

A constituição individual do tuberculoso pulmonar

por

Couto Barcellos

e

Carlos Bento

Chefe de Laboratorio de Patologia
geral

Chefe de Clinica da Clinica Medica
Propedeutica

Generalidades sobre constituição — Bouchard diz que a constituição é tudo quanto concérne ás variações individuais na estrutura e na arquitetura do corpo, na proporção dos órgãos, dos aparelhos, do organismo inteiro, na adaptação fisica de cada parte á sua função, na repartição da materia, quér na totalidade do organismo, quér em cada elemento.

Para Ontaneda e Arthuro Leon Lopez, a ciencia das constituições, que por si está tomando dia a dia maior incremento e está interessando cada vez mais não só ao biologo, ao clinico como tambem ao higienista, tem na antropometria um elemento que representa um papel muito importante para o estudo das constituições; sobretudo, a moderna orientação da mesma que a faz, não uma ciencia mais ou menos empirica e com fundamentos abstratos, mas uma verdadeira antropometria constitucionalistica individual, fundada em principios fisiologicos, que têm entusiasmado de uma maneira notavel a Escola Italiana de De Giovanni e Viola.

Rossi, referindo-se á constituição, diz — que é um conjunto de variações normais e individuais, com relação á sua estrutura geral, á disposição de seus órgãos e sua relação reciproca ou estado geral que resulta para um individuo do conjunto das condições de organização que lhe são proprias.

Araoz Alfaro, tratando da constituição, diz que ela se forma por hereditariedade (patrimonio hereditario de Le Dantec), desde logo, e pelos diversos fatores que, desde a vida intrauterina até a idade adulta, vão exercendo ação sobre o organismo em desenvolvimento. No conceito indicado, a constituição não é só uma designação morfológica sinão tambem funcional, e de disposição á ação das causas morbidas.

O problema do estudo da constituição, segundo Castelano, deve ter como finalidade o melhor conhecimento do individuo são ou enfermo, analisando em seu conjunto os multiplos fatores que atuam na formação e desenvolvimento do organismo, compreendendo a totalidade individual que o caracterizam, isto é, o estado corporal de Bauer, o genotipo de Johannsen, que se póde decompor em duas partes: as qualidades hereditarias, que constituem a constituição ou o genotipo de Johannsen, idiotipo de Lenz e Siemens e as qualidades adquiridas durante a vida intra ou extrauterina, sob a ação dos fatores externos

ou de acomodações do organismo, isto é, a condição de Tandler, o paratipo de Lanz e Siemens e asomovariações de Toenniesen.

Para Rossi, a constituição de um individuo depende de tres fatores: a) do estado do esqueleto; b) da musculatura; c) do panículo adiposo.

Conforme o maior ou menor grau de desenvolvimento destes tecidos, se dirá que a constituição é robusta, mediana ou débil.

Duas classes de fatores contribuem a dar ao individuo o seu tipo constitucional: a) os endogenos (herança, secreções internas); b) os exogenos (ambiente, profissão, alimentação etc.)

“O habito externo” do individuo pode sofrer variações, quando as manifestações morfológicas se afastam do normal.

Os diversos tipos morfológicos recebem denominações diferentes, segundo seus autores.

Assim, o professor Rocha Vaz aconselha a classificação estabelecida por Walter Mills, por ser simples a sua base, uteis os seus ensinamentos e pratica a sua aplicação.

Para Walter Mills, dois tipos morfológicos se apresentam nitidamente diferentes, e entre eles ha outros que formam a transição dos extremos.

Hiperstenico e Astenico, eis a denominação dos dois primeiros: Mesostenico e Hipostenico, são designados os ultimos.

Rossi classifica os tipos em apopleticos, astenico constitucional de Stiller e tisico.

De Giovanni classificou os individuos de acordo com a sua constituição, em: normotipo, longilíneos, brevilíneos.

De outro lado, Bennek e Viola, estudando a constituição individual, admitem tres tipos distintos: Normosplaenico ou Normosomico de Alfaro, Microsplaenico ou iperevoluto, Macroesplaenico ou Involutu.

Quando só uma das partes do organismo é anormal, fazemos referencia ao “estado”, que se pode dividir em: estado toracico de Freud, estado timo linfatico de Paltauf, estado hipoplastico de Bartel.

Sigaud e seus discipulos, baseando-se na acentuação mecanica do desenvolvimento dos órgãos respiratorios ou digestivos, o desenvolvimento da musculatura, do cerebro e do sistema nervoso, construíram um tipo respiratorio, digestivo, muscular e cerebral, segundo principios de divisão, e que dominavam ideias muito sãs teoricamente, porém, sem utilidade pratica, fracassando francamente no sexo feminino.

Coerper, estudando os tipos constitucionais nas crianças tuberculosas, adotou a classificação de Sigaud: tipo digestivo, muscular (atletico de Kretschmer), respiratorio, cerebral (que com o tipo respiratorio encerram o chamado por Coerper tipo astenico).

Aos 8 anos, aparecem nas meninas uma forma que Coerper define como tipo feminino **fofo**, derivando do tipo muscular e não do digestivo.

Simon e Redeker, depois de acentuar a importancia dos diferentes tipos constitucionais para a compreensão dos sintomas gerais da tuberculose na criança adverteem que não se pode estabelecer nenhu-

ma relação entre uma ou outra forma do habito e a existencia ou não da tuberculose.

Nenhuma das constituições infantis tem em si uma disposição para contrair a enfermidade; não ha tipos constitucionais que façam suspeitar a enfermidade, como também não ha os que a excluam.

Herança de predisposição anatomica

Mais frequente é a herança da predisposição, acompanhada de uma arquitetura anatomica tipica (Bosco). Os predispostos por serem produto de pais enfermos, apresentam uma organização mesquinha e uma diminuta resistencia humoral, isto é, um terreno dos mais favoraveis para o desenvolvimento e evolução da tuberculose.

Argumentos clinicos variados afirmam esses conceito. Os filhos de pais tuberculosos e mãis sadias, ainda que separados do lar, adquirem a tuberculose. Os filhos de mãis tuberculosas e pais sãos têm maiores probabilidades de adoecer porque, á herança da predisposição especifica, se junta a probabilidade de se haver transmitido o bacilo durante a vida intrauterina.

A predisposição especifica foi demonstrada na obra de preservação social estabelecida em França, Alemanha e em outros países.

Müller, em interessante artigo sobre “considerações gerais sobre a constituição”, diz o seguinte: Não conhecemos nenhum habito exterior que indique uma predisposição especifica á tuberculose, porém, sabemos que o habito astenico ou degenerativo e uma deficiente conformação do torax e até, o retardamento infantil, são a consequencia de uma tuberculose anterior. — Ao linfatismo devemos atribuir alguma importancia como um principio até certo gráu de prevenção só que é muito difficil precisar-se o conceito “Linfatismo”. — Na frequente coincidência entre hipertireose e tuberculose, não cabe duvida que a primeira exerce um influxo desfavoravel sobre a segunda. Ha uma disposição organica á tuberculose, mas de carater inteiramente desconhecido. Não nos é possivel ver si um órgão ou um individuo é sensivel ou não á ação da tuberculose, nem muito menos nos basta o habito ou o exame microscopico para saber de que classe são as forças defensivas gerais e não especificas do organismo que determinam manifestamente a sorte do individuo infectado de tuberculose.

Estas forças são indubitavelmente muito mais importantes que os fenomenos de imunisação especifica que seguem a raiz da infecção na infancia.

E’ principalmente a Landouzy e Loederich que devemos o conhecimento de certo numero de fatos, pelos quais estes sabios pretendem demonstrar a influencia dos venenos tuberculosos sobre a genese das malformações cardio-arteriais ou a da infecção bacilar sobre certas lesões congenitas osseas (incurvação, pied bot, etc.) e sobre o que convenciamos chamar “heredo-predisposição tuberculosa”.

Muito se tem discutido, durante os ultimos anos, especialmente consagrados ao estudo da tuberculose, a questão de saber si as crianças nascidas de pais tuberculosos, porém não infectadas, não bacilíferas ao nascer, trazem frequentemente taras organicas que as tornam

mais sensíveis á infecção, mais receptivas do que as filhas de pais indenes. E' um problema dos mais importantes para a orientação metodica da ação social antituberculosa (Calmette) (300).

Batz, no Congresso Internacional de Tuberculose, em 1925, estudando os caracteres fisicos do estado são e do estado pretuberculoso, na população escolar de Arcachow, chegou á seguinte conclusão: 1.º) Qualquer que seja o sexo, a estatura das crianças de 6 a 13 anos, predispostas á tuberculose, é em geral mais elevada do que nas crianças sãs; 2.º) qualquer que seja o sexo, o perimetro toracico e o peso são menores nas crianças predispostas á tuberculose do que nas crianças sãs. Esse autor diz mais ainda que tem constatado que os caracteres antropométricos de varias crianças não permitem que elas tenham uma predisposição á tuberculose. Concluiremos, diz Batz, que o crescimento, na maioria dos casos, não tem influencia sobre a aparição da tuberculose pulmonar, durante o periodo da puberdade.

Variot diz que si o heredo-contagio diréto é excepcional, não acontece o mesmo com a heredo-predisposição ou hereditariedade de terreno. — Nstas circunstancias, os pais transmitem a seus descendentes, ao mesmo tempo que sua semelhança morfologica, sua constituição organica, seu tipo de nutrição, suas aptidões a contrair igualmente tal ou qual infecção.

O Dr. Fontes, no Segundo Congresso Pan Americano de Tuberculose, descrevendo a heredo infecção desta enfermidade, chega ás seguintes conclusões: O legado morbido da mãe ao fêto se realiza na infecção tuberculosa por via placentaria, permitindo nos casos mais raros, a evolução do agente etiologico até á forma classica conhecida, representada pelo bastonete acido-alcool-resistente; transmitindo a potencialidade de evolução deste agente, reconhecivel através de passagens subsequentes em organismos sensíveis, em casos mais frequentes, e conferindo em casos muito mais numerosos, uma doença tuberculosa atipica, que se manifesta por alterações do sistema linfatico, tais como micro-poliadenia, hiperplasia dos ganglios, por infarctos e hemorragias capilares, por alterações necroticas dos tecidos e das víceras, e por profunda perturbação do metabolismo nutritivo, que pôde atingir ao extremo gráo de determinar a morte.

As lesões e perturbações funcionaes que caracterizam a molestia tuberculose atipica foram encontradas por todos os investigadores que se têm preocupado com o assunto, mesmo por aqueles que concluem pela não existencia da fórmula filtravel do virus, interpretando-as como produzidas por ação toxica.

Esta interpretação não pôde ser mantida em virtude do fato que estas lesões são transmissíveis por inoculação em série, e que eles se repetem mesmo quando o elemento patogenico provém de um organismo que o recebera por legado materno transplacentario.

Na infecção tuberculosa se dá, pois, o heredo-contagio e a herança morbida que d'ele deriva.

Finkelstein, tratando da heredo-infecção, acha que se deve levar em conta tambem uma possivel influencia toxica sobre a descendencia.

Segundo alguns investigadores, a tuberculose, de um modo comparavel ás lesões para-sifiliticas, exerceria tambem uma ação toxica

sobre o germen embrionario, não no sentido de uma predisposição específica hereditaria para contrair mais tarde a tuberculose, mas por uma alteração embrionario-distrofiante que provoca debilidade vital, inferioridade organica e inibição do desenvolvimento.

No convívio diario com os tuberculosos, desde logo despertou a nossa atenção o fato de não encontrarmos somente o tipo classico constitucional dos tuberculosos, mas tambem um tipo que se aproxima do normal, portador de diversas formas clinicas de tuberculose pulmonar.

No primeiro momento, ocorreu-nos a falta de concordancia entre a forma da doença e a conformação externa e interna do organismo.

Observando atentamente, desde então, todos os individuos tuberculosos que passam pelo nosso consultorio ou que visitamos a domicilio, tivemos a confirmação de que não é tuberculoso sómente e individuo astenico... porém, muitas vezes, tambem o individuo de tipo normal, mesmo o tipo atleta (assim como nem todos os tipos astenicos são tuberculosos).

O tipo classico do organismo do tuberculoso pulmonar, como muito bem mostram as fotografias nos. 1, 2, 3 e os dados antropometricos correspondentes a elas, apresenta-se do seguinte modo: O esqueleto delgado, torax estreito, musculatura flacida, certa debilidade dos componentes do tecido conjuntivo que conduzem á ptose dos órgãos internos (estomago, intestino, figado e rins), dos testiculos, desvio do utero, eventualmente o abdomen em pendula (esplanenoptose). Um torax chato, paralitico, com suas consequencias para o coração e o diafragma e o desenvolvimento do crescimento dos órgãos do torax e do abdomen (coração gotiforme), figado vertical, apoio deficiente dos rins, especialmente do direito pela debilidade do **quadrado dos lombos** e do **psoas** e o tronco largo e delgado que encontram sua expressão matematica no indice de Becher-Lenhoff

$$= \frac{\text{Distancia jugulopúbica}}{\text{circunferência abdominal}} \cdot 100 > 75$$

10.^a costela flutuante, estreitamento da abertura superior do torax, completam o quadro do tipo astenico.

Neste tipo constitucional, as fossas supra-espinhosas estão deprimidas e, como frequentemente o processo inicial é unilateral, uma fossa é mais profunda que a oposta, apresentando uma excavação pela amiotrofia dos musculos limitantes, pela absorção do tecido adiposo e, principalmente, pela retração pleuro-pulmonar consecutiva ao achatamento da parte superior.

As clavículas são salientes; a fossa de Morenheim, mais pronunciada que de costume, com uma ligeira depressão subelavicular interna e pelo achatamento estendido desde a mesma até o mamelão, por atrofia do grande peitoral; esta atrofia, unida á saliencia do hombro, exagera o sulco deltopeitoral e, por si só, diminue o sulco de **Sibson**; uma maior evidencia dos espaços intercostais, uma obliquidade mais exagerada das costelas.

De ordinario o angulo de Louis está especialmente pronunciado;

o diâmetro esterno-vertebral, assim como o transversal, está sumamente reduzido, o ângulo epigástrico é agudo e os espaços intercostais são anormalmente estreitos.

Observada a região posterior do torax, comprova-se também a assimetria das regiões homologas; a linha trapezoideana perdeu sua nitidez e appareceu como caída; curvatura vertebral, do mesmo modo que ligeira escoliose, normal nesta altura, torna-se exagerada em certos casos; a atrofia dos musculos supra e infra-espinhosos e a correlativa aparição do achatamento; a escapula separada da caixa toracica, desviando-se da linha media e dispondo geralmente sua borda espinhal paralela á linha vertical.

Os hombros caídos, sua conformação anterior quasi em plano tangente ao externo e sua armação apresentando um relevo maior que o normal. Esta disposição dá aspecto de peito comprimido e, como os hombros se projetam para diante e as escapulas são salientes, o enfermo toma um habito exterior inconfundivel que possui uma expressão tão propria que orienta o diagnostico.

Essas fórmas anormais do torax são frequentes e de muito valor clinico, porque, reduzindo a capacidade toracica, comprometem a estabilidade anatomica pulmonar e facilitam o desenvolvimento de enfermidades, sendo as mais frequentes a tuberculose pulmonar, o enfisema e a asma.

As alterações da columna vertebral que dão lugar ás formas mórbidas, reconhecem como causa frequente a tuberculose dos corpos vertebraes, o raquitismo, o mal de Pott sifilitico.

Sulco de Harrison — Este sulco é constituido por zonas de retração, que se observam frequentemente nas crianças astenicis delicadas, em quem uma astenia congenita, combinada com os obstaculos da respiração criados pelas vegetações adenoides ou a hipertrofia das amigdalas, impediu de modo persistente a expansão dos pulmões, produzindo uma atelectasia parcial dos bordos pulmonares e a retração cronica do torax ao largo das linhas das inserções diafragmaticas.

O torax paralitico pôde apresentar-se em duas formas, congenito (hereditario frequentemente) com prejuizo de desenvolvimento (anomalia toracica primitiva) ou adquirido (anomalia toracica secundaria).

Esta ultima fórma é sempre consequencia de processos de retração no tecido pulmonar, como os pertencentes ao quadro da tuberculose cronica. O torax paralitico pôde determinar a disposição anatomica para a afecção tuberculosa. O primeiro anel costal rigido é um obstaculo para o movimento respiratorio do vertice do pulmão, em cujo tecido se imprime muitas vezes em fórma de sulco de pressão.

Segundo investigações experimentais de Baemeister, esta especie de compressão do pulmão pelo primeiro anel costal, trazendo obstaculos á corrente de ar e de linfa no vertice do pulmão, deve ser considerada como causa da colonização, no mesmo, das bacilos tuberculosos que circulam no sangue.

Esta investigação não poude ser confirmada por Iwasaki; tão pouco Wenckebach poude encontrar um paralelismo entre a estreiteza da primeira costela e a tuberculose apical. Por outro lado, como com bastante frequencia encontramos a tuberculose pulmonar em torax

normal e até amplo, fundamenta-se cada vez mais o dogma existente desde Hipocrates do habito tísico, quer dizer a disposição para a tuberculose pulmonar fundada anatomicamente na configuração da caixa torácica. A estreiteza do torax na tuberculose pulmonar, devemos considera-la mais como consequencia de uma infecção tuberculosa apresentada na juventude, do que como um fator predisponente para a infecção tuberculosa (F. Müller).

Barlaro afirma que em diversas ocasiões, em certos casos de tuberculose não encontrou esta forma de torax, mas o inverso, o torax emfisematoso, o torax globoso, ou tambem chamado em forma de tonel.

Bacmeister diz que devemos admitir que esta forma torácica, torax tísico, é a consequencia de um transtorno da constituição geral, e não crer que se desenvolva secundariamente a uma tuberculose pulmonar preexistente, como dizem muitos autores.

A anomalia que determina o transtorno do desenvolvimento torácico não está só representada pelos fatores que já enumeramos, mas por uma série de manifestações que constitue o chamado "habito astenico".

O progresso da tuberculose no pulmão, modificando a entrada e a saída de ar, e a atrofia muscular devida ás toxinas tuberculosas em circulação, altera lentamente a arquitetura torácica, que diminue os seus diâmetros e adota progressivamente a forma classica descrita como de torax paralitico ou em expiração permanente.

Como já tivemos oportunidade de mencionar mais acima, além do tipo classico da tuberculose pulmonar, existem portadores desta enfermidade com os tipos Mesostenico e mesmo Hiperstenico, como podemos demonstrar pelas fotografias que juntamos a este trabalho.

Aparentemente, os nossos casos não possuíam aspecto denunciador de enfermidade pulmonar; entretanto, o exame clinico, radiologico e bacteriologico confirmou tratar-se de tuberculose pulmonar.

Assim, estes individuos mais ou menos robustos vieram ao nosso consultorio queixando-se de um certo numero de sintomas que despertaram a nossa atenção imediatamente para um exame minucioso do aparelho respiratorio.

O torax destes pacientes tinham quasi todos uma configuração simetrica, boa elasticidade, funcionamento perfeito dos musculos inspiratorios e expiratorios. Bom desenvolvimento dos tecidos muscular e adiposo, que impediam até certo ponto a verificação das fossas supra e infra espinhosas, supra e infra claviculares e da fosseta de Morenheim.

Os dados antropometricos que obtivemos no estudo dos tipos constitucionais desses individuos vêm confirmar que se afastam do tipo astenico e se aproximam perfeitamente dos tipos Mesostenicos e Hyperstenicos.

De todos os casos que tivemos ocasião de examinar, resalta desde logo uma circustancia especial: é que, além do tipo Astenico classico da tuberculose pulmonar, existem todas as variantes no que diz respeito á configuração torácica nesta enfermidade.

CONCLUSÕES

- 1.º) Nenhuma das constituições infantis tem em si uma disposição para contrahir a enfermidade; não ha tipos constitucionais que façam suspeitar a enfermidade, como também não ha os que a excluam (Simon Müller e Redeker).
- 2.º) Existem tuberculosos que apresentam um tipo constitucional normal.
- 3.º) É muito comum observarmos o tipo astenico em tuberculosos no ultimo periodo da doença, quando antes tinham um tipo constitucional diferente.
- 4.º) Nas nossas observações, temos o tipo constitucional classico de tuberculoso, assim como tuberculosos que nunca tiveram esse tipo organico.
- 5.º) A hereditariedade de predisposição anatomica, na tuberculose, é um assunto ainda em estudo e de grande interesse medico-social.
- 6.º) Os tuberculosos com o tipo astenico, na sua generalidade, apresentam grandes difficuldades ao tratamento e á cura.
- 7.º) Além do tipo astenico, classico de tuberculose, ha ainda o tuberculoso portador dos tipos hiperstenico e mesostenico.

OBSERVAÇÕES

- Obs 1º) J. F. — 18 anos — 48 Kg 600 — altura 1,72.
 Seis tios paternos faleceram de tuberculose pulmonar.
 I. Mx. — 78
 Ex. Mx. — 74
 P. Tor. — 76
 Spirom. — 1,500
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,250 — 1,250
 Altura do esterno: — 19 cm.
 Indice de Pignet — 38
 “ “ Strohl — 0,25
 “ respiratorio de Hirtz 4
 Diagnostico — Tuberculose Pulmonar (forma broncho-pneumonica)
 Pneumotorax artificial — unilateral
 Bacilo de Kock — positivo
 Fotografias nos. 10 — 11 — 12.
- Obs. 2º) R. R. — 21 anos — 59 Kg. — altura 1,69
 I. Mx. — 90
 Ex. Mx. — 84
 P. Tor. — 88
 Spirom. — 2,400
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1 litro — 0,750
 Altura do esterno: 20 cm.
 Indice de Pignet — 22
 “ “ Strohl — 0,22
 “ respiratorio de Hirtz 6

- Diagnostico — Tuberculose Pulmonar (Pneumotorax artificial unilateral) (Lobite super. direita)
 Bacilo de Kock — positivo.
- Obs. 3) J. F. — 22 anos — 55 Kg. — altura 1,71
 Não houve caso de tuberculose na familia
 I. Mx. — 88
 Ex. Mx. — 83
 P. Tor. — 86
 Spirom. — 2,700
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 2 litros — 2 litros
 Altura do esterno — 20 cm.
 Indice de Pignet — 20
 “ “ Strohl — 0,12
 “ respiratorio de Hirtz 5
 Diagnostico — Tuberculose Pulmonar unilateral (Infiltração parenquimatosa infra clavicular “E”)
 Pneumotorax artificial — unilateral
 Bacilo de Kock — positivo.
- Obs. 4) L. C. — 24 anos — 65 Kg. 900 — altura 1,84
 2 irmãos faleceram de tuberculose
 I. Mx. — 92
 Ex. Mx. — 82
 Spirom. — 5 litros
 Capacidade de Hutchenson: 0,500 — 2 litros — 1,250
 Altura do esterno —
 Indice de Pignet — 33
 “ “ Strohl — 0,13
 “ respiratorio de Hirtz 10
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (Forma fibrosa intersticial)
 Bacilo de Kock — positivo.
- Obs. 5) A. O. S. — 58 anos — 55 Kg. 2 — altura 1,62
 2 cunhados faleceram de tuberculose pulmonar
 I. Mx. — 89
 Ex. Mx. — 83
 P. Tro. — 86
 Spirom. — 1,500
 Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 2 litros — 0,500
 Altura do esterno — 20 cm.
 Indice de Pignet — 27
 “ “ Strohl — 0,19
 “ respiratorio de Hirtz 6
 Bacilo de Kock — positivo.
- Obs. 6) H. W. — 25 anos — 55 Kg. 800 — altura 1,78
 Nunca houve caso de tuberculose na familia.
 I. Mx. — 90
 Ex. Mx. — 84
 P. Tor. — 88

Spirom. — 2,700
 Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 1 litro — 0,750
 Altura do esterno — 19
 Indice de Pignet — 35
 “ “ Strohl — 0,25
 “ respiratorio de Hirtz 6
 Diagnostico — Tuberculose Pulmonar bilateral (forma caseosa)
 Bacilo de Kock — positivo.
 Fotografias nos. 1 — 2 — 3.

Obs. 7) J. B. — 21 anos — 62 Kg. 900 — altura 1,82
 Nunca houve caso de tuberculose na familia.
 I. Mx. — 85
 Ex. Mx. — 80
 P. Tor. — 83
 Spirom. — 1,900
 Capacidade de Hutchinson: 0,625 — 2 litros — 1,500
 Altura do esterno — 22
 Indice de Pignet — 22
 “ “ Strohl — 0,15
 “ respiratorio de Hirtz 5
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (Forma ulcero-ceseosa bilateral)
 Bacilo de Kock — positivo.
 Fotografia n.º 13.

Obs. 8) O. D. — 29 anos — 71 Kg. — altura 1,76
 Unico caso na familia
 I. Mx. — 96
 Ex. Mx. — 86
 P. Tor. — 91
 Spirom. — 3,300
 Capacidade de Hutchinson: 0,250 — 1,500 — 0,750
 Altura do esterno — 25
 Indice de Pignet — 14
 “ “ Strohl — 0,10
 “ respiratorio de Hirtz 10
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (forma ulcerosa)
 Pneumotorax artificial
 Bacilo de Kock — positivo
 Fotografias nos. 4 — 5 — 6.

Obs. 9) P. F. — 26 anos — 73 Kg. 600 — altura 1,73
 Nunca houve caso de tuberculose na familia.
 I. Mx. — 99
 Ex. Mx. — 92
 P. Tor. — 96
 Spirom. — 2 litros
 Capacidade de Hutchinson: 0,250 — 0,750 — 0,750

Altura do esterno — 23
 Indice de Pignet — 6
 “ “ Strohl — 0,14
 “ respiratorio de Hirtz 7
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (forma ulcerosa)
 Pneumotorax artificial
 Bacilo de Kock — positivo

Fotografias nos. 7 — 8 — 9.

Obs. 10) I. A. — 26 anos — 57 Kg. 400 — altura 1,54

Um tio tuberculoso

I. Mx. — 89

Ex. Mx. — 84

P. Tor. — 87

Spirom. — 1,100

Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1 litro — 0,750

Altura do esterno — 22 cm.

Indice de Pignet — 10

“ “ Strohl — 0,22

“ respiratorio de Hirtz 5

Diagnostico — Tuberculose pulmonar (ulcero-fibrosa fibro-torax)

Bacilo de Kock — positivo

Obs. 11) A. M. — 28 anos — 44 Kg. 200 — altura 1,5

Ignora caso de tuberculose na familia

I. Mx. — 81

Ex. Mx. — 76

P. Tor. — 79

Spirom. — 2,200

Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,500 — 1,250

Altura do esterno — 19 cm.

Indice de Pignet — 28

“ “ Strohl — 0,22

“ respiratorio de Hirtz 4

Diagnostico — Tuberculose pulmonar bilateral (forma nodular discreta)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 12) F. S. — 25 anos — 61 Kg. — altura 1,64

Não existem casos de tuberculose na familia.

I. Mx. — 88

Ex. Mx. — 80

P. Tor. — 86

Spirom. — 2 litros

Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 1,750 — 1,250

Altura do esterno — 21 cm.

Indice de Pignet — 17

“ “ Strohl — 0,16

“ respiratorio de Hirtz 8

Diagnosticos— Tuberculose pulmonar unilateral (forma fibro caseosa)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 13) F. W. — 26 anos — 87 Kg. — altura 1,67

Um cunhado faleceu de tuberculose

I. Mx. — 107

Ex. Mx. — 100

P. Tor. — 104

Spirom. — 2,200

Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,500 — 2 litros

Altura do esterno — 18 cm.

Indice de Pignet — 37

“ “ Strohl — 0,12

“ respiratorio de Hirtz 7

Diagnosticos — Tuberculose pulmonar (forma fibrosa)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 14) A. G. — 20 anos — 51 Kg. 600 — 1,69

Um tio tuberculoso

I. Mx. — 84

Ex. Mx. — 79

P. Tor. — 81

Spirom. — 1,800

Capacidade de Hutchinson: 0,750 — 2 litros — 2 litros

Altura do esterno — 24 cm.

Indice de Pignet — 37

“ “ Strohl — 0,15

“ respiratorio de Hirtz 5

Diagnosticos — Tuberculose pulmonar bilateral (forma miliar e peritonite tuberculosa)

Bacilo de Kock — positivo.

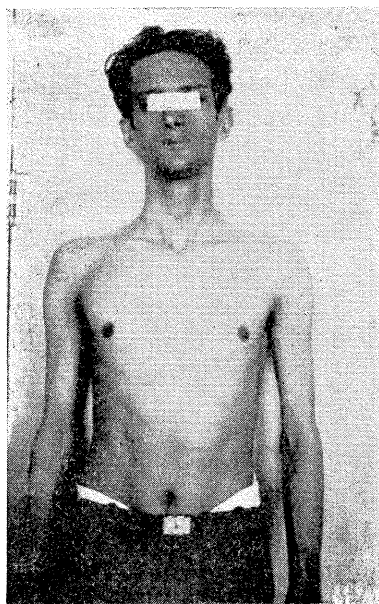


Fig. n.º 1

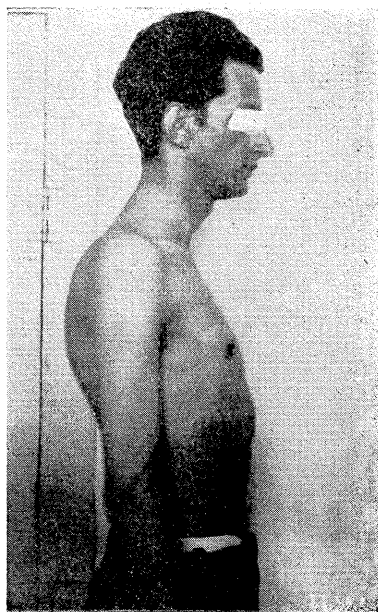


Fig. n.º 2

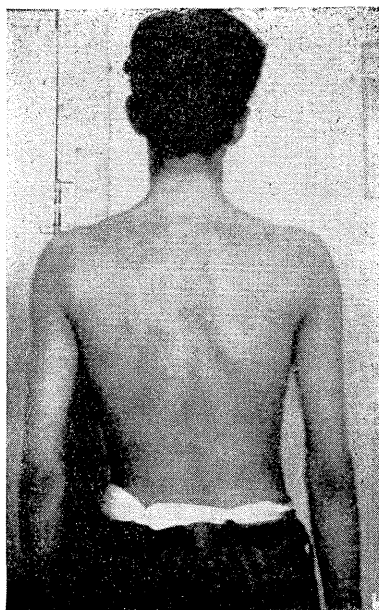


Fig. n.º 3

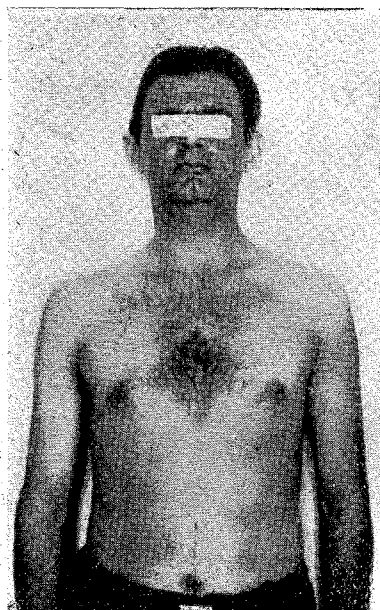


Fig. n.º 4

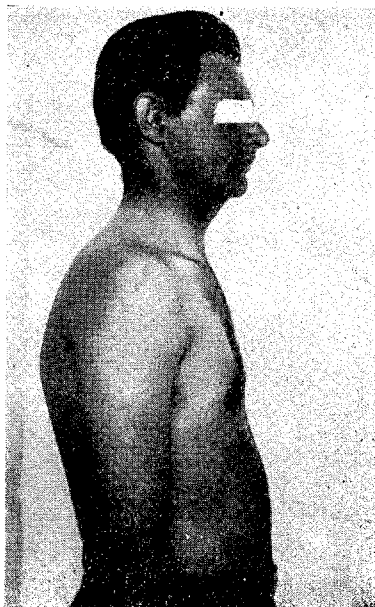


Fig. n.º 5

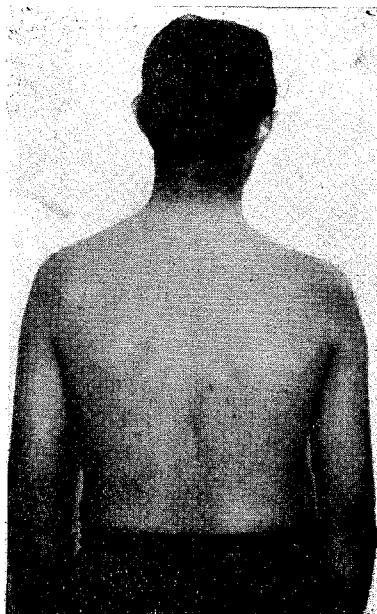


Fig. n.º 6

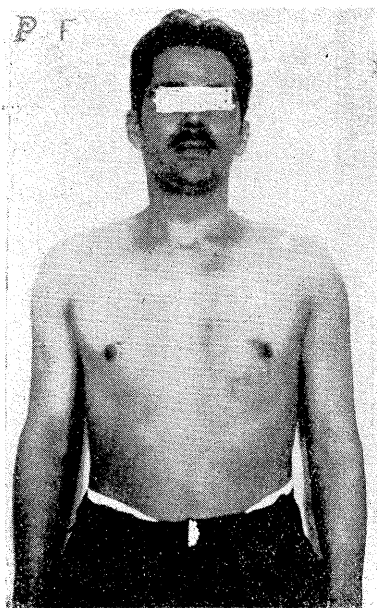


Fig. n.º 7

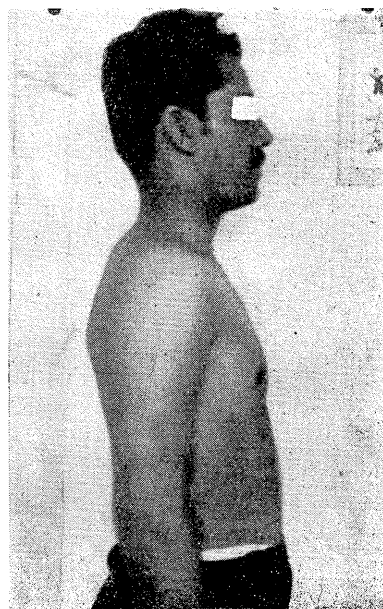


Fig. n.º 8

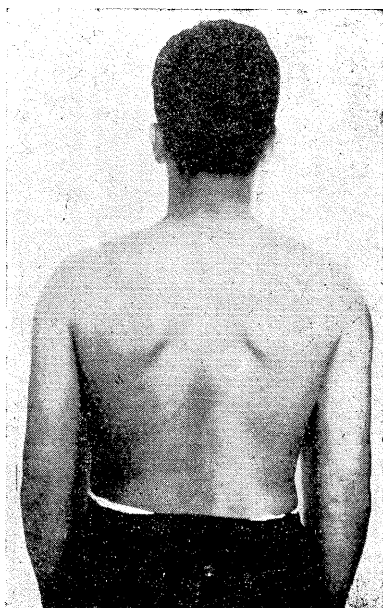


Fig. n.º 9

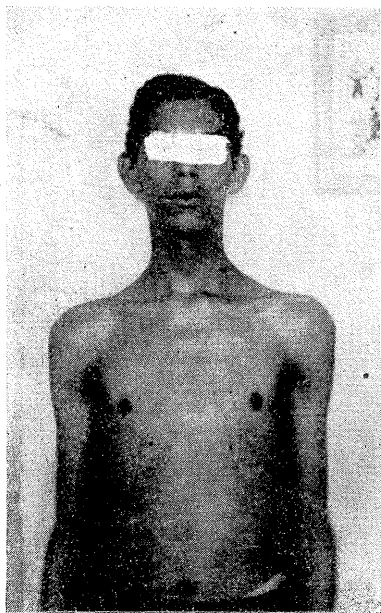


Fig. n.º 11



Fig. n.º 10



Fig. n.º 12

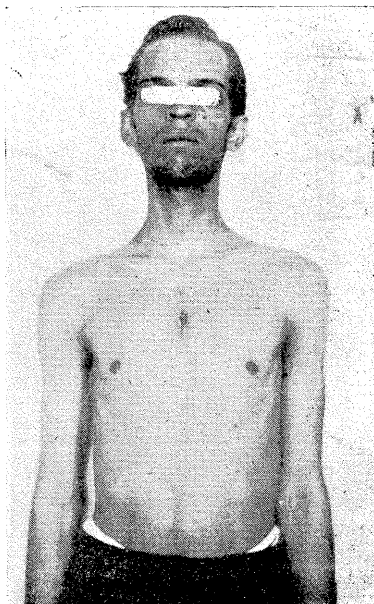


Fig. n.º 13