TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO PASSADO

JOSÉ FERNANDO CARNEIRO *

Neste momento de vitória sôbre a tuberculose, vitória quase total, até nos países sub-desenvolvidos, graças às armas da quimioterapia, os médicos da geração a que pertence o autor dêste artigo se sentem compelidos a fazer um pouco de história, pois sua experiência se iniciou numa fase felizmente já ultrapassada, quando devíamos lidar com as vítimas da peste branca sem dispor de uma única droga capaz de destruir ou pelo menos inibir a proliferação do agente etiológico. Dispúnhamos contudo de dois recursos de real valor senão no combate direto ao germe, pelo menos na preservação do organismo contra suas investidas e disseminações: o repouso, tal como Dettweiler o sistematisara, e a colapsoterapia. Imagine-se agora a situação antes disso, em face de uma doença que em pleno século XIX, só na Alemanha matava cêrca de 180.000 pessoas por ano. Uma praga contra a qual não existiam nem remédios semelhantes àqueles que, afinal, sempre limitavam os progressos da sífilis e de várias outras doenças, nem recursos profiláticos ou sanitários como aquêles que se aplicavam com êxito contra a varíola. Nada havia contra essa peste que em geral matava suas vítimas lentamente. E como os homens jamais se conformam em ter nada onde algo deveria existir, todos os absurdos foram tentados, tôdas as imposturas foram exercidas sôbre os tuberculosos, vítimas a um tempo da moléstia e das mais extravagantes terapêuticas. E' sempre assim. Enquanto não aparece para os nossos problemas humanos uma solução adequada, medram as mais disparatadas propostas defendidas com veemência só comparável à sua ineficácia ou às dimensões do vazio que pretendem preencher. Tôdas as hervas, tôdas as tisanas, todos os extratos, tôdas as carnes, todos os leites foram tentados: o de cabra, o de égua, o leite humano. A êsse respeito Lazare Rivière (1) relata **"qu'il était alors à la mode de traiter les phtisiques en les faisant allaiter par des femmes, traitement qui n'étit pas sans danger car celle qui donna le sein à un certain abbé de Saint Paul succomba à la maladie, sans empêcher pour cela son docte nourisson de mourir"**. Também se fêz uso de excrementos, sobretudo por influência da medicina árabe.

E' preciso ter grande caráter para não se fazer cousa alguma quando não há realmente nada de útil a fazer. Neste sentido numa atitude de bom senso foi tomada por Laennec quando no seu livro famoso escreveu: **"Presque tous les hommes de l'art (qui sont au courant de progrés récents de l'anatomie pathologiques) pensent au contraire aujour'hui que l'affection tuberculeuse est, comme les affections cancereuses, absolument incurable, parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guerison et que l'art n'en peut faire que d'inutiles"**.

Estas palavras de Laennec devem merecer nossa admiração tanto mais quanto naquela época campeava na França o famoso Broussais que tratava os tuberculosos com jejuns, sangrias copiosas, purgativos e vesicatórios. Na Inglaterra, Benjamin Rush retirava 6 a 8 onças (cerca de 200 cm) de sangue de seus tubreculosos 2 a 3 vêzes por semana, suplementando êsse tratamento com ginástica ao ar livre, passeios a cavalo conforme antiga recomendação de Sydenham, e dieta lacto-vegetariana. Tudo isso para remover do organismo os humores maléficos. Um campeão dessa idéia fôra Richard Morton que em sua "Phthisiologia", aparecida em 1689, aconselhava a remoção das substâncias nocivas do corpo dos tuberculosos por meio de vo-

* Professor de Tisiologia da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

mitórios, purgativos, diuréticos, diaforéticos, e vesicatórios nos braços e nas costas **"to divert the violent flux of humors from the lungs"**.

A êsse tipo de tratamento sucedeu o oposto, quando então os tuberculosos passaram a ser superalimentados, engordados e guardados em extremo repouso. Surgiu aí o Sanatório como o lugar ideal onde se podia cevar o tuberculoso. **"De la saignée au sanatorium"**, eis o título sob o qual Piery e Roshem (2) descrevem essa evolução de conceitos e de prática terapêuticas.

A expressão cura sanatorial veio a significar no fim de alguns anos ar fresco, ar de montanha, ar puro, aeração contínua, repouso, boa alimentação e controle da vida do tuberculoso por médicos especializados. A idéia que prevaleceu foi a de que o tuberculoso deveria ser colocado ao abrigo do sol, do vento, das poeiras, das intempéries, mas sob a ação da aeração contínua que facilitava a evaporação pulmonar e a evaporação cutânea e robusteceria, por intermédio da pele, a têrmo-regulação. Para isso o ar deveria de preferência ser frio, sêco e circulante. Queria-se a renovação do ar, mas sem correnteza. Aeração noturna, janelas abertas durante o sono.

Nos casos de tuberculose óssea passou-se a usar, além da aeração contínua, o sol, e o vento. As crianças sobretudo se beneficiavam com essas curas. Na Inglaterra, até durante o inverno, as crianças com lesões ósteo-articulares, imobilizadas nos seus aparelhos, recebiam três a quatro banhos de ar e de vento, muito rápidos embora, todos os dias. Dizia Girdlestone (3): **"In treating skeletal tuberculosis we aim at giving physical rest and metabolic stimulation, and it is to the open-air, the sun and the wind that we look for the latter"**.

Na tuberculose pulmonar o sol e o vento contaram com poucos adeptos, mas a aeração contínua acabou recebendo aceitação universal.

Eis como Peter, no seu característico estilo, descrevia o antigo quarto do tuberculoso rico na época que antecedera à vulgarização dos ensinamentos de Brehmer e de Dettweiler acêrca das vantagens do ar livre:

"Je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre a coucher d'un phtisique riche: c'est un endroit soigneusement clos òu il est interdit à l'air d' entrer, comme à l'espérance: bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres, épais rideux enveloppant le lit, ou mijote, a l'etuvée dans sa moiteur et dans son air vingt fois prérespiré, vingt fois souillé déja par le contact de ses poumons ulcérés, le malhereux phtisique. Et ce n'est pas seulement lui que le souille, cet air, mais l'épouse ou la guarde que le veille; mais la veilleuse de la table de nuit, mais les lampes et le feu du foyer, mais encore plus les odeurs vireuses de l'opium ou affadissantes de tisanes attiédies, et les emanations fétides des sueurs, des crachats, de dejections alvines. L'ensemble est odieusement repousant."

Brehmer é em geral citado como o iniciador do movimento sanatorial. Êle teve um precursor, George Bodington, que em 1840 publicou um pequeno livro com êste longo título: **"An Essay on the Treatment and Cure of Pulmonary Consumption on Principles Natural, Rational and Successful, with Suggestions for an Improved Plan os Treatment of the Disease amongst the Lower Classes of Society; and a Relation of Several Successive Cases Restored from the Last Stage of Consumption to a Good State of Health"**. O autor recomendava **"the free use of a pure atmosphere"**, insistindo em que **"the only gas for the lungs is the pure atmosphere freely administered without fear"**. Em relação à alimentação recomendava **"a glass of good sherry or madeira in the forenoon with an egg"**.

Bodington neste livro defendeu a criação de instituições privadas, fora das cidades, para os tísicos, preocupando-se com o tratamento das pessoas sem recursos pecuniários e aconselhava os médicos rurais a que fundassem pequenas instituições privadas adequadamente preparadas para receber os tubreculosos, onde êles deveriam ficar **"strictly watched and regulated in all respects as regards exercise, air, diet, medicine etc."**. Dava instruções quanto às casas onde os tuberculosos deveriam morar: **"the abode of the patient should be in an airy house in the country; if on an eminence so much the better; the neighbourhood should be dry and high; the soil a ligth loam, a sandy or gravelly bottom; the atmosphere is, in such situations, compara-**

tively free from fog and dampness. Thus equal temperature so much considered and said to be necessary should be that of the external air instead of that so commonly employed, the warmth of a closed room". Aconselhava ainda que alguns médicos se dedicassem exclusivamente a essa tarefa, e a êsses os colegas das grandes cidades deveriam dirigir os tuberculosos.

Tais idéias e afirmativas não receberam boa acolhida, longe disso. No **Lancet** foram qualificadas de **"very crude and unsupported"**, e com ironia o prestigioso órgão dizia, no artigo em que anunciava o aparecimento do livro, que se Bodington provasse suas curas êle estaria **"entitled to national rewards equal, nay, superior to those conferred on the illustrious Jenner"**.

Treze anos depois, em 1853, Brehmer, na Alemanha, graduado-se em medicina defendia tese sôbre as leis referentes ao início e progresso da tuberculose nos pulmões. Baseado em Rokitansky, acreditava que o **habitus phthisicus** era caracterizado por pulmões grandes e volumosos ao lado de um pequeno coração. O que importou em sua tese foi a afirmação ousada da curabilidade da tuberculose: **Tuberculosis primis in stadiis semper curabilis**, escreveria pouco depois. Essa convicção levou-o a fundar em Görbersdorf, nas montanhas de Walberg, na Silesia, uma instituição hidroterápica onde tratava os pacientes com boa alimentação, copos de leite no intervalo das refeições, quantidades apreciáveis de cognac bem superiores ao modesto cálice de **madeira** que Bodington aconselhara, ar fresco, banhos e exercícios graduados. O repouso como método de cura não fazia parte do sistema de Brehmer, mas os exercícios eram moderados e nunca levavam os pacientes à fadiga. Brehmer acreditava na existência de sítios imunes (**"immune Orte"**) onde a tuberculose jamais ocorreria e onde seria possível curá-la. A leitura de suas idéias e métodos nos causa hoje certo mal-estar. Não foi um homem genial como o foram na história da tuberculose Laennec ou Villemin, nem sequer um espírito lúcido como o foi Bodington. Mas o que valeu na sua pregação, o que ficou, foram a noção da curabilidade da tuberculose e a exigência de um tratamento longo em estabelecimento fechado.

Um ex-paciente de Brehmer, seu discípulo e depois seu assistente durante 6 anos, Dettweiler, fundou em 1876, em Falkenstein, uma instituição na qual o princípio do tratamento passou a ser a cura de repouso em ar livre, a **Liegekur**, feita em cadeiras apropriadas colocadas em pavilhões abertos. Cada paciente trazia consigo sua própria escarradeira, portátil e tampada. As idéias de Dettweiler já nos parecem hoje muito mais claras. Teve o bom senso de proclamar: "Não existe ainda tratamento específico da tuberculose. Não existe clima específico".

O que animava Brehmer e Dettweiler a arquitetar sistemas de cura e impo-los aos seus pacientes enèrgicamente, quase tirânicamente, era a convicção de que a tubreculose poderia ser curada, sobretudo no início. E essa convicção certa se robustecia, inclusive, com a cura de pacientes com catarro apical, interpretados como sendo casos de tuberculose em início, e que nem sempre o eram. Tôda pneumopatia ou broncopatia que se curava nos sanatórios aumentava a confiança na curabilidade da tuberculose e na eficácia do regime nasatorial. Também Bodington descreveu entre seus casos curados alguns que hoje nos parecem mais casos de abscessos de pulmão. E' assim, algumas vêzes: baseados em observações exatas e reais, há pessoas que tiram conclusões erradas, enquanto outros vêm a tirar conclusões úteis a partir de fatos interpretados errôneamente. Por isso, Löffler (4) a propósito da história da tuberculose fala em "conhecimentos que *f*orvam" **(hemmende Erkentnisse)** e em "erros fecundos" **(fördernde Irtümer)**.

Aludimos à tirania de Brehmer e de Dettweiler. Realmente, a disciplina reinante nos sanatórios era rigorosa, e sobretudo na Alemanha, rigorosíssima. Löffler nos conta como um dia, visitando um sanatório dirigido pelo terrível Dr. Nienhaus viu sôbre a cabeceira de um paciente estas palavras: "Eu sou o Senhor, o teu Médico", frase retirada no final do versículo 26, capítulo 15 do livro do Êxodo: "Se ouvires atento a voz do Senhor teu Deus, e obrares o que é reto diante de seus olhos, e inclinares os ouvidos aos seus mandamentos, e guardares

os seus estatutos, nenhuma das enfermidades porei sôbre ti, que pus sôbre o Egito; porque eu sou o Senhor que te sara". E o tuberculoso procurava a cura como quem expiasse uma falta cometida.

Mas quaisquer que sejam as críticas, a experiência sanatorial deixou um saldo postivo. Sôbre o tratamento feito nestes estabelecimentos fechados Burnand (5) escreveu com acêrto:

"Com o auxílio do estetoscópio, da balança, do microscópio e do termômetro, nós seguíamos o efeito dêste tratamento (tratamento higienodietético exclusivo) em nossos doentes. Muito freqüentemente, êle não dava resultado, e assistíamos impotentes à evolução implacável do mal. Era a época das febres héticas ziguezagueando, em saltos caprichosos e desordenados, sôbre o gráfico termométrico; o tempo das faces purpúreas, dos suores abundantes, de todo êste quadro desolador da tísica dos jovens, tão patèticamente explorado pelos romancistas da época.

"Em alguns doentes, com formas menos severas, quedas graduais de temperatura, importantes ganhos de pêso, desaparecimento de bacilos, atenuação dos signais estetacústicos ruidosos, nos incitavam a formular o diagnóstico de cura, que, às vêzes, o futuro confirmava.

"Mais numerosos, infelizmente, os que vinham aumentar o necrológio. Eu lia, de tempos em tempos, tanto por amizade ansiosa, quanto por interêsse profissional, a lista de nossos pensionistas, publicada pelo jornal local e, de ano para ano, o número de cruzes que vinham enlutar estas listas multiplicava-se, com um ritmo inexorável".

Algumas concepções bastante corretas e outras menos exatas, **fördernde Irrtümer**, contribuiram sem dúvida para o avanço que se seguiu, e que foi a introdução do pneumotórax artificial. Os benefícios que o pneumotórax artificial em particular e a colapsoterapia em geral trouxeram foram de tal monta que não será sem algum interêsse relembrar um pouco a história do pneumotórax.

Sem ir até Hipocrates (ver todavia Allen K. Krause: **"A Note in the Practice A Artificial Pneutomotorax by the Hippocratic School — Am. Rev. Tuberculosis**, 1926-6-327) é mister contudo remontar bem longe, a James Carson, de Liverpool (1819). Antes dele, o mecanismo da respiração era desconhecido. Foi o fisiologista inglês quem deu da elasticidade pulmonar uma demonstração experimental completa: fazendo comunicar a traquéia de um coelho com um manômetro, e incisando, em seguida, um espaço intercostal, êle viu que o ar exterior penetrava, ràpidamente e com ruído, no espaço pleural, que o pulmão se destacava da parede torácica, se reduzia, e provocava, conseqüentemente, uma subida de pressão no manômetro. O manômetro era da água, com dois ramos, e a ascensão do líquido, no ramo externo do manômetro, dava em centímetros d'água a medida da elasticidade pulmonar. James Carson foi além. Êle era mais que um fisiologista. Considerando que a distensão elástica permanente do parênquina pulmonar constituia o obstáculo mais grave à cura das lesões ulcerativas do pulmão, pensou remediar a essa circunstância, fazendo penetrar o ar atmosférico no espaço pleural por um trocater. Imaginava obter uma compressão do pulmão, que se deveria entreter reinsuflando ar na cavidade da pleura, não mais virtual, senão real. Escrevia então: **"It has long been my opinion that if ever this disease (phthisis) is to be cured, and it is an event of which I am by no means disposed to dispair, it must be accomplished by mechanical means, or in other words by a surgical operation"**.

Carson lançou a sua proposição terapêutica antes da época da antissepsia e da assepsia cirúrgicas, quando qualquer efracção da pleura tinha as maiores probabilidades de originar uma infecção mortal, e, assim o seu pensamento não foi além das fronteiras dos gabinetes de experimentação.

Não obstante, êle compreendeu perfeitamente que estava diante de um processo terapêutico dos mais poderosos contra as úlceras tuberculosas, e é curioso notar o que refere Léon Kindberg: Carson pensou na possibilidade do pneumotórax sucessivamente bi-lateral.

Em 1885, um médico inglês, Cayley, realizou, **"in anima nobile"** e num caso de hemoptise grave, a tentativa aconselhada por Carson. Aliás, o resultado clínico não foi favorável.

No mesmo ano em que James Carson, numa memória que é "um modêlo

de exposição científica" (Rist) apresentava a sua descoberta à Sociedade Real de Londres, Laennec publicava a primeira edição do seu livro e descrevia uma complicação que sobrevinha no decurso de certas afecções pleurais ou pulmonares, e, em particular, da tuberculose, e à qual Itard dera o nome sugestivo e próprio de pneumotorax.

Complicação grave, traz, freqüentes vêzes, a morte por asfixia. Contudo, já em 1826, o célebre médico irlandez William Stokes chamava a atenção para casos de melhora e de cura clínica, sobrevindo após a aparição de pneumotoraces ou de efusões pleurais. Eram casos de tuberculose unilateral.

Potain, principalmente, chamou a atenção para êsses pneumotoraces, que êle crismou de "providenciais"; resolveu entretê-los com reinsuflações repetidas de ar esterelizado; e ensinava que muitas vêzes **"le pneumotorax est une affection qu'il ne faut pas guerir"**. E explicava: **"Lorsque la tuberculose compliquée de pneumotorax est unilatérale, les chances de la guérison de celle-ci sont d'autant plus grandes que l'on respecte plus longtemps le pneumotorax"**.

Em 1888, Potain apresentou à Academia de Medicina três doentes tratados pelo seu método de entretenimento de pneumotoraces espontâneos por insuflação de azoto. Potain imaginou criar artificialmente o pneumotorax em casos de tuberculose unilateral. Fêz mesmo experiências de insuflação em animais. Mas em França ninguém o seguia e seus colaboradores procuraram desviá-lo de tais intentos.

Estava assim situado o problema, em França e na Inglaterra, antes de Forlanini. Inglêses seguindo um caminho mais experimental, franceses uma via mais de observação clínica, tinham dado os elementos necessários para a grande obra de Forlanini.

Forlanini c r i o u deliberadamente pneumotoraces artificais em casos bem escolhidos de tuberculose pulmonar unilateral. Em 1892 na **Gazeta Médica di Torino** publica o seu primeiro caso. Em 1895, no Congresso de Medicina (Roma) apresenta outros casos. Nessa mesma ocasião — 1895 — Roentgen descobria os Raios X que, permitindo uma exploração mais perfeita dos órgãos intratorácicos, viria oferecer meio seguro de controlar as aplicações do pneumotorax. Cercado pela indiferença dos seus, Forlanini calou-se, trabalhando em silêncio durante 10 anos.

Enquanto isso, na América do Norte, John Murphy, célebre cirurgião, ignorando Forlanini, Potain e Carson, chegava a concepção do colapso pulmonar terapêutico e no Congresso de Chicago (1898) anunciava que tivera êxito compensador em três casos de tuberculose pulmonar, entre cinco casos tratados pelo pneumotorax artificial e sob o controle do Raio X. No ano seguinte, Lemke, discípulo de Murphy, poude reunir 53 casos.

Na América do Norte os trabalhos de Murphy não tiveram eco, mas L. Brauer, professor de Marbourg, entusiasmou-se por aquêles trabalhos e propagou-os na Alemanha. Em 1905, Brauer publicou o seu primeiro caso de "pneumotorax artificial, segundo o método de Murphy".

Em 1906, Forlanini reclamou a prioridade e apresentou 36 casos.

Com a assepsia, com o colapso torinado visível pelos Raios X, o pneumotorax caminhou então ràpidamente. Saugman introduz o processo na Dinamarca, associando o uso do manômetro à seringa idealizada por Forlanini. No dia 30 de julho de 1908, em Hauteville, Dumarest pela primeira vez aplica o processo na França. Segue-se-lhe Küss (de Angicourt) que idealiza então um aparelho de penumotorax artificial, o melhor que se possuiu. Na Suissa o processo foi aplicado pela primeira vez por Cevey. E no Brasil, foi Oliveira Botelho quem o lançou "com a fôrça da sua inteligência e espetaculosidade" (Mazzini Bueno).

Em 1912, reunido em Roma o Congresso Internacional, o método recebeu sua consagração oficial.

O pneumotorax passou a ser o recurso máximo do tisiologista, "a pedra angular do tratamento da tuberculose", conforme gostavam de dizer diferentes autores. Mas a compreensão do pneumotorax, da sua ação, das suas indicações, tudo mudou muito, no correr dos anos. Forlanini mandava aumentar, sempre que o paciente tolerasse, a potência do pneumotorax. A idéia era a de que se devia imobilizar completamente o órgão a fim de evitar o incessante traumatismo

do ritmo respiratório. Também comprimi-lo, esvasiando-o de suas mucosidades, enfim "espremer a esponja purulenta" e graças ainda a essa compressão conseguir o acolamento das paredes das cavernas, do que resultaria a cicatrização. "Se o pulmão fôsse um órgão imóvel, não adoeceria de tuberculose" afirmava Forlanini. O que se visava portanto com o pneumotorax era a **imobilização** de todo o órgão, e isso deveria ser conseguido graças a uma **compressão** eficiente, a qual, quanto maior, melhor. Para isso eram necessárias **pressões intrapleurais altas**. Uma condição para se fazer uma tal compressão era a estricta **unilateralidade** do processo tuberculoso, porque o paciente ficava respirando ùnicamente com um pulmão e era mister que êsse fôsse sadio. Conseqüência desse colapso com hiperpressão era o **derrame pleural** e o **deslocamento do mediastino**.

Entretanto, verificou-se que se podia obter bons resultados com casos em que persistia uma considerável ventilação do pulmão afetado. Küss aliás foi o primeiro a ver a inutilidade e a inconveniência do colapso hipertensivo, preconisando o colapso mínimo necessário e suficiente, em outras palavras, apenas aquêle colapso necessário para provocar o desaparecimento dos sintomas evolutivos.

Com a introdução do pneumotorax e o desenvolvimento paralelo dos outros métodos colapsoterápicos foi possível fazer muito mais pelos pacientes e a tisiologia surgiu como especialidade, nos centros urbanos.

Aloysio de Paula em livro de 1937 (6) relembra E. Rist (7) de referência a essa mudança operada pela introdução da colapsoterapia:

"Devemos à colapsoterapia e a seu prodigioso desenvolvimento, no curso dos anos que se seguiram à guerra, o ter visto a tuberculose transformar-se numa doença que se pode curar. Quando se ouvia Grancher proclamar, no fim do século passado, que "a tuberculose é a mais curável das doenças crônicas", não se podia deixar de considerar esta frase como cínica e cruel. Mas, o que êle não podia dizer, naquêle tempo, podemos nós afirmá-lo hoje. A tuberculose pulmonar, mesmo atingindo todo um lóbo, mesmo escavada, mesmo ràpidamente evolutiva, por vêzes mesmo bilateral, tornou-se curável, completamente, duràvelmente curável, graças a colapsoterapia. Não se trata mais apenas de estabilizar, atenuar, prolongar, transformar doentes acamados e febris em valetudinários filósofos, podendo manter um equilíbrio relativo, numa ociosidade cautelosa. Não, o que temos direito de propor é a cura, é a restituição da autonomia econômica, pelo trabalho, é a volta à vida normal, familiar, profissional, cívica. E é a Forlanini que o devemos".

Entretanto, a verdade é que apesar do progresso inegável representado pela colapsoterapia, pequena era a percentagem dos tuberculosos que conseguiam a cura. Entre os paciente, e eram minoria, nos quais o pneumotorax artificial era indicado e aplicado, apenas cêrca de 1/3 dêles obtinha a cura. Compreende-se a posição de incerteza em que ficava o tisiologista em face de seus clientes.

Daí a procura desesperada de outros métodos de tratamento. Aludiremos por exemplo as cavernostomias que proporcionaram alguns resultados favoráveis. Também ao tratamento tuberculínico, introduzindo de maneira desastrosa por R. Koch, mas que vimos fazendo, nós outros, há 30 anos, ininterruptamente, não todavia para a tuberculose pulmonar e sim com finalidade de desensibilização, de podagem alérgica nas manifestações de hipersensibilidade tuberculínica (eritema nodoso, conjuntivite flictenular, esclero-ceratites, reumatismo de Poncet etc.).

Nem sempre os tisiologistas souberam se defender de ilusões. Seria enorme a lista das drogas, das vacinas, das dietas, dos sistemas de tratamento propostos por pessoas mais ou menos estimáveis. Desde aplicações de ar comprimido contendo fumigações de creosoto misturado ao eucalipto até injeções de sangue de cabra, tudo foi tentado. Os mais diversos sais (de manganês, de prata, de ouro, de mercúreo, de bismuto, de cálcio, etc.) foram experimentados. Houve o que Marcel Labbé chamou o "romance de cálcio", e depois aquilo que com maior razão poderíamos chamar o "romance do ouro". Como a auroterapia prejudicou os tuberculosos! E era feita e defendida por muita gente.

A procura de uma substância mira-

culosa, capaz de destruir o agente da tuberculose, jamais esmoreceu. O próprio Robert Koch, tão logo descobriu o bacilo, começou a experimentar os mais diversos reativos químicos: o óleo etéreo, a naftalina B, a para-toluidina, a xilidina, a fucsina, a violeta de genciana, o azul de metileno, o amarelo da China e de anilina, a auramina, o estanho, o mercúrio, a prata e o ouro. Numa comunicação ao Congresso Internacional de Medicina de 1890, reunido em Berlim, R. Koch relatou o efeito bartericida dos sais de ouro, **in vitro**, particularmente os de cianeto duplo de ouro e potássio. De tôdas as substâncias experimentadas por R. Koch — informava Ismael da Rocha (8) em 1891 — era essa a que apresentava ação mais enérgica: bastava uma solução de 1 a 2 milionésimos de cianeto de ouro para impedir completamente o desenvolvimento dos bacilos da tuberculose. Mas verificou-se depois que mesmo **in vitro** os bacilos iam ficando desistentes a doses crescentes dos sais de ouro.

Camak Wilkinson (9) que foi discípulo e admirador extremado de Robert Koch, relatando essa época da vida do seu mestre dizia que após a sua descoberta do bacilo de tuberculose **"he exhausted the vegetable and mineral kingdom in his quest"**, mas que afinal chegara à **"disappointing conclusion that all disinfectants that would kill the bacillus in tissues kill the tissues also"**.

No livro fundamental de Calmette **"L'Infection Bacillaire et la Tuberculose"**, na sua 4.ª edição, revista por Boquet e Nègre e aparecia em 1936, podia-se ler:

"E' preciso reconhecer que até o presente momento, apesar do grande número de ensaios tentados com o fito de descobrir, entre os agentes químicos, uma substância capaz de inibir a evolução da tuberculose experimental do cobaio e do coelho, todos os esforços têm sido vãos. Entretanto isso não é uma razão para que nos desencorajemos".

E efetivamente em 1944 Waksman isolou do **Streptomyces griseus** um antibiótico capaz não sòmente de inibir **in vitro** o crescimento do **"Mycobacterium tuberculosis"**, à semelhança de vários outros antibióticos, como de ser aplicado com vantagem **in vivo**, tanto in **anima vile** quanto **in anima nobile**.

O primeiro trabalho sôbre a ação da Estreptomicina na tuberculose humana apareceu em 1945 (10).

Löffler (5) narra como em 1947 recebeu, no seu hospital de Zürich, a visita inesperada de um indivíduo pequeno, de aspecto amável:

— Meu nome é Waksmann...

— Estreptomicina?

— Sim, sou eu.

— O senhor chega no momento exato. Nós queremos lhe apresentar nosso primeiro caso curado de meningite tuberculosa.

Ao serem apresentados, o descobridor da estreptomicina e o paciente apertam-se as mãos e não conseguem dominar de todo a emoção. Notam-se lágrimas nos olhos de ambos. **"Die alte Zeit ist um"** (terminou a velha era), dizem de si para si todos os que, em tôrno, presenciam a cena.

A seguir, novos e mais poderosos remédios são descobertos, o PAS, a Isoniazida, a Pirazinamida, a Cicloserina, tudo indicando que as possibilidades da quimioterapia ainda não se esgotaram.

Em virtude da descoberta das drogas antituberculosas surge um novo cenário, dentro do qual estamos presenciando a morte da tisiologia, como especialidade. A tuberculose passa a ser, ainda bem, um problema da alçada do internista.

SUMMARY

A recollection of the treatment of pulmunary tuberculosis in the past is presented. The **rationale** of old practices and systems is critically reviewed.

BIBLIOGRAFIA

1 — Rivière L. — apud Dufourt A. — Traité de phtisiologie clinique, pg. 4, 2 ème ed. Paris: Vigot Frères, 1946.

2 — Piery M. et Roshem J. — Histoire de la tuberculose, Paris: Doin, 1931.

3 — Girdlestone G. R. — Tuberculosis of bone and joint — London: Oxford University Press, 1940.

4 — Löffler W. — Ausschnitte aus der Geschichte der Tuberkulose, im "Die Tuberkulose in der ärztlichen P r a x i s", herausgegeben von A. Wernli — Hässig Basel: S. Karger, 1954.

5 — Burnand R. — Essai actuel du

traitement de la tuberculose pulmonaire — Revue de Phtosiologie medico-sociale — 12: 289, 1931.

6 — Paula A. de — Tuberculose Pulmonar, Rio de Janeiro: José Olimpão, 1937.

7 — Rist E. — Vingt-cinq ans de phtisiologie — Journal Medical de Leysin — 16: 21, 1936.

8 — Rocha I. da — O Tratamento da tuberculose e o remédio de Koch — Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1893.

9 — Wilkinson N. C. — Tuberculin — Londres: Churchill, 1909.

10 — Hinshaw H. C. and Feldman W. H. — Proc. Staff Mayo Clin. 20: 313, 1945.