

8
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

866

THESE

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 30 DE OUTUBRO DE 1924

E defendida por

Simeão Vieira Sobral

Ex-auxiliar da 1.^a Cadeira de Clinica Medica (serviço do Prof. José Olympio); ex-interno da Cadeira de Pharmacologia e Arte de Formular (Prof. Fernando S. Paulo) ex-auxiliar do Dispensario Ramiro de Azevedo; ex-vice-orador e ex-orador da Beneficencia Academica; membro do Congresso inter-estadual de estudantes de medicina, realizado no Rio de Janeiro, em Junho de 1924, etc., etc.

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE

Filho legitimo de Domingos Dias de Menezes Sobral e D. Anna Vieira Sobral

AFIM DE OBTER O GRÃO DE

DOCTOR EM SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

DISSERTAÇÃO

TUBERCULOSE PULMONAR

Questões de Pathogenia e Clinica

(Cadeira de Clinica Medica)



BAHIA

IMPRENSA CARVALHO

78 — Rua Corpo Santo — 78

1924

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—Dr. Augusto Cesar Vianna

SUB-DIRECTOR—Dr. Sebastião Cardoso,

SECRETARIO—Dr. Agenor Bomfim.

PROFESSORES CATHEDRATICOS

Doutores	Materias que leccionam
João Martins da Silva	Physica medica
Euvaldo Diniz Gonçalves	Chimica medica
Antonio Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e toxicologica
Manoel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia descriptiva
Adriano dos Reis Gordilho	Histologia
Aristides Novis	Physiologia
Augusto Cesar Vianna	Microbiologia
Fernando José de São Paulo	Pharmacologia e Arte de formular
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica clinica e experimental
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	Pathologia geral
Mario Andréa dos Santos	Anatomia e physiologia pathologicas
Alvaro Fróes da Fonseca	(Anatomia medico-cirurgica com appare- relhos e operações
Josino Correia Cotias	Hygiene
José de Aguiar Costa Pinto	Medicina legal
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica —1a cadeira
Aurelio Rodrigues Vianna	« —2a «
João Americo Garcez Fróes	« —3a «
Antonio do Prado Valladares	« —4a «
Fernando Luz	« cirurgica —1a «
Caio Octavio Ferreira de Moura	« —2a «
Antonio B. de Freitas Borja	« —3a «
Alfredo Ferreira de Magalhães	(Clinica pediatrica cirurgica e ortho- pedica
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	« gynecologica
João Cesario de Andrade	« ophthalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	« oto-rhino-laryngologica
Joaquim Martagão Gesteira	(« pediatrica medica e hygiene infantil
Albino Arthur da Silva Leitão	(Clinica dermatologica e syphillogra- phica
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica neurologica
Mario Carvalho da Silva Leal	« psychiatria

PROFESSORES SUBSTITUTOS

1a Secção—Alvaro Campos de Carvalho	Physica medica
2a Secção—Vaga	(Chimica medica
3a Secção—Egas Moniz B. de Aragão	(Clinica analytica e toxicologica
4a Secção—Antonio I. de Menezes	Historia natural medica
5a Secção—Leoncio Pinto	(Anatomia descriptiva
6a Secção—Sabino Silva	(Anat. med. cirurg. app. com operações
7a Secção—Octavio Torres	(Histologia
8a Secção—Augusto do Couto Maia	(Anatomia e physiologia pathologicas
9a Secção—Antonio Bezerra B. Lopes	Physiologia
10a Secção—Vaga	Pathologia geral
11a Secção—José Olympio da Silva	Microbiologia
12a Secção—Durval Tavares da Gama	(Therapeutica clinica e experimental
13a Secção—Almir Sá C. de Oliveira	(Pharmacologia e Arte de formular
14a Secção—Aristides Pereira Mallet	Hygiene e Medicina legal
15a Secção—Agrippino Barbosa	Clinica medica
16a Secção—Flaviano I. da Silva	« pediatrica cirurgica e orthopedica
17a Secção—Vaga	« obstetrica
18a Secção—Alexandre Aff. de Carvalho	« gynecologica
19a Secção—Alfredo Couto Britto	(« pediatrica medica e Hygiene in- fantil
	« dermatologica e syphillographica
	« ophthalmologica
	« oto-rhino-laryngologica
	« neurologica
	« psychiatria

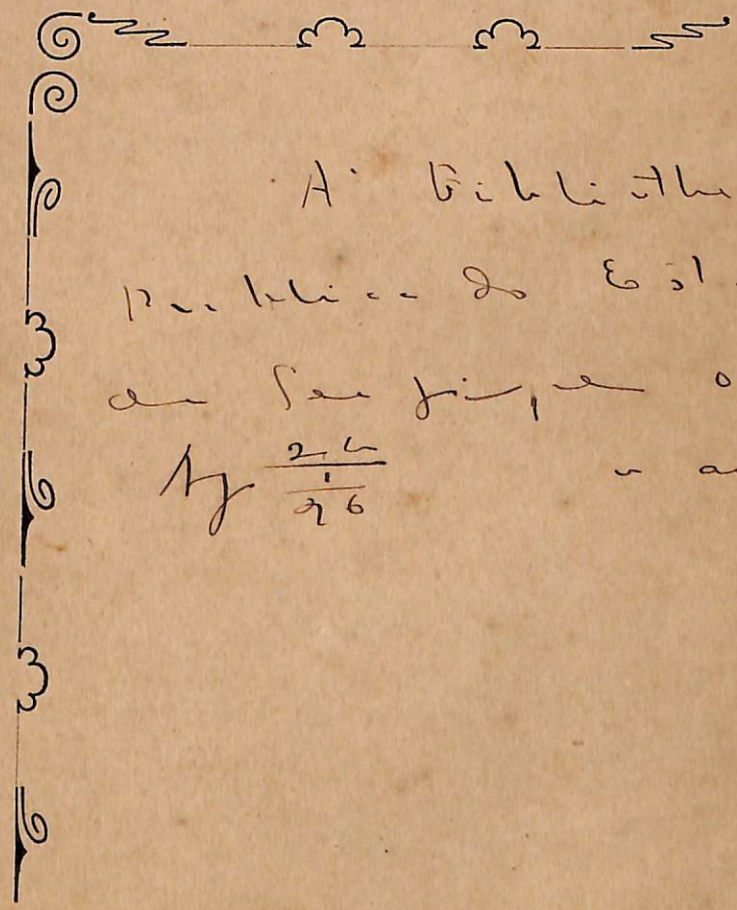
PROFESSORES CATHEDRATICOS EM DISPONIBILIDADE

João Evangelista de Castro Cerqueira	Sebastião Cardoso
	José Rodrigues da Costa Dória

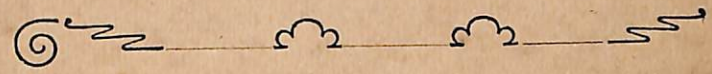
PROFESSORES HONORARIOS

Juliano Moreira	Carlos Chagas	Thiago d. Almeida.
---------------------------	-------------------------	--------------------

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que são apresentadas



A. Bibliothek -
Bibliothek des Est. d.
der San. f. d. off. d.
H. $\frac{24}{26}$ - an d.



A' minha avó

Luiza Accioly Sobral

Ao meu tio e padrinho

Mons. Adalberto Simeão Sobral

Veneração e respeito



Aos meus tios:

Dr. Simeão Telles de Menezes Sobral
José Francisco de Menezes Barretto
Francisco de Menezes Sobral
Severo D. Sobral

Muita gratidão e amizade

Aos meus primos e amigos

Dr. Sylvio Leite
" *Augusto Leite*
" *Durval Cruz,*
Manoel Botto Sobral
Lourival Sobral
Sylvio D. Sobral

A minha eterna estima

Aos meus tios

Dr. Octavio Accioly Sobral
Dr. Francisco Accioly Sobral
e
José Accioly Sobral

Grande amizade

A' minha tia:

Rosa Botto Sobral

Toda minha estima

A' familia Garcez

Aos meus parentes e padrinhos

Amizade

Aos collegas da sexta serie medica

ADEUS

Aos meus paes,

Domingos Dias de Menezes Sobral

e

Anna Vieira Sobral

«Agora só resta que continueis a prodigalizar-me vossos beneficos conselhos, e a inspirar-me as virtudes que as vossas almas encerram».

Sorri-me a esperança de que vereis nas paginas que ahi se seguem a realisação de vosso ideal e a certeza de haver cumprido a minha missão.:

S. Vieira Sobral

Aos meus irmãos

Joaquim

Carlos

Rosa

Domingos

Analia

José

e

Luiz

A's minhas irmãs pelo coração

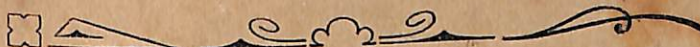
Alzira A. Sobral

Eulina A. Sobral

Alzira Garcez

Alzira Dantas

*Não vos esqueçaes, ja-
mais, de que ha um co-
ração que pulsa sempre
ao lado do vosso.*



Aos meus primos e amigos



D^r Orlando Thiago dos Santos
D^r Milton da Fonseca
D^r Luiz Rollemberg
D^r Armando Leite
João de Aguiar Garcez
Moacyr Sobral Barretto
Francisco Leite Franco
José de Faro Rollemberg
Alfredo R. Leite

A' distincta mesa examinadora

Agradecimentos

Ao Prof. Antonio Borja
Meu paranymphe

HOMENAGEM

Ao insigne mestre

Prof. Prado Valladares

Grande Admiração

Ao eminente mestre e grande amigo

Prof. Fernando S. Paulo

Muita estima

Aos professores da Faculdade de
Medicina da Bahia

Admiração

PALAVRAS IMPRESCINDIVEIS

J'ai l'espoir que de cette façon, ce
cri d'angoisse se repercutera jusqu'à
ceux qui peuvent agir.

Etchegoin

*O grande flagello da humanidade, aquella que
minando muitas vezes á surda, desafiando a aguda
perspicacia do medico e que vae dizimando sorratei-
ramente um numero avultado de preciosas vidas,
outro não é sinão a tuberculose.*

*Nada consegue empanar a sua avassalladora
marcha a despeito das surprehendedes conquistas do
espirito humano, desde Portal, Bayle, Villemín, Laën-
nee, Köester e Koch, até o genial Forlanini, mara-
vilhando o mundo scientifico com o seu pneumothorax
artificial.*

*O problema é, effectivamente, de manifesta e
extraordinaria complexidade.*

*Ainda dominam as hypotheses mais controversas,
envoltas nas caligens tenebrosas da duvida, e através*

de taes opacidades, o espirito espreita, apalpa, inter-
pella debalde as sombras mudas».

De onde em onde, lá surge uma tuberculose lar-
rada ou olygo-symptomatica, sem os seus attributos
primordiales ou possuindo-os escassamente, e de tal
sorte dissimulada, illaqueando a boa fé do mais soli-
cito dos clinicos, vae estendendo, por sobre a huma-
nidade o manto negro da morte.

E vive assim o povo, desconsoladamente, em
pleno pelago da desillusão, batido, em cheio, pela lu-
fada glacial do pessimismo.

O brado de alarma é mundial.

Todos os tisiatras proclamar a extensão e a
intensidade do mal, chamando a postos o que ha de
energia viva.

Através a dilatada distancia que separa o mestre
do discipulo, chegou-nos esta nova, impressionando-nos
fortemente e estimulando-nos para estudarmos com
dedicação o palpitante assumpto. E' o que temos
feito, ha pouco mais de um anno, já frequentando os
centros de combate á bacillose, já lendo os melhores
auctores e palestrando com as summi-lades na tisi-
logia.

Mas não fiquemos aqui, vamos aonde permitta
nossa força, aonde ella nos mande levemos o tenta-
men da nossa ousada investida.

E por isso resolvemos escrever these sobre tuber-
culose pulmonar, quizemos trazer um pequeno contin-
gente, uma contribuição minima, que certamente será
de menor importancia ainda no solucionar da magna

questão, porém, que basta para incitar os nossos jovens e talentosos patriotas a se alistarem nessa cruzada sublime, qual a de livrar o brasileiro de uma das mais terríveis calamidades.

Essa é, incontestavelmente, a nossa primordial ambição.

Bem sabemos que incalculáveis são os obices que estorvam a vereda escabrosa, que temos a percorrer, para attingir á Chanaan dos nossos sonhos.

Ha pouco dizia Brunon na França: «la tuberculose ne reculera que devant une révolution dans nos mœurs».

Isso mesmo poder-se-ia applicar ao Brazil.

Sem embargo disso temos illimitada confiança na formosa intellectualidade moça da nossa patria, a

quem commetemos a bella causa, sciente do «quanto se alcandora, em prodigios de realização, o enlace de uma vontade firme aos estos de uma grande fé».

*
*
*

Ahi vae, pois, o nosso trabalho, resultado das nossas incessantes lucubrações.

Se pouco representa perante a sciencia muito vale para nós, pois é o resultado exclusivamente do nosso proprio esforço.

Versa sobre tuberculose pulmonar.

Dividimol-o em dois capitulos. No primeiro ventilamos questões referentes á pathogenia; no segundo fazemos considerações em torno do chamado mimetismo tuberculoso, das formas larvadas e oligo-symptomaticas.

*
* * *

Muito desvanecidos nos confessamos ao eminente Prof. Prado Valladares e ao talentoso clinico Dr. Cesar de Araujo, por nos terem lembrado assumptos para a nossa these, emprestado alguns livros, e mais ainda, desfeito duvidas que surgiram no decurso da nossa cansativa jornada.

Aos professores Martagão Gesteira e José Olympio da Silva os nossos agradecimentos, que igualmente tornamos extensivos aos Drs. Irineu Malagueta e Joaquim Pires, pelo subsidio que nos forneceram, em complemento ao elencho bibliographico do nosso estudo.

Ainda rendemos uma tenue homenagem ao preclaro

mestre e grande amigo Dr. Fernando S. Paulo, a quem mostramo nos summamente gratos pelas immerecitas provas de confiança e amizade que sempre nos dispensou.

S. VIEIRA SOBRAL

DISSERTAÇÃO
—••—
Tuberculose pulmonar
Questões de pathogenia e Clinica
(CADEIRA DE CLINICA MEDICA)

SYNOPSIS

1.º CAPITULO

O problema da pathogenia da tuberculose

Hereditariedade, heredo-contagio, heredo-predisposição e heredo-immunidade. Contagio. A dose de bacillos. A virulencia dos bacillos de Koch. O conceito bacteriologico do terreno na tuberculose. O schema de Bengançon e Philibert a respeito da concepção moderna do terreno bacteriologico. O phenomeno de Koch. A vaccinação anti-tuberculosa. Typos evolutivos da tuberculose segundo as edades. Condições humoraes do terreno. As circumstancias occasionaes que actuam na evolução da phymatose.

2.º CAPITULO

Questões de Clinica

As tuberculosas larvadas. Tuberculosas olygo-symptomaticas. Chlorose. Asthma. Emphysema. Pleurite apical. Pleurite de repetição. Bronchite aguda tuberculosa. Bronchite chronica e emphysematosa de origem bacillar. Tuberculose pulmonar dos velhos. Observações.

PRIMEIRO CAPITULO

O problema da pathogenia da tuberculose

Hereditariedade, heredo-contagio, heredo-pre-disposição e heredo-immunidade. Contagio. A dose de bacillos. A virulencia dos bacillos de Koch. O conceito bacteriologico do terreno na tuberculose. O schema de Bezançon e Philibert a respeito da concepção moderna do terreno bacteriologico. O phenomeno de Koch. Typos evolutivos da tuberculose segundo as edades. Condições humoraes do terreno. As circumstancias occasionaes que actuam na evolução da phymatose



CAPITULO I

O problema da pathogenia da tuberculose

Hereditariedade
Heredo-contagio
Heredo-predisposição
Heredo-immunidade

A tuberculose era tida e havida, nos tempos remotos, como uma diathese hereditaria.

Os tisiatras antigos punham em alto relevo o factor terreno.

Hippocrates conceituava: um tísico procede de outro tísico preexistente.

Essa opinião logrou expandir os seus arraiaes, sendo abraçada por muitos e muitos annos.

Entre outros, amparavam-n'a: Portal, Laënnec, Louis, Herard, Cornil, Hufeland, Wetter, Schonheim e outros.

Pidoux proferia a formula: "le terrain est tout".

Behier sustentava: "La cause véritable de la tuberculose est tout entière dans la disposition de l'économie".

Guéneau de Mussy, embora sectário da virulência e do contágio, admitiu como factor primordial, tudo que enfraquecia a energia do terreno.

Baumgarten (1882) sustentava o heredo-contágio que vinha a ser a infecção do ovulo no momento da fecundação.

Landouzy e Martin (1883) admitiram:

1.º - *Uma hereditariedade da semente ou heredo-tuberculose bacillar*. O bacillo é conduzido ao feto por tres vias: via paterna (pelo espermatozoide); via materna (pelo ovulo); e pelo contágio transplacentario (infecção local salpingiana ou uterina).

2.º - *Uma hereditariedade do terreno ou heredo-tuberculose dystrophante*. Essa se resume no axioma de Peter: "On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable".

A hereditariedade do germe ou contágio pre-natal é rarissima (Strauss, Bolognesi, Küss).

Praticamente não existe, é o que assegura Philibert.

"L'enfant né de tuberculose pulmonaire a pratiquement la même valeur que tout autre enfant: pas d'hérédité de germe, pas d'hérédoprédisposition, parfois seulement et rarement un peu de dystrophie, en rapport avec l'état général de la mère". (Brindeaux).

Como se expressa Küss: (L'enfant soustrait dès la naissance au milieu familial autrement dit à la contagion, se développe normalement, sans tare originelle".

Além disso, os recém-nascidos não reagem á tuberculina.

Todavia, ha alguns auctores que ainda acreditam na possibilidade do contágio ante-fetal, como Bar e Renon, que dizem ter surpreendido o bacillo na veia umbilical, Landouzy e Martin, Birsch Herschfeld e Schmort em outros órgãos aparentemente normaes.

Landouzy foi dos primeiros que sustentaram a heredo-predisposição, surgindo, em seguida, Arloing e Courmont.

Do ponto de vista clinico, estes auctores se estribaram nas observações de Marfan, Arthaud e Hutinel, que disseram da predisposição especial dos filhos de tuberculosos para se tuberculisarem.

No campo da experimentação, elles se apoiaram nas pesquisas de Courmont, que poz em evidencia nas culturas de bacillos de Koch, productos soluveis.

Entretanto esta theoria parece fadada a descredito, embora amparada por adeptos de alto porte como: Vincenzo, Pearson e outros que batalham a bem da sua restauração.

Nocard se revoltando contra a theoria da hereditariedade, acoimava-a de nefasta, porque conduzia a resignação fatalista dos orientaes.

Sobre ser nefasta, era erronea, como comprovaram as pesquisas de Villemin e Koch.

Comby sustenta que os filhos de tuberculosos são tão fortes quanto os de não tuberculosos. Debré, Laplace e Grancher são do mesmo opinar.

"Les enfants, même nés de mère tuberculeuse, ne naissent pas tuberculeux". (Bezançon).

As experiencias de Nocard, Grancher e outros mostraram ser pouco frequente a hereditariedade do terreno.

De como se manifesta Philibert: E' raro a hereditariedade do germe ou heredo-contagio. A causa da tuberculose das creanças vem a ser o contagio post-natal. A adaptação da raça do bacillo ao terreno familiar favorece este contagio. O terreno constitucional e as modificações levadas a elle pela tuberculose adquirida se transmite incontestavelmente á creança, terminando, ora pela receptividade, ora pela resistencia. "La forme clinique, la localisation de la tuberculose de l'enfant dépendront des circonstances, de l'état indifférent, réceptif ou résistant que lui on légué ses parents,

suivant le jeu des transmissions héréditaires du terrain tuberculisé et du terrain tuberculisable, jeu dont les lois nous échappent encore complètement à l'heure actuelle."

No que tange á heredo-immunidade nada ha de definitivo, apesar das interessantes experiencias de Malfucci.

Contagio

Com o apparecer das experiencias de Villemin, abriram novos horizontes no vasto campo da etio-pathogenia da tuberculose. O contagio passou a ser, e ainda o é até hoje, o factor etiologico primordial.

Cumpre notar, todavia, que os antigos já suspeitavam a contagiosidade da tísica.

Marfan refere-se a um trabalho de Musgrave Clay, publicado em 1879, e trazendo 111 observações, que demonstram cabalmente a importancia do elemento contagio.

A partir desta data, multiplicaram-se as observações e as estatisticas.

A' medida que se aperfeiçoavam as pesquisas experimentaes, precisava-se melhor o modo de transmis-

são e as diferentes vias de penetração do vírus tuberculoso.

* * *

Villemin, demonstrando a inoculabilidade dos productos tuberculosos, predisse a existencia do bacillo de Koch, cuja descoberta veio reforçar a noção de que a tuberculose é uma molestia inoculavel, contagiosa e infectuosa.

Afastando-se um pouco a questão do terreno, começou-se a subordinar a evolução da phymatose aos factores bacteriologicos: numero, raça, virulencia, vias de penetração dos bacillos, infecções associadas, etc.

A dose de bacillos

Está esclarecido o seguinte: as doses fracas de bacillos infectantes, inhalados ou ingeridos determinam lesões discretas, que não evoluem, nem se acompanham de perturbações locais ou geraes, mas que bastam para occasionar certo grau de immuidade do organismo, testemunhada pela reacção positiva á tuberculina (Pirquet, Hamburger, Calmette, Léon Bernard). Inversamente se passa com as doses elevadas e repetidas com poucos dias de intervallo, que occasionam a evolução de uma tuberculose grave, evolutiva e extensiva com lesões locais e manifestações geraes.

Virulencia do bacillo de Kock

Fraenkel e Baumann estudaram os bacillos isolados de cavernas pulmonares e tumores brancos e jamais encontraram uma raça de bacillos humanos sem virulencia para o cobaio. Infructiferas foram, identicamente as pesquisas de Moeller.

Debalde, Krompecher e Zimmermann buscaram diferenças nas raças de bacillos oriundos das tuberculosos cirurgicas.

Dignos de ser mencionados, são os estudos de Burnet, que inoculou em cada raça de cobaio do mesmo peso, doses de 1|10, 1|100, 1|1000 de milligrammos de bacillos, medindo então a virulencia pelo estado das lesões pulmonares. Em 66 raças, elle encontrou apenas quatro vezes bacillos attenuados, e estes de origem cutanea.

Na tuberculose experimental do cobaio, pela inoculação sub-cutanea, é o pulmão o órgão atingido em ultimo lugar.

Os bacillos isolados das tuberculosas externas, possuem maior virulencia do que os retirados dos es-carros.

Burnet provou que os bacillos attenuados readquirem sua virulência normal pelas passagens successivas no cobaio. Isto foi confirmado pela commissão ingleza.

Com o perpassar dos tempos, estes factores filia-dos ao germe, foram julgados insufficientes, para explicar as diversas modalidades da infecção, e então voltou á baila o terreno, trazendo Behring Roemer e Calmette um "conceito puramente bacteriologico" do terreno tuberculoso, em quanto, Robin e Sergent sa-lientavam o seu papel bio-chimico.

Affirma Bezançon: "Le terrain tuberculeux doit être compris bien moins comme un mystérieux état humo-ral, constitutionnel, que comme un résultat des modi-fications apportées dans la réceptivité de l'organisme vièrge par des infections tuberculeuses antérieures plus ou moins discrètes, plus ou moins répétées".

**O conceito ba-
cteriológico do
terreno na tu-
berculose**

Sabe-se hodiernamente que a tuberculose é uma moles-tia que se contrahe geral-mente na infancia, já nos pri-meiros mezes da vida, con-taminação do lactente, "infecção do berço"; já quando

a creança ensaia os primeiro passos, infecção da epo-cha do "touche-à-tout".

"Nei bambini delle famiglie proletarie delle grandi città è la malatie chronica più importante."

Behring já dizia: "durante a infancia é que se con-trae a tuberculose."

Mais tarde Hamburger declarou: "a tuberculose é uma doença da infancia."

Para Léon Bernard no fim da infancia quasi todos os individuos já estão contaminados.

Em certos adolescentes ou adultos não se verifica a evolução de suas lesões tuberculosas, ao passo que em outros a molestia evolue apresentando as diversas modalidades da tuberculose.

Entretanto não se observa nestes individuos, sinão raramente, as formas agudas do typo da granulia ou da pneumonia caseosa. O que se encontra quasi sem-pre nelles é a forma chronica.

Só nas populações nomades ou selvagens, isentas de contaminação, é que se encontra aquella forma aguda peculiar ao lactente.

Concluem os adeptos do conceito bacteriologico, que o terreno mais tuberculisavel, mais fecundo em evoluções tuberculosas graves, é justamente aquelle

que não soffreu contaminação, como o do lactente e do nomade ou selvagem.

As pequenas contaminações conferem ao menino, ao adolescente e ao adulto, uma relativa resistencia a infecção tuberculosa.

Quando o individuo é portador de uma lesão tuberculosa de qualquer extensão e reage a tuberculina, affirma-se que o terreno reage sob a forma allergica. O terreno novo é insensível á tuberculina.

Diminuindo ou desaparecendo, a resistencia a infecção, ou melhor, o estado allergico, a tuberculose evolue.

Acredita-se, dizem Bezançon e Philibert, que "a maioria das evoluções tuberculosas dos adultos não são devidas a novas contaminações, mas ao despertar de tuberculosas adquiridas na infancia e que ficaram latentes".

A palavra de Capogrossi: "l'immensa maggioranza dell'umanità alberga un focolaio tubercolare attivo o spento; latente o evidente".

As estatísticas confirmam este asserto, dizendo que a tuberculose é encontrada no adulto num crescendo espantoso.

Em Zurich, 97 % da população reage a tuberculina, eis o que affirma Noegeli. Onde ha população intensa, a percentagem é de 90 a 95 %. (M. Setulle, Kuss, Halbron, Bezançon, Sergeant).

A tísica pulmonar do adulto vem a ser, no sentir de Burnet, o fim de uma historia, cujas origens são mais ou menos remotas.

Em 1904, Behring proclamou ser tísica pulmonar o periodo terminal de uma infecção contrahida na primeira infancia. Zeitzke e outros ainda não admittem estas idéas.

Posteriormente, em 1907, disse Orth que uma nova infecção era uma espécie de reinfecção em um corpo bastante immunizado. Tal conceito foi calorosamente defendido pela penna fecunda de Kretz.

Com o ardor de uma convicção sedimentada exteriorisa-se Sergeant: "A tuberculose do adulto é um despertar de uma tuberculose adormecida desde a infancia ou uma reinfecção de um organismo immunizado parcialmente".

Como acontece com a syphilis, admittiu-se para a tuberculose diversos periodos. A tuberculose pulmonar

era tida como uma recidiva tuberculosa endogena ou exogena (Hamburger).

Fazia-se mister, entretanto, o exame histologico morphologico para confirmar esta asserção, evidenciando, como na syphilis, os quadros de reacção.

O pedestal de todo o edificio seria constituido, segundo Aschoff, pelas modernas investigações anatomo-pathologicas.

Já Parrot chamara a attenção para o quadro singular da primo-infecção.

Kus descreveu magnificamente a lesão primaria tuberculosa, a qual *Albrecht* e *Gohn* deram magna importancia.

Graça aos valiosos trabalhos de *Gohn* consagrou-se a denominação "lesão primaria, (1)

Baseado em seus estudos histo-pathologicos, *Ranke* descreve a infecção tuberculosa, desde a lesão primaria até o periodo terciario, passando pela phase de generalisação, organisando desta maneira o quadro integral da tuberculose, de accordo com os resultados geraes oriundos do estudo da immunidad.

(1) Em 1922, *Phhl* demonstrou que as lesões primarias da infancia, nem só apresentavam o quadro tipico de *GOHN*, como ainda deixavam uma cicatriz especial.

concepção moderna do

gico em face da tuberculose.

trema á tuberculose. Formas de extrema gravidade.

do diminuir ou desaparecer o estado allergico. agudos tuberculosos.

sistencia relativa não permite o vezes que se desenvolvam as formas agudas. ilidade á tuberculina; estado allergico.

O schema de Bezançon e Philibert a respeito da concepção moderna do terreno bacteriologico

Lactente, antes de toda contaminação *à minima*.

Adulto selvagem que não experimentou ainda contaminações *à minima*.

Crianças, adolescentes e adultos, tendo experimentado contaminações *à minima* na primeira infância.

Estado anergico em face da tuberculose.

Sensibilidade extrema á tuberculose. Formas de uma extrema gravidade.

Factores fazendo diminuir ou desaparecer o estado allergico.
Surto agudo tuberculosos.

O estado de resistencia relativa não permite o mais das vezes que se desenvolvam as formas agudas.
Hipersensibilidade á tuberculina; estado allergico.

A observação de Marfan depõe em favor desta resistencia adquirida com o perpassar dos annos. Em 1886, este sabio proclamou ser rarissima a tuberculose pulmonar em evolução nos individuos que durante a infancia foram escrofulosos e que se curaram inteiramente antes da idade de 15 annos, observando-se esta cura antes que tenha surgido outro foco de tuberculose.

A observação de Marfan pode ser generalisada ao lupús e a maioria das tuberculosas chirurgicas. (Triboulet, Léon Bernard, Masselot).

A clinica verifica diariamente que a tuberculose do lactente é de maior gravidade do que a da segunda infancia, do adolescente e do adulto, e que além disso não assume a forma chronica. Todavia, em contraposição com estas idéas, se póde citar o conceito de Bernard e Debré, affirmando a existencia na creança, de formas attenuadas da tuberculose, e que mais é, das proprias formas latentes.

A anergia é que justifica a gravidade da primeira infecção.

Opinião diametralmente oposta a de Marfan, é a de Bezançon e Philibert, não acreditando na imunidade de um individuo anteriormente infectado e curado.

Perfilhando as mesmas idéas de Bezançon e Philibert, cita-se ainda Badd, que allega encontrar sempre nos casos de granúlia ou de pneumonia caseosa, um foco antigo, que se communicando com as veias ou bronchios determina a nova lesão.

A cada momento se surprehende uma tuberculose fibrosa antiga a evoluir sob a forma granulica ou pneumonica.

A resistencia e a immunidade do organismo encontram fortes pontos de apoio:

- a) no phenomeno de Koch;
- b) na vacinação anti-tuberculosa.

O phenomeno de Koch

Tem sido, nestes ultimos annos, a pedra angular de todas theorias da allergia tuberculosa. Segundo Brunon deveria-se chamar phenomeno de Charrin, "si os francezes não tivessem o habito de glorificar os sabios estrangeiros ás custas dos seus compatriotas".

Quando se inocula num cobaio em estado hygido,

uma cultura de bacillos, nada se observa nos primeiros dias; porém lá para o 10.º ou 11.º dia, surge no ponto de inoculação um nódulo duro, que para logo se transforma em ulcera seguindo-se a linaphangite a adenite e a generalisação visceral matando o cobaio; ao passo que, num cobaio já infectado que se reinocula, o nódulo correspondente ao ponto de inoculação toma uma coloração vermelha, violacea depois negra e forma-se uma ulcera que cura rapidamente.

Vinha a ser uma questão de quantidade e de qualidade de bacillos, questão de dose e de virulencia. De dose e de tempo, segundo Bezançon e Serbonnes.

Notou Charrin que nas experiencias de Baumgartner e Arloing morriam os cobaios previamente infectados.

Tornava-se, pois, imprescindivel não ser muito accentuada a primo-infecção. Ainda mais, a reinfecção devia ser feita com doses minimas.

O phenomeno de Koch tem sido bem estudado por: Petre Deutsch, Della Cella, Kratz e Gros, Römer, Hamburger e essencialmente por Calmette e Guérin. Bezançon e Serbonnes, Frenzi, Rist, Römer e Joseph, Léon-Kindberg e Rollando, os primeiros determinando as condições de producção do phenomeno, os ultimos frisando a sua importancia.

Realisa-se o phenomeno com os bacillos mortos e com a tuberculina, abrangendo, segundo observou Koch, duas ordens de factos:

1. Um phenomeno de sensibilidade extrema.
2. Um phenomeno de immunidadade.

«Se a segunda inoculação é forte, ou se as inoculações mínimas são frequentes, o cobaio inoculado reagirá mais vivamente do que o animal são».

Flúe d'ahi a opinião bem acceita de que se estabelece a um só tempo um estado humoral immunisante e sensibilizador.

E' o que se chama *estado ellergico*.

Estes ensinamentos levados ao dominio da clinica, vão explicar, porque os individuos virgens de bacillose, morrem rapidamente quando submettidos a contaminações abundantes e repetidas; porque no adulto, já por assim dizer vaccinado, é rara a reacção ganglionar e frequente a ulceração (necrose, caverna).

A vacinação anti-tuberculose

A resistencia á reinfeccção póde se observar tambem nos animaes para os quaes se tem tentado uma vacinação.

Uma minima lesão anterior é sufficiente segundo Roemer, Galmette e Guerin, para que appareça a resistencia.

Calmette e Guerin notaram que uma injectão endo-phlebica de 5 miligrammos de bacillos bovinos não produz effeito numa vacca que reage á tuberculina, isto é, que traz um foco de tuberculose latente, ao passo que mata uma vacca que não reage á tuberculina.

Roemer chegou aos mesmos resultados nas suas experiencias em carneiros.

Vallée e Galmette concluíram dos seus estudos sobre a bovo-vaccina de Behring: "uma primeira injectão de cultura de bacillos tuberculosos, incapaz de matar o animal, o põe por um numero de mezes que não passa de um anno, em estado de resistir a uma injectão de uma dose de bacillos que mataria um animal não infectado anteriormente".

A resistencia é incompleta e só se verifica emquanto existem bacillos vivos no organismo.

A observação clinica com a experimentação demonstram que os individuos que já soffreram uma contaminação tuberculosa, resistem mais a uma reinfeccção, do que aquelles virgens de contaminação. Poder-se-ia explicar assim a relativa resistencia ao contagio dos habitantes das cidades e dos animaes á reinfeccção.

Bezançon e Philibert acham que se vai muito longe, quando se transporta estas noções para o domínio da clinica, no intuito de demonstrar a evolução da tuberculose.

Como as reinfecções tuberculosas heterogenas, as super-infecções são raras. Cumpre, pois, pesquisar outras causas determinantes do despertar das tuberculosas latentes.

"L'état allergique traduit une indiscutable résistance à la réinfection tuberculeuse hétérogène."

Geralmente são as molestias infectuosas (sarampo, gripe, etc.) e certos estados physiologicos como: gravidez, parto, menstruação, que mais despertam as tuberculosas latentes.

A cuti-reacção enfraquece durante a invasão do sarampo e desaparece progressivamente nos 15 dias que se seguem. Entretanto sustentam Bezançon e Philibert, que os individuos acommettidos de sarampo continuam a reagir a tuberculina injectada hypodermicamente. A reacção de Warssermann é muitas vezes negativa nos lueticos que contraem o sarampo.

Debré e Lereboullet verificaram a ausencia da cuti-reacção na gripe.

De muitas feitas se observa no grippado o despertar de uma tuberculose adormida.

Isto está a depender da mudança momentanea do estado humoral, da substituição da allergia pela anergia; ou antes, do facto destas affecções se complicarem assiduamente de broncho-pneumonia. Em desacordo com esta ultima hypothese, estão Bezançon e Hutinel (este especialmente).

Bard e Devraigne, Sten, Nobécourt e Paraf notaram cuti-reacção negativa na mulher grávida, sobretudo nas proximidades do parto.

Coulaud verificou que na epocha da menstruação surge a um estado de energia tuberculinica, que no opinar do mesmo auctor, parece corresponder ás phases de super-actividade tyroidiana.

Ainda notou que a cuti-reacção á tuberculina não se manifestava nas moças cujas menstruações apparecem tardiamente. O mesmo se passa na menopausa.

O estado de anergia tuberculinica destes doentes predispõe ao despertar das tuberculosas latentes.

Para Bezançon e Philibert, dever-se-ia dizer "l'anergie tuberculinique accompagne frequemment certaines infections et états physiologiques au cours des-

quels on observe assez souvent un réveil de tuberculoses latentes".

O estado allergico como o phenomeno de Koch significam apenas resistencia á reinfeccão tuberculosa heterogenea, porém não resistencia á primo-infeccão.

Querem Bezançon e Philibert que a reacção á tuberculina seja a testemunha de um estado tuberculoso e não allergico.

Burnand é dos que não acreditam ser a resistencia de um individuo á infecção, dependente de sua constituição. Para elle a infecção tanto attinge o rico como o pobre, o gordo como o magro, o sanguineo como o lymphatico,

Hyver, em harmonia com as idéas de Burnand, conceitúa neste theor: "le terrain et les causes de débilitation ne rendent pas tuberculeux celui qui ne subit pas une contagion assez intense".

Opinião inteiramente opposta é a de Bezançon e Philibert.

Pidoux oppunha a gotta e o arthritismo á tuberculose.

Bezançon e Philibert observaram num gottoso uma tuberculose de evolução rapida.

Gautrelet distinguia o terreno tuberculisavel do terreno arthritico. Em quanto naquelle as reacções organicas primam pela hypoacidez, neste, ao contrario, ellas têm como caracter essencial a hyperacidez.

Partindo do principio de que o bacillo de Koch se desenvolve exclusivamente em meio alcalino, começou-se a estabelecer um verdadeiro antagonismo entre a tuberculose e o arthritismo.

Bouchard já assignalara a assiduidade da tuberculose hemoptoica nos arthriticos.

Posteriormente "o arthritismo foi desmembrado e filiado em muitas de suas manifestações á tuberculose".

"Dans les réveils de tuberculose, chez l'adolescent, l'adulte et le vieillard, le facteur terrain prend une place qu'on n'a pas le droit de négliger."

A EDADE — Ao primeiro volver d'olhos, percebe-se que salientar o papel da idade, é pôr em evidencia o factor *terreno*. E' coisa já firmada, a influencia, de alta monta, que ella exerce na pathogenia e no determinismo das formas da tuberculose pulmonar. Basta um exame delido das estatisticas para confirmal-o.

A curva geral das estatísticas de mortalidade se attenua, progressivamente, da infancia á velhice, em quanto se eleva a da morbilidade.

Ainda mais nitida surge esta influencia, nas differenças que caracterizam as formas anatomo-clínicas da tuberculose, nos estagios primordiaes da vida humana.

Tipos evolutivos da tuberculose segundo as edades

No *lactente* e na *primeira infancia* é achadiça a tuberculose generalisada evoluindo sob o feitiço septicemico.

Na *segunda infancia* e no *adolescente* a bacillose caracteriza-se, essencialmente, pela intensidade das reacções ganglionares. E' quando apparecem as adenites tuberculosas, periphericas ou profundas, já isoladas, já de parceria com outras manifestações da escrofula-tuberculose. Attingindo o pulmão, ali realisa o typo classico da tuberculose ganglio-pulmonar, havendo, porém, de começo, a adenopathia trachéo-bronchica, meio de defesa contra a inoculação bacillar do pulmão. E' nesta quadra da vida que se esboçam as formas da tuberculose pulmonar localizadas nos pulmões e na pleura: a broncho-pneumonia tuberculosa — aguda ou chronica.

Ainda neste periodo ella pode, clinicamente, tomar

o aspecto do typo chamado typho-bacillose de Landouzy.

No *adulto* se accentua a tendencia a localisação. Bem achadiça é a phymatose latente. Quando assestada no pulmão, tem viva preferencia pelas regiões apicillares. Toma, então, a molestia uma marcha chronica interceptada de acalmias e recahidas.

No *velho* é quasi nulla a reacção geral. Ella fica "estagnante". Individuos portadores de cavernas avanzadas apresentam, frequentemente, um estado geral que não está em relação com a molestia. Entretanto ella pode terminar bruscamente por um episodio agudo determinado pelo desfallecimento geral do organismo.

As condições humoraes do terreno e as circunstancias occasionaes provocadoras explicam as differenças nas formas anatomo-clínicas da tuberculose e o apparecimento de surtos mais ou menos graves nas diversas phases da vida.

Condições humoraes do terreno

Podem ser (I) especificas ou (II) não especificas.

(I) *Condições especificas.*

Oriundas da contaminação bacillar, formam o terreno tuberculisado. Quando não mata a primo-infecção, della deflúe um estado de sensi-

bilização e de vacinação parcial, que se traduz pelo *estado allergico*. Exposto o organismo a novas cantaminações massiças elle poderá ser reinfectado, traduzindo-se, porém, a reinfecção por manifestações de ordem diferente. Ha consequentemente a tuberculose de primeira infecção e a tuberculose de reinfecção.

(II) *Condições não especificas ou condições humoraes de terreno*. Organismo terreno tuberculisavel. Expressim-se por diversas constatações de ordem chimica, physiologica, experimental ou celenica. Talvez sejam inteiramente independentes, e cada uma possa agir, segundo as circumstancias, prescindindo das demais.

Terreir e Sergent admittem como caracteristica essencial a descalcificação; Robin, a desmineralização global; Gautrelet e Roux, o grau de acidez dos humores; Gilbert e Herseker, a hypocholesterinemia; Lemoine, a insufficiencia dos lipoides.

São os mesmos auctores que asseguram o augmento das trocas respiratorias e o exagero do coeficiente de desmineralização.

Deante dos progressos realizados no pathologia endocrínica foi a questão do terreno encarada sob novos aspectos. Assim, Marfan, Sergent e Sezary invo-

caram o papel da hypopinephria; Thaon lembrou a insufficiencia hypophysaria. Renon mostrou a frequencia de um *deficit* glandular mais complexo nos tuberculosos.

Recentemente Fiessinger e Brodin attribuiram á insufficiencia hepatica a supressão das defezas antibacillares.

Contrariando as conclusões anteriores de Roger e Gariner e de Giraud, ahi está Couland que incriminou o hyperfuncionamento thyroidiano.

Ultimamente, Cordier, demonstrou que nas formas graves da tuberculose o metabolismo se exaggera bruscamente, em quando com isto coincide uma phase de hyperthyroidia, que se desvenda pesquisando-se os signaes physicos e os de hypersympathicotonia, que Perrin e Jovanovitch asseguram a frequencia na phymatose.

A opinião de Monceaux vem contrariar o asserto de Cordier, pois affirma aquelle sabio, que nos tuberculosos decae a nutrição por insufficiencia nas oxydações.

Ha hodiernamente, tendencia incontrastavel a se representar o terreno tuberculisavel, como um terreno de hyperthyroidia, de hypersympathicotonia, onde se

exaggera o metabolismo basal. Este metabolismo, intenso na creança, se attenúa no adulto e quasi desaparece no velho, o que effectivamente quadra com o gráo de frequencia da tuberculose nas principaes etapas da vida.

Bezançon e Jacquelin estão inclinados á crer só existir hypersympathicotonia nas formas graves da phymatose. «Elle est donc ici un témoin et non pas un facteur des formes rapides fébriles.»

* * *

Embora attingindo todas as cathegorias de individuos, tem a tuberculose sua predilecção pelos gigantes; ruivos de pelle fina, individuos apresentando uma dyschromia especial, cabellos pretos, pellos ruivos; hyperthyroidianos, sympthiconicos, aquelles que têm o metabolismo basal exaggerado.

Ha ainda um temperamento creado por circumstancias transitorias: phases de crescimento, lactação, menstruação, etc.

A falta de ar, de luz, a ergastenia, a má alimentação, as perturbações digestivas são outros tantos elementos que realizam a predisposição momentanea.

Ao lado do factor contagio, existe entretanto o factor incognito, não evidenciado. E' accentuado o penhor de uns em buscar este factor nas modificações humoraes, hypoacidez dos humores, hypocholesterinemia, descalcificação, miseria mineral geral.

«Nest-ce pas plutôt souvent une sorte de débilité générale, telle qu'elle résulte de toutes les mauvaises conditions de vie, en particulier de l'alimentation insuffisante, de l'excès de fatigue, mais surtout comme le veut Rollier, de la privation d'air et de lumière? (Bezançon).

Circumstancias ocasionaes

Scindem-se: em especificas e não especificas.

As primeiras vêm a ser as causas de infecção e de reinfecção tuberculosas; as ultimas as causas de reactivação ou de recadida tuberculosa.

(I) CAUSAS DE INFECÇÃO E DE REINFECÇÃO. A primo-infecção predomina no lactente e na primeira infancia, nos adultos ainda indemnes, nos negros ainda selvagens, etc.

Quando muiça, frequentemente mata o doente, o que não soe acontecer se ella é minima, em que se estabelece o estado allergico.

No organismo já tuberculizado, pode igualmente o contagio massiço occasionar o despertar da phymatose. Isto porém é raro, e exige a interferencia concomitante de um estado de energia, de um desfallecimento da resistencia organica.

A reinfecção poderá também ser feita por meio de doses minimas, successivas, addicionaes.

Em quando a primo-infecção implica o factor contagio, a recidiva pode prescindir-o.

(II) CAUSAS DE REACTIVAÇÃO. Determinantes do estado de energia, representam-se pelas condições occasionaes que favorecem a intervenção do factor terreno.

A idéa de reactivação tem sido elucidada ultimamente por Marfan.

Outras causas, que determinando o estado energico, fazem evoluir a tuberculose:

PHYSIOLOGICAS:—Na mulher o começo da vida genital, o catamenio, o aleitamento, a gravidez, o parto, a menopausa etc. No rapaz, a crise de puberdade, o grande surto de crescimento etc.

PATHOLOGICAS:—Syphilis, variola, coqueluche, impaludismo, febre typhoide, escrofula, diabete, enterite e suas complicações, affecções hepaticas, (arthritismo) onmanismo, etc.

OCCASIONAES: — Traumatismos, resfriamentos, alcoolismo, etc.

ECONOMICO SOCIAES:—Insalubridade das habitações mal protegidas, escuras e com ar confinado, insufficiencia dos exercicios physicos, insufficiencia alimentar qualitativa e quantitativa, falta de hygiene geral etc.

Pondo fecho

O factor contagio é sufficiente para determinar a tuberculose de primeira infecção. Quasi nullo é o papel da hereditariedade. No despertar da tuberculose é de magna importancia o factor terreno.

Actualmente é mais admittida a reactivação do que a reinfecção. E' o que tendem a demonstrar as experiencias de Marfan. A reactivação está subordinada aos desfallecimentos organicos, ás perturbações humoraes biochimicas e ás circumstancias occasionaes.

E' igualmente o terreno o principal responsavel pela multiplicidade das formas clinicas da tuberculose —variadas e complexas; elle, sem duvida, é que lhes regula a evolução e as multimodas physionomias clinicas.



SEGUNDO CAPITULO

Questões de clinica

As tuberculosas larvadas. Tuberculosas olygo-symptomaticas. Chlorose. Asthma. Emphysema. Pleurite apicilar. Pleurite de repetição. Bronchite aguda tuberculosa. Bronchite chronica e emphysematosa de origem bacillar. Tuberculose pulmona dos velhos. Observações.



CAPITULO II

Questões de clinica

As tuberculoses larvadas

Logo de começo estabeleça-
mos o necessario discrimine
entre as tuberculoses frustas,

latentes e larvadas, muito mal comprehendidas por ahi
além.

Segundo Araoz Alfaro, a forma frusta deve ser
considerada aquella cuja symptomatologia é a commun,
porem reduzida a um minimo, difficil de se desvendar,
tal o que succede com as formas abortivas e certos
estados incipientes ou lesões minimas, que só um exame
minucioso permite identificar.

Terrile diz da tuberculose latente, que ella é um
estado, no qual estando presente o bacillo de Koch no
organismo e especialmente nas vias aereas, não dá
nenhum signal directo de sua presença.

No ponto vale recordar a questão debatida, da
chamada tuberculose fechada, para uns, a tuberculose

inicial no classico periodo de Grancher; para outros, a tuberculose cicatrizada.

No parecer de Rist e Charles Richet: «toda a tuberculose em evolução é histologicamente aberta e se acompanha necessariamente de eliminação bacillar.» Consequentemente, para estes como para outros, não existe a tuberculose fechada evolutiva.

O que é certo, é que os tisiastros ainda não chegaram a um accordo, no que tange á tal assumpto.

Nada adeantaram as memoraveis discussões realizadas no Congresso de Strasburgo, em Junho do anno passado.—

Em varias conjuncturas desvirtua-se a physionomia clinica da tuberculose, que evolue de modo insidioso, sob a mascara de outro mal, de apparencia benigna ou grave, desorientando muitas vezes o clinico e diffcultando sobremaneira o diagnostico. E' o que soe acontecer com as *formas larvadas*, achadiças em todas as estações da vida.

Segundo Araoz Alfaro, deve-se chamar tuberculose larvada «a aquellas formas en que la sintomatología es equívoca o engañosa, en que se disumula y enmascara bajo apariencias de otros estados mórbidos».

A definição de Juan Garrahan «Proceso bacillar

que no exteriorisa netamente sua localización y que da lugar a trastornos generales diversos, trastornos no peculiares de la infeccion bacilar».

E' a esse mimetismo tuberculoso que intentamos dedicar algumas palavras, sobretudo no que se refere á tuberculose pulmonar.

*
* *

No opinar de Maragliano, as tuberculosas larvadas, se exteriorisam ou se apresentam á observação clinica sob duas modalidades diferentes: a *dystrophica* e a *typhica*.

A primeira tem como expoente clinico uma perturbação progressiva da nutrição.

A outra se apresenta, desde o começo, com phenomenos febris, ao lado dos quaes se dispõem as outras alterações, que acompanham a elevação thermica, tanto ás dependentes do aparelho digestivo, como ás do systema nervoso; porem todas ellas em verdadeira proporção com a temperatura, que domina o estado morbido.

O professor Araoz Alfaro denomina *febris* as formas larvadas de Maragliano.

Maragliano explica a pathogenia e a symptomatologia morbida da forma *dystrophica* pela acção dos

venenos bacterianos, que dos focos occultos são deramados na corrente circulatória.

Estes focos occultos quasi sempre se acham nos pulmões ou nos ganglios. E' o que dizem: Sokolowski, Hollos, Bauer, Poncet e outros. Hollos reuniu os symptomas das formas dystrophicas da maneira seguinte: (1).

- 1º—Cephalalgia; vertigens.
- 2º—Perturbações do somno, insomnia, somnolencia, somnos agitados.
- 3º—Perturbações thermicas e vaso-motoras
- 4º—Suores.
- 5º—Lassidão, prostração, fadiga rapida.
- 6º—Irritabilidade, nervosismo, diminuição da capacidade mental.
- 7º—Perturbações respiratorias.
- 8º—Gastralgias, perturbações do appetite, tendencia ao somno.
- 9º—Constipação habitual.
- 10—Perturbações menstruaes.
- 11—Syndrome de Basedow.
- 12—Affecções articulares, que Poncet reuniu sob o nome de rheumatismo tuberculoso.

Hollos procurou confirmar as suas observações,

(1) Segundo Araoz Alfaro.

baseando-se nos antecedentes do—doente, na evolução clinica, nos resultados positivos do tratamento especifico e na reacção á tuberculina.

O professor Araoz Alfaro acha que existe exaggero em attribuir todos estes symptomas á intoxicação tuberculosa.

E' muito de se acreditar haja apenas—«simples coincidencia e não relação de casualidade».

Bauer chamou a atenção para a preferencia especial da toxina tuberculosa para o systema nervoso e o fez baseado nos trabalhos de Beraneck, que cita um grande numero de manifestações nervosas resultantes da intoxicação, merecendo especial menção, neuroses e psychoses.

* * *

Entre as formas febris, merecem enumeradas: a typho-bacillose, as febres benignas prolongadas e as febres intermittentes de grandes accessos.

Nas primeiras das formas supra-citadas, ahi estão: a modalidade typhica de Maragliano ou typho-bacillose de Landouzy e uma outra variedade sub-aguda de tísica septicemica, descripta por Landouzy e Laederich.

A respeito das febres benignas e prolongadas—disse Araoz Alfaro: «o symptoma saliente, quasi unico, é a temperatura sub-febril».

As febres intermitentes de grandes surtos são frequentemente attribuidas a perturbações intestinaes. O que é certo, é que ellas terminam, ora pela volta á latencia, ora pela evolução chronica, apresentando temperatura baixa e lesões francas, ora pela precipitação rapida, a granulia ou a tísica chamada galopante.

As formas dystrophicas, que segundo já vimos, são attribuidas á intoxicação bacillar, abrangem innumeras variedades; a variedade hematica, a pseudo-cardiaca, a dyspeptica, etc.

Combe faz bellissimas explanações em torno das formas dyspeptica e anemica, as mais assiduamente achadiças nas creanças.

Na creança da segunda infancia, são geralmente as glandulas do estomago as que são destruidas pela tuberculotoxina.

São *anachlorydricas* e *apepticas* 85 por cento das creanças (Combe).

Nos lactentes, é mais generalisada a destruição das glandulas digestivas, por isso que elles são mais accommettidos de dyspepsia toxica. «Dans quelques cas, la destruction était si profonde que les bébés ne pouvaient plus même digérer un repas ne contenant que 70 calories par kilogramme, ce que represente la *dose minime*

de l'enfant normal; aussi les symptomes présentés par ces enfants étaient-ils ceux de *l'atrepsie*» (Combe).

Menos frequente do que a forma dyspeptica, é a anemica.

Essa foi dividida por Combe em tres graos, segundo o estado de actividade anterior da medula, a intensidade de acção hemolysante e finalmente a força de reacção hematopoetica. São:

- a) anemia simples, b) anemia pseudo-leucemica,
- c) anemica perniciosa.

Estas duas formas mascaram por tal forma a tuberculose que se acredita esteja, effectivamente, a creança attingida de *dyspepsia organica* ou de *anemia essencial*.

* * *

Outras formas larvadas são: o rheumatismo de Poncet, a asthma, o emphysema, a pleurite apicilar, a pleurite de repetição, certas bronchites agudas e chronicas, as albuminurias orthostaticas de Stirling e Dukes, o erythema nodoso, a psoriasis etc.

Araoz Alfaro cita um caso de tuberculose primitiva do baço, seguida de esplenomegalia, febre intermitente de acessos regulares, anemia, cyanose, e cujo desfecho foi uma tuberculose pulmonar e renal.

O mal de Bante, não estaria a depender, muitas vezes, de um processo bacillar incipiente?

A micropolyadenopatia, bem descripta por Legroux e magnificamente estudada por Hutinel Marfan e outros, o lymphoma ou pseudo-leucemia tuberculosa, a syndrome de Basedow e de accordo com Gilbert Ballet, a demencia precoce não podem ter uma origem bacillar?

Na creança se encontra, por vezes, a endocardite nodular fibrinosa e mitral e septicemia sem tuberculos nem granulações miliares. Pois, é, sob tal polymorphismo clinico e anatomico, que se occulta, frequentemente, a tuberculose na primeira infancia.

De vezes, é a enterite tenaz que prepondera na scena morbida do surto tuberculoso. Esta enterite é consequencia das abundantes expoliações calcareas que elle determina. (Loeper e Enionet).

As nephrites tuberculosas estudadas por Jousset, mereceram especial attenção de Landouzy e L. Bernard, que affirmaram ser o grande rim branco amyloide uma verdadeira *nephrite epithelial tuberculosa*. Esta nephrite, diz Sergent, seria uma forma larvada da tuberculose, da qual, ella mascararia, muitas vezes, o inicio. Embora Brault se insurgisse contra tal opinião, L. Bernard com Salomon foram mais longe ainda, admitindo a existencia de uma nephrite intersticial tuberculosa.

E' de se suppor que estas nephrites estejam a depender, na maioria das vezes—da acção á distancia das toxinas.

Feitas estas ligeiras considerações em torno do assumpto encarado de um modo geral, busquemos tratar mais de miudo de algumas manifestações disfarçadas da tuberculose pulmonar propriamente.

* * *

Cumpre notar que nas paginas adeante alludiremos nem só ás formas larvadas propriamente ditas, como ainda a certos aspectos, que, se bem não sejam rigorosamente larvados, podem enganar o clinico, por não serem a manifestação habitual da doença.

Chlorose

Sempre foi a chlorose um dos mais arduos problemas da physio-pathologia.

Sem intento, no ensejo, de esmerilhar o assumpto, diremos no entanto, que o quadro clinico da affecção, pode ser, muitas vezes—a mascara, o disfarce de uma tuberculose. Aqui está para documental-o a magnifica observação de Araoz Alfaro que vamos transcrever:

Moça de 20 annos. Ha tres annos que vem sendo tratada como sendo portadora de uma *anorexia pertinaz*,

com constipação moderada; prostração; ligeira oppressão, sobretudo quando caminha ou faz algum esforço; pallidez; catamenio irregular, dolorosa e escassa; insomnia. O exame cuidadoso e reiterado dos órgãos não revelou nada de anormal e o radiológico não mostrou sombras pulmonares nem mediastinaes. A temperatura, salvo indisposições transitórias, era ligeiramente inferior á normal, attingindo, raras vezes, $36^{\circ},8$, e baixando frequentemente a $35^{\circ},6$ ou $35^{\circ},8$. O sangue examinado por varias vezes, mostrou uma anemia moderada (entre 3.800.000 e 4.000.000 de hemacias, com 70 a 75 por cento de hemoglobina); globulos brancos ligeiramente augmentados (8 a 10.000), com formula percentual normal. Nenhuma modificação importante nos globulos vermelhos.

Pallidez moderada. Dominava uma anorexia quasi absoluta, uma falta completa de animo para mover-se, caminhar ou passear.

Durante cerca de dois annos, o professor Araoz Alfaro, tratou-a com todas as preparações ferruginosas, arsenicaes e eupepticas—que encontrou, inclusive muitas series de injecções—de metarsol, arrhenal, arseniato de ferro, glycero-phosphatos e strychnina, lecithina, soro artificial etc. Não colhera nenhum proveito com este

tratamento. A doente piorava sempre, e de 46 kilos que pesava, de inicio, baixou a 39 e fracção.

Após varios mezes de insuccessos, o notavel tisiatra suspeitou a bacillose, e apesar dos exames negativos, fez uma cuti-reacção, que foi fortemente positiva.

Aconselhou uma estadia na serra de Cordova. Depois de quatro mezes de permanencia em La Falda, regressou a moça ainda mais pallida, mais deprimida e com menos peso do que antes de partir. Achou que passava melhor em Buenos-Aires.

Depois de mais um anno sem o menor exito, aconselha o professor Alfaro uma temporada em Mar do Plata. Com dois mezes de estadia ahi, melhorou bastante. Augmentou o appetite e o peso (Chegou a pesar 40 kilos e 500 grammas).

Quando volta é submettida novamente á cuti-reacção, que continua a ser fortemente positiva.

Todavia de volta de Mar do Plata entra a piorar, apesar de estar submettida a heliotherapia, posta em pratica por mão de mestre. E', então, quando Araoz Alfaro resolve empregar a tuberculina. Passa 9 mezes tomando as injecções de vaccina—Denys—Dessy, em doses lentamente augmentadas, sem a menor reacção febril.

Este tratamento foi o unico seguramente util, diz o professor Araoz.

Melhora o appetite de modo sensivel; regularizam-se o somno e a menstruação; ergue-se o estado geral. Pesa agora 44 kilos. *O exame physico continua negativo.*

Não é, pois, necessario, que a anemia e a chlorose tenham attingido gráo elevado, para que se possa elucidar a sua etiologia.

Bem se sabe que a anemia faz parte das infecções bacillares.

Conhece-se igualmente a sua acentuada frequencia nos jovens, como manifestação larvada.

Alguns autores admittem a chlorose de origem bacillar hereditaria, sendo que Ferranini, acredita como pathogenia della, a impregnação toxínica dos ovarios e outros órgãos hematopoeticos e da secreção interna operada em gerações anteriores e latente nos individuos até á puberdade.

Asthma tuberculosa

Diz Sergent, que se toda asthma não é de origem tuberculosa, parece que a maior parte revela um foco de bacillose esclerosa.

Pissavy assim se manifesta: «Je n'ai jamais tant vu d'asthmatiques que depuis que je soigne des tuberculeux».

Na asthma tuberculosa as crises se passam á noite como na asthma essencial.

O individuo desperta dominado por uma forte oppressão, que o obriga a sentar-se no leito, e muitas vezes a ir procurar o ar fóra do aposento. Por tal sorte suffocado, elle apresenta, de começo, uma tosse secca, que no fim do acesso se torna humida, restabelecendo-se a respiração logo que o doente começa a expectorar. Dura o acesso de uma á quatro horas e pode se reproduzir varias noites seguidas. Quasi sempre a crise se acompanha de uma febrícula, que segundo Weill, tem uma importancia capital para o diagnostico.

O melhor, entretanto, é se fazer o exame do escarro, para desfazer as duvidas.

Emphysema

O emphysema é, muitas vezes, uma forma larvada da tuberculose. A anamnese cuidadosa, no entretanto, não raro, revela a existencia de signaes de tuberculose, anteriores ao apparecimento do emphysema. Os exa-

mes radiologicos e bacteriologicos confirmam frequentemente a presença da bacillose, que, embora não seja o unico factor determinante do emphysema, é, não ha negar, dos mais importantes.

Excellentemente estudado por Tripier, surge no decurso da tuberculose fibro-caseosa, localisando se, de preferencia, no pulmão esquerdo.

Caracterisa-se pela deformação globulosa do thorax pelo exaggero da sonoridade á percussão e pelo enfraquecimento do murmurio vesicular, que se torna suave e aspirante na inspiração, prolongado na expiração.

Muitos medicos deixaram-se dominar pela idéa da existencia de um antagonismo entre a tuberculose e o emphysema. Laënnec e posteriormente Louis e Monneret, diffundiram este conceito, que foi depois destruido pela auctoridade de Grancher e Landouzy.

Hodiernamente, o emphysema é tido e havido, quasi sempre, como uma forma disfarçada da tuberculose.

No ensejo, ainda, vale insistir e repisar na necessidade do exame do escarro.

Pleurite apicilar

A pleurite apicilar surge como indicio revelador da bacillose e caracteriza-se pelos

seguintes signaes, largamente estudados por Sergent e bem coordenados pela sua auxiliar Mlle. German:

- 1º—Diminuição das vibrações vocaes á palpação.
- 2º—Sub-massicez (mais perceptível na zona de alarme de Chauvet—Alfredo Britto).
- 3º—Diminuição do murmurio vesicular, seguido ás vezes, de respiração intercadente.
- 4º—Attrictos.
- 5º—Presença de um ligeiro véo ou a limitação do campo de extensão do vertice, ao exame radiologico.
- 6º—Dores frequentes na região escapular ou entre as duas espaldas (pontadas dos vertices de Peter).
- 7º—Desigualdade pupilar.

Só excepcionalmente é que se encontram todos estes symptomas, no mesmo doente.

Ainda as estes symptomas, vem associar-se a adenite-super-clavicular, bem encontradiça, nem só nas affecções pulmonares agudas como nas chronicas.

Segundo o opinar de Sergent, esta adenite está antes ligada á phlegmasia da pleura do vertice, do que

á inflamação do parenchyma pulmonar do vertice. Vem a ser para este fisiologo, um signal de reacção pleural objectivo, palpavel da pleurite do vertice.

Cumpre notar que esta adenite super-clavicular não tem nenhuma relação com a adenite cervical, que, entretanto, até podem ser encontradas concomitante-mente.

Melle. German, isolou uma cadeia de lymphaticos desenvolvidos num fóco de pleurite apicilar e terminando no ganglio super-clavicular, (observado este durante a vida). Conclue Sergent:—o valor da lymphangite e da adenite parece, então, demonstrado.

A lesão em franca actividade, caracteriza-se por um ganglio molle e volumoso.

Se este é duro e pequeno, trata-se de lesão antiga e cicatrizada.

Quando a pleurite do vertice é extensa e abrange todo o vertice pulmonar, toma a forma de um capacete, razão porque recebeu de Sergent a denominação de: «symphyse pleural e em dôme».

Pleurite de re- petição

Observou *Pierry* que um grande numero de individuos portadores de tosse, pontada (muitas vezes precordial), opressão, palpitações, lumbago,

perturbações digestivas, depressão physica e moral etc., eram rotulados com o diagnostico de «bronchites com vertices suspeitos», «pontada», «dyspnéa de esforço», «endocardite ou myocardite», «anemia», «fraqueza geral», «gastrite», «mal estar geral», ou ainda «neurasthenia com emmagrecimento», excellentes escapatorias, no emmaranhado de difficuldades em estabelecer um diagnostico.

Aos symptomas supra-citados vem se associar uma febrícula que apparece á tarde.

Em taes doentes suspeitos de bronchite, não se encontram estertores, mas sim modificações duvidosas do murmurio vesicular.

Ruidos adventicios podem ser percebidos ao longo das scissuras, vindo de detraz para deante, e fazendo o doente tossir, ruidos que são notados em um ou dois pontos, mais ou menos distantes: geralmente um pequeno foco de ruidos seccos e inconstantes, outras vezes, os estertores—atritos de Damoiseau: mais raramente, ruidos de attrito.

Magnifico lugar para a escuta, é, o indicado pelo doente.

Frequentemente estes surtos de pleurite se localisam nas scissuras inter-lobares, podendo todavia se assestar, nem só na base como no vertice.

A localização scissural é quasi sempre bilateral.

A evolução faz-se em uma ou duas semanas. Durante este espaço de tempo a temperatura oscilla entre 37°,4 e 38°. A expectoração é mucosa; por vezes purulenta, jamais revelando bacillos de Koch.

Em declinando a molestia os symptomas funcio-naes se attenuam, permanecendo bem sensiveis: o emmagrecimento, a diminuição das forças e a alteração do estado geral, que segundo Piery, reclamam tres ou quatro semanas supplementares de tratamento.

Frequente é o reaparecer da pleurite tuberculosa, denominando-se então: -- *pleurite tuberculosa de repetição*.

Um leve surto de pneumonia pode se juntar a affecção vertente, constituindo a: -- *pleuropneumonia tuberculosa benigna*.

A typho-bacillose de Landouzy, a granulia discreta de Bard, podem começar por uma determinação pleuro-pulmonar bastarda.

A pleurite tuberculosa assume geralmente uma forma latente ou larvada. Evolvendo assim torpidamente deve ser pesquisada com especial esmero.

Bronchite aguda tuberculosa

Por vezes, apparece de improviso; de outros ensejos, após uma phase de catarro

do naso-pharynge. Caracterisa-se pela fadiga geral, anorexia e febre (moderada).

A tosse é dos primeiros signaes. Secca e em seguida humida com o apparecer da expectoração muco-purulenta. Respiração rude. Os estertores sonoros, sibilantes se manifestam logo.

Com o surgir das secreções bronchicas patenteiam-se os estertores sub-crepitanes.

Os signaes fornecidos pela auscultação predominam nos vertices. Pode-se mesmo verificar em tal ou qual região apicillar, uma diminuição da sonoridade ou algumas modificações do murmurio vesicular.

E' rapida a evolução da bronchite aguda tuberculosa. Pissavy refere-se a um caso em que desappareceram os bacillos dos escarros e a albumino-reação tornou-se negativa, após tres semanas de doença.

Marfan observou em dois de seus doentes bronchites agudas que duraram uma, quatro mezes; outra, seis.

De algumas feitas, a bronchite se continua, sem remissão, com um outro processo phymatoso; (quasi sempre tuberculose nodular).

A bronchite aguda, Pissavy considera de origem tuberculosa:

- a) Quando surge em individuos portadores de antecedentes tuberculosos.
- b) Se os signaes que a caracterisam predominam nos vertices.
- c) Quando se associam a estes signaes, manifestações fazendo acreditar numa lesão em foco.
- d) Quando a bronchite altera sensivelmente o estado geral ou se prolonga anormalmente.
- e) Quando não puder ser condicionada a outra causa que a infecção bacillar.

Cumpra não esquecer que entre os factores determinantes de bronchites agudas não tuberculosas, se destacam os seguintes: coqueluche, sarampo, gripe, febre typhoide, syphilis.

Dieulafoy, Potain, Lancereaux e Sergent asseguraram que a lues attingindo o periodo secundario, podia determinar bronchite aguda.

La bronchite précède l'apparition de la roséole qui, seule, permet de la rattacher à sa véritable origine. Elle appartient surtout aux formes confluentes de la syphilis secondaire, à celles que se traduisent par l'exubérance de l'éruption cutanée et muqueuse Elle cède rapidement au mercure». Sergent.

Lesões cardiacas e renaes podem ter como signal precursor um surto agudo de bronchite. Esta evolue

sem febre; accarreta symptomas cardiacos e renaes; desaparece graças a um tratamento que rehabilite o coração e os rins deficientes.

Como causas determinantes de bronchites ainda citaremos: as inflamações das vias respiratorias superiores e a insufficiencia nasal.

Bronchite chronica e emphysema-tosa de origem bacillar

Amiudadas vezes se surpreendem os bacillos de Koch em individuos portadores de catarrho

chronico ou emphysema. Minando á surda, ahí está a phymatose, despida dos seus attributos primordiaes, sem anormalisar o estado geral do enfermo.

Frequente é o associar-se da bronchite chronica ao emphysema.

A tuberculose bronchitica chronica e emphysema-tosa surge geralmente lá para os quarenta annos.

Pissavy cita o caso de um individuo, que aos 25 annos apresentava esta forma de tuberculose, signal de que na mocidade tambem se verifica o mal.

Symptomas geraes

Alguns doentes conservam se gordos, outros chegam até a ficar obesos. Ora perdem o peso, de começo,

ficando em estado estacionário de emmagrecimento por tempo indeterminado; ora são logo acometidos de cachexia, tal o rápido evoluer da molestia. Nestes casos existem quasi sempre graves lesões pneumonicas e nodulares mascaradas pela bronchite e o emphysema.

Szary attribue a cachexia á esclerose das capsulas supra-renaes.

Não é muito commum a febre, essencialmente quando é bom o estado geral. Um esforço, uma fadiga, o catamenio, fazem-na apparecer.

Doentes ha, que conservam um estado sub-febril permanente. Se a elevação da temperatura é accentuada e persistente, se deve pensar numa forma mixta; isto é, de parceria com a bronchite e o emphysema, existem outras lesões bacillares. Em geral eleva-se a tensão arterial. A nephrite chronica e a arterio-sclerose, comumente encontradas a partir das primeiras etapas da velhice, justificam a hypertensão.

Disturbios funcçionaes

Tosse — Secca ou humida, á depender do estado de secreção bronchica.

Expectoração — Muco-purulente, variavel na proporção. Por vezes ella obedece a um rythmo particular, E' o caso do individuo, que uma ou duas vezes por

día expectora bastante, no momento que tosse, sobretudo pela manhã. Esta expectoração de forma vomica é fetida e quasi sempre testemunha uma dilatação bronchica.

Hemoptyses — Não são raras, si bem que moderadas. Tornam-se assiduas as recidivas.

Dyspnéa — De começo intermittente, apparecendo se o doente faz algum esforço; torna-se depois permanente. Hirtz aconselha medir o perimetro thoracico em inspiração, depois em expiração forçadas para concluir d'ahi a ventilação pulmonar.

Se a dyspnéa assume caracter paroxistico e se apresenta sob a forma de crises, constitue-se a chamada asthma tuberculosa, a qual já nos referimos.

Indicios physicos

Na bronchite se encontram os estertores sonoros e subcrepitanes, cujos caracteres são os mesmos da bronchite aguda. Variam de intensidade segundo o reacção inflammatoria. Accentuam-se no inverno e diminuem no verão.

Já falamos do emphysema e dos symptomas que a caracterisam.

Signaes radiologicos

Bronchios chronicamente inflammados, exteriorizando paredes espessas e se desenhando na placa

em arborisações bem nittidas. Desvendam-se, igualmente, os tuberculos nodulares discretos e isolados, que denunciam a natureza bacillar da lesão.

Os individuos portadores de bronchites chronica e emphysematosa podem ter vida longa e até, affirmam os tisiatras, que o seu mal é muito mais nocivo para os circumstantes, do que para o proprio doente.

O exame dos pulmões dos individuos acommetidos de bronchite chronica e emphysematosa, põe em evidencia signaes incontestaveis de lesão em foco, como: sub maciszez, — rudeza respiratoria, alguns esteriores sub-creptantes, localisados todos estes symptomas em um dos vertices, onde se encontra ainda uma diminuição de transparencia ao exame radiologico, tudo depondo em favor da concommitancia de uma bacillose nodular.

Deve-se igualmente pensar na tuberculose em presença de symptomas geraes, taes como; o emmagrecimento ou a febre; ou perturbações funcçionaes, como: as hemoptyses, que frequentemente, estão sob a dependencia de lesões tuberculosas.

A pesquisa do bacillo de koch é imprescindivel no evidenciar a natureza tuberculosa da bronchite chronica. E' intermittente a eliminação bacillar. Fazem-se mister, pois, exames repetidos e afastados, principalmente

quando se manifestam os surtos sub-agudos. Só depois de um numero avultado de exames negativos é que se deve abandonar a ideia de bacillose.

E' licito não olvidar que factores diversos podem occasionar o emphysema e a inflammação chronica dos bronchios.

Tuberculose pulmonar dos velhos

A tuberculose pulmonar dos velhos, bem estudada por Laënnec, Barié e outros, não raro é mascarada por um simples catarrho chronico cuja gravidade unica está em occultar a bacillose.

Das suas estatisticas concluiu Landouzy que 5% dos velhos morriam tuberculosos.

Maior proporção registaram Oppenheim e Le Coz (19 %).

Courcoux e Labesse, estudando minuciosamente as estatisticas franceza, ingleza, americana e japoneza, concluíram que a tuberculose no velho é quasi tão frequente quanto no adulto.

Se é frequente a tuberculose pulmonar nos velhos, se ella é um dos mananciaes mais importantes de disseminação do bacillo de Koch, se quase sempre assume

a forma larvada, conclue-se d'ahi o grande valor social do diagnóstico da tuberculose no velho.

A tuberculose senil vem a ser o vestigio de uma bacillose antiga. A anamnese descobre nos antecedentes do doente bronchites chronicas, hemoptyses, pleurisias.

Observam-se nos velhos as formas *agudas* e as *chronicas*.

As tuberculosas agudas evoluem sob a forma de broncho-pneumonia, granulia e pleurisia.

Geralmente na tuberculose aguda dos velhos os symptomas ficam em estado de latencia, assim é que os doentes procuram o hospital como sendo portadores de senilidade, arterio-sclerose, bronchite, nephrite chronica.

Lá um bello dia, taes individuos fallecem apenas accomettidos de uma ligeira dyspnéa e a autopsia revela uma granulia pulmonar terminal.

A's vezes a granulia toma a marcha da cachexia senil.

Em alguns doentes, aparentemente sadios, a doença pode evoluir de um modo rapido, apresentando todos os symptomas de uma infecção aguda. Muitas vezes ella se apresenta como uma broncho-pneumonia aguda de evolução torpida ou rapida. Em casos que

taes, só o exame bacteriologico do escarro elucida o diagnostico.

De outras feitas ja não é mais o apparelho respiratorio o attingido: oscilla a temperatura entre 39° e 40°, predominam os phenomenos digestivos, como anorexia, vomitos, lingua saja etc.—Verifica-se, por vezes, reacção nervosa. O estado comatoso surge uma ou duas semanas depois.

De maior frequencia é a forma chronica. Uns individuos apresentam, a partir de longa data, bronchites repetidas ou um catarrho chronico; outros não accusam nenhuma perturbação para o lado do apparelho respiratorio, só vindo a se manifestar a tuberculose na extrema velhice.

A marcha lenta e insidiosa é o que se verifica na bacillose do velho.

Os doentes apresentam commumente o aspecto de bronchiticos emphysematosos ou arterio-sclerosos. Pouca febre. Expectoração abundante, com bacillos de Koch. Segundo Barié, Oppenheim e Le Coz é frequente a hemoptyse, no que não estão de accordo muitos tisiologos. Barié chegou a isolar a *forma hemoptoica*. São assiduas as perturbações digestivas, a anorexia etc. De longe em longe verifica-se a diarrhéa.

De accordo com o quadro clinico se podem ter:

(I) *Uma forma latente* tomando a feição de uma cachexia senil, caracterisando-se por signaes physicos pouco accentuados (são encontrados sobretudo os do emphysema) e pela ausencia de signaes geraes e funcionaes.

(II) *Uma forma florida*, apresentando poucos signaes funcionaes e nenhuma perturbação geral. Demonstra a auscultação que o parenchyma pulmonar está seriamente comprometido. Bacilloscopia positiva.

No que diz respeito á disseminação dos bacillos, *bem perigosos são estes doentes para os individuos que se põem em contacto com elles*. Não cuidam de si (para quem a tuberculose muitas vezes não é perigosa) e *contaminam desastrosamente o meio ambiente*.

Lambouzy, E. Hirtz, apregoam constantemente o grande perigo que constituem para a collectividade, para as creanças e lactentes—*ces vieillards tuberculeux cracheurs de bacilles, grands parents, qui pourront contaminer tout leur entourage*.

«Ce sont de vieux toussseurs atteints soit-disant, les uns d'un vieux catarrhe, les autres d'enphysème ou d'asthme, et qui souffrent en réalité d'une phtisie chronique fibreuse, cette forme de tuberculose atténuée si

spécial aux vieillards; or, si cette forme est peu dangereuse pour le malade, car elle peut durer trente á quarante ans sans l'emmenner, elle est d'autant plus dangereuse pour l'entourage et pour ceux qui sont en contact intime avec lui, car, toujours toussant, toujours chrachant, celui-ci projette continuellement des milliers de bacilles de Koch autours de lui, et personne, pas même lui, ne s'en méfie.» (Combe).

A tísica ulcerosa, classica dos velhos, traz os mesmos symptomas que a do adulto, se se trata de esclerosos brighticos, ás vezes cancerosos ou individuos accomettidos de affecções nervosas chronicas.

Com assiduidade se encontram as formas fibrosas.

A forma bronchitica está a merecer capital importancia pela sua incontestavel frequencia. E' o caso dos velhos que—apresentam todos os symptomas de uma bronchite chronica com emphysema sendo bem accentuada a dyspnéa. A escuta revela estertores sibilantes e roncantes, com exagero da sonoridade. Encontram-se nas bases estertores sub-creptantes. Apyrexia. Evolução benigna. Nos doentes brighticos—se pode pensar numa congestão edematosa dos vertices.

A tuberculose pode evoluir nos cardiacos, trazendo serios embaraços para o diagnostico, em face dos accidentes respiratorios das cardiopathias.

Cumpra nos ainda referir a forma pleuritica, evoluindo como a pleuro-tuberculose do adulto. E' mister não confundil-a com a pleurisia consecutiva á um infarctus ou á um hydrothorax.

Exclusivamente pelo estudo biologico do liquido se poderá fazer o diagnostico.



OBSERVAÇÕES



OBSERVAÇÕES

Asthma tuberculosa

J. A. A., 60 annos, branco, viuvo, roceiro, natural da Bahia, residente á Matta de S. João, entrou para a enfermaria de S. Lazzaro em 17-7-1924—serviço do Dr. Dario Peixoto.

Ha pouco mais de quatro annos vem soffrendo de dyspnéa, que se manifesta á noite. Em dias do mez de Julho, de 1924, seu mal recrudesceu, e por tal forma assim, que se viu coagido a procurar o Hospital Santa Isabel. Enviado para a enfermaria de S. Pedro, pouco se demorou ali, por isso que se verificou tratar-se de asthma de *origem bacillar*.

Asthma tuberculosa

J. F. M., com 42 annos de idade, solteiro, negociante, natural da Bahia, residente á rua S. Bento, n. 1.

Soffre de crises de asthma. Quando vem o acesso, este se acompanha de tosse secca, que se torna humida no fim da crise.

Iniciando-se a expectoração restabelece-se a respiração. Quasi sempre o acesso dura de uma e meia á duas horas. Occasiões ha, em que se repete a crise diversos dias seguidos. Ultimamente sobreveio-lhe uma febrícula (37º,6).

Baciloscopia do escarro: *positiva*.

Tuberculose pulmonar mascarada

C. A. S., 22 annos, pardo, solteiro, alfaiate, natural da Bahia, residente á Ladeira das Pedras, entrou para o Hospital Santa Isabel em 8 de Setembro de 1924, indo occupar o leito n. 5 da enfermaria de S. Pedro — serviço do Prof. Aurelio Vianna.

De quando em quando, calefrio, seguido de pyrexia, suores e cephaléa. Pallidez. Emmagrecimento. A inspecção, a apalpação, a percussão e a auscultação nada revelam de anormal para o lado do apparelho respiratorio; apenas um escarro de longe em longe. Como preponderavam na scena morbida, symptomas que por muito se confundiam com os do impaludismo, esta-

beleceu-se, por algum tempo, a medicação anti-paludica a despeito de ter sido negativo o exame de sangue.

Não surtiu nenhum effeito. Ainda como o exame de fezes revelasse ovos de ascarides, prescreveram-se-lhe os anti-helminthicos. Tambem desta feita foi debalde o tratamento. Afinal, lá um bello dia, o doente é levado ao X.

Eis o resultado do exame radiologico: — *vertices pulmonares bastante obscurecidos*. Em face de tal resultado, procurou-se fazer o exame de escarro, que foi *positivo*.

Pleurite apicilar

M. O. S., 19 annos, branco, solteiro, empregado no commercio, natural de Sergipe, residente á rua Dr Seabra.

Fremito thoraco-vocal diminuido. Ligeira sub-massicez, mais accentuada na zona de alarme. Respiração intercadente. Atritos. Dores na região escapular. Adenite super-clavicular. Exame radiologico: *vertices pulmonares obscurecidos*.

Bronchite aguda tuberculosa

M. D. S., brasileiro, de 34 annos de idade, pardo, residente em Itaparica, Bahia.

Catarrho do naso-pharynge, acompanhado de febre, tosse com expectoração muco-purulenta e intensa anorexia. Respiração rude. Estertores sonoros sibilantes e roncantes, mais acentuados nos vertices pulmonares.

Baciloscopia do escarro: *positiva*.

Bronchite chronica de origem bacillar

A. M. C., com 50 annos de idade, solteira, empregada em serviço domestico, natural da Bahia, residente á Ladeira das Hortas n. 21.

Emmagrecimento; tosse, expectoração muco-purulenta rara; sub-maciszez; respiração rude; estertores sub-crepitantes em ambos os pulmões, porem mais acentuados no vertice do pulmão direito.

Baciloscopia: *positiva*.

Bronchite chronica e emphysematosa de origem bacillar

O. R. C., brasileiro, 46 annos, pardo, pescador, residente em Itaparica, Bahia.

Emmagrecimento, febre, tosse com expectoração muco-purulenta. Dyspnéa. Thorax globuloso, ectasico. Diminuição do fremito thoraco-vocal. Diminuição bila-

teral do murmurio respiratorio. Estertores sonoros sub-crepitantes.

Baciloscopia do escarro: *positiva*.

Asthma e emphysema chronico

M. L. R., brasileiro, 6 annos, preto.

Doente do ambulatorio da Clinica Pediatrica—serviço do Prof. Martagão Gesteira.

ANAMNESE DA DOENÇA: — Relata a mãe do pequeno que a doença appareceu, após um acesso de sarampo, depois do qual, elle começou a inchar ficando com o pescoço enorme. Veio febre, acompanhada de tosse e muita falta de ar que perturbava o somno. Capitulou o mal de asthma.

Anamnese do doente { *Antecedentes individuais:* — Teve gastroenterite no periodo de dentição; impaludismo e sarampo.
Antecedentes familiaes: — Pae syphilitico e portador de uma bronchite chronica suspeita de origem tuberculosa. A mãe queixa-se de dores reumatismaes.

EXAME DO DOENTE: — O que para logo salta a vista, é o thorax globuloso (em barril), uma tosse pertinaz e grande dyspnéa.

EXAME DO APPARELHO RESPIRATORIO

Inspecção: — Thorax inspiratorio, ectasico; diminuição bilateral da intensidade dos movimentos respiratorios; arborização venosa na face anterior do thorax (signal de Magiori); hypertrophia dos musculos espinhaes (longo dorsal e ileo-costal).

Apalpação: — Assymetria dos movimentos respiratorios (signal de Ruault); fremito thoraco-vocal diminuido; hypertrophia dos glanglios supra-claviculares e de alguns auxiliares.

Percussão: — Sonoridade tympanica. Massicez para o lado da base, á direita.

Ascultação: — Diminuição bilateral do murmurio respiratorio, expiração prolongada e rude no apice essencialmente na zona de alarme — Chauvet — Alfredo Britto, estertores sibilantes e roncantes por todo o thorax.

Radioscopia: — Hypertrophia dos ganglios medias-tinaes, formando verdadeiro lymphoma.

Cuti-reacção: — Fortemente positiva.

Helminthoscopia: — Ovos de ascarides.

Temperatura: 37°,6.

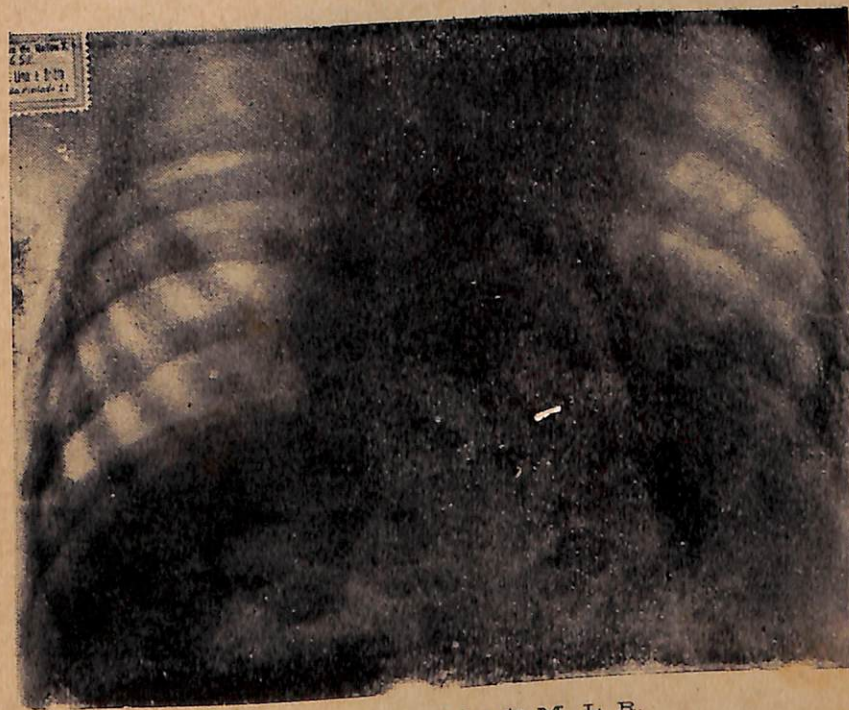
Peso: 12 kilos.



M. L. R.
(Thorax globuloso, ectasico.)



M. L. R.
(Thorax globuloso, ectasico).



Radiographia dos pulmões de M. L. R.
(Hypertrophia dos ganglios mediastinaes formando verdadeiro lymphoma)

FORMULA LEUCOCYTARIA

Polynucleares	neutrophilos	64,25%
»	eosinophilos	0,5%
Grandes mononucleares		0,25%
Medios	»	8,5%
Lymphocytes		22%
Formas de transição		4,5%

INDICE DA ARNETH

I	II	III	IV	V
$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{48}$	$\frac{1}{36}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{1}$
Quociente de desvio = 2,5				

EXAME DA URINA

Quantidade	277 c. c.
Côr	amarella citrina
Aspecto	limpido
Consistencia	fluida
Cheiro	amoniacal
Transparencia	completa
Superficie	limpa
Deposito	pequeno e floccoso
Reacção	neutra
Densidade	1010
Urobilina	traços

Albumina	não tem
Glycose	»
Bilis	»
Pus	»

Forma larvada dyspeptica

T..., 3 mezes, nascida a termo, alimentada ao seio durante um mez, e a partir dahi com leite e farinha Nestlé. Levaram-na ao medico, por isso que achava-se na acommetida de *dyspepsia*. Regorgitamentos, vômitos, evacuações dyspepticas acidas. Hereditariedade: *avó tuberculosa*. Pequena estatura. Peso: 3500 grammas. Emagrecimento. Pallidez. Facies: vaso-dilatada; hypertrichose, mucosas vermelhas, mãos humidas sem rachitismo. Micropolyadenite. Hepatomegalia. Baço normal. Não ha signaes locais nittidos. Röntgen: *sombra glanglial bilateral*. Mantoux: *positiva 8 mm*. Tratamento: leite albuminoso. Augmenta o peso.

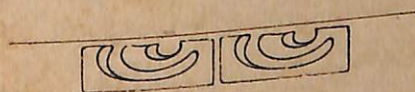
Foi suspenso o tratamento por isso que a familia retirou-a do hospital.

(Combe)

M..., 6 mezes, nascida a termo. Creada ao peito até um mez. De um a cinco mezes se alimentou exclusivamente de farinha Nestlé!

Pesa 3070 grammas. Procurou o medico devido a uma indigestão acolytada de vomitos. Bellissima creança, absolutamente normal na apparencia. Nenhum traço de rachitismo. Fígado e baço normaes. Com 5 mezes nasceu-lhe o primeiro dente. Mantoux 5mm.

Pirquet: — *positiva*. Radioscopia: *adenopathia bilateral nittida*. Temperatura: surtos thermicos. A familia recusou o tratamento pela tuberculina. *Trop bel enfant*.
(Combe)



VISTO

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 30 de Outubro de 1924

O SECRETARIO

Dr. Anselmo Pires de Albuquerque

ERRATA

Pg.	Onde se lê:	Leia-se:
13	abriram novos	abriram-se novos
15	bacillo de Kock	bacillo de Koch
18	ficaram lactentes	ficaram latentes
»	a infecção tuberculosa	á infecção tuberculosa
»	reage a tuberculina	reage á tuberculina
»	resistencia a infecção	resistencia á infecção
19	reage a tuberculina	reage á tuberculina
20	oxigena	exogena
»	histologico morphologico	histo-morphologico
»	cicacatriz	cicatriz
22	ao lupus e a maioria	ao lupus e á maioria
24	seguinto-se a linaphangite	seguinto-se a lymphangite
»	Baumgartner	Baumgarten
25	estado ellergico	estado allergico
»	submettidos a contaminação	submettidos á contaminação
»	Reomer, Galmette	Roemer, Calmette
26	Galmette	Calmette
27	á reagir a tuberculina	a reagir á tuberculina
28	surge a um estado	surge um estado
30	pela pela hypoacidez	pela hypoacidez
32	tendencia a localisação	tendencia á localisação
33	inteiramente	inteiramente
»	Organismo terreno	Organism o terreno
»	tuberculisavel	tuberculisavel
»	Terreir	Terrier
»	a descalcificação	á descalcificação
34	da tuberculose	da tuberculose
»	Jovanovilhé	Jovanovitsch
»	couland	coulaud
35	á crer	a crer
39	pulmona	pulmonar
45	a perturbações	á perturbações
49	dolorosa e escassa;	doloroso e escasso;
60	conservam se	conservam-se
61	á depender	a depender
»	Muco-purulente	Muco-purulenta
62	a caracterisam	o caracterisam
63	Os individuo	Os individuos
»	sub-creptantes	sub-crepitantes
»	Koch	Koch
68	l'entaurages	l'entourage
»	sub-creptantes	sub-crepitantes
74	a vista	á vista
75	Assymetria	Asymetria
77	nitt dos	nitidos
»	glanglial	ganglial