais, encontrando um obstáculo representado pela parede da ampola, dão origem a radiações especiais, chamadas raios X.

Na lâmpada de três eletrodos o filamento elétrico levado ao vermelho pelo circuito n.º 1, emite uma evaporação destas mesmas partículas ou elétrons, que flutuam no vácuo da ampola para formar a carga especial que entra depois na corrente. Mas, si adicionarmos um segundo circuito, estes elétrons passam do fio vermelho à placa, quando esta é positiva. Na disposição inversa, os elétrons são interceptados e a **corrente contínua** do circuito n.º 2 fica interrompida entre o fio e a placa.

A primeira experiência nos leva a admitir que a matéria seria formada de eletricidade, isto é, de elétrons carregados negativamente e de outras partículas carregadas positivamente.

A segunda e a terceira experiência parecem demonstrar que no vácuo das ampolas os elétrons se deslocam do negativo para o positivo, o que nos permite estabelecer a hipótese de que a **corrente elétrica** é produzida pelos deslocamentos dos elétrons ao longo dos condutores.

O fluido elétrico compôr-se-ia, pois, segundo as idéias atuais, de partículas chamadas elétrons. Esta concepção da estrutura granular da eletricidade é conhecida desde Faraday e Helmholtz e nos permite aproximar os fenômenos ditos rádio-ativos dos anteriormente conhecidos em eletricidade e em ótica, tais como a corrente voltaica, o magnetismo e, notadamente, a luz.

A maior parte dêstes fenômenos podem ser produzidos pela simples mudança de equilíbrio e de movimento das partículas elétricas: é o que vamos demonstrar.

Em lugar do átomo elétrico ou elétron, corpo hipotético, tomemos uma esfera metálica eletrizada. Esta simples substituição, que absolutamente não modifica a teoria, apresenta a vantagem de tornar possível a verificação experimental. Conforme esta esfera estiver em repouso ou em movimento, poderá ela produzir tôda uma série de fenômenos elétricos e luminosos.

Afastêmo-la, pois, da substância que serviu para eletrizá-la. As linhas de força que ligavam êstes dois corpos e que Thompson attribua uma estrutura fibrosa, conservam-se ligadas a êles e se projetam em linha reta no espaço.

E' êste conjunto que se denomina campo de força eletrostática. Nêste estado de repouso, a esfera elétrica não possui nenhuma ação magnética. Ela só adquire esta propriedade quando posta em movimento. Metêmo-la, pois, em movimento.

Nossa esfera adquirirá, então, todas as propriedades da corrente voltaica ordinária, isto é, da corrente que circula nos fios telegráficos. E, como ela se conduz como uma corrente voltaica, deve possuir também todas as propriedades dela e, por consequência, a ação magnética.

Mas isto não é tudo. Nós supuzemos a nossa esfera em movimento uniforme. Façamos agora variar êste movimento e veremos o aparecimento de novos fenômenos muito diferentes dos precedentes.

Esta mudança de velocidade dos corpos eletrizados produ-

zirá fenômenos de indução, quer dizer, nascimento de uma nova força elétrica que se manifesta em direção perpendicular à das linhas magnéticas e, por consequência na direção da corrente.

Suponhamos agora que o corpo eletrizado em movimento se desloque no ar ou em um gás com pressão ordinária. Si êle se move em um meio muito rarefeito, novos fenômenos aparecerão. São os raios catódicos, as raios X, produzidos pelo choque dêstes átomos elétricos contra um obstáculo. Assim, pois, basta modificar o equilíbrio de certas partículas para se obter todos os fenômenos elétricos e luminosos.

Isto nos mostra o papel fundamental que representam os elétrons nas idéias atuais.

Um corpo eletrizado positivamente, diz Thompson, seria simplesmente um corpo tendo perdido alguns dos seus elétrons. O transporte de electricidade de um ponto a outro é realizado pelo transporte de elétrons do lugar onde há excesso de eletrização positiva para aquele onde há excesso de eletrização negativa.

Em suma, **a corrente elétrica** é, pela concepção moderna, unicamente formada de elétrons.

Há duas espécies de correntes: **a corrente contínua** e **a corrente alternada**.

Enquanto que o deslocamento da matéria predomina na corrente contínua, a noção de uma vibração elétrica é indispensável para bem compreender a corrente alternada.

Pode-se ainda dizer que a corrente contínua é uma corrente de matéria elétrica, enquanto que a corrente alternada é uma corrente de energia elétrica.

A noção da quantidade de electricidade ou carga elétrica deve ser concebida como uma quantidade de elétrons. Esta quantidade de elétrons se mede em Coulombs. Si esta carga elétrica desliza ao longo de um fio condutor, a quantidade de

eletricidade que circula na unidade de tempo, mede-se em ampères.

Os elétrons que constituem a carga elétrica de um corpo se repelem. Esta repulsão recíproca, tenderia a separá-los uns dos outros sôbre os corpos condutores, si êles ali não estivessem mantidos pela dificuldade de se moverem sôbre outros corpos menos condutores que os cercam, os isolantes, dos quais o vácuo constitue o tipo mais perfeito. Isto explica porque a eletricidade só existe na superfície dos corpos, quando êstes são condutores.

A tendência dos elétrons seria escapar, si não estivessem mantidos sôbre êstes condutores por um isolante, sôbre o qual exercem uma certa pressão exterior ou tensão, ou potencial, da mesma forma que as moléculas de um líquido exercem uma certa pressão sôbre as paredes do vaso que os contem. O que constitue a pressão dos líquidos contra a parede, é a tensão, o potencial dos elétrons no condutor carregado de eletricidade.

A tensão elétrica mede-se em Volt.

E' impossível, como sabemos, utilizar as correntes contínuas e alternadas de baixa frequência em terapêutica, em razão de suas propriedades eletrolíticas e dos abalos farádicos nocivos ao organismo humano. E' por isso que empregamos correntes de frequência elevada.

Abaixo de 10.000 períodos por segundo uma corrente é chamada, arbitrariamente, de baixa frequência, tal como as correntes alternadas industriais, percebidas pelo corpo humano.

Acima de 10.000 períodos, a corrente denomina-se de alta frequência.

A 10.000 períodos os seus efeitos farádicos sôbre o corpo humano são muito atenuados. A desapareição destas percepções se opera insensivelmente e a 100.000 períodos por segundo não são mais percebidas pelo organismo.

Para medir as pequenas frequências, pode-se usar um dispositivo que lembra o eletrocardiógrafo. Para as grandes frequências utiliza-se o oscilógrafo de Dufour.

Obtêm-se as correntes de alta frequência empregando a descarga brusca de um condensador. Este aparelho produz oscilações constituídas por umas vinte alternâncias de alta frequência, de amplitude progressivamente decrescente. Cada oscilação representa um trem de onda, amortecida, e o espaço que separa dois trens de ondas consecutivas, chama-se período de silêncio.

Com os aparelhos modernos a recarga do condensador é rápida, a descarga frequente e os trens de ondas mais longos são também muito mais aproximados.

A produção de uma corrente diatérmica, pela descarga brusca de um condensador, é, pois, o processo comumente empregado para se obter uma corrente de alta frequência.

Êstes aparelhos com detonadores podem produzir duas espécies de correntes diatérmicas: uma, de forte intensidade e baixa tensão, chamada circuito de intensidade; outra, de forte tensão e fraca intensidade, chamada circuito de tensão.

O circuito de intensidade não interessa ao assunto de nossa tese.

O segundo circuito, dito, circuito de tensão, constitue, ao contrário, a parte fundamental do nosso trabalho. Para se utilizar o circuito de tensão, torna-se imprescindível o uso do ressonador de Oudin, do qual falaremos sucintamente, quando descrevermos o aparelho de diatermia por nós empregado.

A d'arsonvalização diatérmica reclama um instrumental perfeito: um aparelho de alta frequência, eletrodos variados, adap-

tados a cada caso particular e alguns apetrechos secundários, simples e cômodos. O aparelho de Hennuy, que esteriotipa o modelo por nós empregado apresenta os seguintes característicos:

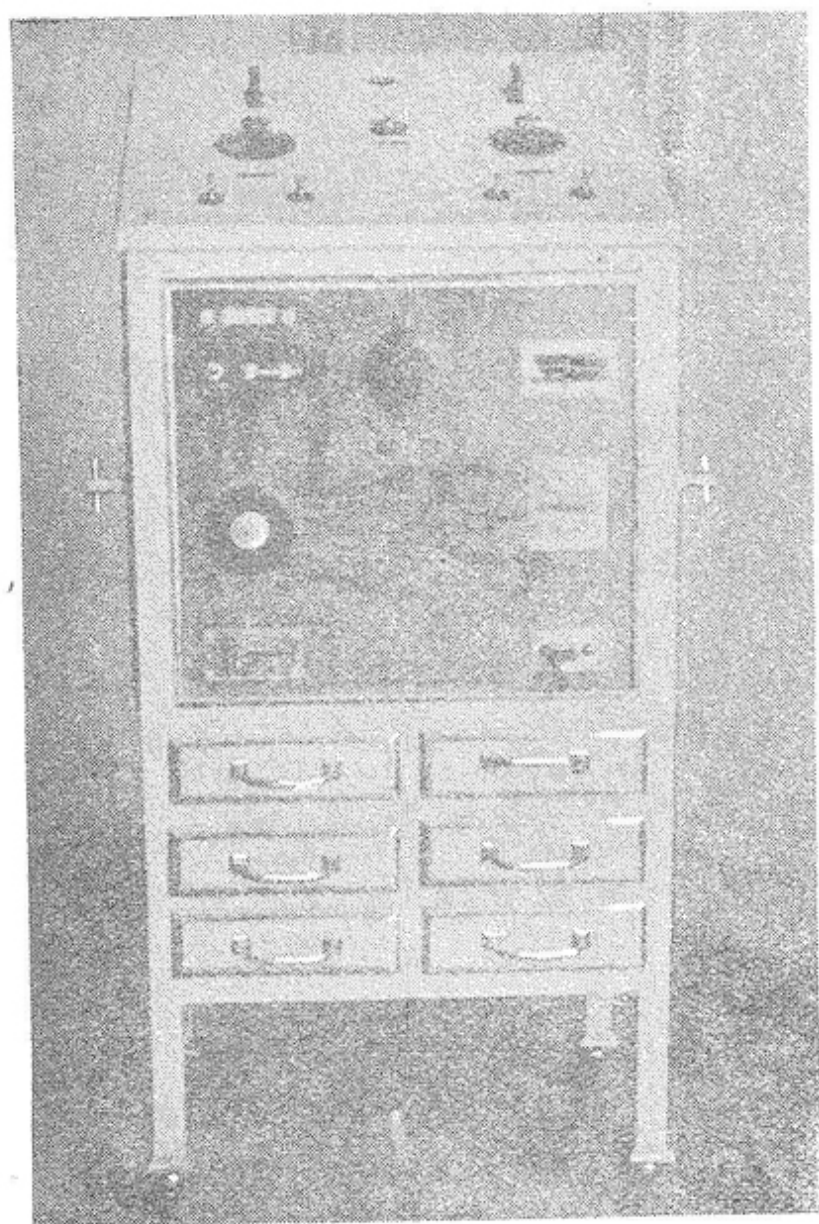


Fig. n.º 1

Aparelho de Hennuy

E' um movel metálico rodante, com quatro gavetas para ferros, com uma tampa de mármore na parte superior em forma de púlpito e na qual estão adaptados os dispositivos necessários para galvano-cautério, luz, eletricidade galvânica e farádica (fig. 1).

O aparelho é confeccionado de modo a apresentar: a) um **transformador**, que, recebendo a corrente industrial de baixa tensão, a converte em corrente de alta tensão.

Este transformador apresenta, como tivemos ocasião de verificar varias vezes, algumas vantagens mecânicas muito apreciáveis e de real valôr prático, que são: possibilidade de poder ser utilizado em uma corrente de 110, 115 ou 220 volts., alternada ou contínua, com comutador intercalado.

b) um **condensador**, cujo principal objetivo é armazenar ou descarregar bruscamente a eletricidade acumulada. O dispositivo de d'Arsonval, com condensador duplo, assegura ao paciente uma proteção ideal contra as correntes de baixa frequência.

c) uma **bobina de auto-indução**, destinada a distribuir a alta frequência.

d) um **detonador**, cujo principal papel é interromper, abrindo e fechando o circuito, para a passagem da faísca e permitir o carregamento do condensador no intervalo respectivo. Para impedir que se dissipe uma grande parte da energia consumida, basta diminuir nas cargas fracas o comprimento da faísca, o que se obtém regulando a corrente de alta frequência com o citado detonador de três interrupções para uma flexão de 3/10 de milímetro.

O detonador fabricado em tungsteno é inalteravel e silencioso e não exige nenhuma limpeza ou outro qualquer cuidado.

e) um **ressonador de Oudin**, que, faculta a obtenção de fortes tensões com pequena intensidade. A elevação da tensão obtida varia segundo os setores, de quarenta a quarenta e cinco mil volts, sendo atualmente uma das mais elevadas.

O ressonador de Oudin é, em suma, uma bobina ligada por uma de suas extremidades a um circuito de alta frequência e confeccionado com um comprimento tal que sua extremidade livre corresponda a um máximo de tensão elétrica. O funcionamento do ressonador realiza duas ordens de fenômenos: um efeito de ressonância elétrica, e ondas estacionárias. Obtem-se a

regulagem, variando o circuito vibratório, até que os eflúvios que se desprendem da extremidade do ressonador adquiriram sua máxima intensidade.

Eis, em summa, como é configurado o aparelho que tivemos ocasião de usar na nossa experiência, no serviço de Oto-rino-Laringologia da F. de Medicina de Pôrto Alegre.

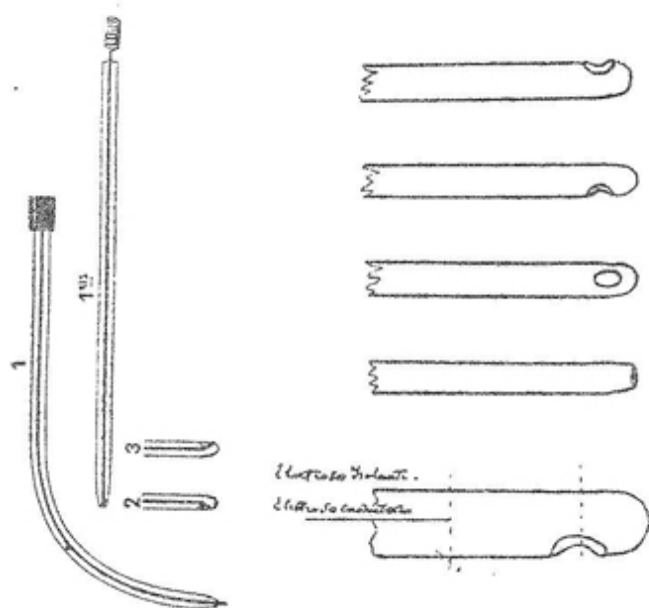


Fig. n.º 2

Eletrodos para d'arsonvalização diatérmica

Eletrodos. — Para cauterizar pequenos tumores benignos circunscritos á face, utilizavam Poyet, Fouquet e outros fundadores vulgarisadores do método terapêutico que ora nos ocupa, eletrodos especiais constituídos por um tubo de vidro isolante, no qual insinuavam uma haste metálica mais curta, impedindo desta maneira o seu contacto diréto com os tecidos sôbre os quais se pretendia projetar a faísca.

Daí provinham graves inconvenientes:

a) dificuldade de limpeza e esterilização;

b) perigo de uma rápida disjunção do conjunto, produzida pelo calor e ebulição, uma vez que a ligação do tubo de vidro

à haste metálica se faz graças à uma bainha de ebonite isolante facilmente desparafusável;

c) comprimento fixo da faísca.

Estas desvantagens levaram os fabricantes a apresentarem novos modelos de eletrodos, os quais, para o tratamento das ulcerações tuberculosas da bôca, parecem-nos praticamente perfeitos. Comportam êles uma capa isolante, formada de uma única peça de vidro pirex, no interior da qual deslisa um fio.

O orifício por onde se desprende a faísca, está situado, o lateralmente, próximo da ponta, orientado segundo um dos quatro pontos cardiais, ou na própria ponta da capa de vidro.

A sua fôrma varia, conforme a região (fig. 2).

Podem ser retos ou apresentar uma ligeira curvatura próxima de sua extremidade terminal. O comprimento da faísca é regulado pela distância que separa a ponta condutora dos tecidos.

As vantagens que se nos oferecem, são:

1.º — a homogeneidade da capa isolante suprime os pontos mais débeis e, portanto, a possibilidade de disjunção;

2.º — a limpeza e a esterilização são extremamente fáceis. Êstes tubos suportam, sem nenhum inconveniente, temperaturas elevadíssimas, sem mudar de estrutura e sem modificar sua resistência primitiva;

3.º — o poder dielétrico é muito mais elevado, evitando assim a passagem de eflúvios entre a capa isolante e os tecidos, que com ela possam estar em contacto;

4.º — o deslocamento do fio condutor no tubo de pirex permite variar o comprimento da faísca;

5.º — êstes eletrodos podem perfeitamente servir para outras aplicações diatérmicas, o que é uma grande vantagem prática além de serem inquebráveis.

Todo êste sistema de eletrodos se adapta a um cabo especial monópolar, universal e engenhoso, que é posto em contacto com

o aparelho de diatermia por intermédio de um tubo de borracha extenso e de tamanho variável.

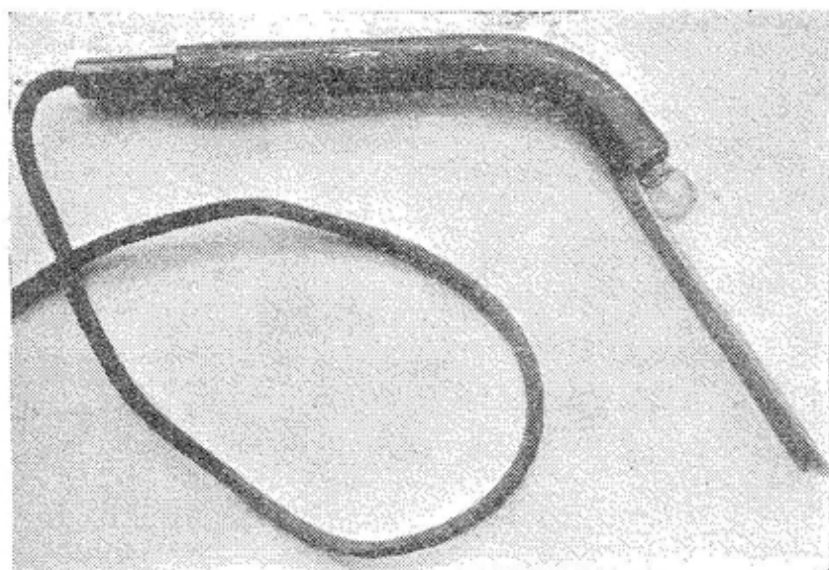


Fig. n.º 3

Abaixa-língua para d'arsonvalização diatérmica
do Dr. João Benedicto de Souza.

Para as aplicações de d'arsonvalização diatérmica, a instrumentação secundária é constituída:

- a) Por uma fonte luminosa, geralmente um espelho de Clar.
- b) Porta-algodões especiais e abaixa-língua.

A fonte luminosa precisa ser poderosa. Os porta-algodões devem ser confeccionados em metal maleável e rígido ao mesmo tempo, de maneira a adquirir e conservar a curvatura que se lhes queira dar com os dedos. Precisam ser fixados a um cabo, igualmente de metal, por meio de um pequeno parafuso e apresentar duas curvaturas: uma em ângulo obtuso, próximo de sua base, e cujo objetivo é deixar livre o campo visual; a outra, em quarto de círculo, e a três centímetros de sua extremidade terminal, é destinada a alcançar com justeza e facilidade as diferentes partes da mucosa bucal.

Muito se tem dito e escrito sôbre os abaixa-línguas. Sem nos estendermos em furtivas subtilezas, presumimos que, para êles serem perfeitos, faz-se imprescindível que preencham as seguintes condições (fig. 3):

1.º — Devem ser curvos, para que a mão que os segura não embarace o olhar.

2.º — Devem ser lisos e, por consequência, sem reintrâncias na sua face lingual que impossibilite a sua conveniente limpeza.

3.º — Não apresentarem uma curvatura em ângulo reto, a qual dificultaria enormemente o seu emprêgo.

Por fim, devem ser confeccionados em ebonite, o que os torna compatíveis e abrigados contra os maléficos efeitos da faísca elétrica, que, como sabemos, se desvia do eletrodo para o abaixa-língua.

Um modelo dêste gênero e com todas as vantagens foi fabricado pelo electricista da F. de M. de Pôrto Alegre, sob indicação do Dr. João Benedicto de Souza.

CAPÍTULO II

Antes de abordarmos neste capítulo de grande interesse prático, a técnica para aplicação das faíscas de tensão na tuberculose bucal, merecer-nos-á preliminar cuidado tecer algumas seguras e legítimas apreciações sôbre a anestesia, sôbre as dificuldades opostas pelos doentes e precauções pré e post-operatórias.

Anestesia

A anestesia local, no nosso método de tratamento, incontestavelmente a mais vantajosa, a mais inofensiva, a mais racional, está sob a dependência de uma técnica bastante delicada, mas relativamente fácil.

Notáveis professores franceses, espanhoes e americanos executam-na da maneira seguinte:

A extremidade ligeiramente curva de um pulverizador metálico, introduzida por entre os lábios e dirigida para o ponto onde a lesão se localisa, pulveriza dois a três centímetros cúbicos de uma solução de alipina-supra-renina a 5%.

Si no fim de duas a três pulverizações, a anestesia obtida não é suficiente, uma outra é praticada com uma solução mais forte da já mencionada alipina.

Rupp, Lemaitre e outros conhecidos estomatologistas se propuzeram a simplificar esta técnica já um pouco rotineira da anestesia local.

Trinta minutos antes da intervenção, injetam êles um centigrama de morfina-atropina, precaução que acham indispensável em se tratando de indivíduos nervosos e nos casos em que a saliva bucal abundante diminue a ação do anestésico. Porta-algo-

dões especiais, embebidos em uma solução de cocaína 1/10, adicionados de duas gotas de adrenalina a 1/1000, pincelam em toda sua extensão e demoradamente a mucosa bucal, lingual e faríngea, séde da lesão tuberculosa. Cada porta-algodão deve ser usado quatro a cinco vezes, com intervalo de 1 a 2 minutos.

Este processo de anestesia, que é atual e que vem sendo empregado pelos mais conhecidos estomatologistas, apresenta alguns inconvenientes que sómente a prática quotidiana nos revela.

A primeira objeção formulada por conceituados observadores é de uma justeza evidente. Sem violentar a verdade, opinam êles que a cocaína pode acarretar acidentes graves, agudos ou crônicos e ocasionar, algumas vezes, a morte.

O Conselho de Administração da American Medical Association, por motivos de ordem estatística, solicitara do Comité de Pesquisas Terapêuticas do Council on Pharmacy and Chemistry a nomeação de uma comissão para investigar e determinar a cifra dos acidentes consecutivos ao emprêgo da anestesia local com a cocaína. A comissão, depois de um trabalho tenaz, paciente e fatigante, tendo investigado em todos os campos da medicina hodierna, respondido a todos os reptos das sociedades doutas, publicou seu relatório, no qual conseguiu reunir quarenta casos de acidentes mortais, atribuidos inteiramente ou principalmente ao emprêgo da anestesia local, a maioria dos quais atribuidos à cocaína. O doente mais moço tinha sómente três anos; o mais velho, setenta. Vinte mortes se verificaram nos hospitais, dez em consultórios particulares e seis em dispensários.

E', pois, certo que a cocaína é uma arma perigosa, todas as vezes que seu emprêgo não estiver adstrito a regras e preceitos, plenamente estabelecidos pelos nossos tratados clássicos e confirmados pela nossa prática quotidiana. Ninguém se julgue, portanto, isento de seus maléficos efeitos, quando a dose prescrita fôr **elevada**.

Perturbações circulatórias e nervosas que então se manifestam, denunciam os primeiros sinais de um cocainismo agudo.

O doente J. S., residente em Vila Nova, com 55 anos de idade, e portador de vasta e superficial ulceração localizada no véu do paladar, havia baixado, a nosso pedido, a enfermaria de otorino-laringologia do Pavilhão Daltro Filho (fig. 4).

Foi, pois, à beira de seu leito que logramos, depois de um cuidadoso exame, surpreender a natureza tuberculosa do mal que ia diluindo pouco a pouco o broquel de suas energias vitais.

Com o consentimento do Diretor do Serviço, submetêmo-lo ao tratamento pela d'arsonvalização diatérmica, que, aliás, não foi continuado por ter o doente exigido alta alguns dias depois.



Fig. n.º 4

Doente J. S. — Vasta ulceração superficial localizada no véu do paladar, pouco visível devido a contratura do maxilar, que impediu a focalização da lesão pela máquina fotográfica.

Para evitar os reflexos exagerados e diminuir os fenômenos dolorosos bastante intensos, que o doente acusava, utilizamos

uma solução de cocaína 1/10, em larga escala, único anestésico que nos foi dado encontrar no Serviço naquela ocasião.

Alguns instantes depois da cocaínização, o paciente, até então taciturno, torna-se expansivo, loquaz, agita-se como si estivesse bêbado e acusa na cabeça uma sensação estranha. Um arrepio de frio não tardou a invadir seu combalido organismo; seu rosto torna-se excessivamente pálido e dêle brota um suor abundante; suas mãos estão geladas; seu pulso filifórme bate 140 vezes por minuto. Todo seu corpo se imobiliza. Este estado de languidês durou vários minutos e só não terminou pela síncope, graças aos cuidados que lhe foram imediatamente ministrados.

Não são sómente as altas doses de cocaína que originam as perturbações por nós acima assinaladas; também as produzem soluções antigas e guardadas por tempo indeterminado nos nossos armários de medicamentos. As soluções aquosas de cloridrato de cocaína alteram-se rapidamente. No fim de dois a três dias, elas se decompõem, formando produtos eminentemente tóxicos, ao mesmo tempo que as suas propriedades anestésicas diminuem; donde a indicação formal de sómente se utilizar soluções recentemente manipuladas.

A cocaína geralmente é empregada em solução aquosa. Outros utilizam-na sob a fórmula de pó, misturada com açúcar de leite e argumentam com bastante aparência de verdade que a absorção é mais lenta e menor o perigo de intoxicação.

Empregada, portanto, em pequenas doses, sob a fórmula de um pó, finamente pulverizada, ou solução aquosa, recentemente preparada, a cocaína não deve ser combatida sistematicamente e nem excluída como inimigo e como espúrio do nosso arsenal terapêutico.

Para insensibilizar a parte da mucosa bucal, séde da lesão tuberculosa, adotamos a butelina a 10%, que possui exatamente as mesmas qualidades anestésicas por contacto da cocaína, sem nenhum dos seus inconvenientes tóxicos.

Aplicâmo-la, não em solução aquosa, mas como parte integrante do líquido Bonain, onde ela substitue justamente a cocaína. O líquido de Bonain original, como sabemos, se formula assim: cocaína, mentol e ácido fênico em partes iguais.

Os porta-algodões empregnados de butelina, convenientemente espremidos, são postos em contacto com a lesão a tratar, até que esta adquira uma côr esbranquiçada. A quantidade de líquido empregada varia de 3 a 5 c. c. e a duração da anestesia permite uma intervenção de 20 a 30 minutos.

No curso dos nossos trabalhos sôbre o tratamento da tuberculose bucal, no Pavilhão Daltro Filho, jamais empregamos a anestesia geral.

Dificuldades

Inúmeras são as dificuldades que experimenta o estomatologista, todas as vezes que executa uma intervenção cirúrgica, grande ou pequena, na cavidade bucal. Estas dificuldades não estão descritas nos livros clássicos, nos anais dos Congressos médicos, nem nas revistas de especialidade; vêmo-las, sentimo-las, experimentâmo-las no labutar diário de nossa vida profissional.

Entre estas dificuldades, citaremos em primeiro lugar o mêdo do doente; ora é um mêdo, por assim dizer psíquico; o paciente teme ser cauterizado, queimado pelos eletrodos ou contagiado, ou inoculado pelo nosso material cirúrgico; ora é um terror vago, irrefletido e muito mais difícil de se remover.

Ao estomatologista cabe, então, a tarefa algum tanto diplomática de agir segundo o temperamento de cada um, ou falando com autoridade ou persuadindo-os com explicações pacientes, longas e detalhadas.

A contratura dos maxilares impedindo a abertura da boca constitue outro dilema sério e de profundas consequências. E' óbvio que qualquer que seja o processo empregado para remediá-la provoca violentos reflexos faríngeos e fenômenos dolorosos, duráveis e de certa intensidade.

A língua é outro obstáculo de relêvo à aplicação na bôca das faíscas de tensão. Ao simples contacto do abaixa-língua, fórma uma espécie de dorso que quasi toca o véo do paladar e cuja depressão é penosa e sumamente difícil; outras, animadas de movimentos incessantes, escapam pelos lados do abaixa-língua e, quanto mais o doente se esforça para mantê-la imóvel, mais elas se agitam.

Existem ainda as línguas hiperestésicas. Logo que o abaixa-língua chega ao seu contacto, sobrevem um espasmo nauseoso que muitas vezes é vislumbrado já no momento da abertura da bôca. Quanto mais calma se recomenda ao paciente, mais aumenta o seu enervamento e a sua refletibilidade.

A salivação abundante, inata da tuberculose bucal dificulta igualmente a d'arsonvalização das lesões ulcerativas, ou impedindo o funcionamento dos eletrodos ou obstando que os raios visuais e luminosos se defrontem no ponto desejado. Algumas vezes, uma bolha de saliva de regular tamanho, fórma um diafragma que se estende da base da língua à parede posterior do faringe, ocultando assim as lesões bacilíferas do fundo da cavidade bucal.

A tosse incessante e rebelde que atormenta o tuberculoso dia e noite, constitue outro embaraço de certa monta ás applicações que ora nos ocupam.

Para combatê-la, empregamos pulverizações fenicadas, em soluções fracas, adicionadas de clorato de potássio, que agem como uma espécie de banho local sôbre as mucosas congestionadas e edemaciadas, fluidificando ao mesmo tempo as secreções da bôca.

E assim, conseguimos acalmar a tosse de vários doentes portadores desta terrível moléstia.

Precauções pré e post-operatórias

Das precauções pré-operatórias, umas se referem ao estomatologista e outras, ao doente.

A primeira precaução que o estomatologista deve tomar, quando d'arsonvaliza uma lesão tuberculosa da bôca é de se proteger contra as projeções da saliva que o doente constantemente expelle. Inúmeros são os meios para isto indicado. Por mais que no-lo recomendem, não sentimos nenhuma predileção pelo uso de óculos, máscaras de compressa ou outro processo qualquer.

Muito mais apropriados se nos afiguram os anteparos de vidro, facilmente esterilizáveis e desmontáveis, utilizados pelo laringologista nas suas mesas de exames e operações. O modelo do Dr. Marinho realiza plenamente êsse desideratum. Para as nossas aplicações de tensão usamos um dispositivo simples e muito prático e que vale muito mais do que mostra aparentemente.

Concretizêmo-lo: um tubo de borracha de quarenta centímetros de comprimento, de pequeno diâmetro e atravessado por um fio de ferro maleável, é aplicado pela sua parte mediana sôbre o nariz do operador; as suas extremidades são rebatidas como as hastes de um óculo sôbre as orelhas. Sôbre êste dispositivo assim montado fixar-se-á por um de seus bordos um quadrado de celofane de 15 cms. de largura. A proteção da face é assim perfeita e o sistema fácil.

Contentar-se o estomatologista da proteção do rosto, dar preeminência a esta regra, relegando para um segundo plano a defesa das mãos, sujeitas também a frequentes inoculações, seria cometer um grave e imperdoável êrro.

Como proceder, porém, neste último caso? Tal é a interrogação que surge naturalmente. A resposta é simples. Jamais tocar com os dedos as partes infectadas e as peças de curativos; manter sempre entre elas e as mãos o intermediário de um instrumento rigorosamente esterilizado.

Não é assim, por acaso, que procede o bacteriologista quando semeia um tubo de cultura? E assim fazendo, não pratica os mais exigentes e rigorosos princípios de asepsia?

Os pacientes que se submetem ao tratamento pelas faíscas de tensão não podem sob nenhum pretexto mudar os seus hábitos alimentares. Não devem ser levados às sessões de d'arsonvalização diatérmica em estado de inferioridade orgânica, desvigorados e enfraquecidos por um contraproducente e prolongado jejum.

Ao contrário, para que seu organismo reaja contra a ação deprimente das drogas anestésicas e da fadiga operatória, é preciso que seu estado geral se mantenha em muito boas condições.

O que deve ser proibido é: o café, o fumo, o vinho, e outras bebidas alcoólicas.

A boca dos doentes vítimas da tuberculose, na grande maioria dos casos, mostra-se repleta de mucosidades mais ou menos aderentes e com muito mau hálito. A saliva corre em abundância. Nestas condições, é lícito admitir que uma limpeza cuidadosa seja a nossa primeira precaução, antes da intervenção.

A antisepsia da boca é, aliás, muito mais difícil de realizar-se do que parece à primeira vista.

A desinfecção é positivamente illusória — por três razões:

1.º — sensibilidade da mucosa que não tolera o emprêgo de soluções bactericidas fortes;

2.º — poder de absorção intensa, donde antisepsia perigosa.

Podemos, não obstante, limpá-la cuidadosamente com pulverização a quente de fenosalil a 2/1000 ou pulverizações oleosas. Para remover, porém, todos os seus escombros, necessitamos empregar vários porta-algodões.

As precauções post-operatórias são nulas. As aplicações da faísca de tensão não acarretam nenhum inconveniente.

Técnica da d'arsonvalização

As faíscas de tensão, tiradas da extremidade do ressonador de Oudin podem ser utilizadas seja com um único fio, seja em monopolar com eletrodo indiferente.

E' difícil estabelecer n'ormas préfixas que nos permitam preferir uma ou outra destas modalidades. Considerando, porém, que o método de um único fio, nos oferta uma faísca menos dolorosa, de ação mais mecânica, escaras mais moles, cicatrizes menos espessas, seríamos ilógicos conosco mesmos se deixassemos de adotá-la, aceitá-la implicitamente, como o fazem alguns estomatologistas antigos e modernos de incontestável autoridade.

Isto posto, o nosso problema se reduz simplesmente agora, em escolher um eletrodo apropriado cujo orifício corresponda exatamente à séde da lesão a tratar. Assim, por exemplo, se a lesão estiver situada em cima, é um eletrodo de abertura terminal que devemos preferir; si, ao contrário, as lesões são orientadas para adiante, para trás e para os lados, adotar-se-á um eletrodo de orifício correspondente.

Em summa, o orifício, na apresentação normal do eletrodo, deve olhar a lesão.

Não basta, todavia, escolher o eletrodo. E' necessário, também, regular o comprimento da faísca, deslocando o fio colocado no seu interior e aumentar a voltagem por intermédio do botão de ebonite que modifica a abertura do detonador.

Para a primeira aplicação basta uma faísca curta de meio centímetro e de uma tensão média de duas aberturas do detonador.

Na segunda aplicação utiliza-se um centímetro de faísca e c máximo de voltagem.

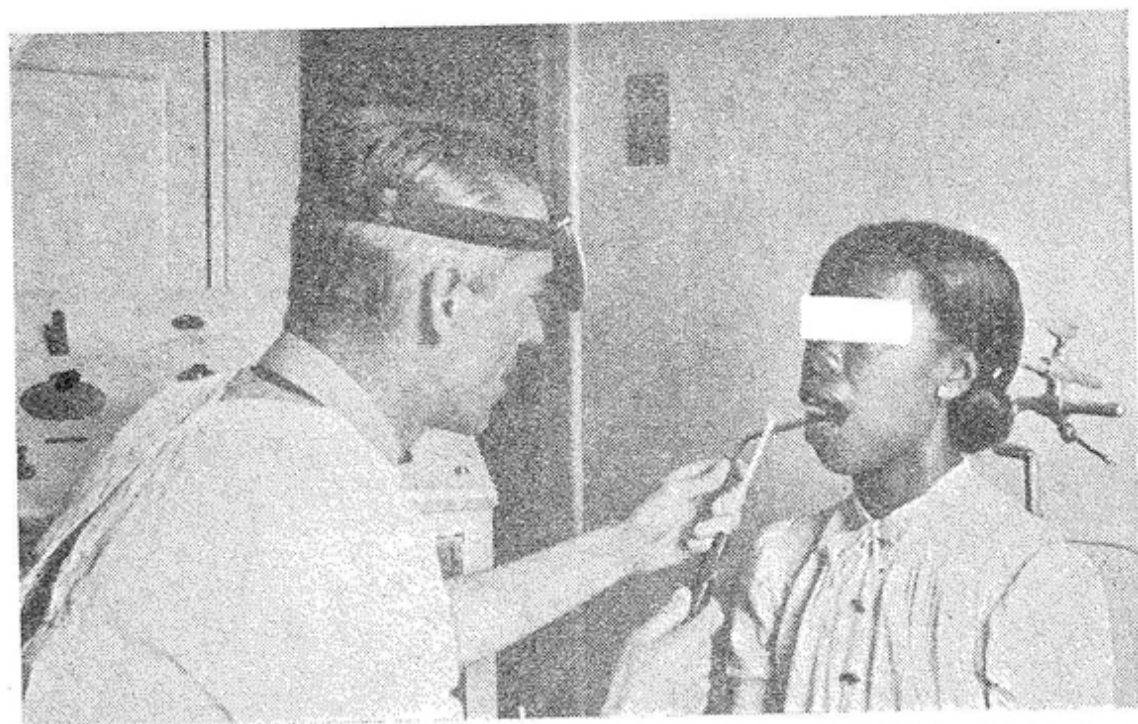


Fig. n.º 5

Técnica da d'arsonvalização

A d'arsonvalização diatérmica pratica-se excepcionalmente na posição deitada, o que se verifica, sobretudo na criança; ou o que é mais comum, na posição sentada na cadeira de dentista ou de laringologista, a cabeça inclinada para trás e sustentada por um ajudante ou um dispositivo especial. O operador, sentado adiante do paciente, toma o abaixa-língua com a mão esquerda e sem provocar reflexos faríngeos, sem introduzi-lo muito profundamente para não tocar a região nauseosa, evitando todo o movimento brusco, aplica-o bem no centro da língua e depois, sem abalo, com uma pressão lenta, enérgica mas progressiva, deprime o órgão e procura trazê-lo para a frente, im-

primindo-lhe um movimento de báscula que se executa em torno de um eixo horizontal ideal (fig. 5).

Percebe-se, então, tóda a cavidade bucal e as lesões ulcerativas, infiltradas ou vegetantes, características da tuberculose. Emquanto a mão esquerda mantém a língua abaixada, a mão direita do operador que segura o eletrodo pelo seu cabo de ebonite, procura ensiná-lo na bôca, dirigindo-o obliquamente, ou da direita para a esquerda e depois para cima, para baixo e para os lados até atingir a lesão bacilífera.

Nêste momento, o circuito é fechado por meio de um pedal ligado ao aparelho de diatermia, e as faíscas se desprendem.

Aqui apresenta-se-nos o seguinte dilema: deve o eletrodo isolante por-se em contacto diréto com os tecidos ou manter-se a distância.

Nas atuais condições dos nossos conhecimentos, prefiro aderir a esta última regra, isto é, evitar o contacto diréto do eletrodo.

Sómente a necessidade de localizar melhor a faísca ou impedir o escapamento, nos leva a afrontar este preceito, mas nestes casos excepcionais tomamos, todavia, a precaução de interromper algumas vezes o circuito elétrico, evitando, assim, o aquecimento do eletródo e consequentemente as queimaduras secundárias com reações dolorosas e a produção de cicatrizes retráteis.

Façamos as aplicações das faíscas de tensão para minorar e mesmo curar a estomatite tuberculosa, mas façamo-las cada vez mais perfeitamente. Vem isto a propósito do tempo em que o eletrodo deve se manter em contacto com as lesões bacilíferas, isto é, a duração da aplicação.

Um grande investigador que o acaso do nascimento fizera contemporâneo de d'Arsonval, conhecedor profundo do método de tratamento que constitue o objeto da nossa modesta tese, recomendara que se evitasse o contacto das faíscas de tensão, além de trinta segundos, e isto porque, dizia ele, "tendo cauterizado tecidos normais, em diferentes pontos e durante tempo variável, com uma intensidade e um comprimento de faísca preestabelecido, constatee que era justamente nos primeiros trinta segundos

que o máximo de efeito era obtido". Si a aplicação fôr mais prolongada, o ponto tocado torna-se amarelo escuro, desidrata-se e aumenta sensivelmente a resistência à passagem da faísca, cuja ação terapêutica diminue notavelmente. Assim pois, achamos que trinta segundos de aplicação efetiva, deve e póde nos servir de base.

Na tuberculose da bôca em que as ulcerações são superficiais e extensas, podemos na mesma sessão queimar vários pontos sem nenhum inconveniente. Pode-se mesmo mover ligeiramente o eletrodo, sobre toda a superfície ulcerada.

Algumas vezes somos forçados a suspender as aplicações, por alguns instantes, porque os pacientes solicitam permissão para escarrar a saliva que abarrotta a sua cavidade bucal, ou para permitir que a respiração suspensa se restabeleça. São estas outras tantas razões que prolongam a duração total das aplicações.

Mas quais são, perguntamos nós agora, os efeitos imediatos das aplicações de tensão? Será que a superfície por onde excursiona o nosso eletrodo toma o aspecto devastado, arrefecido, melancólico, de uma floresta que o incêndio destruisse? Nada disso; o que é visível é a formação de uma espécie de falsa membrana aderente, branca ou amarela, ou de uma crosta amarelo escura, que desaparece completamente cinco ou seis dias depois da aplicação, deixando em seu lugar uma mucosa de aspecto positivamente normal.

No fim de oito dias, mais ou menos, os vestígios da primeira aplicação se esmaecem, e o faiscamento pode ser recommçado sem nenhum inconveniente.

No intervalo das aplicações nenhum tratamento é aconselhado, a não ser alguns banhos antissépticos, e ao mesmo tempo analgésicos, da cavidade bucal.

A d'arsonvalização diatérmica não ocasiona nenhuma reação inflamatória, dolorosa, pulmonar, térmica, assim como não acarreta qualquer modificação desfavoravel no estado geral do tuberculoso.

3.º CAPÍTULO

A curabilidade da tuberculose bucal é fato hoje perfeitamente admissível, não obstante a ciência médica ainda estar desapercibida para resistir à carga certa do mal, quando vai longe a corrosão.

Mas não somente a tuberculose da boca é uma moléstia curável, como ainda o é sem nenhuma intervenção terapêutica, quando o organismo está armado de alento que o tonifica e galvaniza a sua resistência, isto é, acha-se em boas condições higiênicas.

E' por isso que de todos os pontos do mundo civilizado vozes se elevam reclamando a organização de dispensários e outros meios de defeza que permitam jugular este flagelo das sociedades modernas, logo no seu início.

A cura da tuberculose bucal é, pois, ainda um veio a explorar, longo e profundo.

Não se queira, portanto, lobrigar ingênua fatuidade em nossa afirmação de que a tuberculose bucal, qualquer que seja a sua forma clínica, pode curar-se espontâneamente, estando esta cura condicionada apenas à suprema lei que regula todas as manifestações da higiene. Não é pois de mera casualidade a observação que vamos relatar e que nos foi comunicada pelo diretor do Serviço de Oto-Rino-Laringologia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Nos primeiros dias de outubro de 1941, a conselho de um médico do interior, apresenta-se no Serviço de Oto-Rino-Laringologia a Sra. G. R., com 35 anos de idade, natural do Estado do Rio Grande do Sul e moradora em Erebangó.

Era uma senhora de constituição franzina e não primava por uma saúde perfeita.

Seu pai morrera já ha alguns anos de um ataque de uremia. Queixava-se a paciente de dispnéia, tosse, grande expectoração e fraqueza geral.

Segundo informara uma senhora que a acompanhava na falta do marido que se achava enfêrmo e ausente, a doente já ha muito tempo vinha sofrendo de uma laringite crônica que a obrigava recorrer de vez em quando, aos serviços profissionais de um especialista de garganta, nariz e ouvido.

Na ocasião em que fôra vista no Serviço estava ela um pouco afônica; a deglutição era um pouco dolorosa e apresentava um ligeiro grau de tiragem expiratória. Foi com grande dificuldade pois que se deixou examinar; mas, ao abrir a bôca, foi notada com grande espanto do observador e dos que se achavam presentes, a existência de uma infiltração, algum tanto extensa e escavada no seu centro, e com todos os caracteres objetivos da tuberculose, localizada bem no centro do véu do paladar.

Um pequeno fragmento da mucosa suspeita foi imediatamente retirado com uma pinça especial e enviado ao laboratório para o respectivo exame.

Alguns dias depois, o resultado do exame anatomo-patológico foi entregue ao diretor do Serviço e revelára a presença de numerosos bacilos de Koch, assim como sinais característicos de infiltração tuberculosa.

Não desejando e não podendo, por motivos particulares, permanecer por muito tempo em Pôrto Alegre, e atendendo ainda a motivos muito justos que então apresentara, de estar o seu marido enfermo e ausente, a paciente retornou a Erebangó sem se submeter, portanto, a nenhum tratamento adequado.

Foram-lhe apenas prescritos alguns medicamentos tônicos e lavagens da bôca, duas vezes ao dia, com fenosalil a 2/1000, recomendado repouso absoluto ao ar livre e boa alimentação.

Em setembro do ano em curso, voltou a doente a Pôrto Ale-

gre e desta vez acompanhada de seu marido, indo residir em casa de uma família amiga no Partenon.

Um outro exame foi então solicitado, e, ao procedê-lo, o diretor do Serviço de Oto-Rino-Laringologia ficou surpreendido ao verificar que o véu do paladar não apresentava mais nenhuma lesão aparente e que o seu estado geral era promissor.

Mas como admitir e provar de maneira mais concludente que é verdadeiro o conceito da tuberculose curável espontaneamente?

Considerando apenas como verdade o que é conhecido, o que está verificado, fácil é demonstrar que os ataques da tuberculose são infinitamente mais numerosos do que na realidade se crê, principalmente nas grandes cidades onde quasi todos os habitantes são atingidos, em grau maior ou menor, pelo terrível mal. As autopsias são neste ponto de vista perfeitamente demonstrativas.

Noegeli, de Zurich, não pode encontrar um só cadáver de homem de mais de 30 anos isento de tuberculose. Segundo este provector fisiólogo e grande anatomista, os cadáveres de indivíduos de 18 a 30 anos de idade, apresentam a tuberculose em 96% dos casos. Se se considera por outro lado que a tuberculose nos grandes centros urbanos somente causa um óbito entre quatro ou cinco pessoas, enquanto todos os habitantes estão expostos ao seu ataque e que, na realidade, o sofrem, concluir-se-á que o número de curas espontâneas desta tétrica moléstia deve ser considerável.

Estando estabelecido, portanto, que a tuberculose em muitos casos pode evoluir sob formas muito atenuadas e, portanto, facilmente curáveis, que estes ataques atenuados são excessivamente numerosos, há um grande interesse em determinar as condições desta atenuação. Ora, a observação dos fatos e sua classificação permite agrupá-los em duas categorias bem distintas.

Em certos casos a tuberculose é benigna porque o germen que a produz é de má qualidade, o micróbio é dotado de uma virulência diminuta, enfim, é uma péssima semente; nêstes casos

a inoculação em animais de laboratórios pode ficar sem resultado. Em outros casos a moléstia é benigna porque a defesa do organismo é vigorosa, em outras palavras: existe no indivíduo contaminado um grau de imunidade natural ou adquirida, mais ou menos acentuado. Esta imunidade natural se observa sobretudo nos indivíduos artríticos, onde a moléstia evolue penosa e lentamente e nos descendentes de tuberculosos.

No que tange aos descendentes de tuberculosos, Hameau, em uma comunicação feita à Sociedade de Medicina e Cirurgia de Bordeaux, mostrára que esta moléstia, quando resulta do livre desenvolvimento do gérmen tuberculoso sob um terreno virgem de toda a cultura similar ou antagônica, é sempre grave e segue uma marcha rápida. Todo o mundo acredita, diz Hameau, e os tratados clássicos enunciam, que a tuberculose pulmonar é mais fatal, rapidamente fatal nos indivíduos de compleição delicada e selados por uma tára hereditária.

Ora, é justamente o contrário que se verifica. Quando o gérmen cai em um terreno esterilizado por uma cultura anterior, a intensidade de sua ação nociva é muito menor. A moléstia que daí resulta é habitualmente crônica; dura vários anos; apresenta longas remissões e pode mesmo curar-se completamente.

Quer isto dizer que a tuberculose adquirida se mostra mais frequentemente nos indivíduos vigorosos isentos de táras hereditárias, do que nos predispostos? Absolutamente não. O número de indivíduos vigorosos contaminados por êste terrível mal constitue uma ínfima proporção, em comparação com os predispostos por uma tára hereditária, mas, nos robustos, a moléstia marcha com tal violência que a morte pode sobrevir num lapso de tempo relativamente curto. Não é sómente a garrúlia que nelles evolue com rapidez, é igualmente a tísica comum. Ungrave, na sua tese intitulada "Contágio da tísica pulmonar", endossa essa maneira de ver do seu illustre colega, baseando-se em inúmeros casos por êle observados. Ricochon, com a sua palavra emancipada de preconceitos, afirma que na família de tuberculosos os indivíduos atingidos de estigmas de degenerescência

resistem melhor à infecção. Ora, êstes indivíduos são precisamente aqueles que durante a vida embrionária sofreram a influência da tuberculina, assim como demonstrou Feré em suas interessantes e impressionantes experiências.

Valem mais do que mostra aparentemente a comunicação de Magenant à Sociedade de Medicina de Nancy, sobre a vacinação anti-tuberculosa intra-uterina.

Em suma, esta imunidade natural se traduz pela marcha lenta das lesões e, sobretudo, pela sua tendência a se localizar como na escrófula e na tuberculose cirúrgica.

Ao lado destas noções clássicas, adquiridas e estratificadas por trabalhos de notáveis e incansáveis observadores, devem-nos merecer preliminar consideração as condições higiênicas e o meio em que vive o indivíduo enfêrmo.

Não é raro, com efeito, observar-se indivíduos desfrutando perfeita saúde num ambiente higiênico, tornar-se rapidamente tuberculoso, quando pelas contingências da sorte são levados a viver em um meio higienicamente impróprio.

Estes doentes recuperam rapidamente a saúde perdida ao voltarem ao seu "habitat" primitivo.

Aqui nos vem à mente a questão amplamente debatida dos tuberculosos das classes pobres e dos indivíduos ricos.

Há pobres, verdadeiros miseráveis que, expostos ao contágio no meio em que vivem, resistem galhardamente, por uma singular contradição das cousas dêste mundo, ao mal. Há ricos, que nos meios opulentos adquirem a tuberculose e se fazem rapidamente devorar por ela.

Como consequência do que precede podemos concluir que os fatores que atenuam e pódem curar a tuberculose são:

- 1.º — Atenuação dos micróbios no meio exterior;
- 2.º — Atenuação dos micróbios no meio interior; quer dizer, imunidade natural, pela higiene, pelo temperamento e pela hereditariedade similar.

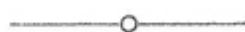
Fica assim entendido que a tuberculose em geral e, especialmente a da bôca, devido a certos fatores que acabamos de

assinalar, pôde perfeitamente, em muitas circunstâncias, curar-se, sem o auxílio de nenhum meio terapêutico.

Na prática, porém, êstes casos com tendência à retroceder espontâneamente, não são verificados com a devida frequêcia.

Os doentes enviados aos nossos gabinetes e aos serviços hospitalares, ou são portadores de uma tuberculose pulmonar avançada, e a sua localização na bôca apenas representa a última fase de sua evolução, ou então o seu estado pulmonar é satisfatório, não inspira nenhuma inquietação e a tuberculose bucal que daí resulta se nos afigura como infinitamente mais branda.

No primeiro caso, qualquer que seja o método terapêutico utilizado, os resultados são nulos; no segundo, ao contrário, o tratamento deve ser tentado, pois há grandes probabilidades de êxito.



Muitos estomatologistas não acreditam na eficácia curativa dos tópicos medicamentosos, o ácido lático à frente.

Tendo aplicado êste último medicamento, assim como o fenolsulfuricinado, em alguns casos de ulcerações tuberculosas, já-mais conseguimos obter, não obstante a superficialidade delas, a cicatrização, mesmo aparente, das lesões. Que alguns tópicos possam ser usados como paliativos estamos perfeitamente de acôrdo; o que se não pôde admitir é que êles ostentem um efeito curativo sem a primordial condição de atacar as lesões até os seus extrêmos limites.

Ora, esta condição só se encontra realizada em três processos terapêuticos: a galvano-cauterização, o Chaoul e **as faíscas de tensão**.

Com a galvano-cauterização estamos aparelhados para dar combate a uma perturbação funcional que entra logo em cena quando as infiltrações tuberculosas da bôca se estabelecem; a dificuldade da deglutição ou disfagia dolorosa, que aumenta pouco a pouco até que o doente, não podendo mais ingerir alimentos sólidos, vê-se obrigado a nutrir-se com substâncias líquidas e, ainda assim, com grande dificuldade. Dest'arte esta fun-

ção essencial à vida estando comprometida, o doente corre o perigo de morrer de inanição se não se combate êste sintôma com toda a energia possível.

O exame da bôca dos tuberculosos que sofrem de disfagia dolorosa, revela constantemente nêles uma infiltração acantoadá no véu do paladar, nos pilares e na base da língua. Esta infiltração, muitas vezes consideravel, explica perfeitamente os fenômenos dolorosos provocados no momento da passagem do bolo alimentar.

As contrações musculares no ato da deglutição se exercem sôbre partes espessas, rígidas, como que estranguladas.

Com um grande número de ilustres colegas, pensamos que os melhores remédios para minorar êste cruel sintôma são, como já afirmamos, a eléto-coagulação e, especialmente, **as faíscas de tensão**.

As pontas de galvanocautério, para isso, necessitam ser longas e pontudas e destinadas a serem introduzidas profundamente no maior número possível de partes infiltradas, tal como no-lo ensina o Prof. Mermod, de Lausanne.

A galvano-cauterização, no entanto, apresenta um grave inconveniente. Logo após à sua aplicação os doentes experimentam uma grande dificuldade mecânica de ingerir seus alimentos; e, particularmente, os líquidos, podendo isto durar vários dias e mesmo uma semana; só depois disso é que sentem os benefícios da intervenção praticada.

Há mesmo doentes que rejeitam, por isso, êste método terapêutico de modo absoluto. Por todas estas circunstâncias alguns estomatologistas preferem o emprêgo do Chaoul.

O julgamento definitivo de um método não se faz em uma hora, é certo; mas vê tudo rapidamente bem quem afirma a excellência do Chaoul no tratamento das estomatites tuberculosas.

O doente do Dr. Mascarenhas, Assistente do Serviço de Oto-Rino-Laringologia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre,

e no qual o método foi instituído, viu desaparecer, como por encanto, os sintomas e lesões de sua pertinaz moléstia.

Tratava-se do doente M. S., solteiro, com 60 anos de idade.

A sua baixa fora motivada por uma vasta e superficial ulceração da bôca, apresentando todos os caracteres objetivos da bacilose e acompanhada, aliás, de lesões similares dos ápices pulmonares.

Feito o exame anatomo-patológico pelo Dr. Waldemar de Castro e estabelecido o diagnóstico de tuberculose bucal, foi o paciente encaminhado ao Serviço de radioterapia do Prof. Saint Pastous, no Hospital S. Francisco, onde foi submetido a um rigoroso tratamento pelo Chaoul.

Mêses depois o doente apresenta-se de novo no Serviço de Oto-Rino-Laringologia, completamente curado.

As ulcerações haviam desaparecido completamente, dando lugar a ligeiras e pouco visíveis cicatrizes lineares.

O tratamento de Chaoul pode, portanto, ser tentado com grande probabilidade de êxito.

Em se tratando, porém, de um método que exige uma aparelhagem muito mais complicada, custosa e de difícil execução e que estará por muito tempo acantonado nos domínios da especialidade, torna-se difícil a sua generalização.

Damos, por isso, preferência às **faíscas de tensão**, cuja ação superficial teóricamente corresponde à superficialidade aparente das lesões bacilíferas da bôca.

Além disso êste processo terapêutico não acarreta reações consecutivas, locais, inflamatórias, dolorosas, térmicas ou gerais.

Enfim, é um método ideal para a cura das infiltrações tuberculosas da bôca.

A sua técnica já foi minuciosamente descrita no segundo capítulo deste trabalho. Estudemos agora os diversos doentes por nós observados em nossa clínica particular e hospitalar.

Entre os vários casos de tuberculose da boca diagnosticados e tratados pela d'arsonvalização diatérmica no Serviço de Oto-Rino-Laringologia da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, e que tivemos a ocasião de acompanhar, sobressai pela sua excepcional importância o que agora vamos relatar.

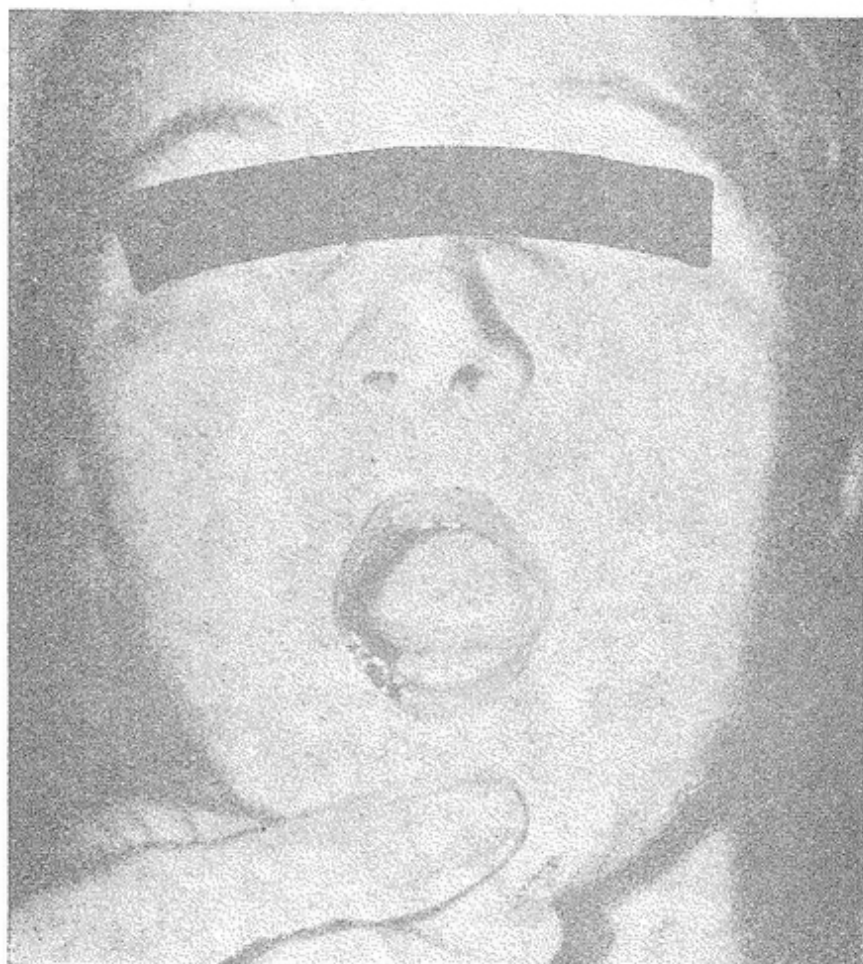


Fig. n.º 6

Ulceração superficial, ocupando metade direita do lábio inferior, terminando na base da língua.

Trata-se de uma moça de 22 a 23 anos de idade, casada, moradora nos arredores de Pôrto Alegre, onde exerce a profissão de lavadeira. Infetada possivelmente pelo marido, logo após o seu casamento, praticara a conselho médico, fricções mercuriais durante um ano, mais ou menos.

Devido a um aborto, foi obrigada a sofrer uma intervenção endo-uterina, ficando curada no fim de duas ou três semanas.

Algum tempo depois, foi atingida por uma afecção da garganta, tratada durante muito tempo com cauterizações.

Como conseqüência desta afecção, notou regurgitação tanto dos alimentos sólidos como líquidos pelo nariz, inconveniente êste que cessou algum tempo depois, aparecendo então certas perturbações notáveis da deglutição.

O exame geral feito por um dos médicos do Serviço revelou o seguinte: respiração barulhenta, tanto na inspiração como na expiração; tosse freqüente e acesso dispnéico; expectoração abundante; ligeiros movimentos febris; reacção de Wassermann fracamente positiva.

Quando examinamos a doente estava ela muito anêmica e num estado de desnutrição bastante acentuado.

Pelo exame que então procedemos na cavidade bucal e no oro-faringe, notamos que a arquitetura normal do istimo e da faringe tinha sofrido uma profunda alteração. Os pilares anteriores pareciam estar substituídos por cordões cicatriciais, que partindo como os pilares normais do véu do paladar, iam inserir-se não sobre os bordos da porção basal da língua, mas a alguns centímetros dêstes bordos, sôbre a face dorsal, imediatamente atrás do V lingual (fig. 6).

Não havia traços de tecidos amigdalíacos e a voz da doente apresentava um timbre nasal.

Verificamos ainda a presença de uma ulceração superficial, com bordos irregulares, granulosa, talhada a pique e bastante extensa, tanto em comprimento como em largura, pois ocupava tôda a metade direita do lábio inferior, passava pela comisura do mesmo lado, estendia-se pelo assoalho da bôca, pelas bochechas, parte do véu do paladar e vinha terminar na base da língua. O fundo da ulceração era granuloso.

Apresentando estas ulcerações os caracteres objetivos de uma lesão tuberculosa, foi um fragmento dela retirado e imediatamente enviado ao laboratório para se proceder ao respectivo

exame anatomo-patológico. O resultado, que não se fez esperar, foi positivo (fig. 7).

Em seguida empregamos a d'arsonvalização diatérmica, e ao envez de procedermos cauterizações parciais, curtas e espaça-

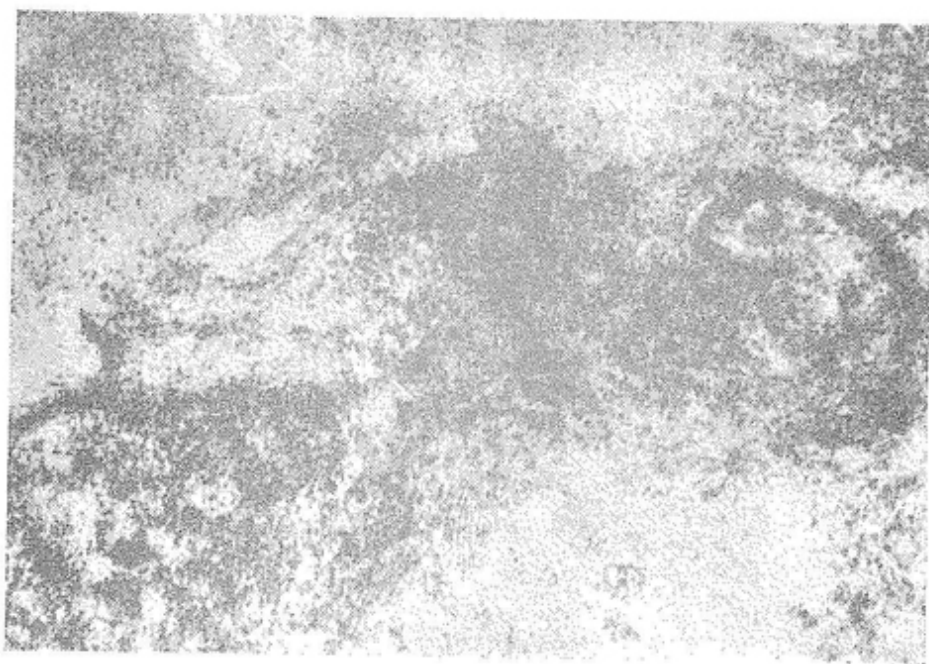


Fig. n.º 7

Microfotografia da doente da fig. 6

das, como estabelece a regra, destruimos com a faísca fria, em uma única sessão, a totalidade das lesões.

O resultado foi simplesmente desastroso.

A operada, logo em seguida à aplicação, começara a sentir dores e uma dispnéia intensa, tendo estes sintomas durado uma semana, tornando a alimentação muito difícil.

A temperatura subiu e o seu estado geral piorou.

Resolvemos, então, ser mais prudentes e nos cingirmos aos preceitos de uma boa técnica, evitando assim ao doente inúteis sofrimentos.

Dez dias depois desta primeira aplicação, começamos a d'arsonvalizar novamente com uma faísca de 1 cm e três aberturas do detonador, tendo a intervenção durado sómente um minuto, pois tivemos de destruir o tecido infiltrado em dois ou três pon-

tos. Nenhuma reacção foi, no entanto, observada. Assistimos nos dias seguintes a uma verdadeira transformação das regiões tratadas (fig. 8).

Não somente as infiltrações desapareceram, mas formou-se sobre as superfícies queimadas um tecido granuloso, de bom aspecto, finalizando na constituição de um tecido cicatricial.

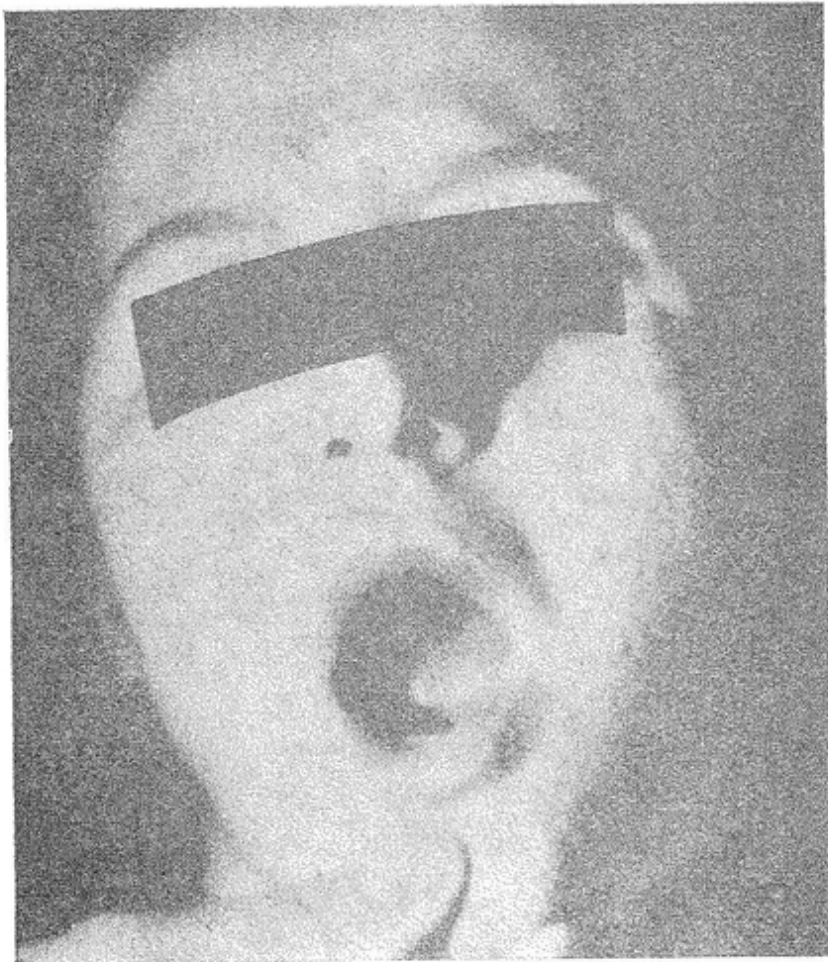


Fig. n.º 8

A doente após a última aplicação das faíscas diatérmicas

Dez outras aplicações com um intervalo de oito dias foram feitas, depois do que a doente, já em muito boas condições, partira para Pedras Brancas, não aparecendo mais no Serviço até à presente data.

Entre os casos de estomatite tuberculosa, que no labutar de nossa vida profissional tivemos a ocasião de observar, examinar e curar, destaca-se em grande relêvo o seguinte:

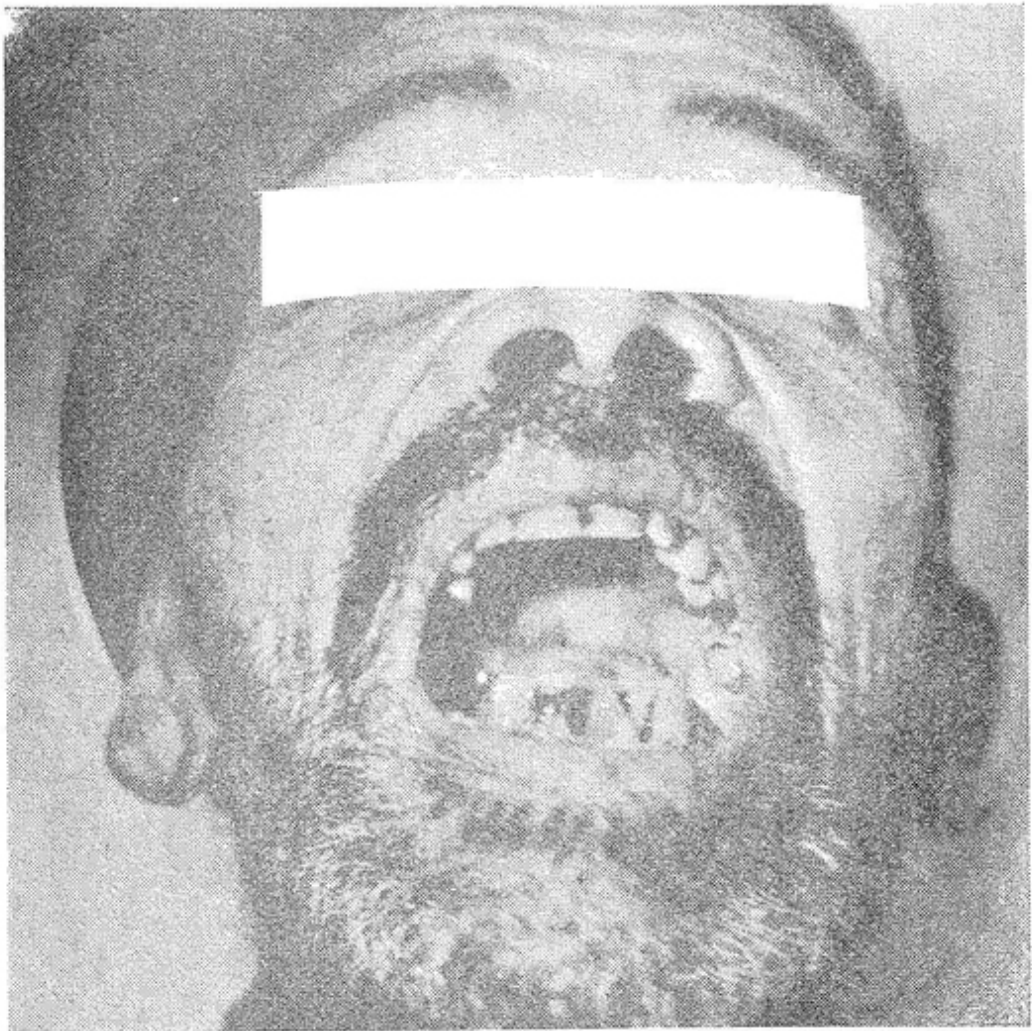


Fig. n.º 9

Doente J. R.

Vasta ulceração da língua que se acha desviada para a esquerda.

J. R., com 50 anos de idade, viuvo, residente na Vila de Gravataí, baixa ao Serviço no dia 3 de agosto de 1942 (fig. 9).

Trata-se de um indivíduo de côr escura, aspecto enfezado e doentio. Está enfêrmo há mais de 8 anos, conforme consta de sua ficha.

Sua mãe ainda vive, mas o pai falecera há mais de 4 anos, de pneumonia.

Queixa-se o doente de uma tosse sêca, com muito pouca expectoração e acompanhada de uma sensação irritante de corpo estranho que aumenta precisamente quando baixa a temperatura ambiente. Transpira muito à noite, falta-lhe o apetite; há ligeiro movimento febril. No que concerne ao seu estado pulmonar, transcrevemos da ficha o seguinte:

— "Respiração rude nos dois ápices, sem estertores e ruídos adventícios."

O exame pelo raio X permitiu verificar alguns fôcos antigos e cicatrizados em ambos os lóbulos superiores do pulmão. Reação de Wassermann negativa.

Como o paciente mantivesse a bôca sempre aberta, donde escorria uma secreção salivar viscosa e com mau cheiro, pensou-se, como é natural, num processo baciloso da cavidade bucal. Solicitou-se um exame meticoloso dessa cavidade.

Excelente razão tínhamos quando aventamos a hipótese de tuberculose. A mucosa do véu do paladar, com efeito, apresentava uma singular coloração pálida. A dentadura era completa no maxilar superior, em contraste com a da mandíbula, cujos incisivos médios centrais e caninos estavam em muito máu estado.

A língua, um pouco desviada para a esquerda, apresentava no seu bordo direito, desde a base até à parte média, uma ulceração superficial e de bordos irregulares e hipertrofiados, deixando entrever ao fundo algumas granulações coloridas de amarelo.

A disfagia, mais mecânica do que dolorosa, se objetivava tanto para os alimentos sólidos como para os líquidos.

Ora, diante de um indivíduo acometido de tuberculose pulmonar, com reação de Wassermann negativa, e portador de uma ulceração ostentando caracteres objetivos de bacilose bucal, era lícito admitir a necessidade imediata de um exame anatomo-patológico.

O laboratório para o qual foi enviado um fragmento da infil-

tração, alguns dias depois confirmava a hipótese da tuberculose lingual (fig. 10).

Foi, então, que iniciamos o tratamento pelas faíscas de tensão.

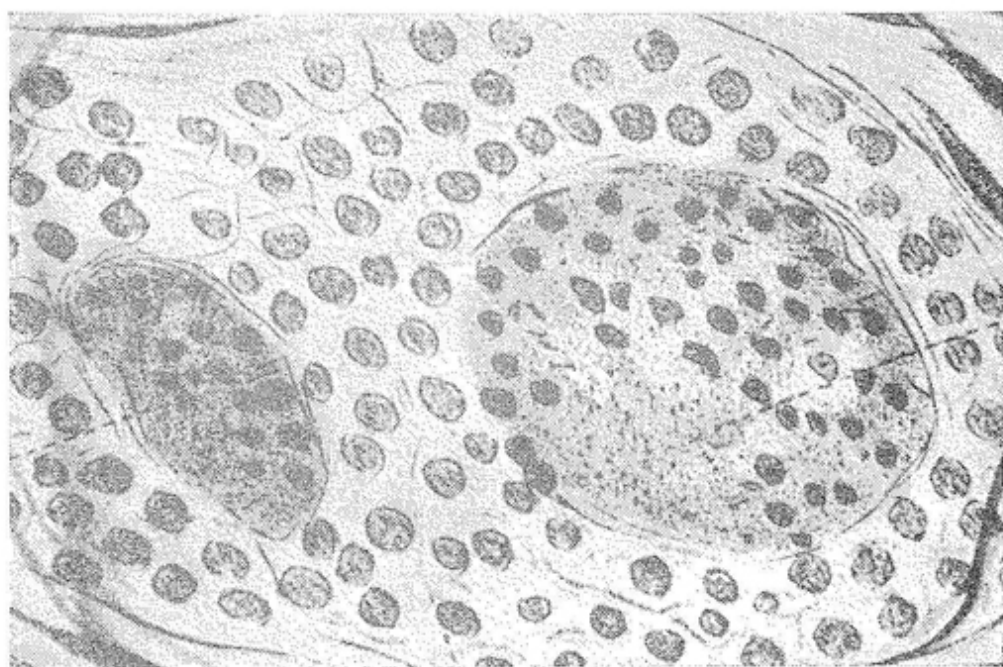


Fig. n.º 10

Microfotografia do dente da figura 9

No dia 5 de agosto fizemos a primeira aplicação, com três aberturas do detonador e trinta segundos de duração.

No dia dez do mesmo mês repetimos a d'arsonvalização da base da língua, para minorar a disfagia que, como dissemos acima, atormentava o enfêrmo e o impedia de alimentar-se convenientemente.

Três dias depois, visitando o paciente na enfermaria, tivemos a grata satisfação de verificar que a disfagia tinha diminuído de intensidade.

À 17 de agosto procedemos outra aplicação, seguida de mais quatro sessões, com sete dias de intervalo; ao todo, por consequência, cinco d'arsonvalizações que adicionadas às duas primeiras perfazem um total de sete aplicações, todas feitas com

três aberturas do detonador, trinta segundos de duração e 1 cm de faísca, de acordo, portanto, com a mais requintada técnica. Pelos exames que então, por essa época, procedemos, constatamos melhoras acentuadíssimas não só no estado geral como local. Grande parte da ulceração assestada na base da língua estava completamente cicatrizada. A disfagia desaparecera e a alimentação do paciente começara a se fazer normalmente.



Fig. n.º 11

O doente após as aplicações das faíscas de tensão

As lesões do lábio, véu do paladar e bochecha foram d'arsonalizadas ainda sete vezes e a 15 de outubro demos alta ao doente, completamente curado.

Como se pode ver pela figura 11, as ulcerações em toda a sua

extensão transformaram-se em uma espécie de cordão de tecido fibroso e de côr esbranquiçada.

Foi recomendado ao doente que voltasse no fim de alguns meses para ser novamente examinado. Até à presente data estamos sem notícia do paciente.

Um outro caso observado em nosso gabinete particular, bastante demonstrativo devido às condições gerais do doente, merece também uma breve descrição.

Em começos de outubro do ano em curso, apresenta-se em nosso gabinete, enviado pelo Dr. Antônio de Souza, o Snr. M. C., casado, residente em Lages, Estado de Santa Catarina. Era um indivíduo relativamente robusto, magro, alto e um pouco curvado. As suas linhas gerais não eram muito delicadas, mas davam a impressão de uma placidez ampla e paterna.

Os seus olhos negros, e prodigiosamente vivos, desmentiam a serenidade aparente de seu rosto. A sua pele côr de marfim e os seus cabelos prateados denotavam um homem já no ocaso da vida. Devia contar 50 anos de idade.

Ao sentar-se na cadeira começou a narrar com uma voz de início indolente e depois vibrante, a história pregressa de sua pertinaz moléstia.

Depois de muito discorrer sobre a sua enfermidade, solicitamos encarecidamente para não desanima-lo, e tomando uma atitude triste e acabrunhadora, concíta-nos a não arrebatá-lhe a esperança que o anima de uma próxima cura.

Prometemos tratá-lo com todo o interêsse, pois nêste instante lembramo-nos do espiritual apólogo de Diderot: "Je n'ai, disait-il, pour me guider la nuit, dans une épaisse forêt, que une petite lumière vacillante. Un demagogue vient et me la souffle."

Iniciamos, então, o seu interrogatório.

A sua linha materna apresentava dados de excepcional importância no ponto de vista hereditário. Com efeito, sua mãe e seu avô, ambos sofreram de tuberculose pulmonar por muitos anos e dessa moléstia vieram a falecer.

Seus antecedentes paternos eram bastante obscuros.

Para impedir que o paciente começasse a discorrer sôbre o assunto inerente à sua família, tomamos do abaixo-língua e dispuzemo-nos a encetar o exame minucioso da sua cavidade bucal.

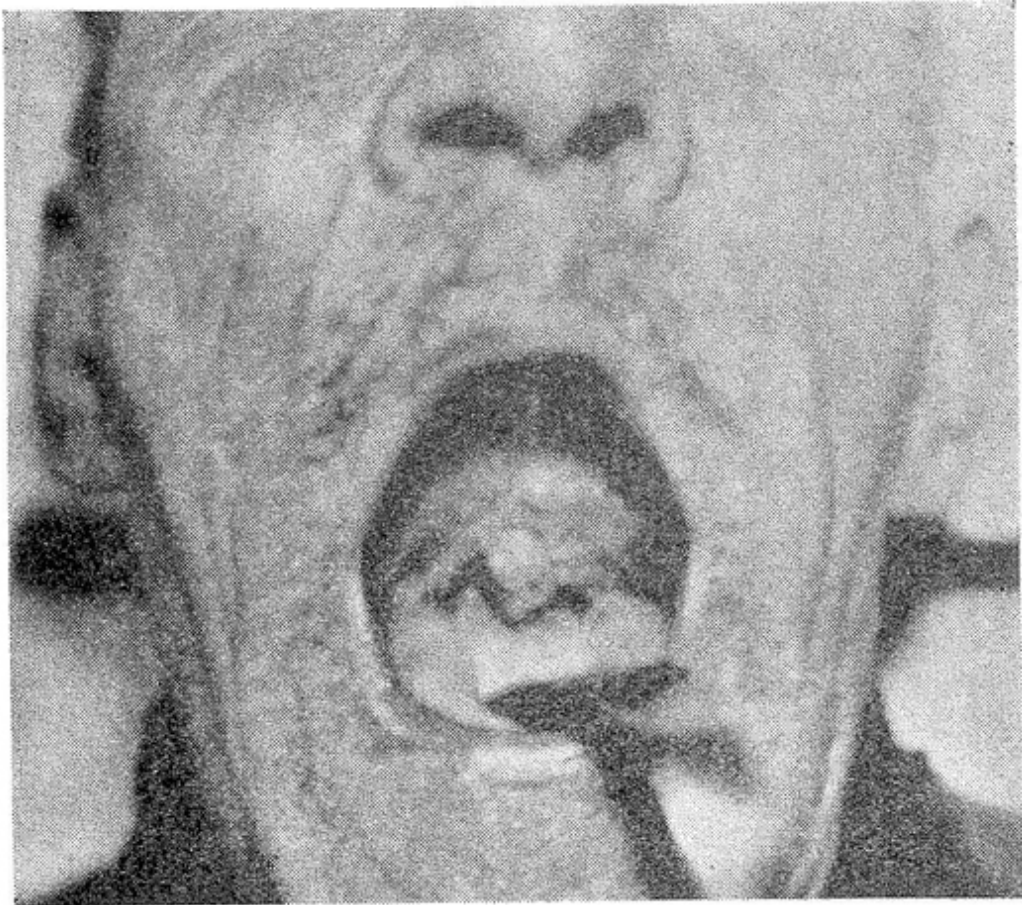


Fig. n.º 12

Doente M. C.

Vasta infiltração, estendendo-se das arcadas dentárias até a úvula.

Uma vasta infiltração se estendia das arcadas dentárias até à úvula que também se achava bastante comprometida.

Esta infiltração de côr vermelho-escura, apresentava uma superfície rugosa e granulosa, sulcada aqui e alí de pequenas ulcerações, com os bordos crescidos, talhados a pique e dispostos parcialmente em rêdes, com malhas irregulares e sinuosas, como

mostra a fig. n.º 12. O fundo da ulceração achava-se recoberto de um pús amarelo-esverdeado.

Tendo visto no Serviço de Oto-Rino-Laringologia da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, um doente portador de

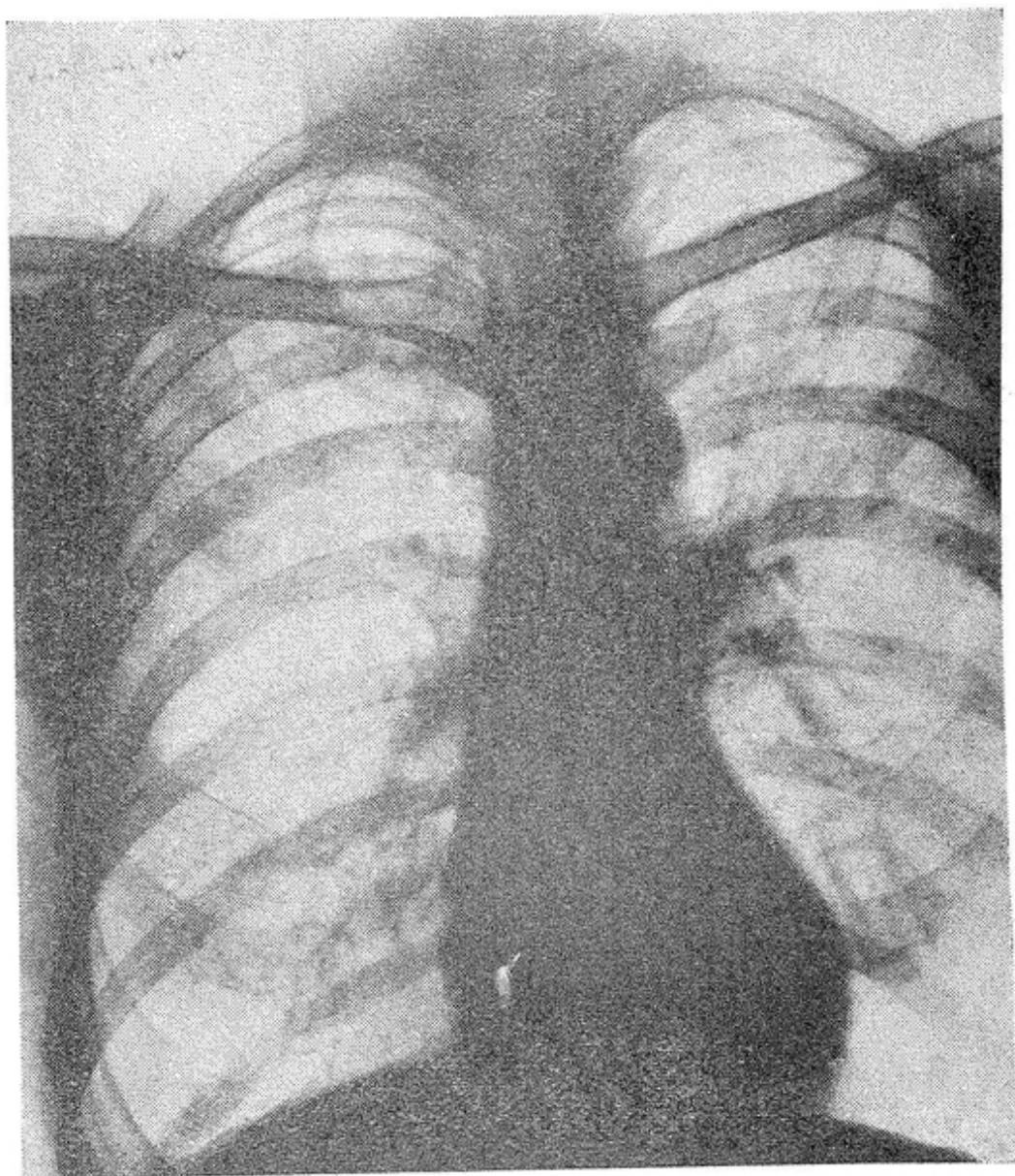


Fig. n.º 13

Radiografia do doente M. C.

lesões idênticas, com os mesmos caracteres morfológicos e a mesma localização, catalogado como "esporotricose", pelo Dr. João Guilherme Valentim, hesitamos em estabelecer um eventual dia-

gnóstico e escrevemos um cartão ao Dr. Antônio de Souza, pedindo um exame clínico de seu cliente e outras pesquisas de laboratório por nós julgadas necessárias. Oito dias depois, fomos novamente procurados pelo Snr. M. C., em nosso gabinete, que nos entregou todos os exames requisitados.

O seu estado pulmonar era bastante satisfatório, pois os exames clínicos e radiológicos apenas revelaram lesões discretas dos ápices pulmonares (fig. 13).

A espectoração era insignificante; nenhuma elevação de temperatura; reação de Wassermann negativa.

O exame anatomo-patológico, no entanto, concluía sem hesitação pela natureza tuberculosa, provavelmente de ordem lúpica.

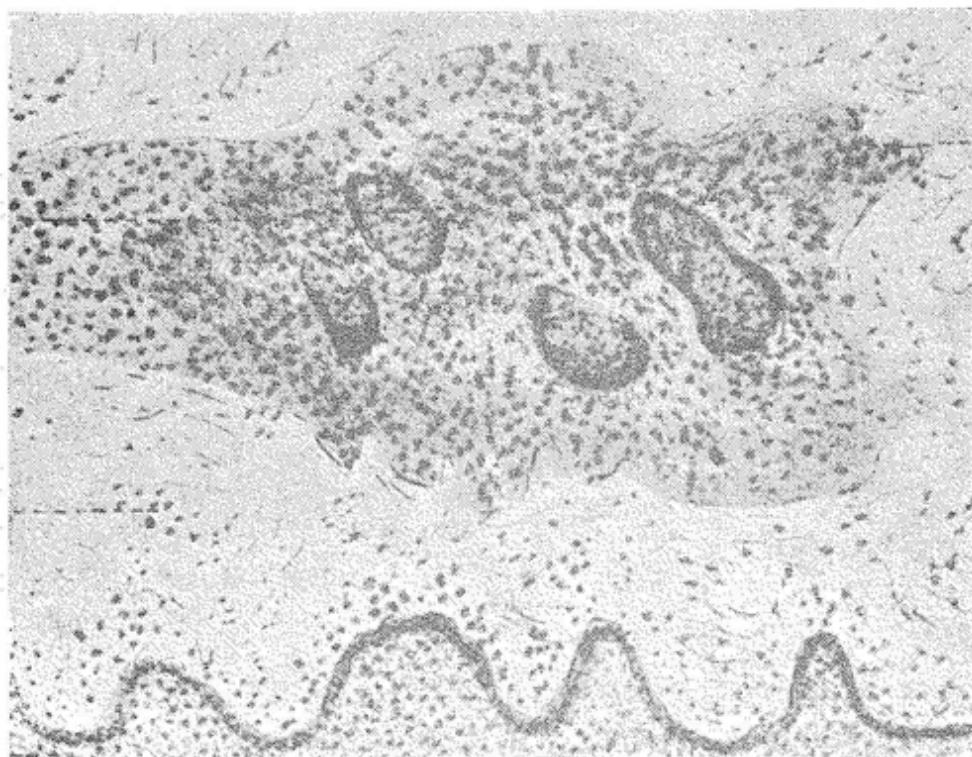


Fig. n.º 14

Microfotografia do doente da fig. 12

Não havendo, por consequência, nenhuma dúvida sobre o

diagnóstico, começamos a destruição das lesões pela d'arsonvalização diatérmica.

De dois de outubro até vinte e cinco de novembro fizemos sete aplicações, com sete a oito dias de intervalo, empregando sempre três aberturas do detonador, uma faísca de um centímetro e trinta segundos de duração.

Em fins de novembro, o enfêrmo apresentava melhoras tão notáveis que resolvemos permitir a sua viagem a Lages.

Nos primeiros dias de fevereiro de 1943, vimos de novo o Snr. M. C., que continuava passando muito bem (fig. 15).



Fig. n.º 15

O doente M. C. após a última d'arsonvalização

d'arsonvalizamos ainda mais quatro vezes as lesões suspeitas, depois do que retornara o doente ao seu torrão natal.

Antes de entrar a nossa tese para o prelo, recebemos uma carta do paciente, na qual agradecia comovido o nosso interesse

pela sua saúde e prometia vir a Pôrto Alegre continuar o tratamento e encetar alguns trabalhos protéticos de que tinha urgente necessidade.



O nosso trabalho está terminado.

Representa a síntese de laboriosas investigações procedidas durante longos meses no Serviço de Oto-Rino-Laringologia da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, onde muito aprendemos ao contacto de ilustres médicos que alí trabalham.

Si mais observações não publicamos é, por certo, pela razão pura e simples de não serem muito frequentes os doentes atacados de tuberculose da bôca, mesmo em serviços onde são registados anualmente trinta mil pacientes.

Tambem, para o estudo dos nossos casos, não alegamos Hipócrates nem Galenos, porque não nos foram necessários os aforismos de sua arte, onde sempre tivemos os de nossa experiência.

Tendo, assim, perlustrado este importante capítulo da tuberculose da bôca e o seu tratamento pela d'arsonvalização diatérmica, em seu aspecto geral e sintético, em face da versão doutrinária e do critério clínico, só nos resta resumir os seus pontos essenciaes sob a fórmula de conclusões:

- 1.º — A curabilidade da tuberculose da bôca é um fato hoje perfeitamente admissível.
- 2.º — A D'arsonvalização diatérmica é o método ideal para êste tratamento.
- 3.º — E' um método inofensivo, porque não acarreta, habitualmente, reações inflamatórias, dolorosas, térmicas, geral e pulmonar.
- 4.º — E' um método ativo, por isso que destrói, a fundo, as lesões bacilíferas e cura o doente quando o seu estado geral e pulmonar fôr relativamente satisfatório.
- 5.º — Não apresenta nenhuma contra-indicação, tanto no ponto de vista local como funcional e anatômico.

Bibliografia

- Lemoine — La diathermie en Oto-rhino-laringologie.
- Lermoyez — Traité de electricité médicale.
- Bordier — Diathermie et diathermothérapie.
- Charcot—Bouchard — Traité de Medecine
- Albert—Weil — Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et
numorales dans la tuberculose.
- Collet — Tuberculose du pharynge.
- Brounardel, Gilbert et Thoinot — Maladies de la bouche.
- Dieulafoy — Pathologie interne.
- Leroux—Robert — La haute fréquence en Oto-rhino-laringologie.
- M. M. Gaillard et Nogué — Traité de Stomatologie.
- Godon, Frey, Villain — Pathologie de la bouche et des dents.
- Pfanhauser — Electroplastie.
- Argeo Angiolani — Elementi de Chimica — Fisica.
- Bercher, Fargin, Fayolle, Fleury et Lacaille — Patologie dentaire.
- A. Tian et J. Roche — Precis de Chimie.
- Lecène, L. Tixier, M. Patel — Précis de Pathologie chirurgicale — Maladies géné-
rales des tissus.
- Bezançon — Précis de Pathologie médicale — Maladies infectieuses.
- Le Bon — Evolution de la matière.