

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

AGOSTO DE 1932

N. 4

Publicação mensal

Direção científica:

Florencio Ygarlua
Docente e chefe de clínica da catedra de Pediatria

Waldemar Job
Chefe de clínica da catedra de Terapêutica

D. Soares de Souza
Assistente da catedra de Psiquiatria

Secretários da Redação:

L. Soares Machado
E. J. Kanan

Gerente: L. Marcos

Redatores:

Annes Dias
Pereira Filho
G. Maciel
Olávio de Souza
H. Wallau
Homero Jobim
D. Martins Costa
Martim Gomes
Guerra Blessmann

Jomaz Mariante
Jacinto Godoi
Raul di Prímo
Hugo Ribeiro
Pedro Pereira
Atílio Capuano
Enio Marsiaj
Flores Soares
Helmut Weinmann

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara n. 264 — 3.^o andar

Endereçar tudo o que for relativo à Redação aos secretários

Assuntos comerciais com o gerente L. Marcos, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Cientistas Brasileiros



Dr. Saint Pastous

Director do Instituto de Radiologia Clínica

Trabalhos originais

A Radiologia na Tubercolose pulmonar infantil

por

Saint Gastous

O anseio pela posse do diagnostico positivo continua sendo em nosso tempo a cogitação precipua da medicina científica.

Sem pensarmos na pretensão de aludir mesmo por alto á marcha vertiginosa e empolgante da medicina contemporânea, a cada passo mais sedutora no esplendor quasi inacessivel de sua grandeza, diríam os que a nossa época sé tem assimilado pelo progresso surpreendente dos métodos de investigação directa, tendentes á consecução de diagnosticos fundamentados em elementos de valor real e inconteste.

E esta tendência manifesta para o concreto no terreno da diagnose clínica tem imprimido profunda transformação, sinão radical renovação, a quasi todos os capítulos da patologia humana, quer no terreno do diagnostico, como no campo doutrinário em que se discutem os problemas etio-patogenicos e as tendências da lesão anatomica para a regressão curadora ou para a disseminação e agravação fatais.

Os atuais métodos e técnicas de perquirição diagnostica armam o clínico de meios e possibilidades para o acesso mais rápido, mais seguro e mais positivo ao conhecimento da lesão causal da doença, como da sua natureza e evolução.

E a Radiologia constitue, sem dúvida, uma das veredas de mais fácil escalada que o clínico tem á sua disposição para atingir em grande numero de casos o objectivo supremo de suas cogitações.

Quem ousaria, sem proclamar-se réu de ignorância, discutir no momento atual a influencia decisiva e insubstituível da Radiologia na solução dos mais complexos problemas de diagnostico e prognóstico da tuberculose pulmonar.

Entretanto, mentalidades e convicções ha que, por ignorância ou rotina, se obstinam na repetição incongruente de falsos conceitos. Entre estes, e o de maior resonância, é o pregão do confronto e da discrepancia entre o **diagnóstico clínico** e o **diagnóstico radiológico** da tuberculose pulmonar em suas variadas fórmas e em seus diversos períodos de evolução.

— Surpreende e contrista que ainda se faça mistério chamar

atenção para o verdadeiro sentido da palavra "diagnóstico" e do conceito clínico que ela exprime e que ela traduz.

— Aqueles que debateram sapientemente sobre as prerrogativas do diagnóstico clínico e do diagnóstico radiológico, esquecem ou ignoram que o diagnóstico só pode ser um, muito embora vários e diversos sejam os meios e recursos que conduzem a ele.

— Admitir multiplicidades de fórmas ou naturezas de diagnóstico é estabelecer a confusão entre verificação de sinais, de sintomas, de lesões e o acto supremo de análise e dedução elaborado pelo senso da razão, sob as inspirações de profundo e completo conhecimento da matéria em questão.

Diagnóstico clínico, em contraposição a diagnóstico radiológico, de tuberculose ou de outra qualquer entidade morbida, quereria significar diagnóstico feito sem o auxílio da radiologia, e por sua vez diagnóstico radiológico seria aquele que resultasse directa ou exclusivamente do exame pelos raios de Röntgen, na transparencia luminosa do écran fluoroscópico ou no contraste de sombras do filme radiográfico.

— Ou seja pelo emperramento obtuso de ainda confundir radiologia com "atelier" fotografico, ou seja pelo desconhecimento das finalidades e atribuições da especialidade radiológica, já não é sem tempo que uns e outros dos que assim creem e assim falam, hajam por bem saber que a radiologia é um dos tantos factores de que o clínico oportunamente se socorre para esclarecer duvidas, para desfazer incertezas e para surpreender fenómenos silenciosos e inacessíveis a outros meios de investigação, ineficientes aqui, mas decisivos e únicos aeolá.

— Não é nosso propósito, neste lugar, debater a questão secundaria de com quem está a supremacia entre os diferentes processos de exame no diagnóstico da tuberculose pulmonar. E, isto, sobretudo, porque entendemos que o ideal na prática seria recorrer, quando possível, a todos eles, ou, caso contrario, exigir do clínico o bom senso e a clarividencia de lançar mão daquele ou dos que sejam, entre todos, os mais eficientes e seguros.

— Por vêrmos que em compendios recentes, escritos especialmente sobre o problema clínico-social da tuberculose pulmonar, ainda se renovam pontos de vista e interpretações destoantes das verdadeiras aquisições da moderna radiologia, e um tanto com o fim de difundirmos verdades proclamadas por autoridades de renome consagrado, intercalaremos nossos comentários com algumas citações interessantes.

Simon e Redeker — Manual Práctico de Tuberculosis Infantil, 1932 — afirmam que "cuando se ha adquirido una experiencia grande sobre las particularidades del quadro roentgenológico infantil, se sabe interpretar fielmente los hallazgos de la radioscopya sobre todo y se conocen las modificaciones en las diferentes etapas de la tuberculosis del niño, se llega a considerar la investigación radiológica como el eje, la columna vertebral del diagnóstico de la tuberculosis. Es indudable que para una buena valoración de los procederes roentgeno-

logicos es precisa una gran experienzia, buena tecnica e una exacta critica. No creemos que la investigacion radiologica aislada sin ocasion de exames clinicos preste todos los conocimientos precisos y resuelva todas las dudas. Se debe por uno mismo examinar clinica y radiologicamente."

— Não temos regateado ensejos para insistir sobre a exacta significação da radiologia clinica. Seus resultados têm que ser interpretados clinicamente, pelo radiologo si ele dispõe de elementos, ou, então, ao clinico cumprem o direito e o dever de submeter os achados da radiologia á analise clinica, completando-lhe a interpretação, confirmando-a integralmente, ou, pelo contrario, dela discordando por partes ou "in totum".

Verdade é que, infelizmente, quando o complemento dessa dupla tarefa se comete isoladamente pelo radiologo e pelo clinico, muitas, e inevitaveis, são as causas de erro supervenientes que motivam falsas interpretações.

A tuberculose pulmonar, e maxime a tuberculose infantil, constituem vasto e ingrato campo de incertezas e intranquilidades de ordem diagnostica, prognostica e terapeutica, para cujas soluções o espirito clinico possue, hoje em dia, o valioso subsidio do exame radiologico.

São de Ribadeau-Dumas — La Tuberculose Pulmonaire du Nourrisson — estas palavras:

"Os progressos da técnica radiologica permitiram um estudo muito mais aprofundado da tuberculose do lactente do que o que podia ser feito pela verificação só dos sintomas funcionais e dos sinais estetacusticos. O exame pelos raios X nos aparece agora como devendo necessariamente fazer parte do metodo clinico, que permitirá establecer o diagnostico da tuberculose e seguir a evolução das lesões, quer tomem elas uma marcha extensiva, ou, ao contrario, tendam para a cura".

Ainda não esgolaram o requintado sabor de problemas de actualidade as discussões em torno da magna questão do mecanismo segundo o qual se operam a invasão e a evolução da "primo-infeccão" tuberculosa no organismo infantil.

— Antes da era radiologica a tuberculose pulmonar do lactente passava muitas vezes despercebida, exceptuados os casos extremamente graves e fatais. Comme trop souvent l'examen restait mystique pendant la vie et que seules les grosses lésions étaient accessibles à l'exploration stéthoscopique, le diagnostic était rarement fixé. La tuberculose du premier âge passait ainsi pour être toujours fatale. (Ribadeau-Dumas).

— A radiologia veiu precisamente abrir a possibilidade ao clinico de perserutar a iniciação, silenciosa muitas vezes, da lesão pulmonar em sua fase anatomica (Araoz Alfaro). "A vulgarização da pratica da cutireacção de von Pirquet, e do exame radiologico sistematico dos lactentes embora em condições aparentemente normais, veiu modificar radicalmente a concepção antiga criando uma nova e segura orientação no problema das formas iniciais e do prognostico da tuberculose infantil". (Pedro Maeiç).

— Bastaria lembrar os trabalhos classicos de Assmann, Redeker, Ranke, Simon, Léon Bernard, Sergent, Ribadeau-Dumas, Alfaro e outros, sobre o problema anatomo-clinico das infiltrações precoces, para realçar a preziosa colaboração da radiologia na atual concepção da frequencia, da séde, das vias de acesso, da evolução, das fórmas anatomo-clínicas, do prognóstico, do diagnostico diferencial, da orientação terapeutica, da profilaxia social nos casos de tuberculose pulmonar infantil.

Não só no campo do diagnostico da tuberculose pulmonar infantil é a radiologia util ao clinico, mas, sobretudo, na formação do juizo prognóstico pela possibilidade de precisar o tipo das lesões, a sua extensão, as suas complicações, a sua actividade ou virulencia, a sua tendência regressiva ou, pelo contrario, a manifestação de carácter difusivo, grave e fatal.

— Sob esta modalidade subsidiaria da clínica, é inestimável a colaboração da radiologia, permitindo ao pediatra surpreender preocemente a extrema gravidade da lesão incipiente, e, em casos outros, restabelecer no espirito angustiado da familia a serena confiança em um porvir seguro de cura clínica.

Para colimar com o maximo de eficiencia este objectivo de tão grande significação preconizam os autores a técnica das radiografias instantaneas seriadas.

— São ainda de Ribadeau-Dumas as seguintes afirmações: "Não ha meio mais preciso nem mais fiel para seguir a evolução da tuberculose que os exames radiologicos, radioskopias e radiografias, em série. Este metodo permite, com efeito, seguir passo a passo a evolução da lesão verificada directamente pelos raios X..... Em suma, o prognóstico radiológico não repousa sinão no exame comparativo das radiografias tomadas em séries sucessivas, que só elas permitem seguir a regressão anatómica das lesões."

— Ainda em relação á interpretação da localização e da natureza das sombras hilares, importantes são as deduções praticas atinentes ao prognóstico da tuberculose infantil.

Rist e Levesque estudando a diferenciação prognostica das sombras juxta-hilares e juxta-traqueais, assim concluem: "As primeiras dão a significação de sombras pulmonares e traduzem localizações juxta-hilares da lesão pulmonar inicial. Estas imagens, quando existem isoladas, sem outras imagens patologicas, curam muitas vezes. On assiste, dans les mois qui suivent leur découverte, à la disparition des ombres hilaires anormales, le seul souvenir qui en reste étant une ou plusieurs taches caleifiées." "Ao contrario, a verificação da sombra juxta-traqueal direita é na criança tuberculosa de um prognóstico severo."

Embora a significação desta imagem, que corresponde á classificação ganglionar, não seja absoluta, convém entretanto reter o sentido de extrema gravidade das sombras juxta-traqueais em relação ao prognóstico vital do pequeno paciente.



Tuberculose da Primeira Infância Estado alergico — Localizações pulmonares primitivas

por

Décio Martins Costa
Do Hospital São Francisco

Há dez anos se vem modificando toda a teoria da Tuberculose. Hoje está estabelecido ter a Peste Branca sua origem na infância, para conferir ao organismo que a enfrentou, não só a alergia, como também relativa imunidade.

Que pôde ser quebrada essa imunidade por sobrecargas bacilares, ou que, gradativamente, se atenué, acompanhando os estados de desnutrição de um organismo combatido, são noções adquiridas, graças aos trabalhos de uma pleia de cientistas da estatura de Behring, Calmette, Sergent, Pirquet, Hamburger, para não citar sinônimo os nomes de mais destacada significação.

Mas, si assim é, si na criança se deve investigar o primeiro contato do organismo humano com a Tuberculose, impõe-se a observação cuidadosa dessa luta; torna-se necessária, de um lado, a investigação dos meios de contagio, das vias de penetração do germe, sua primeira localização anatômica, dos seus processos de ataque, e, do outro lado, das resistências que lhe são opostas, das reações locais e gerais, do estado de alergia, enfim, índice da luta do organismo contra o bacilo que o sensibilisou.

Não seria possível que me propusesse a fazer comentários em torno de cada um desses problemas. Limitar-me-ci a tratar tão sómente da Tuberculose da primeira infância, de seu estado de alergia, de suas localizações anatomicas primitivas, de seus processos de regressão ou progressão.

Frequencia — Há vinte anos ainda se supunha raríssima a tuberculose na infância; trabalhos de Aviragnet e Pirquet vieram, aos poucos, contestar essa raridade. Ficou a noção de que si não era excepcional no lactente a tuberculose, funesta deveria ser sempre sua marcha, dada a tendência à generalização de todos os processos infecciosos da primeira infância e mais particularmente dos lactentes.

Gravidade da infecção — Ouve-se ainda hoje, e com mais frequência do que fôr licito supôr em vista dos modernos estudos, ser fatal a tuberculose no lactente, sempre caracterizada pelo adiantado estado de desnutrição do organismo, pelos surtos febris, os suores, a anemia, a inapetência e o tetraico desfecho da tuberculose miliar, às vezes a se esteriorizar na forma meningéa.

Vae tão longe essa noção da letalidade da infecção tuberculosa

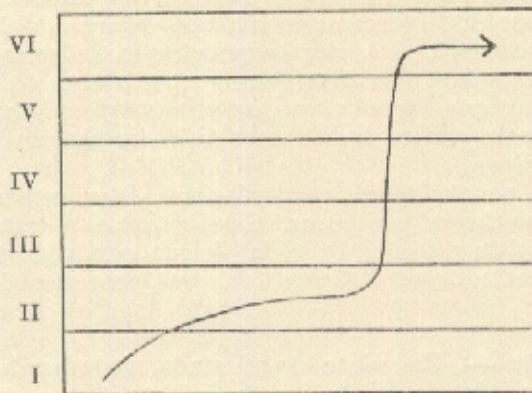
na infancia, que ate mesmo muitas instituições de higiene, como a de vacinação pelo B. C. G., a proclamar a eficacia dos processos de luta contra a bacilose, contentam-se em verificar a baixa de mortalidade, sem maiores preocupações pelo problema capital, isto é, si diminuiu, de fato, o numero de crianças enja tuberculose, embora sem manifestações clinicas, podesse ser revelada pelas provas da tuberculina e exames radiologicos.

ESTADO ALERGICO

Problema diagnostico — Muito, pois, deve interessar o diagnóstico da tuberculose na infancia.

Mal andará quem pretender esperar pela eloquencia dos quadros clinicos para firmar o diagnóstico da tuberculose. Muito menos do que para o diagnóstico, vale o aspéto clínico do doente como orientação prognostica. Assim, a classica descrição da criança de facies simeiso, semelhante ao da decomposição alimentar, com temperaturas vesperais, com suores à noite, com tosse, com dispnéa, com sinais objetivos à percussão, apalpação e ausculta, são muito menos a expressão de um caso de tuberculose, do que a caracterização de seu quadro final — a tisica — sempre mortal.

CURVA DE ALLERGIA



Complexo primario enrado sem consequencias, conforme Simon — Redeker.

Bem ao contrario, pode a tuberculose evolver na criança sob apagada sintomatologia. Impõe-se, por isso, a necessidade de surpreender-la mal tenha ela assaltado o organismo.

Assim, a mais leve irregularidade na nutrição de um lactente, o peso que estacione, embora propria a alimentação; uma temperatura que oscile, sem causa que se verifique; um sono inquieto e, principalmente, a possibilidade de contagio, são motivos suficientes para que se levante o problema diagnostico e se faça, imediatamente, a reação de Pirquet.

Reação de Pirquet — Desde que Noeard, depois do fracasso da tuberculinoterapia de Koch, começou a se valer da tuberculina para diagnóstico da tuberculose dos bovídeos, não cessou nos meios pediatrivos a atividade no sentido de poder aplicá-la ao homem.

Falharam no entanto inúmeras tentativas, pois com a injeção de tuberculina coincidiam as peioras do doente, não só quanto ao estado geral (temperatura, sensorio, etc.), como também pela intensa reação peri-focal.

Só em 1907 von Pirquet, de Viena, veiu a descobrir a cuti-reação, processo diagnóstico que tanta luz iria trazer à questão da tuberculose.

Vejamos como descreve Marfan a experiência:

"Levado, principalmente, pelos caracteres da vacina Jenneriana nos homens já vacinados, teve Pirquet a idéa de pôr uma gota de tuberculina sobre a parte superficial do derma **desnudado** por uma escarificação da epiderme e de observar em seguida o que se passava nos indivíduos tuberculosos e nos não tuberculosos."

Para mais segura interpretação das reações observadas, aconselha a maioria dos autores a prática de duas escarificações; uma contendo a tuberculina e a outra apenas para testemunha.

Nos indivíduos não tuberculosos não se observa nenhuma modificação entre as duas escarificações; apenas há, às vezes, sobre a que recebeu a tuberculina uma vermelhidão leve, limitada e transitoria, mas cicatrizando tão depressa, quanto a que serve de testemunha.

Nos indivíduos tuberculosos, isto é, quando a reação é positiva, depois de umas 12—24 horas, às vezes 48, aparece uma mancha vermelha, não muito extensa e saliente; depois de 24 horas, torna-se esta mancha uma papula vermelha, dura, edematosas; no fim de 36 horas a reação atinge o máximo, e a papula aumenta de diâmetro em todos os sentidos. Assim se conservando mais ou menos 24 horas, começa a papula a envolver, empalidecendo e ponco a pouco desaparecendo até o 6.^o—7.^o dia. Algumas vezes, porém, é retardada a reação, convindo por isso fazer a leitura depois de 3 e mesmo 4 dias.

Positiva a reação de Pirquet, impõe-se uma dedução: o indivíduo é portador de bacilos tuberculosos vivos, tem em si um fóco tuberculoso. Pode estar esse fóco tuberculoso em plena evolução, ou permanecer em latência; um fóco é indissociável (Czerny, Finkelstein, Marfan, Nobécourt, Lereboullet, Hamiburger) um bacilo, no mínimo, há de estar vivo nos pulmões, nos ganglions linfáticos, ou onde quer que seja.

Marfan, e com ele a maioria dos autores vai ainda mais longe e com muita razão acentua não haver abaixo de um ano, infecção bacilar em repouso, devendo ser pois a cuti reação positiva índice seguro de uma tuberculose em evolução.

A técnica de Pirquet tem sofrido várias modificações, entre elas destacando-se as seguintes:

1.^o) **Reação sub-cutânea de Hamburger:** Injéta-se por via hidromática 0,1 mmgr. de tuberculina antiga (0,1 cc. de uma solução de 1% em soro fisiológico com 0,5% de ácido feníco). Se a reação é ne-

gativa pôde-se fazer uma segunda injeção de um mmgr.de 0,1 cc de uma solução a 1%.

2.) **A intradermo reação de Mautoux:** Com diluições que se podem diminuir de 1 por 1.000 a 1 por 500, 1 por 100 e até 1 por 10. Injetá-se a tuberculina no tecido intradérmico da região deltoidiana.

A intradermo reação é um processo muito sensível, talvez a mais sensível das provas de tuberculina. E', porém, de técnica mais complicada.

Finkelstein não a emprega sinão quando negativa a reação de Pirquet.

3.) **A prova per-cutanea de Moro** — Com a pomada Ektebin (5 cc. de tuberculina e 5 cc. de lanolina anhidra). E' bastante fazer fricção com uma pequena quantidadade de pomada (tamanho de uma ervilha) na pele do peito, até que essa fique seca e fazer a leitura nas 24—48 horas depois.

A reação positiva se caracteriza pela formação de pequenas papulas disseminadas na zona da fricção. Às vezes é mais intensa a reação e não raro se manifesta por um exantema fugaz do tipo saramposo.

Por sua grande simplicidade a permitir facil emprego na clínica privada, tenho dado decidida preferencia a esse methodo.

Ele é sensivel em extremo, bastando considerar ser o preferido nos dispensarios de Tuberculose em Berlim.

No Hospital S. Francisco, já observei doentes com reações negativas pelo Pirquet, reagirem positivamente ao processo de Moro.

Acredito, porém, na insuficiente eficacia da tuberculina lá usada.

Que me seja permitido abrir um parentesis, para estranhar o pouco emprego entre nós, das provas da tuberculina. Com exceção dos médicos pediatras, muito poucos recorrem a tão valioso meio diagnóstico para tuberculose na infancia. E quanto não seria de desejar que ao atender a uma criança pensassem os clínicos gerais serem bem diversas das do adulto as reações biológicas da infancia...

Justifica-se, pois, a insistencia em torno de um método que, de todos conhecido, vai aos poucos caindo em desuso, pelo simples fato de ser inexpressivo na clínica de adultos.

Reação de Pirquet e marcha de alergia — Mas não só como meio de diagnóstico vale a prova de Pirquet. Ela foi mais longe e tem sido servido quasi que para medir a marcha reacional do organismo contra a tuberculose.

E' assim que pequenos fócos tuberculosos pôdem despertar intensa reação alérgica e, ao contrario, darem processos de generalização bacilar apenas um esboço de reação positiva e muitas vezes mesmo, reação francamente negativa.

E' que a reação positiva à tuberculina indica o estado de alergia: de luta do organismo infectado contra o germe infectante, ao passo que a reação negativa pôde indicar ou a inexistencia da infecção ou, bem ao contrario, a vitória dela sobre as defezas orgânicas: a alergia

negativa, ou anergia. Cresce, pois, de significação a marcha da alergia, uma vez obtida uma primeira reação positiva.

Si a coincidir com o bom estado geral do paciente, diminui de intensidade a reação de Pirquet, é possível supor que o organismo mantém a alergia, ao mesmo tempo que adquire relativa imunidade. Si, ao contrario, com o evolver do mal, peiora o estado geral do organismo, irá a reação de Pirquet indicar a intensidade da luta e as possibilidades de defesa do doente. Vemos assim se tornar intensamente positiva a reação, para, a pouco e pouco, ir enfraquecendo, até permanecer negativa, na desalentadora expressão de **anergia**, ausência de defesa e portanto de imunidade.

O mesmo fenômeno, mas sem obedecer às mesmas causas, é verificável quando o organismo em alergia tuberculosa, contrai molestia infeciosa, como gripe, sarampo, escarlatina etc. Por fenômenos biológicos não ainda fóra de dúvida, entra o organismo em estado de **anergia**. Acredita Marfan serem os anticorpos do organismo mobilizados em massa contra a infecção aguda, dando treguas assim à luta contra a tuberculose, e portanto fazendo cessar a alergia.

O estudo da alergia de tal maneira tem impressionado, que muitos autores se propuseram descrever a evolução da tuberculose em períodos, e relacionar os processos anatomo-patológicos dessa evolução às alternativas de **anergia** e **alergia**.

Dentre esses autores sobresae Ranke que, sem cessar, procurou relacionar a diversidade das localizações anatomo-patológicas da tuberculose, de suas reações peri-focais e gerais, para por fim chegar à conclusão de que a marcha da alergia, i. é, "o modo de responder ao estímulo do corpo atacado pelo vírus tuberculoso, é decisivo para a marcha das lesões pato-morfológicas, assim como para sucessão dos períodos anátomicos e dos quadros morbidos correspondentes."

Divide Ranke em três períodos a evolução da tuberculose:

- 1.º Período de incubação e prodromos
- 2.º " de auge, de participação de todo o organismo e de anafilaxia
- 3.º " final, de terminação, ou de circunferição da enfermidade em fócos localizados com imunidade absoluta ou relativa.

Simon e Redeker depois de comentarem a teoria de Ranke acham, pelo contrario, se produzirem as modificações alérgicas apenas entre 2 pólos: A sensibilidade às toxinas, um, e a resistência à imunidade, outro.

E, pois, a imunidade na tuberculose, mais função do próprio estado alérgico do organismo, do que resultado de um verdadeiro processo de cura de lesão tuberculosa. Bem diversa, portanto, da noção de imunidade das molestias agudas, só conseguida depois da cura da doença (sarampo, variola, difteria etc.).

Aschoff refere-se a um período de primo-infecção e um período de re-infecção. Hübchmann considera como re-infecção todo fóco que aparece depois da primo-infecção, principalmente as metastases por via hematogênica, já observáveis nas crianças entre 2 e 8 meses.

Simon e Redeker acham impossível a demarcação dinâmica e cronológica entre a prima e re-infecção e concluem: "com o aumento dos conhecimentos sobre a evolução do fóco tuberculoso, a época das divisões em períodos vai decaindo. Em lugar dos períodos aparece um conceito empírico da evolução: o desenvolvimento dos fócos tuberculosos diversos e como unidade ou manifestação fundamental o **câncer tuberculoso** e a análise de suas diversas fases."

O estudo das reações alérgicas deve deixar bem nítida uma noção: a de que não se poderão confundir em manifestações biológicas e clínicas a tuberculose da infância com a do adulto.

A tuberculose da infância é primária, instala-se — tal seja a carga bacilar — ou avassalando por completo o pequeno organismo sem defesas; ou, insidiosamente, sensibilizando-o primeiro, para só depois arrancar dêle os processos reacionais, tirando-a da anergia para a alergia.

Não é de estranhar, pois, sejam mais atenuadas as manifestações clínicas da doença, de vez que as reações biológicas só se manifestam um mês em média depois do ataque bacilar, espaço de tempo que constitui a chamada fase **pré-alérgica**.

Ao contrário a tuberculose do adulto, sendo secundária, é sempre a expressão da quebra da imunidade adquirida; deve se revelar, como de fato se revela, por uma sintomatologia clínica mais viva, mais expressiva.

LOCALIZAÇÕES ANÁTOMICAS

Sí demonstra a cutânea reação a existência da infecção bacilar e sí, falha, por vezes, a investigação clínica para o diagnóstico da localização anatômica, cresce de importância a radiologia neste particular.

Pode-se mesmo afirmar estar calcado quasi que exclusivamente em estudos radiológicos todo o capítulo das localizações anatomicas da Tuberculose.

Sem disentir a controvertida questão das vias de penetração do germe, procurarei estudar, fazendo rápida síntese das discussões que este assunto tem provocado, a localização anatômica inicial da tuberculose toracica e seus processos de extensão e regressão.

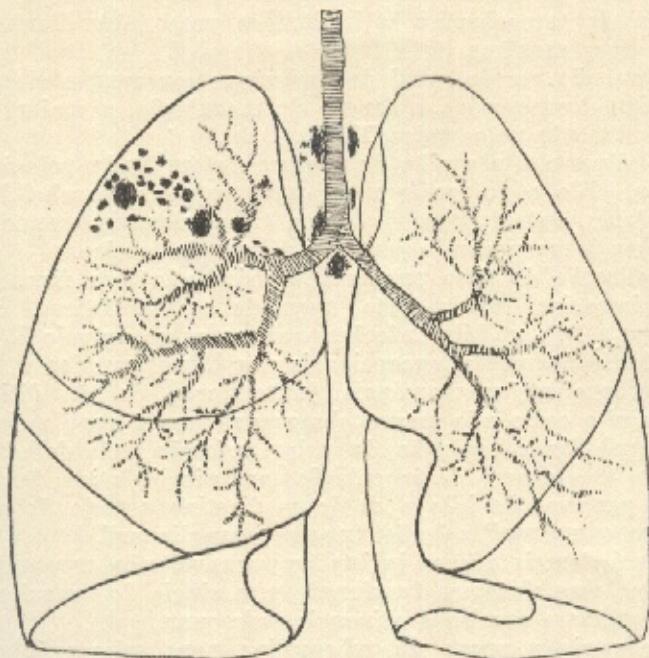
Duas fases caracterizam os estudos tendentes a pôr em evidência a primeira localização tuberculosa: a fase anatômica e a radiológica.

Fase anatômica — Diversos foram os investigadores, dentre eles se destacando Parrot e Küss na França; Conheim, Albrecht, Hedren, Aschoff e Gohn na Alemanha.

Dos estudos feitos em cadáveres de crianças no máximo com 4 anos de idade, resultou a convicção de que é, em sua grande maioria, respiratória a tuberculose infantil e tem lesão anatômica inicial no **pulmão**, daí se propagando, por via linfática, aos ganglios hilares e traqueo-bronquicos.

Tal é a lei de Parrot, confirmada por Kuss, Albrecht, Hedren, Gohn, Ribadeau Dumas e outros.

Contraria a esse modo de vêr, estatúe a lei de Cohnheim, haver sempre uma lesão tuberculosa, no ponto pelo qual o bacilo penetrou no organismo.



Progressão da tuberculose durante o primeiro estagio, segundo RANKE. (Fóco primario com metastasis nos espaços linfáticos, vias linfáticas centripetas e ganglios regionais).

Do livro de Simon—Redeker.

Calmette, por seu lado, partidário da tuberculose de origem bovina, reconhece a via digestiva como portadora do bacilo que, englobado por um leucocito polinuclear, é arrastado para a circulação linfática e daí para a sanguínea até que vá parar, num pulmão ou outro órgão, onde os processos perifocais o englobam, determinando a latencia do mal; ou, hipótese mais feliz, é eliminado com o leucocito que o domina pelo figado e intestino antes mesmo de determinar lesão.

Fáse radiologica — Aos estudos de dissecação sucedeu a incessante e promissora atividade radiológica a descobrir não já o achado de autopsia, mas a lesão em seu estado inicial, na sua comum localização anatomica e, mais do que isso, permitindo acompanhar a evolução do fóco tuberculoso quer em sua tendencia à extensão, quer à regressão.

Sobresairam nestes estudos, Ranke, Ribadeau Dumas, Debré, Lezoux, Engel, Neuland e Eliasberg, Aschoff, Klare, Simon e Redeker.

Confirmam todos esses cientistas a lei de Parrot, segundo a qual é o pulmão a séde da lesão inicial da tuberculose infantil. Como divergem apenas em detalhes e nomenclatura as interpretações dos acha-

dos radiologicos, parece-me mais pratico sintetizar a noção adquirida de todos esses trabalhos.

Levado ás vias respiratorias o bacilo tuberculoso, vai êle determinar no pulmão o fóco inicial, o cancro de inoculação, o "primaer-affekt" dos autores alemães, a infiltração precoce de Ranke, "primo infection" dos francêses.

Haja ou não reação geral do organismo, ou mesmo sintomas respiratórios do doente, pôde o cancro de inoculação, a maior parte das vezes, ser revelado pelos raios X.

Muito diverso é o aspēto da sombra determinada pela infiltração tuberculosa. Ela pôde ser ás vezes uma pequena mancha de contornos irregulares, outras vezes de forma triangular, ou mesmo uma extensa sombra lobar podendo ocupar um pulmão inteiro.

A localização do fóco primario, embora não seja fixa, apresenta certas preferencias, sendo certo, segundo as estatisticas, ser muito mais comum á D. e no lóbulo inferior, mais raras no pulmão E, ainda no lóbulo inferior e no medio, excepcionais nos lóbulos superiores. São frequentes as localizações marginais, juxtahiliares, de tão difícil interpretação, assim como não menos observaveis as da região cisural.

Seja qual fôr a evolução da primo-infecção, não falha a lei de Parrot, isto é, o cancro de inoculação, por via linfatica, faz com que reajam os ganglios do hilo e os do mediastino o todo determinando o "primeiro complexo" a lesão "pneumo-ganglionar".

Não será demais que se insista ser possivel não apresentar o paciente sinão leves sintomas funcionais, sem sinais de ausculta ou percussão que possam revelar a atinencia pulmonar.

E' necessaria a prova da tuberculina para orientação etiologica e o exame ao raio X, para o diagnostico da séde do mal, sua extensão, sua marcha e ás vezes, até prognostico.

Muito tem interessado aos anatomo-radiologistas a interpretação das opacidades encontradas ao "écran".

Ribadeau Dumas estuda com muita clareza a questão e distingue a sombra dos tuberculos propriamente ditos, das das reações perifocais, onde tomam parte os processos de arterite, flebite, linfangite e bronquite.

Não pôde, por conseguinte, a extensão de uma sombra ser o indice das proporções de uma lesão propriamente dita. A lesão por vezes minima, pôde provocar extensa reação perifocal. Tem sido por esse motivo empregada pela maioria dos autores o termo de infiltração tuberculosa, que, com mais fidelidade, exprime o estado do parenquima pulmonar.

Segundo o modo de invasão e intensidade da carga bacilar, pôde-se constituir uma acinite, uma lobulite, uma polilobulite, ou pneumonia lobar ou pseudo-lobar.

A mesma sombra observada repetidas vezes, pela radiografia em série, pôde sofrer modificação conforme a marcha do mal.

Fórmas regressivas — Caracterizado o fóco primario pelas sombras descritas, pôdem ainda os raios X acompanhar-lhe a involução.

Ribadeau Dumas acentúa corresponderem as fórmas curáveis, se-

ja ás sombras limitadas, seja ás sombras difusas de quasi um lóbo, de um lóbo inteiro, ou mesmo de todo o pulmão.

A medida que vão cedendo as manifestações infiltrativas, diminui a homogeneidade da sombra pulmonar e aos poucos se vão caracterizando os dois pólos da inflamação: o fóco primário (pólo pulmonar), e fóco ganglionar (pólo ganglionar) (Fig. 1). São as **infiltrações bi-polares primárias de Redeker**.

Podem também se dissociar da sombra difusa, muitas vezes de forma triangular (fig. 2), manchas menores que, aos poucos, se vão destacando até formar sombras arredondadas negro-nanquin.

São os nódulos de calcificação, e é a cicatriz do tuberculo inicial, o verdadeiro **tuberculo de vacinação** (R. Dumas). Fig. 3.

Conforme a extensão da sombra da infiltração primária e da maior ou menor rapidez de sua regressão, muito se vai modificando a imagem radioscópica. São observáveis assim o nódulo de calcificação único ou múltiplo (fig. 3), as formas juxta-hiliares em ampulhetas (fig. 1), em alteres (fig. 4), em S (fig. 5) etc.

Variáveis pois em forma e extensão, guardam, como se vê, as sombras dos processos de cura os vestígios da localização anatómica inicial, i. é, do fóco primário-pulmonar e da propagação pelos vasos linfáticos aos ganglios hiliares e traqueo-bronquicos.

Entre os processos de infiltração primária de tendência regressiva tiveram maior vulto as grandes sombras lobares, semelhantes à da Pneumonia lobar. São a "infiltração epi-tuberculosa" (fig. 6) de Eliasberg e Neuland ou "Espleno-pneumonia", como a descreve Armand Dellile, capazes de involver a ponto de não deixarem como "reliquat" sinão o nódulo de cura (fig. 3).

Eliasberg considera-a como sendo a expressão de intensa reação pneumococica em torno de um fóco tuberculoso inicial.

Simon e Redeker não se inclinam a aceitar a hipótese de Eliasberg, e assim como Ribadeau Dumas, julgam estar toda a infiltração condicionada à toxina tuberculosa, embora mais arrastada seja sua involução. Observações dessas colecionou, entre nós, o Dr. Pedro Ma-ei em seu excelente trabalho sobre infiltrações precoces, publicado na Revista de Radiologia Clínica no ano passado.

Quanto ao tempo necessário para que se verifique ao "écran" a existência dos nódulos de cura, é muito variável a estatística de diversos autores.

Algumas sombras evolvem em poucas semanas, outras em meses e até em mais de ano.

Mlle. Odier acentua não depender o prognóstico da morosidade do processo de regressão.

Conforme muitos autores, não são encontrados em lactentes os nódulos de calcificação. Küss, citado por Ribadeau Dumas, relatou um caso em criança de 11 meses. Gripel em um lactente de 6 meses.

No dispensário de tuberculose de Faerber em Berlim, mais de um caso observei em lactentes, cuja reação de Pirquet fôra, pela primeira vez, positiva, um mês antes.

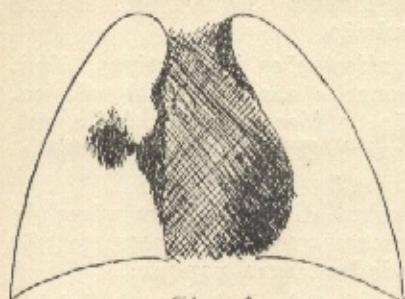


Fig. 1

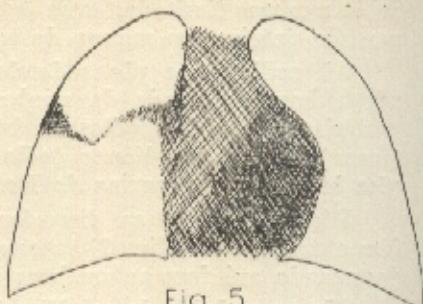


Fig. 5

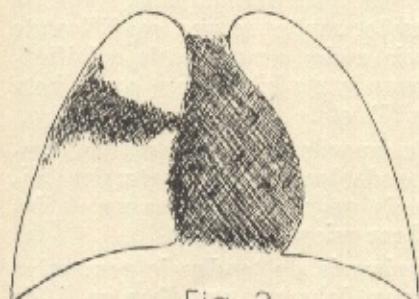


Fig. 2

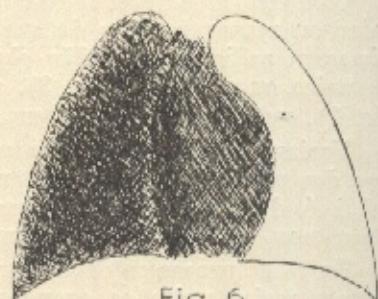


Fig. 6

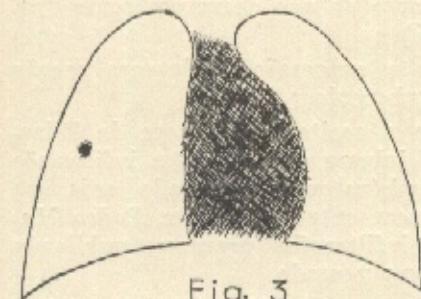


Fig. 3

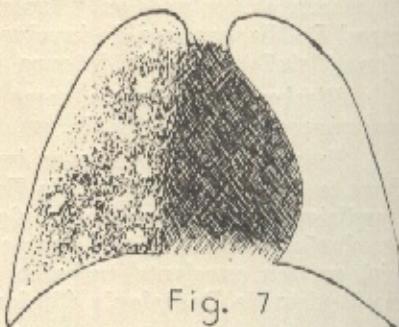


Fig. 7

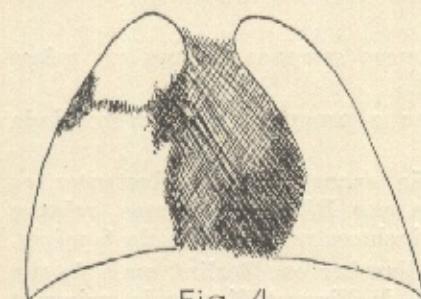


Fig. 4

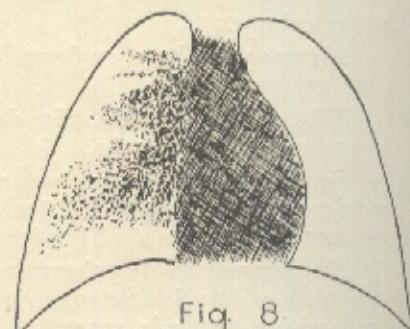


Fig. 8

Depois de dous anos são comuns os nódulos de calcificação e as demais sombras expressivas de processos de cura.



Fig. 9

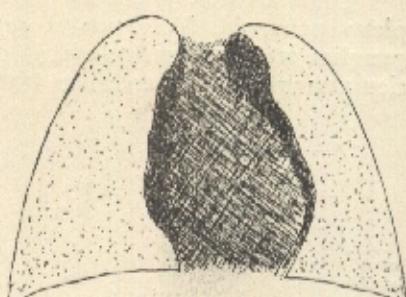


Fig. 10

Fórmas extensivas — Condicionada pela carga e virulencia bacilar ou por impropias condições de terreno, pôde o fóco primário se extender e generalizar o processo tuberculoso.

Assim, a lesão inicial pôde: 1.^o) sofrer a evolução do tuberculo, e chegar á fusão da caverna (fig. 7); 2.^o) aumentar progressivamente como uma mancha de óleo (fig. 8), tomar os territorios vizinhos e con-

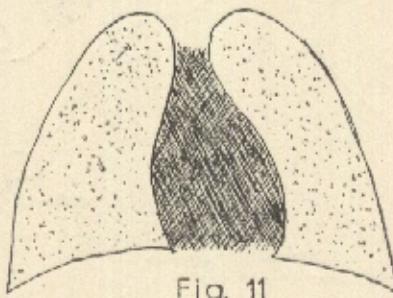


Fig. 11

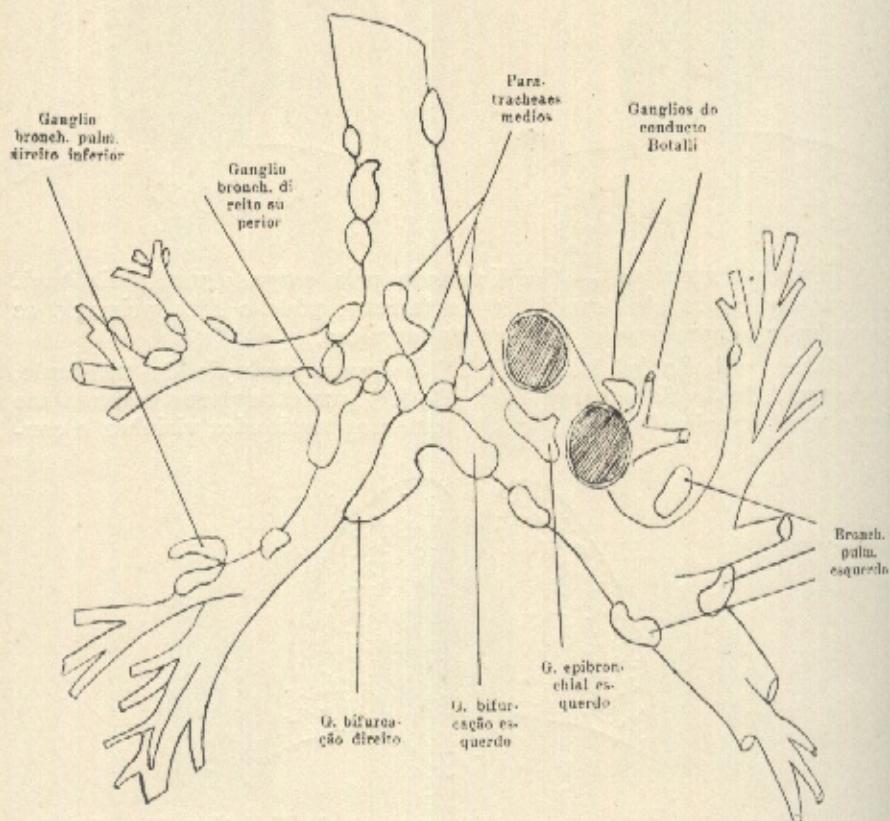
duzir á ulceração; 3.^o) provocar intensa reação linfatica (fig. 9), determinando a caseificação do ganglio e sua abertura para um bronquio com tuberculose pulmonar de retorno ou disseminação miliar consequente (fig. 10). 4.^o) pôde, por via linfatica, chegar á corrente sanguínea e originar a tuberculose miliar (fig. 8), a meningite, enfim processos de generalização sempre mortais; 5.^o) pôde, por fim, determinar a tuberculose ganglionar visceral generalizada, que transcorre sob o aspéto geral de atrofia (Finkelstein).

Ainda aqui irá a radiografia em série acompanhar o processo e verificar, como acentúa R. Dumas, se ele é extenso "d'embleé" ou si tende á extensão, fusão, ou generalização.

Ofercem maiores dificuldades de interpretação as localizações juxta-hilares, cuja sombra nem sempre pôde informar onde termina a infiltração pulmonar, onde começa a adenite.

REAÇÕES GANGLIONARES

Como tomam parte na formação do quadro radiológico do complexo primário, é necessário sejam ditas algumas palavras sobre os ganglios traqueo-bronquicos, já que não seria possível tratar aqui particularmente da tuberculose traqueo-bronquica.

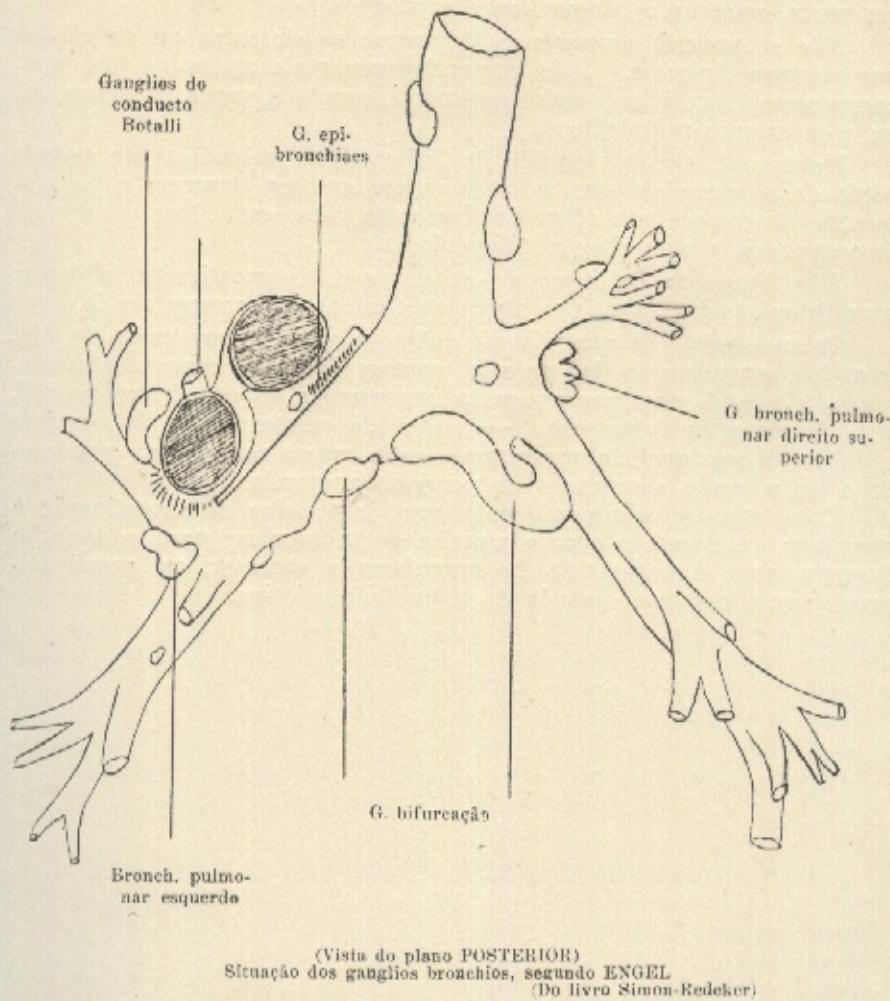


(Vista do plano ANTERIOR)
Situação dos ganglios bronquicos, segundo ENGEL
(Do livro Simon-Redeker)

Torna-se necessário acentuar pertinente muito mais às adenites mediastinais do que às lesões pulmonares a responsabilidade dos sintomas clínicos observados. Basta considerar estarem os ganglios mediastinais ligados entre si por anastomoses linfáticas e em relação com a traquéa (grupo de Barety); com os bronquios, com a veia cava superior, cressa da aorta, com pneumogotrico e o recorrente.

Daí o aparecimento, algumas vezes, de sintomas que traduzem compressão ou irritações nervosas. São observados assim: estases toracicas, cervicais, exoftalmia, disfagia, dedos em forma de "baguette"

de tambor, midriasis por irritação do simpático; tósse rouca, sem força, lembrando uma pericardite, dependendo de uma paresia dos nervos recurrentes.



(Vista do plano POSTERIOR)
Situação dos ganglios bronquiais, segundo ENGEL
(Do livro Simon-Reedeker)

Engel e Finkelstein, embora enumerando esses sintomas, afirmam constituirem raridade, em face do enorme numero de adenites traqueo-bronquicas que decorrem sem sintomas clinicos e só aos raios X são diagnosticadas.

RADIOLOGIA E CLINICA

Sí tenho insistido exclusivamente na interpretação radiologica, no que de acessível tem ela ao clínico geral, é exatamente porque, sem contestação, à radiologia cabe o mérito de ter conseguido modificar noções já tão arraigadas e prejudiciais.

Veiu a radiologia provar que, ao contrario do ate então proclamado, é frequente a tuberculose da primeira infancia e não só frequente, como curável grande numero de vezes. Veiu facilitar o diagnóstico e, em parte, orientar a terapêutica e a prognose.

Não se poderá, certamente, desprezar os sintomas que a clínica por ventura fornecer. Pelo contrário, por mais apagados que apareçam urge tirar dêles o valor máximo, fazendo a prova da tuberculose e os exames radiológicos.

Nobécourt, em seu tratado de Tuberculose, valendo-se de grande cópia de observações próprias e de outros autores, descreve a broncopneumonia caseosa sem febre dos lactentes, como sem febre a tuberculose cavitária e a meningite tuberculosa.

Não ha conta de casos de tuberculose, diagnosticados biologicamente e radiologicamente, sem que sintomas clínicos se fizessem sentir.

Intencionalmente não discuti outros e valiosos processos de diagnóstico, pesquisas de laboratório, exames de urina e reações serológicas. Pretendi acentuar apenas a importância do que é imprescindível: A prova da tuberculina, — índice da existência da Tuberculose e do poder reacional do organismo — e o exame radiológico localizando e delimitando a extensão do processo anatômico.

Completam-se admiravelmente esse dois meios de investigação e permitem acompanhar quer a marcha da tuberculose para o desfecho funesto, quer a resistência do organismo a caracterizar, paradoxalmente, pela alergia, o estado de imunidade relativa.



O „B C G“

Notas sobre Premunições Infantis e Ensaios Experimentais realizados durante 4½ anos

por

Moya Faillace

Diretor do Lab. Bacteriologico da Saude Publica do Estado

Nos ultimos anos tivemos oportunidade de realizar, no Laboratorio Bacteriologico, frequentes ensaios experimentais com o bacilo de Calmette-Guérin, bem como praticámos regular numero de premunições anti-tuberculosas de recem-nascidos, segundo o método desses experimentadores.

Os resultados favoraveis das nossas pesquisas iniciais já foram minuciosamente descritos em trabalhos anteriores, apresentados á Sociedade de Medicina de Porto Alegre e, em colaboração com J. Travassos da Rosa, ao II Congresso Pan-Americano de Tuberculose, reunido no Rio de Janeiro em Julho de 1929. Em aditamento a esses trabalhos, pretendemos com a presente nota resumir os resultados por nós obtidos até a data atual, no tocante ao comportamento experimental do B C G e á observação mais prolongada dos primeiros vacinados. Cumprimos assim com o dever de contribuir, embora modestamente, para o estudo e apreciação do exato valor deste moderno recurso preventivo, de tão elevado interesse medico-social.

CULTURA E CONTROLE EXPERIMENTAL DO BCG

Continuamos a empregar, no preparo das nossas vacinas, culturas originarias da amostra de BCG que nos foi enviada em fins de 1927 pelo Dr. Arlindo de Assis, então assistente do Instituto Vital Brazil, e que lhe fôra remetida de Paris pelo Dr. Julio E. Morcau, de Montevidéu.

Periodicamente costumamos repassá-las (3 repicagens sucessivas) em batata biliada; daí é o germe semeado em batata glicerinada simples e, em seguida, no liquido sintetico de Sauton, meio comumente empregado para as culturas destinadas ao preparo das suspensões vacinais. O desenvolvimento é quasi sempre exuberante, utilizando material de culturas novas, liquido de Sauton com pH ajustado a 7,2 — 7,3 e mantido em estufa regulada a 38°. Esta é fechada a cada dia e destinada exclusivamente ás culturas do BCG.

Nesse particular, seguimos "in-totum" as recomendações do proprio Calmette, para evitar a possibilidade, mesmo remota, de qualquer

contaminação accidental. Ainda bem recentemente, a negligencia desses cuidados rigorosos motivou a luctuosa catastrofe de Lubeck, a qual, sabe-se hoje de modo inegável, teve como causa a poluição ou troca do BCG por culturas virulentas de bacilo de Koch do tipo humano (amostra "Kiel", segundo Bruno Lange).

Inoculações experimentais metódicas continuam a ser feitas em cobaios, sobretudo pelas vias sub-cutanea e intra-peritoneal.

As doses inoculadas, que variaram entre 5 e 25 miligrs. em nossos primeiros ensaios, foram depois por diversas vezes aumentadas até 40 miligrs., para melhor verificação da estabilidade das culturas utilizadas nas premunições infantis.

Ultimamente empregámos tambem a via testicular, atendendo às verificações já publicadas em 1927 por Petroff, Branch e Steenken (e mais tarde repetidas no I Congresso Internacional de Microbiologia, reunido em Paris), concernentes a fátos de exaltação do BCG por consecutivas passagens no testiculo de cobaios, com obtenção de formas generalizadas de tuberculose. Releva notar que Elbert, Gelberg e Zoukerman e, em seguida, Arlindo de Assis, referiram tambem certo grau de sensibilidade do mesmo órgão às inoculações de altas doses (50 e 20 miligrs., respectivamente) de BCG feitas por via peritoneal. Verdade é, tambem, que em todas as numerosas e variadas pesquisas destes ultimos experimentadores, o BCG mostrou-se incapaz de recuperar sua virulencia ancestral, jámais determinando processos evolutivos ou transmissíveis em série.

Para as inoculações intra-testiculares usamos a dose fixa de 2 miligrs. de BCG, suspensos no soluto glicosado de Calmette (cultura de 12 dias, sempre germes enxutos em papel de filtro esteril).

Nossos ensaios nesse sentido iniciaram-se em Setembro de 1929, quando injetámos uma primeira série de 4 cobaios, que foram sacrificados sucessivamente 1, 2, 4 e 6 meses após. À necropsia, os dois primeiros revelaram apenas grande aumento de volume do testicolo inoculado, que em ambos se mostrava congesio e endurecido; os dois outros apresentavam franea caseificação do mesmo órgão, com a presença de bacilos ácido resistentes. Em nenhum deles conseguimos notar alterações no testicolo não inoculado, no sistema ganglionar e nas viscerais tóraco-abdominais.

Foram negativas diversas tentativas de re-inoculações, feitas com o pús caseoso dos dois últimos animais sacrificados. Outros cobaios foram em seguida periodicamente inoculados por esta via, com resultados que se equiparam aos precedentes, sem que até a presente data tenhamos observado fátos comprobatorios das afirmativas de Petroff e seus colaboradores.

Aliás, como já acentuáramos em nosso primeiro trabalho, Calmette e numerosos outros experimentadores, entre os quais Kirchner e Lange na Alemanha, R. Kraus e Gerlach na Austria, Zeyland na Polonia, William H. Park nos Estados Unidos, repetiram as experiências de dissociação referidas por Petroff, não encontrando porém nenhuma diferença de virulencia entre as colonias dos dois tipos morfológicos, R (rough) e S (smooth), isoladas das culturas de BCG. Mais ainda:

Neufeld e Bruno Lange, que estudaram demoradamente as colonias dissociadas pelo proprio Petroff, chegaram á conclusão, baseados em valiosos elementos de órdem experimental, de que as culturas usadas por esse pesquisador tambem estavam contaminadas por um bacilo vírusculo do tipo humano.

VACINAÇÕES INFANTIS

Via e doses empregadas — As vacinas BCG fornecidas pelo Laboratorio Baeteriologico são sistematicamente preparadas com germes provenientes de culturas em meio de Sauton, com a idade máxima de 20 dias.

Até Janeiro de 1931 usávamos as doses classicas de Calmette: 3 centigrs. de germe distribuidos em três aplicações. Dessa data em diante resolvemos aumentá-las e, atualmente, as nossas vacinas são fornecidas em ampoulas de 2 cc. contendo cada uma **1 ½ centigrs.** de germe, suspensos no líquido de Sauton diluído ao quarto. Devendo o recém-nascido ingerir o conteúdo de três ampoulas, será, portanto, de **4 ½ centigrs.** a dose total administrada.

Neste ponto aproximamo-nos da orientação seguida a partir de 1929 por Arlindo de Assis, no modelar serviço da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, onde a vacinação pelo BCG é praticada desde aquela época com a dose total de 6 centigrs., o dobro da empregada por Calmette.

Dada a grande inocuidade do referido germe, desde logo ressaltam as vantagens desta prática, que visa facilitar a absorção de maior numero de elementos premunidores. Aliás, a permeabilidade das paredes intestinais do recém-nascido, permitindo a passagem do BCG quando administrado por via digestiva, considerada aleatoria e mesmo negada por certos autores (Wallgren, Lydtin, Nobel e Solé), que refutaram assim a possibilidade das vacinações "per os", é presentemente questão resolvida e bem documentada pelas verificações de Calmette e de diversos pesquisadores.

De um lado, P. Nelis e L. Van Boeckel experimentalmente demonstraram a fixação rápida do BCG nos órgãos linfáticos e pulmões de coelhos e cobaias muito novos, horas após a ingestão desse germe misturado a alimentos esteréis. Em outra órdem de observações, C. Debarge e R. Girod, Zeyland e Mme. Piazecka Zeyland foram dos primeiros a evidenciar a presença do BCG no organismo de crianças premunidas por via oral e, meses após, vitimadas por molestias não tuberculosas. M. e Mme. Zeyland conseguiram mesmo, pela semeadura de material retirado de ganglios mesentericos de três crianças nas condições acima, obter culturas de BCG perfeitamente identificadas por multiphas provas de inoculações em cobaias.

Em proporções naturalmente variaveis com os individuos e as doses empregadas, a permeabilidade das vias digestivas do recém-nascido ao BCG não é, pois, uma simples noção teórica, porém, fato já de so-

bejo comprovado. E a elevada percentagem de alergia tuberculinica em crianças assim vacinadas e seguramente indenes quanto á tuberculose (88,6 % nas ultimas constatações de Debré e Cofino, realizadas na "Oevre de Placement familial des Tout-Petits"), traduzindo sinão um estado de imunidade especifica, pelo menos a presença do BCG no organismo premunido, constitue valiosa prova indiréta da sua absorção, quando administrado "per os" nos primeiros dias da vida extra-uterina.

Recentemente, no Rio de Janeiro, Alvimar de Carvalho, da L. B. contra a Tuberculose, praticando provas tuberculinicas por via intradérmica (método muito mais sensível do que a cuti-reação de Von Pirquet) em crianças premunidas e não vivendo em meio bacilífero, também obteve reações positivas em mais de 80 % dos casos no fim do primeiro ano, conseguindo por vezes resultados nítidos já no 4.^o dia após a ingestão da ultima dose de vacina. Como argumento favorável em prol das doses elevadas de BCG atualmente lá em uso, releva ainda acentuar que o mesmo experimentador verificou maior numero de provas positivas (mais 5 %) nas crianças assim premunidas.

Todos esses fatos confirmam inteiramente as asseverações feitas por Calmette e seus colaboradores; legitima-se assim de modo incontestável a possibilidade das premunições de recem-nascidos por via digestiva, segundo o processo classico, de uso corrente e mais fácil aceitação.

Não nos foi possível ainda praticar vacinações sub-cutâneas, unicas viaveis em adultos e crianças após dez dias de vida, e já empregadas com resultados prometedores na França e outros países, inclusive no Brasil: Clemente Ferreira em S. Paulo, Arlindo de Assis no "Preventorio Dona Amelia", na ilha do Paquetá.

Tais aplicações exigem, préviamente, repetidas provas tuberculinicas, não raro determinam pequenos abcessos locais, sem maior gravidade, mas reclamando assistencia imediata junto aos vacinados. São condições que se não pôdem dispensar, maximamente em ensaios iniciais, e ás quais estariam impossibilitados de atender convenientemente, não só pela ausencia entre nós de adequado aparelhamento anti-tuberculoso, como pela natureza diversa dos serviços diários do Laboratorio Bacteriologico, o que dificulta a nossa direta ação pessoal, com a soliditude que a delicadeza do assunto requer.

Prática e resultados das vacinações — Ultimados favoravelmente os ensaios preliminares sobre o método preventivo de Calmette-Guérin, feitos no Laboratorio Bacteriologico, e na falta de um serviço especializado contra a tuberculose, foi a aplicação das respetivas vacinas entregue diretamente (Agosto de 1929) aos "Centros de Saúde" da Diretoria de Higiene, instalados nos diversos distritos sanitarios da Capital.

Continuando durante algum tempo a orientar a prática das premunições infantis, que pessoalmente iniciámos em Fevereiro de 1928, traçamos as seguintes normas tendentes á sua regular efetivação e ao

controle metódico dos resultados obtidos, na medida das possibilidades do nosso incipiente aparelhamento sanitário:

- 1) As vacinas de Calmette-Guérin deverão ser aplicadas em domicílio, afim de poupar ao recem-nascido os inconvenientes da sua condução ao "Centro".
As três doses serão administradas dentro dos dez primeiros dias de vida, com o intervalo de 48 horas entre cada uma delas. O conteúdo de cada ampola, préviamente agitada, é misturado a uma colherinha de leite ou agua assucarada, devendo ser ingerido pela criança longe das mamadas.
- 2) Ao ser administrada a primeira dose, será feito o exame clínico do recem-nascido, sua pesagem e anotadas todas as informações necessárias ao preenchimento da ficha de vacinação pelo BCG.
As crianças premunidas deverão ser visitadas pelos médicos ou pelas enfermeiras-visitadoras nas épocas estabelecidas nessa ficha individual, ou levadas ao "Centro" para a indispensável observação, que ficará registada em livro apropriado.
- 3) Os diretores dos "Centros de Saúde", com a devida antecedência, requisitarão ao Laboratório Bacteriológico as doses de BCG que necessitarem, empregando-as exclusivamente dentro do prazo da sua atividade (dez dias).
- 4) Nos impressos e folhetos publicados pelo Laboratório Bacteriológico constam outros pormenores a ser observados, no tocante à prática do método de Calmette-Guérin, cuja propaganda racional deve ser intensificada pelos "Centros de Saúde", especialmente a da sua aplicação em recem-nascidos filhos de tuberculosos ou que irão viver em meio familiar contaminado.

Até a presente data (Agosto de 1932) foram premunidos com as vacinas BCG do Laboratório Bacteriológico mais de mil recem-nascidos, dos quais 321 por nós pessoalmente, com o auxílio de uma enfermeira-visitadora. Nos restantes as vacinações foram praticadas por intermédio dos "Centros de Saúde", por médicos não pertencentes à Diretoria de Higiene e, em alguns casos, por parteiras e pessoas da família do vacinando.

Solicitadas pelo respetivo serviço de puericultura, enviamos várias doses de BCG à Maternidade da Santa Casa, para premunição de crianças com antecedentes familiares suspeitos em relação à tuberculose. A pedido de clínicos do interior também remetemos séries de vacina para diversas localidades do Estado.

Nenhum acidente ou perturbação mórbida atribuível ao processo imunizante chegou ao nosso conhecimento. Ao contrário, de muitos dos interessados, inclusivamente de vários colegas que premuniram os

proprios filhos, recebemos informaçôes francamente animadoras, quanto ao desenvolvimento e á resistencia dos vacinados ao contagio bacilar. Identicas observaçôes favoraveis nos têm sido fornecidas pelos diretores dos "Centros de Saúde", aos quais atualmente estão entregues as vacinações nesta Capital.

No entanto, para melhor ajuizar da inocuidade e eficacia do método de Calmette-Guérin, eingimo-nos exclusivamente aos resultados obtidos no primeiro grupo de 321 crianças que pessoalmente vacinamos nos anos de 1928, 29 e 30. Para tal estudo, cedido de dificuldades praticas, mais vale sem duvida jogar com um reduzido numero de casos bem documentados, do que tentar concluir baseado em maior quantidade de observaçôes incompletas.

Na impossibilidade de preeisar com segurança a causa de morte de alguns dos premunidos, e tambem na ausencia de dados que permitem estudá-los em relaçao a igual grupo de crianças colocadas exatamente nas mesmas condições de higiene, comparâmos a mortalidade geral dos nossos vacinados com o coeficiente identico relativo á população local. E' este, aliás, um dos processos mais comumente usados pelos numerosos observadores que têm procurado verificar os resultados das premunições pelo BCG.

No referido grupo de 321 crianças, conseguimos acompanhar 104 com regularidade. Dentre elas 12 faleceram antes de completar um ano de idade, o que nos dá o coeficiente de 11,5 % para a mortalidade geral de 0 a 1 ano nos nossos premunidos.

Compulsando as estatisticas demografo-sanitarias da Diretoria de Higiene, verificamos que em Porto Alegre na mesma época, isto é, nos anos de 1928, 29 e 30, foi de 22,6 % a média do coeficiente identico. Nas crianças que vacinamos houve, portanto, uma diminuição de quasi 50 % na mortalidade geral entre 0 a 1 ano.

Mesmo na hipótese de possiveis imperfeições de metodologia estatistica, tão grande diferença entre os dois coeficientes representa, inegavelmente, sólido argumento em pról da completa inocuidade e relativa eficacia do método de premunição anti-tuberculosa segundo Calmette.

E' de notar, tambem, que dentre os vacinados falecidos nos primeiros mês es de vida, um era prematuro e dois outros gemêos, nascidos em 1928 na Maternidade, ambos sensivelmente debéis. E que cerca de um terço das crianças premunidas vivem em meio familiar suspeito ou declaradamente bacilífero, fator cuja influência sobre a elevação da letalidade infantil é bem conhecida. Mais um elemento, por conseguinte, a considerar na apreciação das nossas estatisticas, sobretudo em se sabendo que, na pratica, só raras vezes se consegue o isolamento do vacinando durante o primeiro mês, como logicamente aconselha Calmette, afim de evitar contagios virulentos antes do prazo mínimo indispensável ao desenvolvimento da imunidade.

Devemos referir ainda que diversas das crianças vacinadas, algumas das quais já estão com três e quatro anos de idade, foram acom-

tidas de molestias anergicas, tais como o sarampo e a coqueluche, sem accidente digno de nota. Foi o que sucedeu, por exemplo, com o nosso mais antigo premunido, que já está com 4 ½ anos, e cuja resistencia tem sido devéras apreciavel, pois vive em meio intensamente contaminado desde o seu nascimento (vide ficha anexa).

— Em resumo, do ponto de vista experimental, quer a elevação das doses inoculadas, quer o emprego da via testicular, em nada modificaram os resultados assinalados em nossos primeiros trabalhos, publicados em 1929. Antes os reforçam, justapondo-se concordes uns aos outros em uma prática diaria que já se extende por quasi cinco anos. A nossa amostra de BCG, periodicamente repassada em batata biliada, não só tem revelado inalteravel estabilidade em seus caracteristicos culturais, como tambem nunca originou lesões progressivas e transmissiveis em série, quando inoculada pelas mais diversas vias em cobaias.

Do mesmo modo, a administração do BCG "per os" a mais de mil recem-nascidos, ultimamente na dose total de 4 ½ centigrs., jámais determinou disturbios digestivos ou perturbações mórbidas que se lhe pudesse imputar. No grupo de premunidos que em Porto Alegre conseguimos acompanhar com regularidade, vivendo cerca de um terço em ambiente familiar bacilífero, o coeficiente de mortalidade geral de 0 a 1 ano foi quasi 50 % inferior á média do coeficiente identico observado em igual época e relativo ao total da população infantil da mesma cidade.

Em face desses resultados, concordantes em suas linhas fundamentais com os da maioria dos experimentadores que estudaram o assunto, julgamo-nos autorizados a afirmar que o BCG é um germe hereditariamente fixo e atenuado, inofensivo quando administrado nas condições acima aos recem-nascidos, determinando nas crianças premunidas sensivel aumento da resistencia especifica á infecção virulenta natural.

E' evidente que da praticabilidade e eficacia do atual método de Calmette-Guérin, alias suscetivel de futuros aperfeiçoamentos, não se poderá inferir a solução integral do complexo problema profilatico da tuberculose. Mas os resultados animadores da sua aplicação a cerca de um milhão de crianças, segundo as ultimas estatísticas divulgados por Calmette, asseguram-lhe desde já posição bem definida e proeminente, a par dos demais recursos preventivos classicamente usados na luta contra esse temeroso flagelo.

DIRETORIA DE HIGIENE



DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Modelo de ficha individual das crianças vacinadas pelo método de Calmette-Guérin
N.º 1

Nome: José

Filiação: Filho legítimo de José F.

Data e lugar do nascimento: Rua Avahy, 653 Nascido em 16—Fevereiro—1928

Residência: No mesmo predio

A vacinação foi indicada pelo Dr. Maya Faillace

Qual o motivo determinante do pedido de vacinação? Tuberculose pulmonar aberta

Data da licença dos Pais: 20 de Fevereiro da progenitora

(1.ª dose: 20 de Fevereiro de 1928 Medico que vacinou:
Data da ingestão da (2.ª dose: 22 " " " Dr. Maya Faillace
(3.ª dose: 24 " " ")

O recém-nascido apresentou alguma perturbação nos dias em que ingeriu as doses de vacina B. C. G? Não

Observações: A administração da 2.ª dose foi auxiliada pelo Dr. Piaguá Corrêa

Antecedentes familiares, sobretudo relativos à tuberculose

Mãe sofre de Tuberculose Pulmonar aberta, tendo perdido em Junho de 1927 um filhinho vitimado pela meningite tuberculosa, diagnosticada pelo Dr. Faillace e confirmada pelo Dr. Raul Moreira. Uma prima e um tio materno do recém-nascido também faleceram de tuberculose.

Convivência com tuberculosos

O recém-nascido convive ou irá conviver com pessoa tuberculosa? Sim

Quem é ela? A mãe do recém-nascido

Pesquisa do bacilo de Koch: Positiva no escarro (Lab. Geyer e Lab. Baet. da Higiene do Estado)

A criança esteve isolada desde o nascimento até o fim do prazo necessário ao estabelecimento da imunidade? (4 semanas) Incompletamente isolada.

Como foi esse isolamento efetuado? No mesmo quarto, porém em cama afastada

Peso do recém-nascido ao ingerir a 1.ª dose: 3.500 grs. Comprimento: 49 cms.

Estado geral: Bom. Não é prematuro

Qual o processo de alimentação usado? Amamentação mercenária

Se a alimentação for natural, quem está amamentando?

Outras informações: O parto foi natural.

Resultados dos exames praticados na idade de

1 Mês. Peso: 3.950 grs. Comprimento: 50 cms.

Ap. respiratório: Nada de anormal

Exame geral: Relativamente bom

Regime alimentar: Leite de ama, porém muito irregularmente

Houve havido perturbações digestivas? Sim

Outras molestias: Não

A criança continua convivendo com pessoa tuberculosa? Sim

Esta convivência é íntima? Relativamente

Outras notas: Habitação em regulares condições de higiene

Medico que examinou: Dr. Faillace

3 MESES (neste e nos exames seguintes orientar-se pelo modelo acima) Peso: 4.100 grs. Comprimento: 53 cms. Ap. respiratorio: Bem. Estado geral: Regular. Foi abandonada a alimentação natural, por motivo de dificuldade em conseguir-se ama. Alimentado com leite de vaca desde o fim do segundo mês; o leite está sendo dado em quantidade insuficiente. Convivencia intima com a bacilifera.

Medico que examinou: Dr. Faillace.

6 MESES. Peso: 5.500 grs. Aparelho respiratorio: Nada de anormal. Estado geral: Bom. Tem apresentado algumas perturbações digestivas; durante o quarto mês foi alimentado com leite Dryco. Atualmente a alimentação consiste em leite de vaca desnatado com água de arrós.

Continua em convivencia intima com a bacilifera.

Medico que examinou: Dr. Faillace.

1 ANO. Peso: 9.380 grs. Estado geral: muito bom. Atualmente não apresenta perturbações para o lado do aparelho digestivo. Aparelho respiratorio: Bom. Teve coqueluche sem acidentes.

Continua convivendo intimamente com a bacilifera.

Residencia atual: Rua Republica, 293.

Foi revacinado com o B. C. G? Sim, em 18, 20 e 22 de Fevereiro de 1929 (via oral), 3 doses de 1 centgr. Dr. Faillace.

1½ ANO. Peso: 11.800 grs. Vai se desenvolvendo muito bem. Dentição normal. Aparelho respiratorio: não se notam lesões ou perturbações funcionais. Radioscopia praticada em 26 de Abril de 1929 — Interpretação: Apices bem claros e iluminados. Campos pulmonares permeaveis. Não existem adenopatias. Movimentos diafragmáticos normais.

Conclusões: Pulmões normais.

A) Dr. Nestor Barbosa.

2 ANOS. Peso: 11.800 grs. Vai se desenvolvendo muito bem. Dentição normal. Aparelho respiratorio: Nada se nota de anormal.

Estado geral muito bom. Continua convivendo com a bacilifera.

Dr. Faillace.

2½ ANOS. Peso: A criança vai muito bem e continua convivendo com a bacilifera, que está melhor.

Em 16 de Julho de 1930 nascem uma irmã deste vacinado, a qual também foi premunida com B C G sem acidente. (Ficha 87 A).

Dr. Faillace.

3 ANOS. Peso: 14.200 grs. Desenvolvimento normal. Tem sido muito saudável. Ap. respiratorio: bem.

Dr. Faillace.

4 ANOS. Peso: 15.450 grs. Estado geral bom. Há dias teve uma leve colite, emagrecendo um tanto. Não apresenta perturbações para o lado do aparelho respiratorio. Continua convivendo com a bacilifera e, nos últimos anos, com um tio materno que faleceu em Janeiro do corrente ano, vitimado pela tuberculose pulmonar.

Presentemente, Agosto de 1932, está o vacinado com 4½ anos de idade, apresentando desenvolvimento normal. Teve sarampo no mes de Julho p. passado, estando completamente restabelecido. Residencia atual: Rua Demetrio Ribeiro n.º 865.

Dr. Faillace.

Laringites congestivas

pelo

Prof. Joo Corrêa Meyer
Catedrático da clínica oftalmológica

Cabe a J. Garel o estudo, feito sob o título de laringites crônicas, do capítulo das laringites diserasicas conjestivas ou hiperemia faringo-laringea, de duração mais ou menos efemera (como as que surgem na gravidez e na menopausa) ou persistente, de longa evolução, encontrações, como sinal revelador patognomônico de albuminúria ou de diabete, si bem que verificaria também a sua presença em determinados estados hepáticos e em alguns doentes de bronquite crônica enfisematosas. Descrevia então este estado de hiperemia faringo-laringea atingindo não sómente de modo intenso ao faringe e ao laringe como o véu do paladar, não dando os doentes acometidos sinão mediocre importância a esta síndrome.

Queixam-se, diz, Garel, estes doentes simplesmente de diminuta perturbação para o lado da garganta que atribuem a granulações faringeadas.

O que chama atenção quando os examinamos é uma vermelhidão viva em manto ou sob forma de pontilhado avermelhado que toma toda a parte mole do véu e se detém na união deste com o da região ossea da mucosa palatina. Os pilares anteriores ou posteriores, são igualmente de um vermelho vivo, mais ou menos intenso, às vezes, mesmo, violaceo.

Em certos casos, a vermelhidão lembra o eritema da escarlatina. A parede do faringe está por sua vez manifestamente rubra e si examinamos com o espelho o laringe vemos as cordas vocais fortemente congestionadas.

Existe, ao mesmo tempo, uma especie de empastamento da muco-sa, com secreções viscosas aderentes, dificeis de serem eliminadas.

A rouquidão é a consequencia disso. Mas o quadro sintomatico não se apresenta sempre sob a fórmia mais complexa; às vezes, quando a afecção está no inicio, a hiperemia localiza-se exclusivamente sobre o véu. Contudo quando o exame local nos revela um estado mais ou menos extenso de congestão, o aspetto é muito caracteristico, em nossa opinião, para orientar o diagnóstico por caminho mais certo e importante."

Esta é a descrição, que julgamos felicissima, dada por Garel deste estado patológico congestivo das vias altas faringo-laringeas e para ele sempre revelador de uma perturbação diserasica.

Orientado neste sentido, há muitos anos, temos sempre nos casos de laringite congestiva procurado não sómente verificar as observa-

ções de Garel como tambem esclarecer e estudar fórmas de laringites congestivas, cuja causa originaria se afastava das formuladas por este autor francês e chegamos á conelusão de que, além dos estados patológicos já descritos, havia uma outra causa que tambem, de modo frequente, concorria para explicar decisivamente a laringite congestiva: era a tuberculose pulmonar. Em certa fórmula da tuberculose — na fórmula florida — foi onde mais comumente verificamos a existencia da laringite congestiva, que se apresenta, como uma hiperemia faringo-laringea, mais ou menos intensa, mais ou menos localizada.

Em geral, como sabemos, na tuberculose pulmonar, encontramos palidez acentuada da mucosa bucal, faringea, epiglótica, contrastando com a hiperemia das cordas vocais; ao contrário, nestes doentes de tuberculose em que verificamos a síndrome de Garel, a mucosa toda era intensamente vermelha, aparecendo, em alguns casos, maior predominância nas cordas vocais ou nas aritenoides, mas sem haver, contudo, palidez da mucosa.

Deante de um caso de laringite congestiva temos por norma não sómente de pesquisar os elementos urinários e sanguíneos capazes de nos elucidar, de acordo com os ensinamentos de Garel, a causa por ele denominada discrasica, mas, de maneira especial, lesões pulmonares e os fócos septicos, sobretudo amigdalianos, capazes de determinar fórmulas congestivas que se assemelham á descrita acima.

Este modo de proceder nos tem dado resultados tão surpreendentes que muitas vezes temos tido ocasião de diagnosticar lesões pulmonares em plena evolução sem que no entretanto tenha dela o doente sido apercebido.

Duas observações melhor ilustram o que acima refiro.

Ficha — 4614 — E. B. 27 anos, gorda, aparentemente bem disposta, consulta-nos em 17|10|31, queixando-se de frequentes inflamações de garganta e às vezes, com rouquidão. Fazemos o exame e verificamos amigdalas pequenas, em período de involução e hiperemia faringo-laringea (laringite congestiva). Mandando proceder aos exames complementares de urina, sangue e pulmões necessários, verifica-se, ao exame radiológico, feito pelo Dr. Saint-Pasteurs, que, sobretudo no lobo inferior direito, a radiografia deixa perceber **focos de sombra densa** com caracteres de infiltração recente. O exame clínico feito pelo Dr. Gaspar Faria confirma este resultado, demonstrando processo tuberculoso em evolução.

Tratamento indicado: diatermia laringea em séries de vinte aplicações, com intervalos de uma semana.

Pneumotorax, repouso, regime alimentar e medicamentoso prescrito pelo Dr. G. Faria.

Em 9|12|31. Verificamos ausência da laringite congestiva que coincide com maior peso obtido pela doente, melhor aspecto geral e modificação do estado pulmonar.

Queremos frizar, nesta observação, o valor descongestivo da diatermia simples e tambem o seu valor como elemento precioso de prognóstico, por isso que, baseado em inumeras observações, podemos afirmar que a sua ação se faz sentir mais rápida e prolongadamente desde que

o processo tuberculoso pulmonar ceda. Si este persiste, a laringite congestiva se atenua sob a ação da diatermia, algumas vezes mesmo desaparecendo, para poucos dias surgir com a mesma intensidade. E' para nós um meio de prova sensível que nos orienta a respeito da evolução da tuberculose e sobre a eficacia do tratamento instituído. Como exemplo frisante deste meio de prova, citamos, dentre outras, a seguinte observação, que nos ilustra a este respeito, corroborando o que acima afirmamos.

C. M., 25 anos, procura-nos para nos consultar a respeito de frequentes rouquidões. E' uma pessoa de aspecto saudável, gordo, bem disposto, exercendo ativamente o seu cargo na Diretoria do Porto.

O exame nos revela uma laringite congestiva. O exame de escarro é positivo. O exame clínico feito pelo Dr. R. Barbosa verifica lesões evolutivas unilaterais. Foi instituído tratamento pelo pneumotorax artificial, regime alimentar e terapêutica medicamentosa a base de Gadusán, etc. e localmente diatermia. Há mais de um ano vem este doente fazendo séries longas de diatermia simples, continuando sempre de modo regular, com o seu tratamento geral. Pois bem, a laringite congestiva é sómente abrandada com o emprego da diatermia, por isso que até este momento os exames repetidos de escarro revelam a presença de bacilo de Koch.

Enquanto este persistir persistirá a laringite congestiva. Confirma esta observação a asserção de Garel, de que a laringite congestiva é resistente a qualquer medicação local.

Pois bem, mesmo a diatermia, cuja ação é tão decisiva nos processos congestivos crônicos da laringe, a laringite congestiva não cede, indicando com isso que o processo etiológico que a determina continua em atividade.

A observação da ficha 5.110 se superpõe a esta sob este ponto de vista, revelando a persistência da hiperemia-faringo laringea e do bacilo no esputo, a despeito do tratamento diatermico.

A segunda observação acima aludida, que nos fala do valor diagnóstico etiológico da laringite congestiva é a seguinte: S. A. consulta-nos em 20/11/30, queixando-se de antiga rouquidão e de que há poucos dias tivera escarros sanguíneos.

Diagnóstico — laringite congestiva. Amigdalas palatinas septicas.

Exame de catarro — negativo (R. de Koch) Urina: albumina, vestígios. Sangue (R. de Wassermann, Kahn e outras, negativas). Exame clínico — nada revela para o aparelho pulmonar (Dr. T. Mariano).

Tratamento — Diatermia — Remoção das amigdalas.

Apesar dessa medicação, o estado local do laringe persiste e há de vez em quando, escarros de sangue.

Os exames são sempre negativos quanto ao bacilo de Koch.

Continuamos a insistir no tratamento local pela diatermia e, sobretudo, a observação do doente pelo seu médico assistente com a pesquisa reiterada do bacilo de Koch.

Pouco tempo depois os exames quanto ao bacilo de Koch foram po-

sitivos, ao mesmo passo que o exame geral revelava lesões tuberculosas pulmonares.

Após tratamento longo, instituído pelo Dr. T. Mariante que fizera melhorar o estado geral do doente e silenciar as lesões pulmonares, o estado local laringeo foi cedendo pouco a pouco à ação da diatermia.

Conclusões

Em resumo, além das fórmas disserasicas descritas por Garel, há fórmulas de laringite congestiva, identicas no seu aspetto ao daquela e que têm por causa porém a tuberculosa pulmonar.

O diagnóstico etiológico da laringite congestiva sómente é possível fazer-se após exame de urina, de sangue e de pulmões, — eliminados que foram os focos septicos à distância.

A laringite congestiva muitas vezes é mal aparente que nos chama atenção para lesões ocultas de tuberculose pulmonar.

Toda laringite congestiva persistente que resiste à ação da diatermia simples faz suspeitar processo tuberculoso pulmonar.

A diatermia simples é seguro meio de prova diagnóstica e terapêutica.

Toda a l. c. que sómente se abrande, ou mesmo não cede à ação da diatermia, faz suspeitar processo patológico pulmonar.

A diatermia é o melhor tratamento para todas as fórmulas congestivas crónicas da laringite. A sua ineeficácia supõe persistência de lesões em atividade do aparelho pulmonar.

Todo o caso de l. c. que persiste indica frequente e reiterada pesquisa visando o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

A l. c. crónica se encontra com muita frequência nas fórmulas floridas de tuberculose pulmonar.

Contribuição ao estudo das cavernas pulmonares

por

Nicolino Rocco

Snr. Presidente.

Prezados colegas.

Para o trabalho que vamos lêr, solicitamos a vossa costumeira benevolencia, por quanto não pretendemos apresentar um assunto que não conhecéis, mas que deve ser lembrado porque sempre está em ordem do dia entre os tisiólogos e radiologistas.

Apresentamos um estudo que engloba dados interessantes e que estão sempre em discussão, principalmente desde que surgiram os primeiros estudos radiológicos.

Atualmente tem despertado um certo interesse o estudo das cavernas na tuberculose pulmonar, pelo motivo de ter aparecido uma série de trabalhos com tendencia a demonstrar que o estado cavitario é muito mais frequente do que se tem pensado até hoje.

Alguns autores, como Lazare e Mauld, chegaram a afirmar que existem nos tuberculosos, 83% de casos com cavernas que são mudas, por enjo motivo passaram despercebidas noutros tempos.

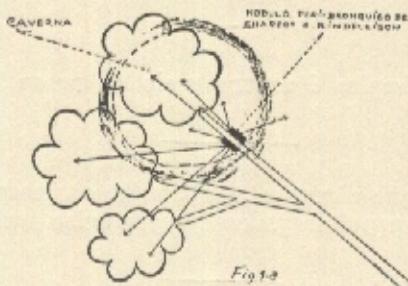


Fig. 1-a

Partearroyo diz que a tuberculose cavitaria é frequentissima e cita observações suas, em numero de 267 enfermos de sanatorio, tendo encontrado 97 cavitarios. Diz o mesmo autor que precisamos nos convencer que as cavidades aparecem rapidamente e que não são o final dos classicos periodos da tuberculose admitida por Grancher.

Ribadeau Dumas diz que a ulceração das lesões tuberculosas do pulmão na primeira infancia, não é excepcional e as grandes cavernas não possuem caracteres proprios a esta idade.

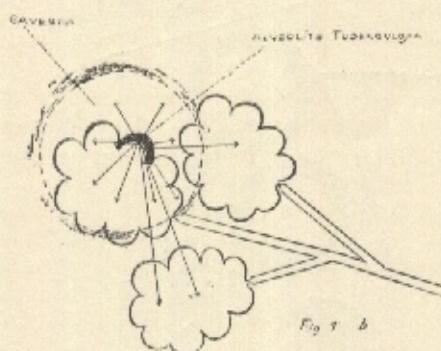
Começaremos descrevendo as duas teorias que foram propostas para a formação das cavernas. Uma, mais antiga e classica diz que o tuberculo se desenvolve no tecido intersticial, ao redor do bronquio ou em contato com ele; é o nódulo peri-bronquico de Charcot e Rindfleisch (fig. 1 — a).

As paredes bronquicas são pouco a pouco alteradas e o bronquio cedendo sob o processo inflamatorio, que destróe sua armadura, se dilata e depois se rompe e assim se forma a excavação.

A principio acinosa, se extende pouco a pouco por destruição dos septos inter-acinosos, a todo o lobulo; depois pelo mesmo processo de destruição extensiva a varios lobulos e enfim a um lóbo.

Conforme o processo ulceroso continua ou não a progredir, a caverna poderá ser muito pequena ou tornar-se muito grande. A caverna pôde, pois, numa palavra, ser: acinosa, lobular, multi-lobular ou lobar.

De data mais recente é a segunda teoria, que vem nos demonstrar que a tuberculose não é inicialmente intersticial mas alveolar, recebendo a denominação de alveolite tuberculosa, verdadeira hepatização tuberculosa (fig. 1 — b).



Nesta teoria o processo de origem, em lugar de ser extra-lobular é intra-lobular, mas a terminação é a mesma. A extensão do processo se faz por progressão excentrica, do acino ao lobulo; do lobulo aos lobulos vizinhos e, finalmente, a todo lóbo.

O numero de cavernas é variável; pode-se achar uma só ou muitas; agrupadas num só lóbo e muito vizinhas umas das outras; ou em lóbos diferentes.

O seu volume varia desde o tamanho de uma ervilha ao de uma laranja. A sua forma pôde ser regular, arredondada, de contornos nitidamente circulares, eliptica ou irregular. (fig. 2 — a)

Suas paredes pôdem ser constituidas, quando muito antigas, por uma camada fibrosa ou fibro-calcarea que as enquastra. Quando recentes são menos limitadas, mais ou menos móles e se distinguem menos do parenquima vizinho. Sua superficie interna é forrada por uma especie de membrana piogenica, aderente mais ou menos fortemente ao residuo que enche a cavidade.

Sargent diz que é sobre esta superficie interna que se destacam trabeculas mais ou menos salientes, comparadas ás colunas carnudas do miocardio. Estas trabeculas são constituidas pelos vestigios dos septos intersticiais; nos corpos destas trabeculas caminham, ás vezes, vasos arteriais, sobre o trajeto dos quais pôdem se desenvolver dilatações.

tações ectasias, fontes de hemoptises abundantes (aneurisma de Rasmussen).

Descrita macroscopicamente a caverna, iremos agora passar rapidamente em revista a estrutura histologica da mesma e do seu conteúdo. Microscopicamente constata-se que o revestimento epitelial desapareceu e a superficie interna acha-se forrada por uma camada de globulos de pús, dispostos em cacho e recobrindo uma membrana de tecido embrionario, sulcado de numerosos vasos volumosos e constituidos por uma só tunica. Sob este tecido ricamente vascularizado se acha uma camada, um tanto espessa, de tecido fibroso, fortemente infiltrado de antracose e contendo folículos tuberculosos mais ou menos numerosos, segundo o grau de átividade das lesões.

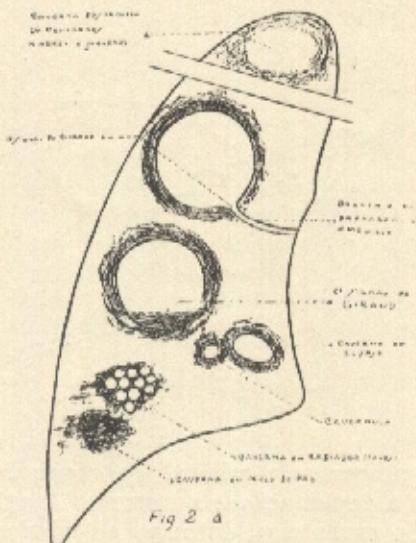


Fig. 2 d

Finalmente, ao redor desta parede limitrofe, se estende uma zona mais ou menos larga de pneumonia intersticial. As bridas e as trabeculas não são constituidas, como se acreditava, pelos ramos da arteria pulmonar, mas pelo reliquat dos septos interlobares ou dos grandes espaços intersticiais, segundo sua importancia e segundo as dimensões da caverna.

O conteúdo das cavernas depende da sua antiguidade; pôde ser simples resíduo purulento ou matéria dura, mais ou menos calcificada. E' neste conteúdo e sobre a superfície interna da cavidade que se pôde, segundo a antiguidade e árididade do processo, achar ou não bacilos de Koch.

A formação das cavernas seguem-se diversas complicações que bem merecem ser mencionadas. As hemoptises ou expectoração hemoptoica provêm, em grande parte, das cavernas. Os processos inflamatórios ou destrutivos se estendem às paredes arteriais adelgazando-as a ponto de serem vencidas pela pressão arterial; outras vezes a

parede vascular lesada se dilata em um só ponto até constituir um verdadeiro sáco, um aneurisma, como dissemos mais acima. Nesses casos a hemorragia pôde ser insignificante, grande ou mortal.

As hemorragias seriam muito mais frequentes si não obliterasse, previamente, a luz vascular, o tecido de proliferação tuberculoso que, proveniente da visinharia, penetra no vaso, unido tal processo com uma trombose em muitos casos. Tal fenômeno se observa, particularmente, nos vasos que irrigam as trabeculas.

Em segundo plano temos a difusão da tuberculose, mais uma vez intervindo as cavernas, por encher os bronquios de material rico em bacilos, donde são aspirados pelos tecidos intátos, no momento da inspiração.

A perfuração das cavernas na cavidade pleural é uma das complicações que faz penetrar o conteúdo da caverna e sobretudo o ar, determinando uma inflamação ou pleuriz purulento. Daí a origem do piotorax si caem massas purulentas na cavidade pleural, ou piopneumotorax si penetra juntamente o ar (fig. 2 — b).

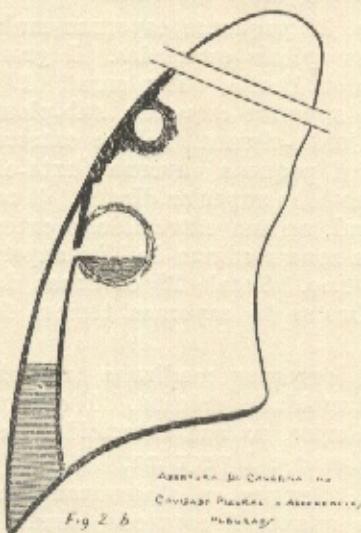


Fig. 2 — b

A purificação da pleura pelo processo ulceroso pôde ser evitada si houver aderência entre as folhas pleurais ou adesões de ambas pela fibrina (fig. 2 — b).

LOCALIZAÇÃO DAS CAVERNAS: As cavernas pôdem localizar-se em todas as partes do pulmão; são encontradas sobretudo no lóbulo superior ou na base, sendo mais comumente encontradas no lóbulo superior, na vizinhança da cisura, particularmente no seu terço externo.

Backmeister diz que na tuberculose crônica as cavernas são bastante frequentes e se localizam, geralmente, nos apices do pulmão, porque ali o processo costuma ser mais velho.

Redeker acha que as cavernas pôdem localizar-se por cima, por baixo e nos lados do hilo. O mais comum é a sua localização lateral, em campo medio. Este autor, juntamente com Simon, diz que também é particular sua tendencie à esclerose, inclusive as de grande volume.

Graff e Kupferlé formularam trez regras fundamentais para a localização das cavernas:

1.º) A maioria das cavernas tuberculosas são perifericas com relação ao pulmão, principalmente sob a pleura.

2.º) As cavernas profundas, chamadas internas com relação aos campos pulmopares, são sempre pequenas e só se observam nos enfermos que já apresentam grandes cavernas perifericas.

3.º) As cavernas que se encontram com maior precocidade, são localizadas na parte dorsal dos apices; raramente na parte anterior dos lóbulos superiores.

Estes mesmos autores estudando 40 casos, clinicamente e com necropsias, chegaram ao seguinte resultado:

Lóbulos superiores: 10 pequenas cavernas multiplas apicais direitas. 15 pequenas cavernas apicais esquerdas. 1 grande caverna da parte media do lóbulo superior direito, sub-pleural. 17 grandes cavernas da parte media do lóbulo superior esquerdo, sub-pleural. 17 pequenas cavernas sub-pleurais, juxta-cissural, na sua extremidade externa, no lóbulo superior direito. 1 pequena caverna juxta-cissural, na sua extremidade mediastinal no lóbulo superior direito. 3 cavernas medianas sub-pleurais, juxta-cissural, na sua extremidade externa, no lóbulo superior. 1 pequena caverna na zona mediana do lóbulo superior esquerdo, nas proximidades do mediastino. Total: 29 cavernas do lóbulo superior direito; 36 esquerdas. Destas 65 cavernas temos: 44 pequenas, 3 medianas e 18 grandes.

Lóbulo medio: 4 cavernas medianas, sub-pleurais, juxta-cissural superior em sua extremidade externa. 1 caverna pequena sub-pleural, juxta-cissural inferior, na sua extremidade externa. Total: 5 cavernas, sendo 4 medianas e 1 pequena.

Lóbulos inferiores: Sempre se observaram na metade superior do lóbulo, tanto à direita quanto à esquerda, sendo sub-pleurais e subjacentes à folha visceral externa e à folha cissural, porém nuncia subacente à folha mediastinal ou diafragmática.

Em tais condições foram encontradas no lado direito 3 cavernas pequenas na parte mais elevada do lóbulo, na altura da metade da cisura; 4 cavernas medianas na união da cisura inferior com a folha visceral externa e 4 cavernas na vizinhança da folha externa, na altura da porção media do lóbulo.

No pulmão esquerdo, 5 cavernas medianas na parte mais alta do lóbulo inferior, na vizinhança da parte media da cisura inferior; 7 cavernas medianas na parte media do mesmo lóbulo, na altura da folha visceral externa.

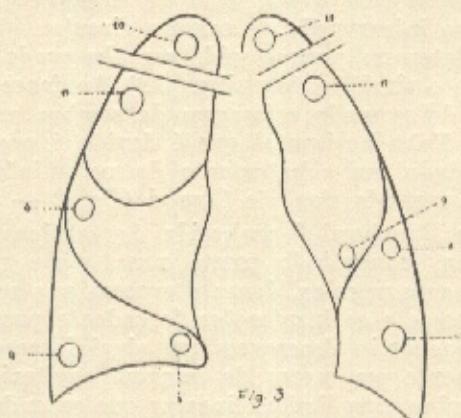
Total: 23 cavernas, das quais 3 pequenas e 20 medianas.

Burnand também em 40 casos examinados pela autopsia, encontrou cavernas dispostas do seguinte modo: (fig. 3)

A' direita: 17 cavernas na margem supero-externa do lóbulo superior; 10 no extremo do apice; 4 na parte externa do lóbulo medio; 3 no apice posterior do lóbulo inferior; 4 na parte externa desse lóbulo.

A' esquerda: 17 cavernas na parte supero-externa do lóbulo superior; 15 na extremidade do apice; 9 na parte inferior desse lóbulo; 5 no apice superior do lóbulo inferior; 7 na parte externa e média desse lóbulo.

Alfredo Viton, depois de um estudo eríterioso sobre a localização das cavernas pulmonares, conclui do seguinte modo: Por tudo isto cremos mais confiadamente na realidade clínica em admitir que, si as cavernas em geral são superficiais ou localizadas nos lóbulos superiores, medio ou parte superior dos lóbulos inferiores, nem por isso deixam de ver-se sem serem realidades clínicas cavernas profundas ou de lóbulos inferiores perto da base, tanto umas como as outras de natureza nitidamente tuberculosa, desde o ponto de vista clínico, bacteriológico e anato-patológico.



Estudo radiológico das cavernas:

As cavernas pulmonares se traduzem no écran e radiografia, pela presença de um anel ou círculo ou uma elipse, que encerra uma zona mais clara que o tecido circunvizinho. Geralmente este anel é rodeado por uma sombra cuja obscuridade gradualmente decrescente, traduz as lesões tuberculosas peri-cavitárias.

Classicamente uma imagem anular deve ter as três seguintes condições: 1.º) Que esteja localizada a uma certa distância do hilo. 2.º) Que tenha um certo volume. 3.º) Que apresente um contorno completo.

Atualmente sabe-se que existem numerosos casos de cavernas que não se denunciam aos Raios X, pelo aspecto que citamos. Que existem imagens que, sem ser cavernas tuberculosas, podem ser diagnosticadas radiograficamente como tais. Que existem imagens que não se denunciam pelos Raios X ou o fazem muito atípicamente.

Fazendo rapidamente uma descrição destes três pontos, começaremos citando: 1.º) as cavernas incompletas ou atípicas; 2.º) as falsas imagens cavitárias e 3.º) as cavernas que não se vêm aos Raios X.

Cavernas incompletas ou atípicas: Dada a impossibilidade da identificação das cavernas pelos processos classicos, torna-se necessário procurar-se outros sinais que possam ser utilizados e que venham cooperar para o diagnóstico de uma imagem cavitaria ou não.

O sinal do bronquio de drenagem de Ameuille apresenta-se numa radiografia como uma faixa clara, limitada por duas linhas irregulares e escuras, unindo uma parte do círculo cavitário com o hilo do pulmão (fig. 2 — a).

Este sinal é de valor diagnóstico extraordinário, porque pode servir para se fazer o diagnóstico retrospectivo de uma lesão cavitária cicatrizada.

Giraud estudando a imagem cavitária concentrou toda a sua atenção ao polo inferior da caverna, observando daí dois sinais classificados por ele de grande valor e de grande utilidade para o clínico: 1º) A abertura do círculo cavitário que se conhece por ser o ponto da cavidade que comunica com o bronquio de drenagem, apresentando-se ao raio X por uma interrupção da sombra circular. Este sinal de Giraud tem o seu interesse porque pode ser observado em certos casos em que não existe o sinal de Ameuille. 2º) Ao fazer-se a radiografia aparece com ela, deformando a imagem da sombra anular da caverna na sua base, uma linha horizontal que é devida à presença do líquido cavitário, produzindo um achamento do polo inferior da imagem anular. Este é o segundo sinal de Giraud (fig. 2 — a).

A imagem de Bouchard é conhecida dos antigos clínicos como a mais característica, consistindo numa zona clara rodeada por um círculo mais ou menos regular, denso e espesso que se retráe e se distende durante a tosse e as inspirações forçadas e profundas.

Bezançon e Jaequelin descrevem um sinal interessante que consiste no estreitamento em massa da imagem cavitária pelo aparecimento de uma sombra com limites lineares que extendem o seu véo sobre toda ou parte da zona clara, durante a tosse.

Ao lado da imagem de Bouchard devemos descrever as pequenas cavernas areolares, deseritas e denominadas por Mantoux e Maingot, cavernas em forma de miolo de pão ou ninho de abelhas ou radiador (lavos) (fig. 2 — a).

O sinal de Bernou consiste na diversidade do ângulo de inserção da cavidade na parede torácica, servindo como elemento diferencial entre uma caverna e um pneumotorax parcial e enquistado (fig. 4).

Depois de recorrermos a todos os sinais já descritos, muitas vezes temos de lançar mão das injeções de substâncias opacas, intra-tráqueais, que como o lipiodol permitem fazer conhecer certas imagens cavitárias. Neste sentido têm sido feitas interessantes investigações por Giraud e Reynier, que vieram provar o fracasso do lipiodol em numerosos casos, a ponto deles afirmarem o seguinte: "a experiência tem demonstrado que, na maioria dos casos, as cavernas não são injetáveis".

No caso da impossibilidade de obtermos uma imagem cavitária pelo lipiodol, devemos seguir o conselho de Sergent, Bordet, Weil e Loiseleur, que consiste em fazer um pneumotorax artificial e depois o exame radiológico, pondo em evidência a cavidade.

Cavernas que não se vêm ao raio X: Depois do estudo que estamos fazendo, onde verificamos que existem cavernas que se vêm nitidamente aos raios X e, como também já sabemos que existem lesões ou processos que se tomam por imagens cavitárias quando não o são, não podemos deixar de dedicar algumas palavras às cavernas que não são denunciadas ou, si se denunciam, se fazem tão atípicamente que o seu diagnóstico não é possível.

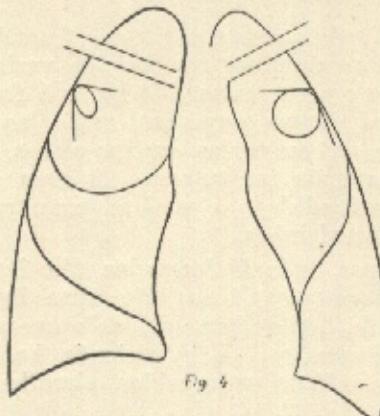


Fig. 4

Muitas vezes tem a caverna as suas paredes irregulares e anfractuosas, dando-nos ao écran uma imagem atípica. Outras vezes a bolsa cavitária possue paredes muito permeaveis aos raios X, contribuindo para isso diversas causas, como sejam: pleurais: derrame, espessamento pleural; toracicas: sombras ósseas; pulmonares: lesões fibrosas, lobites massiças.

Passaremos agora às falsas imagens cavitárias. Burnand estudou muito bem este assunto, vindo esclarecer-lo de um modo formal, pois que, nestes últimos tempos se vinha insistindo na presença das falsas imagens cavitárias.

Jaquerod dedicou também capítulos especiais como contribuição ao estudo das falsas imagens cavitárias.

Estas imagens podem ter a sua origem justificada pelas seguintes causas: 1.^o) a ossificação das cartilagens costais em certas ocasiões pôde simular a sombra de uma caverna. 2.^o) os espessamentos pleurais localizados, pôdem dar lugar, radiograficamente, à uma imagem semelhante a verdadeiras cavernas tuberculosas, trazendo ao radiologista uma certa confusão. 3.^o) o entrecrozamento das sombras vasculares. 4.^o) o agrupamento de nódulos tuberculosos ou faixas de esclerose, tendo uma certa disposição que se assemelha a uma sombra anular, radiograficamente. 5.^o) as dilatações bronquicas possuem caracteres especiais que permitem diferenciá-las, pois apresentam-se na radiografia sob o aspéto que poderiam paracer-se com uma caverna.

Sargent escrevendo sobre as falsas cavernas diz que elas pôdem ser devidas à disposição em círculo das bridas pleurais, às grandes bolhas de enfisema, a pequenos pneumotoraces enquistados, descritos por Barlow e Thompson.

Ao lado das falsas cavernas convém fazer menção ás cavidades cheias no parenquima e que não são cavernas tuberculosas, como sejam: as dilatações bronquicas ampulares, os abcessos do pulmão, os fócos de gangrena, as gomas sifiliticas e os pio-pneumotoraces enquistados.

Deante de uma imagem cavitaria, depois de um exame minucioso, radiológico e excluidos todos os erros de diagnostico, podemos ainda, com o auxilio dos raios de Roentgen determinar, até certo ponto, a idade da caverna.

Barlaro assim se refere a este assunto: Quando se forma uma caverna, habitualmente se processa reunindo-se varios fócos em destruição que, ao ulcerar-se e eliminar-se, dão lugar á formação de cavernas.

As caracteristicas destas cavernas estão na irregularidade das suas paredes; nota-se um ou varios centros claros, de limites não muito nitidos e completamente irregulares. O grau de claridade da caverna depende da profundidade á qual se encontra e dos tecidos pulmonar e pleural circunvizinhos.

Quando as cavernas estão já formadas, têm interiormente uma superficie lisa pelo que os raios X nos dão: uma figura clara, de tamanho variavel, porém de limites bem nitidos e que se percebe com facilidade na placa radiografica. Está rodeada habitualmente de sombras correspondentes a fócos endurecidos, cirroticos, fibrosos.

CLASSIFICAÇÃO DAS CAVERNAS: Jaquerod estuda primeiramente o modo de formação das cavernas tuberculosas e, depois, seu estado evolutivo, dividindo-as em tres graus: A caverna do 1.º grau, caracterizada radiograficamente por uma imagem de contorno circular, relativamente pouco marcado, cujo interior não é completamente claro e, clinicamente, pela ausencia de expectoração. Ela representa a primeira fase do processo de alimentação dum fóco caseoso, cujo centro não parece ainda destruido (fig. 5).

A caverna do 2.º grau, caracterizada por uma imagem anular, de contorno bem desenhado, circunscrevendo um espaço uniformemente claro, num doente portador de expectoração bacilifera, muco-purulenta. Anatomicamente, as paredes da caverna são constituidas por tecido pulmonar mole, recentemente infiltrado de tuberculos. Durante a vida, a perda de substancia pôde parecer muito maior do que é em realidade, os tecidos circundando a cavidade sendo submetidos a uma tração excentrica da parte da elasticidade pulmonar (fig. 5).

A caverna do 3.º grau, caracterizada por uma imagem radiologica circular, geralmente de grande dimensão, ou por um circulo claro no meio dum campo pulmonar escuro, num doente cronico com expectoração bacilifera purulenta. Anatomicamente esta caverna é constituida por uma camada fibrosa organisada, que a mantem aberta e que a isola dos tecidos vizinhos. (Fig. 5)

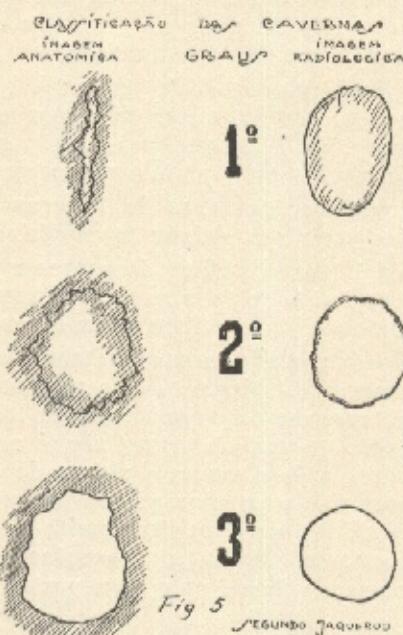
Viton diz que a caverna é uma lesão durável, cronica, difícil de desaparecer, si chega a certo volume ou si se apresenta nas lesões fibro-caseosas, um numero delas desaparece mediante processos de reabsorção, como nas tuberculosas abortivas, sem deixar o menor indicio.

Os nossos antepassados consideravam, em geral, as cavernas como

produzidas em sua ordem cronologica: primeiro a caverna vasia e, logo em seguida, a cheia, sendo que esta se enchia por acúmulo de secreção da membrana tuberculosa cavitaria.

Atualmente, o estudo sobre a formação e evolução das cavernas, nos dá um conceito bem ao contrario dos antigos e que devemos reter. A caverna cheia, daquelas, corresponde á caverna do 2.^o grau de Jaquerod, e a caverna vasia é igual á do 3.^o grau, do mesmo autor.

A caverna do 3.^o grau ou caverna vasia pôde, em circunstancias especiais de acordo com as alternativas do processo, confundir-se radiologicamente com as cavernas do 2.^o grau ou cavernas cheias.



A explicação reside no acúmulo da secreção bacilifera, na obstrução da comunicação bronquial e no desaparecimento da camada gázosa, *in situ*.

A curabilidade expontanea e terapeutica das cavernas está em intima relação com o grau evolutivo das lesões.

O grau evolutivo das cavernas do 1.^o grau ou imagens pré-cavitarias, pôde desaparecer sem deixar um unico sinal (Viton).

A evolução das cavernas do 2.^o grau sofre algumas alternativas; nuns casos pôde desaparecer sem deixar vestigios, como acontece nas tuberculoses abortivas, propriamente ditas; noutrós casos elas se esclerosam e calcificam, desaparecendo como lesão aberta, crônica infectante pela secreção bacilifera; enfim, podemos ainda ver curar-se uma caverna do 2.^o grau, iniciando-se pela cura da lesão parietal com a capsula cavitaria, permanecendo sómente uma cavidade, após a extinção completa da secreção.

As cavernas do 3.^o grau pôdem apresentar uma tendencia para a cura, em comum por uma fibrose extensa, maior que a zona atingida, até constituir, quando se extende a todo o hemi-torax, o fibro-hemi-torax.

Mais raramente a esclerose está limitada a um lobulo ou a dois lobulos e aí se observa a coincidencia da esclerose com um dos determinados limites fracionados do pulmão.

Leroy S. Gardner demonstrou experimentalmente que as lesões tuberculosas cicatrizam não só por fibrose, como tambem por meio da absorção dos depositos tuberculosos, ficando apenas o tecido cicatricial.

Jaquerod na sua classificação em graus, diz que esta distinção é capital sob o ponto de vista do modo de cura das cavernas; esta cura parecendo muito mais frequente que outr'ora.

Diz que a cura das cavernas do 3.^o grau só é possivel pelo secamento das suas paredes, por enquistamento, por obstrução por meio de depositos calcareos (que é excepcional), ou por transformação fibrosa total de toda a região doente (lobite cicatricial fibro-torax).

Ao contrario, numerosas cavernas do 2.^o grau pôdem curar rapidamente e o mais das vezes sem deixar traço visivel.

As espeluncas do 1.^o grau pôdem desaparecer por resolução, sem deixar traço; noutros casos, elas curam por transformação fibrosa, persistindo indefinidamente a sua imagem radiografica, circular.

Estas noções são essenciais para o tratamento das tuberculosas cavitarias, com o recurso da higiene e dos processos naturais sós ou com o auxilio da colapsoterapia (pneumotorax, toracoplastia, frenicectomia). Si em geral, para o 1.^o grau não é necessaria a colapsoterapia, para o 2.^o, depois de algumas semanas de observação, convém habitualmente recorrer ao pneumotorax, que dá resultados excelentes. As cavernas cronicas do 3.^o grau resistem muito mais á compressão do pneumotorax e é aí que se impõem a toracoplastia e a frenicectomia, sobretudo nas cavernas da base, cujo prognostico é particularmente grave (Jaquerod).

M. Gilbert diz que a germinação das paredes das cavernas, sob o efeito do pneumotorax apresentado por M. Doubrow não é satisfatório, assim como o processo de proliferação obliterante é muito lento e dificil de se admitir que ele se produza em tão pouco tempo. Pensa Gilbert que a lesão cavitaria, desde que ela tenha séde no tecido elastico, se retráe concentricamente sobre ela mesma, sob a influencia do colapso.

As radiografias, tão sugestivas, que apresentamos aos prezados colegas, e pertencentes ao arquivo do nosso Instituto Medico, demonstram categoricamente o que Graff, Kupferlé e Burnand dizem sobre a localização das cavernas.

As gravuras que acompanham este trabalho, são algumas das mais caracteristicas da bela coleção que apresentámos á Sociedade de Medicina, por ocasião da nossa conferencia.

Pena é que não foi possivel inserir todas, como era o nosso desejo, porque, certamente encareceria não sómente a confecção desta revista no tocante á clicherie, como tambem á parte tipografica.

Lamentamos bastante, porém, queremos crer que os belos clichés estampados reproduzem fielmente as nossas palavras.

Os esquemas, feitos por nós e todos estampados, dão uma clara idéa sobre as diversas fórmas de caverna; sua localização; seu modo de formação; a diferença entre caverna e pneumotorax conquistado; sua comunicação com o bronquio; as complicações que podem advir pela sua rúrtura na cavidade pleural, etc.

Para finalizar, iremos apresentar as nossas conclusões, juntamente com as dos grandes mestres e pesquisadores, Sergent, Palacio y Calvo, René Burnand e Alfredo Viton.

Conclusões:

1) — As numerosas radiografias de tuberculosos pulmonares, com imagens cavitárias, feitas em nosso Instituto, estão de acordo com a opinião de Graff, Kupferlé e Burnand.

2) — Verificamos falsas imagens cavitárias na região perihilar, D e E e nos apices pulmonares.

3) — Encontramos cavernas de todas as formas, com e sem bronquio de drenagem.

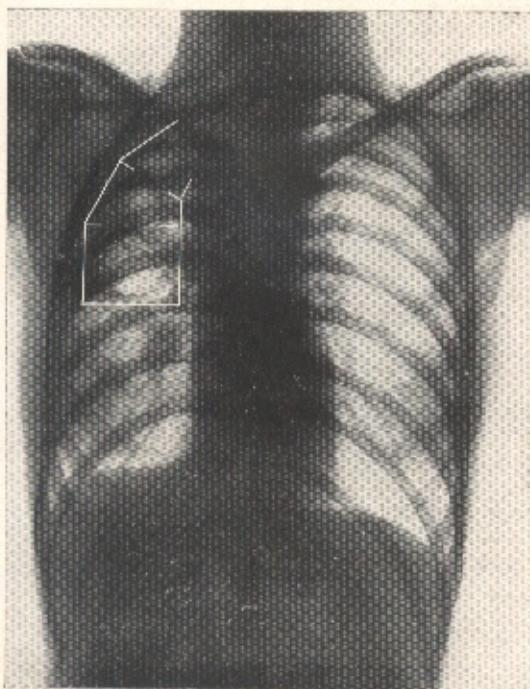
4) — Como conclusão insistimos que, quando se encontram os sinais cavitários, na parte interna da fossa supra e infra-espinhosa ou clavicular ou na vizinhança do hilo, não há ou não podemos fazer apressadamente o diagnóstico de caverna, pois pode tratar-se de um desvio da traquéia, que sempre é de melhor prognostico, sendo conveniente por este motivo, em todos os casos crônicos de pulmão, investigar a fossa supra-esternal e estudar radioscópica e radiográficamente a posição da traquéia. (Palacio y Calvo).

5) — O radiodiagnóstico é indispensável ao clínico, qualquer que seja a sua perfeição auscultatória, para a determinação exata da sede das cavernas, como também para afirmar a sua existência. (René Burnand).

6) — Não é caverna propriamente dita, desde o momento que não existe uma cavidade (Alfredo Viton).

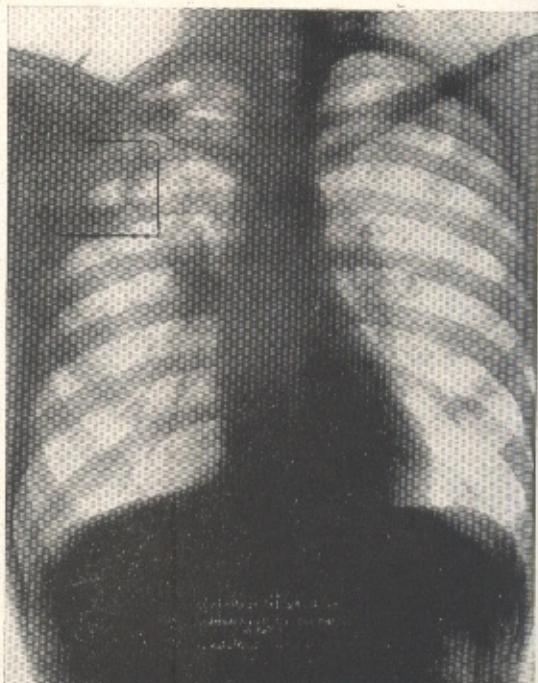
7) — No caso da impossibilidade de obtermos uma imagem cavitária característica e com o auxílio do lipiodol, devemos fazer um pneumotorax artificial e depois um exame radiológico, pondo em evidência a cavidade (Sergent).

8) — O tisiólogo sendo radiólogo, pode, em melhores condições do que o radiólogo que não pratica a tisiologia, observar e estudar o caráter e a evolução das lesões pulmonares tuberculosas, pelo exame ao écran feito diariamente nos seus clientes tuberculosos.



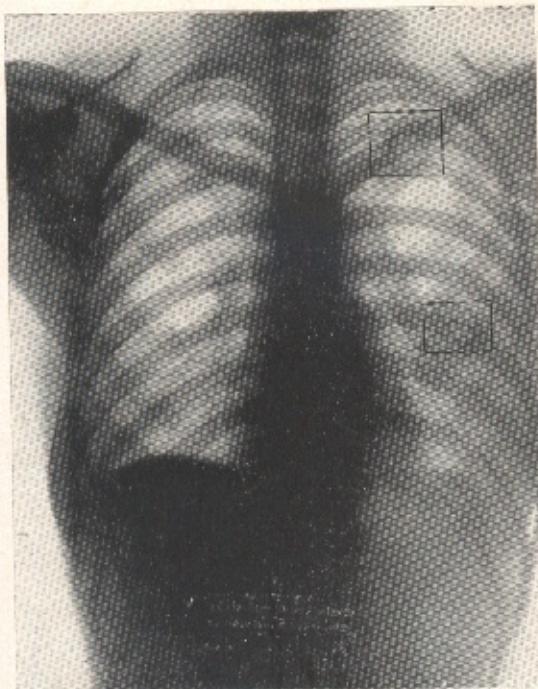
Radiografia n.º 1
(do Instituto Médico)

Tres cavernas superposadas, sendo duas no lóbulo superior e uma no lóbulo médio, do hemitorax D.



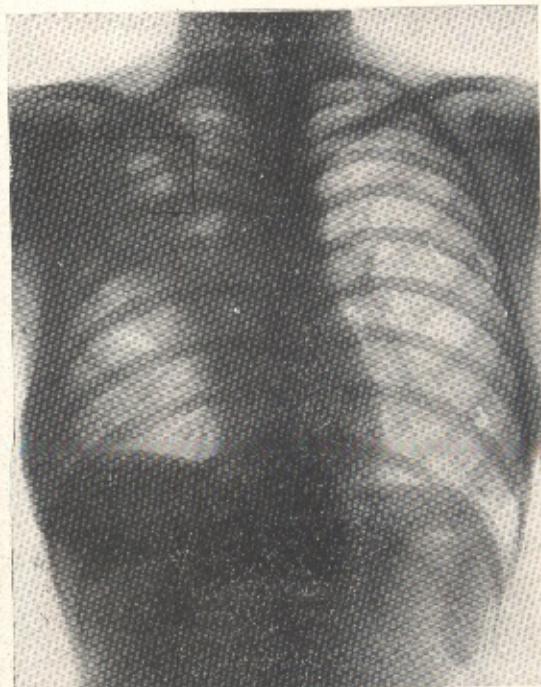
Radiografia n.º 2
(do Instituto Médico)

Caverna no lóbulo superior do pulmão D, juxta-eissural, característica do 2.º sinal de Giraud.



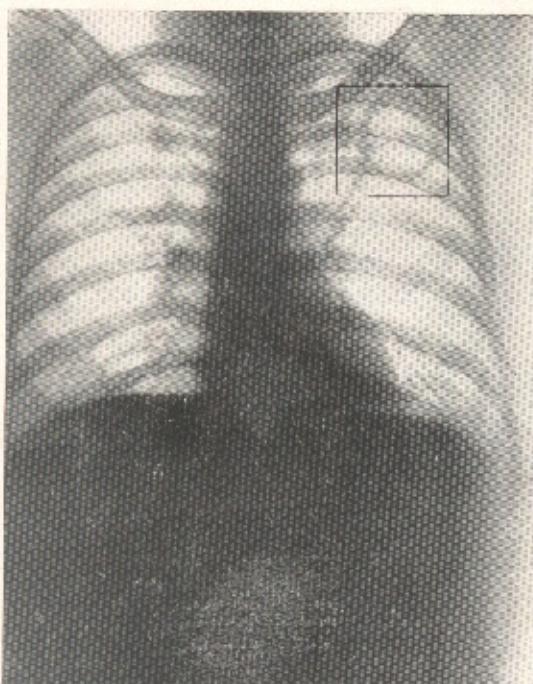
Radiografia n.º 3
(do Instituto Médico)

Duas cavernas, uma na região clavicular esquerda, do 2.º grau, e outra do 1.º grau, de contornos pouco delimitados, na base do lóbulo superior do pulmão E.



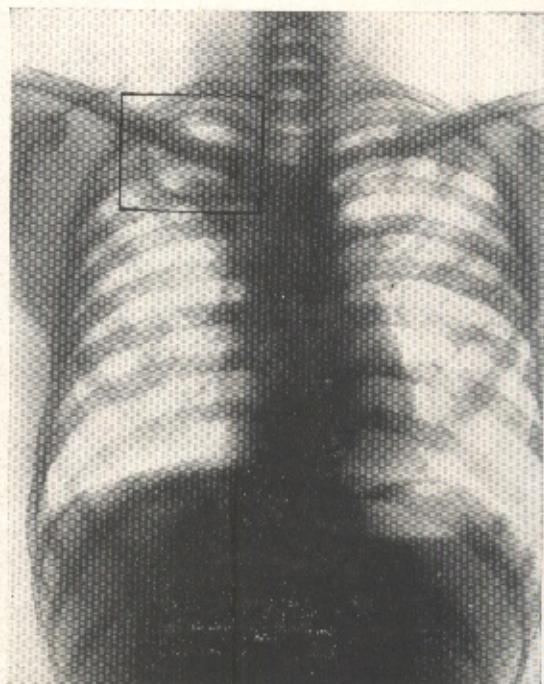
Radiografia n.º 4
(do Instituto Médico)

Caverna do 3.º grau, no lóbulo superior do pulmão D, delimitada por um derrame interlobar.



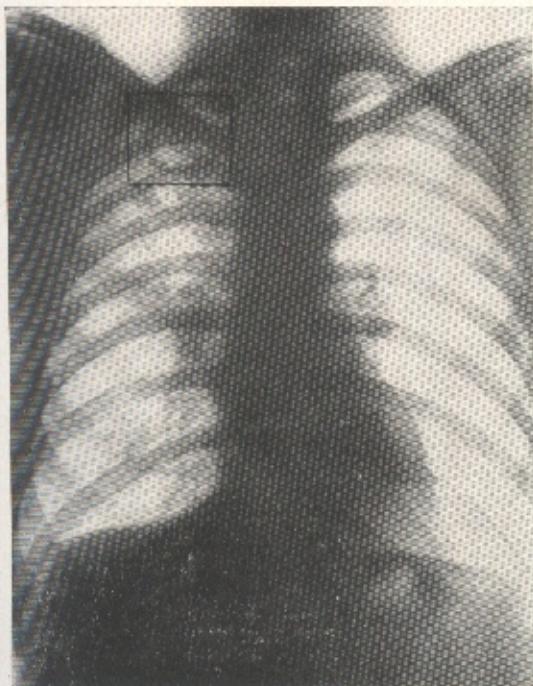
Radiografia n.º 5
(do Instituto Medien)

Caverna do 3.º grau, na
região infra-clavicular es-
querda, com o bronquio
de drenagem de Amenille,
típico, num doente de
44 anos.



Radiografia n.º 6
(do Instituto Medien)

Grande caverna do 3.º
grau localizada no ápice
do pulmão D.

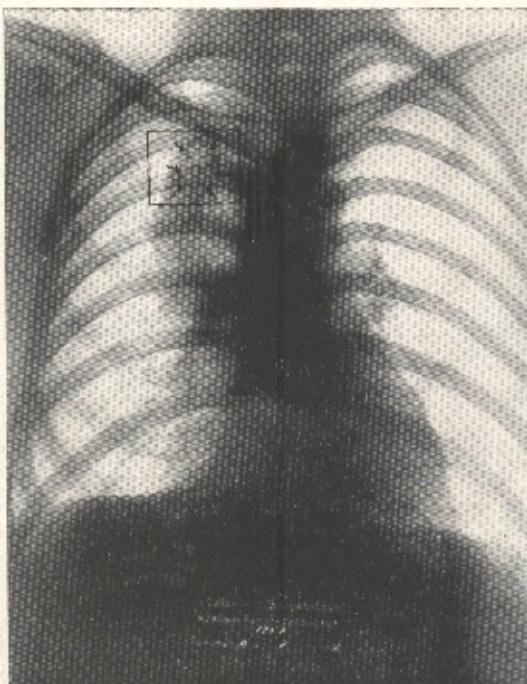


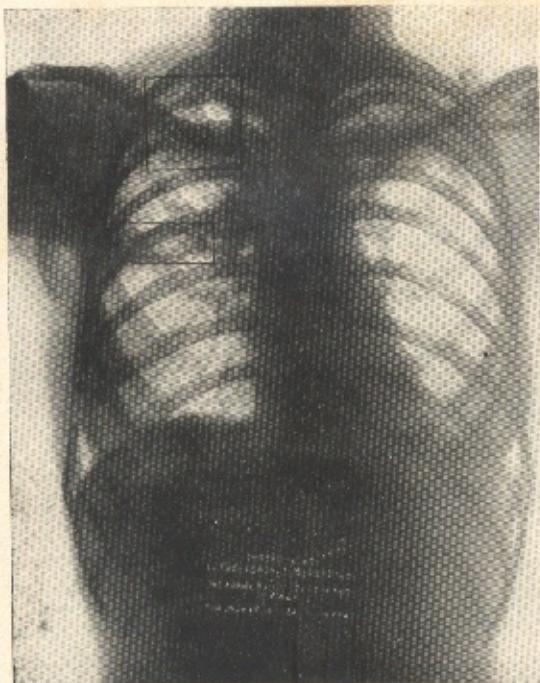
Radiografia n.º 7
(do Instituto Médico)

Caverna do 3.º grau, na
região clavicular D.

Radiografia n.º 8
(do Instituto Médico)

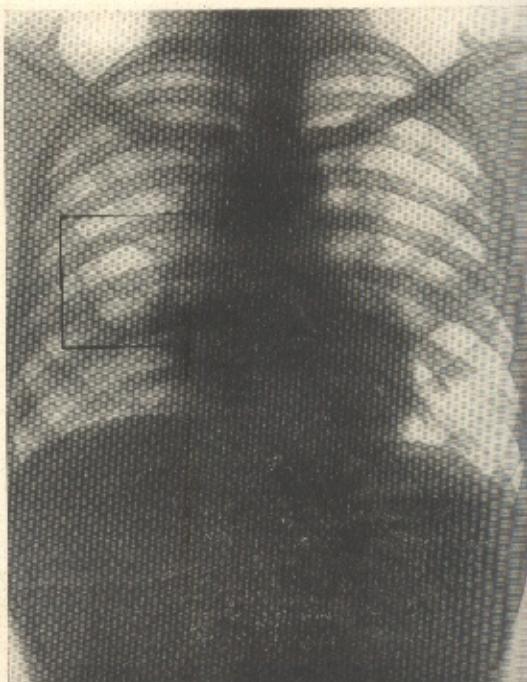
Radiografia do mesmo
doente do n.º 7, com um
pneumotórax eletivo do
lóbulo superior do pulmão
D. Vê-se a caverna bas-
tante diminuída de vo-
lume.





Radiografia n.º 13
(do Instituto Médico)

Duas cavernas, sendo uma do 3.º grau no ápice do pulmão D, e outra do 2.º elítica no lóbulo médio, juxta-cissural do mesmo pulmão.



Radiografia n.º 14
(do Instituto Médico)

—
Falsa caverna, localizada na região peri-hilar D. Neste caso o pneumotórax (500 cc.) veiu nos provar a nossa suspeita — tratava-se de uma falsa caverna.

Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA
 Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE
 Dr. NINO MARSHAJ

Comunicações

Contribuição ao estudo da inversão nuclear Índice de Velez

Seu valor diagnóstico precoce na Tubercolose

Nota prévia.

por

Helmut Weinmann

e

Nino Marsiaj

Ass. da catedra de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina e do Bab. Bact. da Diretoria de Higiene e Saúde Pública do Estado.

Ass. das catedras de Clínica Médica e de Terapêutica da Faculdade de Medicina.

Na sessão da Sociedade de Medicina de 17 de Julho do corrente ano, um de nós comunicou, a título de nota prévia, os estudos sobre o índice leucocitêmico de Velez a que nos vimos dedicando. Aqui nada mais fazemos do que deixar arquivada a referida nota.

Dentre os flagelos temerosos para o indivíduo, para a coletividade e para a degeneração da raça é certamente a tuberculose o que ocupa o primeiro plano.

Estamos com Miguel Isaacs quando diz: "a tuberculose é um mal tão devastador, que merece bem qualquer sacrifício que vise o seu extermínio".

E' do conhecimento de todos que precisamente no diagnóstico precoce do mal é que se baseia a possibilidade de cura. Ninguém ignora igualmente a dificuldade que surge para a afirmação da precocidade do diagnóstico — no momento em que é rompido o equilíbrio entre germe e organismo e por circunstâncias especiais o germe vence insidiosamente as defesas biológicas. Os germes uma vez senhores do terreno iniciam de então por diante sua ação morbigena.

A verdade é cristalina: um diagnóstico precoce é o primeiro passo na cura da tuberculose.

A experimentação já acumula os melhores dados quanto à precocidade da inversão nuclear na toxo-infeção bacilar. Modestamente

aliamos-nos aos que trabalham neste sentido e de tudo que já observámos estamos convitos do valor incontestável do indice de Velez.

Releva notar que se encontra igualmente a inversão nuclear na lepra e nos tumores malignos. Este fato, porém, não parece imparar o valor da prova, pois que estas entidades morbidas são suscetíveis de diagnóstico diferencial apoiado em dados clínicos e pesquisas laboratoriais.

Velez é categórico em suas afirmativas: a inversão nuclear é um fato constante na infecção tuberculosa ática; portanto, a ausência de inversão permite afastar o diagnóstico de tuberculose. Este autor vae além: a inversão nuclear é observada sómente na tuberculose. Este último conceito foi científicamente destruído, porquanto, como já dissemos acima, o mal de Hansen e os blastomas malignos acusam o referido sinal. Quanto à observação constante da inversão na tuberculose, a literatura médica, com efeito, parece não referir nenhuma exceção.

E' pois incontestável o alto valôr da prova e bem merece entrar na prática corrente.

R. Pla y Armengol e seus colaboradores apresentaram ao VII Congresso Médico Nacional de Habana minucioso e documentado trabalho experimental. Estes pesquisadores inocularam algumas centenas de cobaias com produtos tuberculosos e observaram a inversão nuclear já nas primeiras 24 horas.

Para não fugirmos ao "sabor" de nota prévia, descreveremos em rápidas considerações em que consiste o índice leucocitemico de Velez.

As alterações que sofrem os polinucleares neutrofilos são de fácil evidenciação pelos processos comumente usados na coloração dos elementos figurados do sangue.

Em indivíduos insuspeitos de toxo-infecção bacilar em evolução os neutrófilos apresentam um núcleo, duas, três, quatro e cinco fragmentações nucleares, em número aproximado respectivamente de 16, 26, 38, 19 e 1; ou melhor:

I	II	III	IV	V
16	26	38	19	1

ou seja uma grande predominância do grupo III sobre o II.

Suponhamos agora que se trate de um caso de tuberculose em evolução. Encontra-se, por exemplo, o índice seguinte:

I	II	III	IV	V
25	52	17	5	1

ou seja uma grande predominância do grupo II sobre o III.

O conceito estabelecido como certo é o que segue: entre os neu-

trofilos, os mais novos são aquêles que não mostram nenhuma fragmentação e os mais velhos aquêles cujo nucleo está dividido de modo que se possam contar duas, três, quatro, cinco e mais fragmentações.

Na tuberculose observa-se uma percentagem mais elevada de neutrófilos novos, lançados portanto na torrente circulatoria antes de atingir o estado adulto: é o sinal que Velez designa sob o nome de "inversão nuclear."

Atas

Ata da sessão extraordinaria realizada a 1.^o de Julho de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presidente: Otavio de Souza. Secretario: Nino Marsiaj.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Loforte Gonçalves, Carlos Bento, Alvaro Ferreira, Couto Barcellos, Jaime Vignoli, Huberto Wallau, Pedro Pereira e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão. A ata da sessão anterior não foi lida por não ter sido o respetivo livro devolvido á secretaria em tempo pela redação dos Arquivos.

Em seguida o dr. Otavio declarou que de acordo com os Estatutos tratando-se de 2.^a convocação a sessão funcionaria, visto haver mais de 7 socios presentes.

Apresentado pela comissão, por intermedio de seu relator dr. Wallau, o projéto de Reforma dos Estatutos foi o mesmo aprovado com as seguintes novas modificações:

No Cap. I art. 1.^o tratar da personalidade jurídica da Sociedade.

No Cap. II art. 2.^o em vez de eleição dos I e II secretarios, tezoureiro e arquivista, serem os mesmos nomeados pelo presidente.

Estas emendas foram apresentadas pelo dr. Nino Marsiaj.

No Cap. III os socios correspondentes deverão apresentar títulos ou trabalhos que provem poder ingressar na Sociedade de acordo com o disposto no capítulo que trata das admissões.

No mesmo cap. novo artigo que confere diplomas aos socios da Sociedade.

Estas emendas foram apresentadas pelo dr. Carlos Bento.

No art.^o 14 a joia e a mensalidade serão fixadas anualmente pela diretoria, tanto para os efetivos como para os correspondentes.

No art.^o 34 os alunos da 6.^a serie poderão comparecer às sessões, mas não tomar parte nas discussões.

No art.^o 41 a prestação de contas será feita semestralmente.

Estas emendas foram apresentadas pelo proprio relator dr. Wallau.

Nada mais havendo a tratar o sr. presidente encerrou a sessão, marcando para ordem do dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Decio Martins Costa sobre "A tuberculose no lactente".

Porto Alegre, 2 de Julho de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.^o secretario.

Ata da sessão realizada a 8 de Julho de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Alvaro Ferreira, Hugo Ribeiro, Bruno Marsiaj, Antero Sarmento, Corrêa Meyer, Nogueira Flôres, Batista Hofmeister, Oswaldo de Souza, Antonio Louzada, Pedro Maciel, Helio Medeiros, E. J. Kanan, Leonidas Escobar, Ricaldone, Norman Sefton, Manoel Gonçalves, Valentim, Poli Marcelino Espírito, Custodio Vieira da Cunha, Carlos Bento e Huberto Wallau, o sr. presidente declarou aberta a sessão, convidando para secretaria-la o dr. Wallau, visto estarem ausentes os secretarios com o respetivo livro de atas.

Tomou a palavra após o dr. Antonio Louzada, que leu um trabalho feito em colaboração com o dr. Pedro Maciel sobre um caso de Cianose Congenita.

Depois de fazer uma minuciosa exposição clínica e radiologica da doente, que tem 20 anos de idade, os autores discutem o caso tanto sob o ponto de vista etio-patogenico e radiológico como também em relação à terapêutica a empregar.

Faz comentários a esta comunicação o dr. Nino Marsiaj.

Em seguida o dr. Ivo C. Meyer comunica, a título de nota previa, ter feito algumas retinografias com bons resultados. Depois de ter salientado o valor deste método diagnóstico declara pretender fazer dentro de algumas semanas uma conferência nesta Sociedade sobre o mesmo assunto.

Comentou esta comunicação o dr. Otávio de Souza.

Tomou a palavra após o dr. Carlos Bento que, se referindo à atual epidemia de gripe, fez diversas referências sobre o tipo termico apresentado pelos doentes e sobre a frequência das ciliindrúrias que observou.

Disentiram o assunto os drs. Antonio Louzada, Alvaro Ferreira, Valentim, Otávio de Souza e Corrêa Meyer.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente encerrou a sessão marcando para Ordem do Dia da próxima reunião uma conferência sobre "Contribuição ao estudo das cavernas pulmonares", sendo relator o dr. Nicolino Rocco.

P. Alegre, 13 de Julho de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1º secretario.

Ata da sessão realizada a 22 de Julho de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otávio de Souza, Carlos Bento, Nicolino Rocco, Huberto Wallau, E. J. Kanan, Helio Medeiros, Bruno Marsiaj, Florencio Ygartua, Antero Sarmento, Villeroy Schneider, Loforte

Gonçalves, Alvaro Ferreira, Pedro Maciel, Decio Souza, Couto Barcellos e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou a berta a sessão.

Lida, pelo 1.^º secretario, a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Tomou a palavra em seguida o dr. Nicolino Rooco, inscrito em Ordem do Dia, para lêr sua conferencia intitulada "Contribuição ao estudo das cavernas pulmonares".

Depois de fazer uma exposição de tudo o que ha de moderno sobre o estudo clinico radiologico das cavernas o conferencista apresenta um grande numero de radiografias tiradas no Instituto Medico em colaboração com o dr. Carlos Bento.

Posto o assunto em discussão tomaram a palavra o dr. Pedro Maciel e o dr. Otavio de Souza, este ultimo para felicitar o dr. Nicolino em nome da Sociedade.

Passando-se ás comunicações verbais, o dr. Wallau leu dois trabalhos do dr. Barros Coelho, um sobre o Grito do Douglas e o outro sobre um caso de hernia umbelical cujo saco continha o cego com o apendice.

Fazem comentários sobre estas observações os drs. Wallau e Bruno Marsiaj.

Após o dr. Carlos Bento salienta a coincidencia da elevação da temperatura inicial nas piurias se dar á tarde e pergunta a opinião dos colegas a respeito.

Faz considerações sobre este assunto o dr. Florencio Ygartua.

Estando adeantada a hora o sr. presidente declara encerrada a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Decio Martins Costa sobre "A tuberculose no lactente".

P. Alegre, 24 de Julho de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.^º secretario.

Ata da sessão realizada a 29 de Julho de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Antero Sarmento, Anes Dias, Bruno Marsiaj, Carlos Hofmeister, Nogueira Flôres, Ivo Meyer, Alvaro Ferreira, Raul Di Primo, Cassio Annes Dias, Poli Espírito, Helio Medeiros, Decio Martins Costa, Ricaldone, Carlos Bento, Nino Marsiaj, E. J. Kanan, Ygartua, Villeroy Schneider, Lupi Duarte, Norman Sefton, Luiz Fayet, Decio de Souza, Huberto Wallau, Waldemar Job e Couto Barcellos, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.^º secretario a ata da reunião anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Tomou a palavra após o dr. Decio Martins Costa, inscrito em Or-

dem do Dia, para lêr uma conferencia sobre: "Tuberculose da primeira infancia. Estado alergico e localizações anatomicas primarias".

Depois de acentuar o contraste entre as doutrinas da tuberculose ha vinte anos e atualmente, passa a estudar o chamado estado de alergia condicionando a ele todas as manifestações clinicas e anatomo-patologicas da tuberculose infantil.

Encarece o valôr da reação de Pirquet como meio seguro de diagnostico e mais ainda para acompanhar a marcha da alergia.

Frisa a diversidade das reações biologicas dos lactentes e adultos e estuda detidamente todas as localizações pneumo-ganglionares primivas, pondo sempre em destaque o grande valôr da radiologia.

Conclúe o orador afirmando ser comum a tuberculose na primeira infancia e evoluir muitas vezes para a cura.

As palavras do conferencista foram saudadas com uma salva de palmas.

Posto o assunto em discussão, comentaram o trabalho do dr. Decio, os drs. Ivo Meyer, Carlos Bento e Ygartua.

Passando-se ás comunicações verbais falou o dr. Raul Di Primo, que lê trechos de um trabalho que publicará em breve, em que relata ter encontrado no nordeste do Estado, pela primeira vez, o *Flebotomus diptero hematofago* transmissor da febre de papataci e da leishmaniose.

Em seguida o dr. Ricaldone cita um caso de infiltração precoce tuberculosa e em vias de cura pela colapsoterapia com o oxigenio e com o ar filtrado.

Comentam esta comunicação os drs. Otavio de Souza e Carlos Bento.

Estando adeantada a hora o sr. presidente declara encerrada a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Ivo Corrêa Meyer sobre "Laringites congestivas".

P. Alegre, 3 de Agosto de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.^o secretario.

Ata da sessão da Sociedade de Medicina, realizada na sala do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, em 12 de Agosto de 1932.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Manoel Loforte Gonçalves, Antero Sarmento, Ivo Corrêa Meyer, Floreneio Ygartua, Nogueira Flôres, Decio Souza, Helio Medeiros, Poli M. Espírito, Custodio Vieira, Alvaro Barcelos, Carlos Bento, Decio M. Costa e E. J. Kanan, foi pelo snr. presidente, prof. Otavio de Souza, aberta a sessão.

Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada unanimemente.

Em seguida, o snr. presidente deu a palavra ao prof. Ivo Corrêa Meyer, que leu um interessante trabalho sobre "Laringites congestivas", baseado em observações de sua clínica. Descreveu o quadro sintomatológico apresentado por esta entidade morbida, no que concerne às Laringites crônicas de origem discrasica, muito bem estudado por J. Garel. Fez salientar a interferência da hiperemia faringo-laringea e do véo palatino na tuberculose pulmonar florida, ao mesmo tempo que apresentava as observações de sua clínica que corroboravam as suas palavras. Traçou a necessidade de se pesquisarem, além dos elementos urinários e sanguíneos para achar as causas discrasicas, os fócos septicos como os amigdalianos, e as lesões pulmonares. Como terapêutica empregou a diatermia simples que age, ao mesmo tempo, como valor prognostico. Finalizando, chegou às seguintes conclusões:

"Toda laringite congestiva persistente, que resiste à ação da diatermia simples, faz suspeitar processo tuberculo-pulmonar."

A diatermia simples é seguro meio de prova diagnóstica e terapêutica.

Toda a laringite congestiva que sómente se abrande, ou mesmo não cede à ação da diatermia, faz suspeitar processo patológico pulmonar.

A diatermia é o melhor tratamento para todas as formas congestivas da laringite. A sua ineficácia supõe persistência das lesões em atividade do aparelho pulmonar.

Todo o caso de laringite congestiva que persists, indica frequente e reiterada pesquisa visando o diagnóstico da tuberculose pulmonar.

A laringite congestiva crônica se encontra com muita frequência nas formas floridas da tuberculose pulmonar."

Ao terminar a leitura do seu interessante trabalho, o prof. Ivo C. Meyer foi saudado com uma salva de palmas. Em seguida o assunto foi posto em discussão.

O prof. Otávio de Souza felicita o orador em chamar a atenção da casa, no caso das laringites congestivas como sinal precoce da tuberculose pulmonar. Faz, depois, algumas considerações sobre o assunto.

O dr. Carlos Bento diz que leu um artigo de dous tisiólogos que estudaram 683 casos de laringites tuberculosas ligadas à tuberculoses pulmonares, com lesões da parte superior de um ou dos dois pulmões.

O prof. Ivo C. Meyer responde dizendo que as lesões laringeas são sempre secundárias às lesões pulmonares. Não há lesões laringeas primitivas. Lembra que, nos casos referidos por ele, não havia lesão e, sim, um sintoma: a congestão.

Nada mais havendo a tratar, o snr. presidente marca uma conferência para a proxima 6.^a-feira, sobre "O Líquido Cefalo-Raquiano", feita pelos drs. Decio Souza e Telemaco Pires, e logo após dá por encerrada a sessão.

Assuntos de atualidade

Os sais de ouro na Tubercolose Pulmonar

por

Carlos Bento

Eis um assunto que está em ordem do dia em tisiologia, disseminado em todo o mundo e, no entanto, espera-se ainda o "veredictum" dos experimentadores consagrados neste ramo da medicina.

Surgem de um lado, numerosas observações completadas pela cura clínica; de outro lado dedicam-se estudos especiais referentes á ação dos sais de ouro no organismo, principalmente sobre determinados órgãos.

Literatura vastíssima e trabalhos numerosos já vêm contribuindo para esclarecer este assunto.

Muitos anos são passados desde que se iniciou o tratamento da tuberculose pulmonar pelos sais de ouro, sofrendo este processo terapêutico, como todos os outros, críticas severas, mas que serviram sómente para diminuir o entusiasmo do tisiólogo, mas nunca apagá-lo por completo.

Até certo ponto a indicação dos sais de ouro, feita por um número regular de especialistas, vamos tratar, não da ação curativa por assim dizer, mas da ação daqueles sais sobre determinadas visceras.

Vamos proeurar descrever este assunto para esclarecer esta parte terapêutica, para melhor orientação de todos aquêles que se interessam e mesmo tenham entusiasmo pela auroterapia.

Conhecemos diversos preparados de ouro que são aplicados pelos tisiólogos e que, a nosso ver, devem ser englobados para podermos descrever a sua ação terapêutica.

Procuraremos, ainda mais, consultar o maior número possível de autores estrangeiros e nacionais, para que possamos eliminar, quanto possível, a tendência que muitos apresentam, em tirar o valor das experimentações que não estão ligadas ao país que lhes serviu de berço.

Agindo desta maneira, repetimos fatos semelhantes, verificados na história da medicina, que sofreram lutas tenazes e, hoje, são acatados com carinho por todos nós.

Devemos estimular todos aquêles que iniciam ou dedicam a sua existência ao estudo, ou melhor, na luta contra a peste branca.

Si assim não fôsse feito não tornariamos a vêr, entre o arsenal terapeutico anti-tuberculoso, os sais de ouro.

A crisoterapia nestes ultimos anos tem sido escolhida por muitos tisiologos, os quais fazem ótimas referencias á sua ação terapeutica.

No momento interessa-nos conhecer, mais ou menos bem, o estado de funcionamento de certas visceras de organismos tuberculosos ou não, debaixo da ação daquêles produtos.

Como êles são empregados por via endovenosa, começaremos pelo estado do aparelho circulatorio.

Pic diz que as lesões do coração, de origem primitiva tuberculosa, formam, ao lado das lesões do coração, secundarias á tuberculose, e das lesões arteriais e venosas de origem tuberculosa, um capitulo de alta importancia em cardiopatologia.

Dante desta opinião valiosa e conhecedores de que toda viscera doente torna-se especialmente sensivel á ação dos medicamentos toxicos, e que o coração dos tuberculosos, principalmente aquêles que possuem uma tuberculose avançada com fenomenos toxemicos nítidos, onde o coração apresenta os primeiros sintomas de desfalecimento, nós devemos ser prudentes quando desejamos fazer uso de um medicamento que possue ação toxica, mesmo em pequena dose.

Os experimentadores verificaram alterações degenerativas acentuadas do miocardio, corações volumosos e sintomas de deficit auseptatorio em doentes que se submeteram ao tratamento pelos sais de ouro.

O ouro atua determinando transtornos vasculares, lesando vasos e lesando a fibra cardiaca (Lambea).

Numerosas são as citações que nos revelam casos de morte pelo choque produzido pela sanoerisina.

Lambea diz tratar-se de um sindrome grave que indica, algumas vezes, ações violentas do medicamento sobre o sistema nervoso e noutras vezes, um complexo toxico de maior ou menor intensidade.

O choque, pensam os autores, ser de origem metalica, tornando-se mais frequente conforme a dose que foi empregada e o estado em que se encontrava o organismo por alterações viscerais deste, ou porque se produziram, com facilidade, transtornos do sistema nervoso.

Os sais de ouro produzem graves alterações renais, sem que estas estejam ligadas a um processo tuberculosso (Lambea).

Este fato foi observado em animais e homens não tuberculosos tratados pela sanoerisina, sendo mais comum encontrar-se aquêles transtornos renais nos tuberculosos, especialmente quando o estado de intoxicação é bastante acentuado, porque nesta altura é raro encontrar-se um rim integral.

Czerni e Opitz encontraram nos rins de crianças tuberculosas, tratadas pela sanoerisina, processos degenerativos.

León Bernard cita um caso de uma violenta nefrite produzida por uma injeção de sanoerisina, de 0,15.

As pesquisas feitas por Tagliabue nos envenenamentos dos animais e nos cadáveres de tuberculosos que foram tratados com preparados de ouro, demonstraram que a máxima quantidade de ouro era fixada no fígado e nos rins, principais depuradores do organismo, e só em mínima quantidade no pulmão.

Outros autores citam diversos casos onde puderam observar albuminúria intensa, cilindrúria, edema facial, oligúria, elevação da taxa de uréia sanguínea e piúria.

O professor Vacarezza diz que a sanocerisina é um produto que ataca com preferência o rim e pode provocar a reativação das lesões tuberculosas da mesma forma que a tuberculina.

O professor Gustav Spiess diz que o aparecimento da albumina na urina não é uma contra-indicação para o remédio, antes ao contrário, o ouro além da sua ação curativa pode ser utilizado como um meio útil para o diagnóstico. Se apresenta-se albumina sem outros elementos, como cilindros, etc., podemos considerá-la como sintoma da expulsão de toxinas do organismo (pode ser corpos albuminoides provenientes dos focos tuberculosos). Mas, se aparecem elementos no sedimento, elas indicam com segurança uma tuberculose dos rins e então é mais necessária a continuação do tratamento com o ouro.

O tisiólogo, quando pratica o exame clínico do seu cliente, procura mais do que qualquer outro médico, fazer um exame minucioso e completo, para chegar ao diagnóstico de tuberculose e à classificação da forma clínica.

De posse de todos os dados estuda, ele ainda, o funcionamento de outras vísceras mesmo ainda não atingidas pela bacilose, para escolher o medicamento que possa produzir resultados satisfatórios, sem que surja uma nova complicação provocada por este.

O estudo da função hepática nos tuberculosos, tem passado por diversas fases e modificaram a opinião de Brunon, chegando o Dr. Antenor Tey a concluir em um trabalho seu, em 1929, da seguinte maneira:

"Em geral o estado do funcionamento hepático parece guardar certa relação com a gravidade da lesão, porém nunca encontrou-se um resultado que revele uma grave alteração hepática e muito menos observou-se quadro clínico de grave insuficiência do órgão citado.

Pelo que foi dito, resulta claramente que não foi dado constatar a insuficiência hepática no curso da tuberculose pulmonar descrita por vários autores e hoje em dia aceita quasi sem discussão."

Valdes Lambéa afirma que é excepcional não encontrar alterações hepáticas de índole degenerativa nos tuberculosos adiantados e, por outro lado, verificou que em alguns casos existiam sintomas de insuficiência hepática.

Qualquer que seja a conclusão praticada, nós sabemos que os sais de ouro produzem um efeito nocivo para o fígado, manifestando-se com cefaléa intensa, sincope, fotofobia, tremor, icterícia, dor na região he-

patica, insônia e, pelo exame de urina, verificaram os autores, albuminúria e pigmentos biliares.

Azoulay, Bezançon, Braun, citam um caso com ictericia febril, sais biliares na urina, com peiora do processo tuberculoso.

Lambéa diz que certos tuberculosos, tratados com a sanocerisina, tiveram ictericia e, na urina, foram encontrados pigmentos e sais biliares.

Perturbações digestivas: Os sais de ouro são os responsáveis pela sintomatologia digestiva que surge com maior ou menor intensidade após a sua aplicação em alguns casos.

Vomitos, diarréas, etc., sobrevêm e o especialista vê-se obrigado a suspender o tratamento para atender os últimos sintomas, no sentido de evitar que elas se agravem.

Dizem os diversos autores que os sintomas digestivos de origem sanocerisinica, são semelhantes aos de origem mercurial.

Knud-Secher diz que a existência de sintomas de uma tuberculose intestinal é contra-indicação formal ao emprego da sanocerisina. A intoxicação habitual e a reação em fogo pode provocar violentas diarréas.

Gaveia Otero diz: "Todos conhecemos os diversos tipos de reação que se tem estudado no curso do tratamento sanocerisinico: reações termicas de forma variável (elevações bruscas seguidas de hipotermias intensas; elevações progressivas seguidas de queda em lisis; elevações tardias; elevações progressivamente crescentes até a morte); reações cutâneas (exantemas, enantemas papulosas, vesiculosas, etc., albuminúrias, crises diarréicas, ictericias, etc.).

Ao escrevermos este artigo, vimos em uma nossa cliente, após a terceira injeção, 2.^a dose, elevação termica até 42° de temperatura.

Ainda Knud-Secher descreve uma série de tipos de reação termica que aparece de um modo constante.

As manifestações cutâneas e mucosas já estão bastante estudadas, porque são muito frequentes, desde o simples prurido até os gravíssimos síndromes cutâneas observados, não só nos tuberculosos, mas também nos indivíduos saudáveis. (Lambéa).

As toxicodermias auricas produzidas pela sanocerisina e cloreto de ouro, se apresentam quando menos se as esperam, atingindo todos os tuberculosos sem distinção de formas clínicas e em épocas diferentes.

Com a mucosa bucal dos pacientes tratados com a sanocerisina, devemos ter os mesmos cuidados como os sifiliticos tratados pelo mercurio e bismuto.

Udaondo e Vadone relatam uma observação de um enfermo com estomatite violenta e dermatite generalizada papulosa com descamação, prurido intenso, edemas palpebrais, conjuntivites e fissuras nos lábios.

Algumas vezes essas dermatites podem supurar e formar crostas, trazendo como consequência da falta de higiene corporal, uma septicemia com focos metastásicos, mais ou menos numerosos.

A suscetibilidade de cada enfermo e de cada órgão para o mesmo enfermo, varia notavelmente em face da sanocrisina.

Wurtzen relata um caso no qual apareceram estomatites depois de trinta dias após a ultima injeção do sal de ouro. Para este autor as estomatites são relativamente frequentes. Trata-se de uma estomatite metalica exatamente igual à produzida pelo mercurio.

O ouro atua produzindo lesões toxicas nas celulas da mucosa bucal e nos vasos, pelo que se inicia a flegmasia; mas depois se juntam as ações bacterianas, se produzem fenomenos de supuração e o processo, segundo temos visto, pôde chegar a ser verdadeiramente grave. Si decidimos continuar com o tratamento sanocrisinico temos de recomendar ao doente que cuide muito bem da sua boca, fazendo extirpar os dentes em má estado.

Depois destas linhas onde procuramos descrever os inconvenientes, maléficos mesmo, que pôdem acarretar a crisoterapia aos doentes tuberculosos, não tivemos a intensão de prejudicar este meio terapêutico, mas bem ao contrário, elucidar e orientar os colegas, no sentido de se precaverem dos acidentes que pôdem advir, naquêles doentes, quando não foi feito um exame funcional dos diversos órgãos.

Quando fizerdes o tratamento dos tuberculosos, pelos sais de ouro, sede prudentes e aplicai doses pequenas em espaços longos e sempre sob o vosso controle.



Notas

Este é um numero especial sobre Tuberéulose.

Os artigos recebidos dos Drs. Valdemar Castro e Xávier da Rocha, que deveriam ser publicados neste numero, ficaram para o próximo. Pedimos desculpas por esta demora involuntaria.

Satisfizeram a importancia de suas assinaturas: Dr. Lueiano Cesar (25\$), doutorando Salvador Gonzales (20\$), Dr. Octavio Magalhães, de Belo Horizonte (20\$), doutorando Norberto Pegas (20\$), Dr. Alvaro Pereira (de Cachoeira 25\$), Dr. Henrique Barros (de Cachoeira 25\$), Dr. Sá Carneiro (de Caxias 15\$ por 6 meses), doutorando Amadeu Ferreira Weimann (20\$), doutorando Celio Ramos (20\$), doutorando José C. Passos (20\$), Dr. Antonio Jacob (de Uruguaiana 25\$).

Plantas medicinais

Tinturas
Extratos fluidos
Artigos de dieta

A. CASTRO & Cia. — Rua 15 de Novembro n. 94
Fone 5630 — Caixa Postal 922 — Porto Alegre



Produto do LABORATORIO MOURA BRASIL
Rio de Janeiro

Queiram os Srs. Clinicos pedir amostras a
A. S. Loureiro
Galeria Municipal, 15 — P. ALEGRE

tosses
bronchites
resfriados?
**CREO-CALCIO
JOBIN !**

