

Trabalhos originaes

Diagnostico da tuberculose pulmonar Trabalho da Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose

Dr. Aloysio de Paula

Assistente da 3.^a cadeira de Clinica Medica
Da Inspectoria de Profilaxia da Tuberculose

1.^a memoria

- 1) Bases do diagnostico.
- 2) Inicio da doenca e diagnostico precoce.
 - a) Considerações gerais;
 - b) Inicio apical;
 - c) Infiltrado precoce;
 - d) Inicio agudo e insidioso;
 - e) A parte da radiologia.

Bases do diagnostico

Para que haja tuberculose pulmonar doenca é indispensavel a presenca de lesões especificas, dotadas de um certo grau de atividade morbida, no seio do tecido dos pulmões. Tais lesões, resultantes de um processo invasor do bacilo de Koch, determinam alterações da textura do órgão, evidenciaveis pelos meios fisicos de exploração.

O diagnostico fisico da tuberculose pulmonar tem por fim evidenciar tais modificações texturais operadas no seio dum órgão de estrutura especial. O processo inflamatório pulmonar agudo dá lugar a uma alveolite exsudativa bem conhecida, que é a unidade do processo tuberculoso pneumonico. Em geral, tal processo é extenso, a tuberculose pneumonica tendo tendencia a invadir grandes zonas pulmonares, ló-bos inteiros, a ponto de ter como expressão frequente a tuberculose lobar ou lobite tubercular.

Esses tipos se apresentam clinicamente sob a apparencia classica da *síndrome de condensação*. Entretanto, a lesão pneumonica tem uma tendencia rapida a se excavar. Observada aos raios X uma pneumonia tuberculosa, vê-se que, uma vez constituida, rapidamente no seu centro apparece uma zona mais clara, de contornos indecisos, correspondendo a uma perda de substancia, por eliminação de material mortificado. E' a cavidade que se forma, constituindo-se assim uma *síndrome de rarefacção*, ou *síndrome cavitaria*.

Por fim, as lesões tuberculosas apresentam uma tendencia especial á fibrose. O tecido conjuntivo invade as zonas doentes, substitue-se a elas, preenche os claros resultantes das perdas celulares e, no fim de cer-

to tempo, observa-se que uma antiga zona de tecido pulmonar elastico foi substituida por areas de tecido fibroso, cicatricial e retractil. Isto dá lugar á *síndrome de retração*.

Na exploração fisica do pulmão tuberculoso, não devemos nunca perder de vista as tres síndromes classicas, que se podem encontrar em estado puro ou se associar, frequentemente, com predominio de um ou outro tipo.

A exploração fisica do aparelho respiratorio, tal como hoje a fazemos, resultante da conjugação de todos os meios de indagação fisica de que dispomos, veio evidenciar a parte que cabe a cada uma dessas síndromes, no complexo da tuberculose pulmonar do adulto.

A atividade morbida dos focos tuberculosos dá lugar a uma serie de disturbios, locais ou á distancia, que se traduzem, clinicamente, por um conjunto de *síntomas* dos mais variados, cuja metodização foi, sobretudo, trabalho dos antigos clinicos, estudiosos da tuberculose. Vão da tosse, expectoração e hemoptises, aos suores noturnos e anorexia. São os que chamam a atenção do doente e fazem com que ele procure o medico, sendo, em ultima analyse, uma tradução de atividade lesional. São os dados que o doente nos proporciona.

A atividade bacilar produz alterações e desequilibrio nas mais variadas funções do organismo, o estudo metodizado de tais desequilibrios fornece um conjunto de "tests" que permitem julgar da atividade bacilar, sendo mesmo possivel dar ao clinico, até certo ponto, a sua medida. Dentre eles, destacam-se pela sua universalidade os "tests" hematologicos que passaram para a rotina da especialidade.

Este conjunto de sintomas e provas nos dá elementos que permitem fazer um *diagnostico de atividade*.

Afinal, para que se possa afirmar o diagnostico de tuberculose é preciso a identificação do seu agente causador, o bacilo de Koch, fazendo-se assim o *diagnostico etiologico*. E' a assinatura da lesão, sem a qual não se poderá afirmar o diagnostico de tuberculose, que é muito facil, na pratica corrente, mas em alguns casos difficil, exigindo o emprego de tecnicas especiais, de manejo delicado.

Eis as grandes linhas do diagnostico de tuberculose pulmonar: diagnostico fisico, diagnostico de atividade, diagnostico etiologico.

INICIO DA DOENÇA E DIAGNOSTICO PRECOCE

Considerações gerais

Nossas ideias sobre o diagnostico de tuberculose pulmonar foram sempre influenciadas pelos conhecimentos gerais a respeito do mecanismo especial da infecção bacilar.

Na historia da peste branca, a um periodo de confusão e caos seguiu-se uma fase mais scientifica, quando se pôde circunscrever, nas suas linhas gerais, os limites do problema. Isto foi possivel graças, sobretudo, a dois meios auxiliares, de inestimavel valor, a identificação do bacilo de Koch e o emprego dos raios de Roentgen.

Um primeiro trabalho foi dar á tuberculose a parte que lhe cabia,

afastando do seu quadro as alterações morbidas de outra natureza. Mas, o que logo os clinicos compreenderam foi que a identificação da doença declarada de pouca valia, pois, em tal caso, tal diagnostico era igual a uma sentença de morte. Nesse periodo o tuberculoso já tinha semeado o contagio em torno de si e até a sua morte, que se agnardava como uma fatalidade, nossa unica atuação era a profilatica, isolando o tuberculoso, lutando contra o contagio.

O que todos os medicos começaram a compreender foi que, sob o ponto de vista profilatico, e quem sabe tambem do ponto de vista terapeutico, o problema da tuberculose era igual ao da sua "depistagem" e, sobretudo, do diagnostico precoce. Foi isso, aliás, que aguçou a curiosidade dos clinicos e, tanto mais, quando começou a surgir a terapeutica baseada no tratamento da doença em inicio

Assim, a questão do diagnostico precoce nos aparece intimamente ligada com o do inicio da tuberculose pulmonar.

INICIO APICAL

Durante muito tempo, o começo da tuberculose se confundia com a *predisposição morbida* e o candidato á tísica se reconhecia por certas características constitucionais. Os longos cilios, a alvura da pele, a finura do cabelo, o habito astenico, por isso mesmo chamado "*habitus phtisicus*", eis os estigmas dos tuberculosos futuros.

Tais idéas foram revogadas quando se estabeleceu que a tuberculose se contraía na infancia, a doença do adulto não sendo outra coisa que uma revivencia da infecção infantil. Da infancia á idade adulta, duas alternativas: ou a criança sucumbia á primo-infecção, ou adquiria aquele estado especial de alegria, ficando em equilibrio instavel em face da doença. Em tal periodo, a infecção se localizava nos ganglios traqueo-bronquicos e assim permanecia até o inicio da idade adulta.

Sob a influencia de causas as mais variadas a tuberculose podia explodir, mas ela o fazia de um modo especial. A tuberculose pulmonar do adulto começava de maneira insidiosa pelo apice (como apice entendemos a porção supra-clavicular do pulmão) e progredia por contiguidade, de cima para baixo, no sentido apico-caudal.

O apice, eis o lugar onde devemos ir buscar as leões incipientes e traidôras da tuberculose. Não é de admirar, pois, que a ofensiva dos propedeutas se dirigisse contra essa parte do pulmão.

Data dessa epoca o complicado sistema diagnostico de Granchet. Graças a ele, era possivel ao medico surpreender os pequenos tuberculos em formação, no apice do pulmão e, assim, fazer o diagnostico do primeiro periodo da tuberculose que se denominava de *periodo de germinação*. Daí era facil acompanhar a marcha invasôra das leões, a conglomeracão e depois, finalmente, a fuzão dos tuberculos. Hoje, muito poucos levam a serio as subtilizas propedeuticas de Grancher, não sendo necessario insistir sobre o que Rist chamou de "*estetacústica transcendental*".

Nesta mesma ordem de idéas, em 1908, um discipulo de Sergeant, Stéphan Chauvet descrevia uma zona correspondente á projecção na parede posterior do torax, do apice do pulmão. Ao seu nivel, deviam ser

ouvidas as lesões iniciais da tuberculose e, por isso, tal território ficou conhecido como *zona de alarme*, de Chauvet.

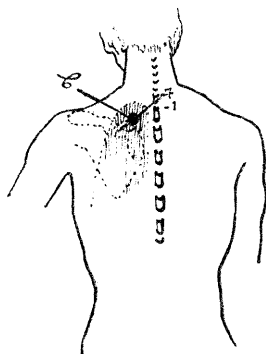


Fig. n.º 1

Zona de Chauvet: C corresponde exatamente ao ápice do pulmão (Romeiro).

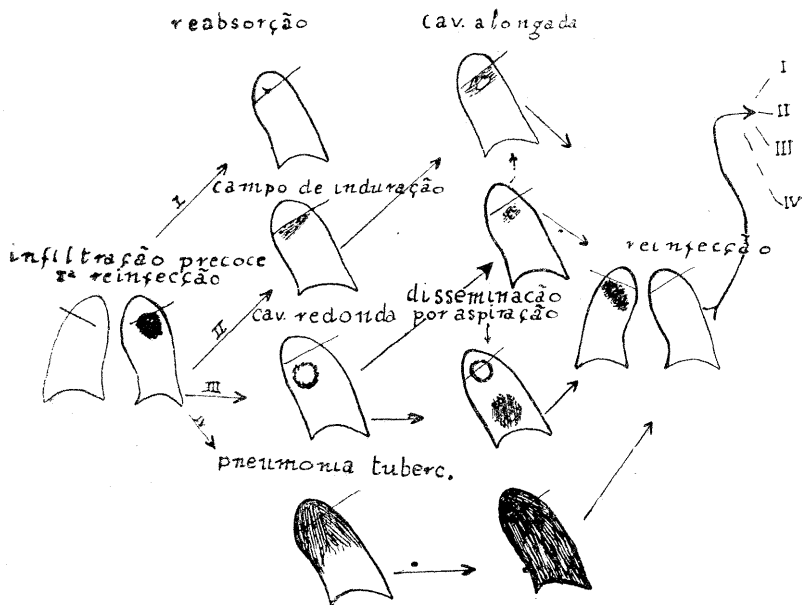


Fig. n.º 2

Esquema ilustrando os quatro modos de desenvolvimento possíveis da infiltração precoce escolhidos entre um grande número (Löfller).

A zona de Chauvet tem o seu centro no meio duma linha réta que parte do espaço compreendido entre as apófises espinhosas da 7.^a vértebra cervical e da 1.^a dorsal ao tubérculo do trapézio de Poirier. Tal zo-

YAMBI

MODERNO ESPECIFICO IODO BISMUTHICO LIPOSOLUVEL

Temos a satisfação de apresentar, á distincta classe medica, o nosso preparado em condições aperfeiçoadas.

Removidas as difficuldades technicas, conseguimos finalmente a solubilisação do sal em oleo de olivas purificado, tornando as injeções



e de perfeita absorpção.
absolutamente indolores



Enriquecemos o composto com a introdução de lecithina, de acção tónica.

De nulla toxidez e perfeita tolerancia, o “Yambi” se comporta efficaz e decisivamente no tratamento de todas as formas da syphilis.

Para Adultos: Caixa de 10 amp. de 2 c. c.

Para Crianças: Até 8 annos de idade, dosagem especial,
em caixas de 6 ampolas de 1 c. c.



INSTITUTO PAULISTA DE BIOCHIMICA

São Paulo

Caixa Postal, 3329

Teleph. 7 - 2265

Rio de Janeiro

Av. Nilo Peçanha, 151

Teleph. 2 - 5566

Representantes no Rio Grande do Sul:

FAUSTO SANT'ANNA

Rua Siqueira Campos, 1257

Porto Alegre

BOHNS & CARNEIRO

Rua Marechal Floriano, 115

Pelotas



INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA

Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026g. DE BISMUTHO METALLICO
MEDICAÇÃO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCÃO INTRAMUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGETICO



Injecções indolores
de

PHOSPHARGYRO

MERCURIO-GLYCEROPHOSPHATO-CACODYLATO

A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injeccão diaria ou em dias alternados.

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

na corresponderia exatamente ao apice do pulmão. ⁽¹⁾ O mais curioso é que os raios X foram postos ao serviço dessas idéas e, como era preciso encontrar adenopatias traqueo-bronquicas na infância, batizaram com esse nome os vasos normais do hilo. Quanto ao diagnostico precoce somos obrigados a concluir que a radiologia não tinha sido empregada em tal sentido, uma vez que sua aplicação estava subordinada às concepções doutrinárias reinantes. O que se imaginava ser diagnostico precoce já era diagnostico da doença constituída.

Eram esses os dogmas da ciencia official, presidida pela Anatomia Patologica da tuberculose.

Não é possivel determinar-se, com certeza, como nasceu a reação contra tais idéias. Mas foi um movimento que, surgindo parceladamente em varios paizes e em particular na França e Alemanha, acabou por explodir memoravelmente, em 1928, imprimindo uma orientação completamente diferente às concepções existentes sobre o problema da ti-siogenese.

Em França, era notada ha muito uma reação contra a ideia do inicio insidioso da tuberculose pulmonar do adulto. E' difficil saber de quando data tal reação, pois ela pontilha as descrições dos velhos clinicos francezes, que opunham, áquele modo, o inicio agudo, ruidoso, com os caracteres tipicos duma pneumopatia aguda febril, por eles chamado "inicio pneumonico".

Citam-se entre os antigos clinicos Lorain, que declarou ser a tuberculose "uma sucessão de pneumonias", fraze genial que resume a propria tuberculose.

Os modernos, Bezançon e Rist, em artigos memoraveis, vinham, aliás, mostrando de ha muito a importancia, frequencia e características dessa forma inicial da doença. O artigo fundamental de Rist e Ameuille, em 1922, cristalizou essa tendencia da medicina franceza.

O INFILTRADO PRECOCE

Desde 1925, começaram a se avolumar na Alemanha uma forte corrente de opinião, contrariando as doutrinas reinantes, consagrada na celebre publicação de Assman, de 1927 e no Congresso de Wildbad no ano seguinte Assman examinando aos raios X alunos e assistentes da clinica donde era radiologista, que apresentavam apenas discretos sinais subjetivos de tuberculose notou neles a frequencia de um quadro radiologico especial, que constava de uma "opacidade uniforme, arredondada, de contornos indecisos, tamanho variavel, sob a clavicula e parte lateral do torax, o resto do pulmão e, especialmente, os apices livres". Como si-

(1) A zona de Chauvet passou a ser um lugar comum em Propedeutica, entretanto, em 1929, na sua tese de doutoramento no Rio de Janeiro, inspirada pelo Dr. Velho da Silva, o Dr. Mozart Furtado Nunes se insurgiu contra essa concepção. Em estudos clinicos e radiologicos muito bem conduzidos esse colega mostrou que a correspondencia entre o apice do pulmão e a zona de Chauvet só se observa nos individuos de habito astenico (longilíneos), a separação se fazendo cada vez mais, á medida que caminhamos para o tipo antitético (hiperestenico-brevilíneo).

nais clinicos, quasi nada; apenas, num ou noutro caso, uma hemoptise em pleno estado de saúde. O exame do escarro de taes pacientes mostrava uma expectoração ricamente bacilifera, mesmo quando não era abundante a quantidade de secreção emitida.

Este achado radiologico provocou grande sensação na Alemanha, não tardando a repercutir intensamente em outros paizes. Em 1928, a Sociedade alemã de Tuberculose, do Congresso realizado em Wildbad, discutiu o problema que então se apresentava, tendo tomado parte no debate os maiores fisiologos alemães. Dentre todos, sobresaiu um medico de Dispensario, Redeker, que retomando as verificações de Assman, erigiu sobre elas uma nova *tisiogenese*. O infiltrado precoce, pois assim foi denominada aquela forma da tuberculose, teve assim ligada á sua historia, o binomia Assman-Redeker.

Redeker, que logo foi seguido por grandes especialistas, revoltou-se decididamente contra o inicio apical da tuberculose. Para ele, a tuberculose pulmonar do adulto iniciava-se, abaixo do apice, na região infraclavicular, e seguia uma marcha variavel, de acordo com o tipo clinico da infecção. Contra as ideias revolucionarias, insurgiram-se os grandes nomes da anatomia patologica que reivindicaram, para os focos apicais, o inicio da doença, tal como era classicamente admitido.

Na doutrina do infiltrado precoce entram conhecimentos varios, a maioria dos quais já consagrados, porem articulados de maneira diferente.

Redeker admite o cancro de inoculação como lesão primaria, representado pelo complexo ganglio-pulmonar. Os resquícios do acidente inicial se encontram, ás vezes, como descoberta radiologica, fato universalmente conhecido, sob a denominação já consagrada de complexo primario duro (radiografia n.º 1).

A tuberculose póde aparecer sob a forma de focos, em torno dos polos do complexo primario extinto, é o que Redeker chama infiltração secundaria. O que se erigiu em torno da infiltração secundaria, não nos vai preocupar no momento, por isso que é talvez a parte mais discutivel da doutrina. A infiltração secundaria explicaria certas formas de tuberculose infantil, conciliando alguns pontos de vista caros aos especialistas alemães.

Na grande maioria dos casos, o inicio da tuberculose do adulto representa a fixação de bacilos de Koch, em parenquima pulmonar são, porem em individuo alergico. Graças a esse estado alergico, o individuo reage a tal foco bacilar pela maneira inflamatoria aguda. Temos assim constituido o infiltrado ou infiltração precoce, que, em ultima analise, é um foco de bronco-pneumonia especifica e cuja significação intima é a reação dum organismo sensivel á fixação de germens, em parenquima pulmonar são. Como via de entrada, a reinfeção exógena era consagrada, pois tais estudos se faziam em individuos vivendo em ambiente tuberculoso e, por isso, submetidos a contagio massivo.

O infiltrado precoce representa, pois, o inicio habitual da tuberculose pulmonar do adulto, a sua séde não sendo obrigatoriamente infraclavicular.

E' esta a sua distribuição, segundo Redeker:

Em 117 casos

Infra-clavicular	— 58
Campos medios	— 38
Campos inferiores	— 15
Sub-clavicular	— 4
Apical	— 2

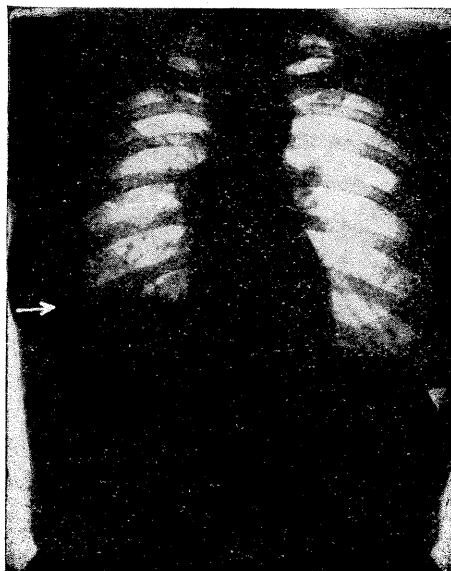
EVOLUÇÃO DO INFILTRADO PRECOCE: A evolução do infiltrado precoce é variavel, de acordo com o conjunto de fatores que influenciam a marcha da doença.

Eis como Löfler a descreve (fig. 2):

1.^a *Hipoteses:* Reabsorção e cura espontanea;

2.^a *Hipoteses:* Evolução para a fibrose e aparecimento dum *campo de induração*, representado por traves e nodulos de fibrose (transformação conjuntiva);

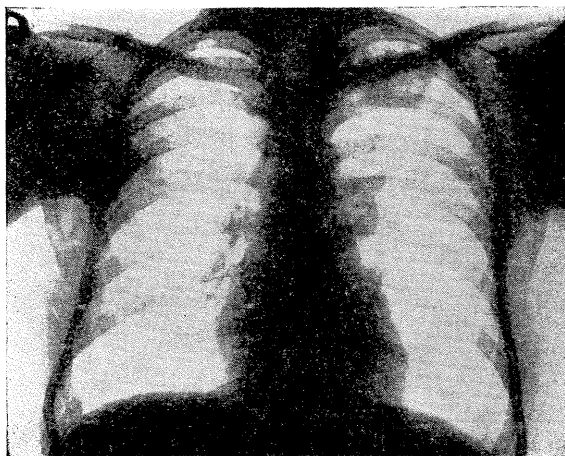
3.^a *Hipoteses:* Excavação rapida, formação duma cavidade redonda, de bordos irregulares, *caverna precoce*. Esta ainda é passivel de transformação fibrosa, podendo, graças aos mecanismos de retração, sofrer uma ascensão ou migração para as porções mais superiores do pulmão.



RADIO 1

Complexo primario duro. As setas indicam respectivamente o polo pulmonar encoberto pela sombra do seio e o polo ganglionar. Descoberta radiologica.

Às vezes, a cavidade e o tecido fibroso se combinam de tal forma que, no seio da zona de fibrose, a cavidade permanece, porém modificada na forma (*cavidade alongada*).

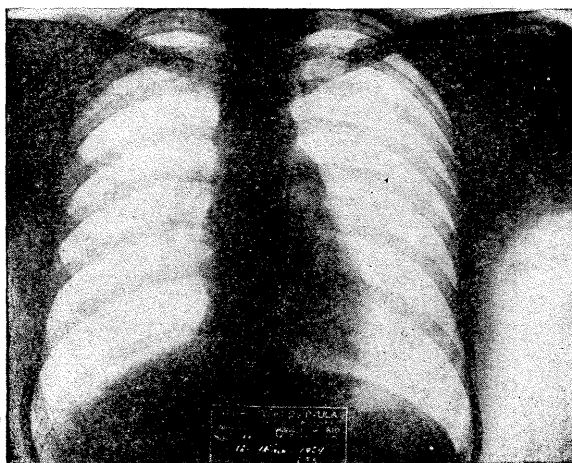


RADIO 2

Infiltrado precoce, já excavado.

Tal foco pode semear o pulmão homo ou contro-lateral, dando lugar à chamada *infiltração filha*. Esta sementeira se faz por aspiração bronquica;

4.^a *Hipótese*: Extensão do infiltrado precoce e aparição duma pneumonia lobulo-lobar.

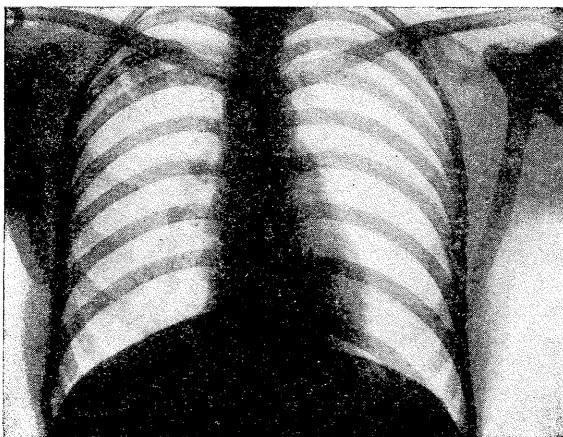


RADIO 3 b

O mesmo doente em 12-5-34. Cura clinica, após tres anos de tratamento; formação de um campo de induração.

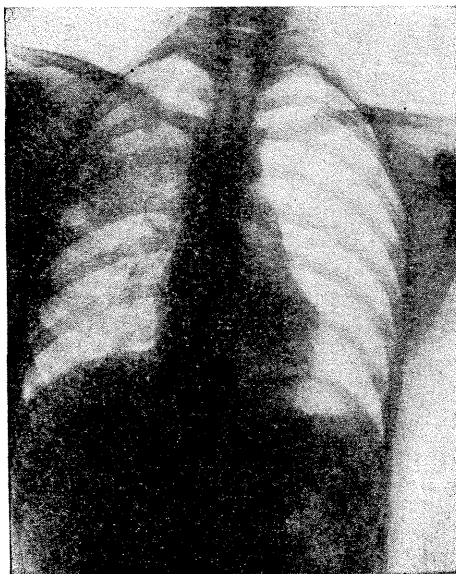
Um novo surto viria repetir qualquer destas probabilidades.

Às vezes podemos encontrar uma reativação em torno dum antigo campo de induração; tal fóco realiza um tipo de infiltração secundária, mas Redeker o denomina, em particular, de *infiltração tardia*.



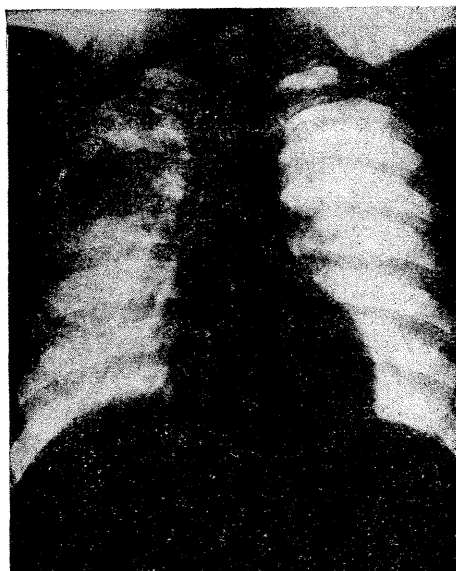
RADIO 3 c

O mesmo doente em 15-7-34. Reativação em torno de um campo de induração: infiltração tardia.



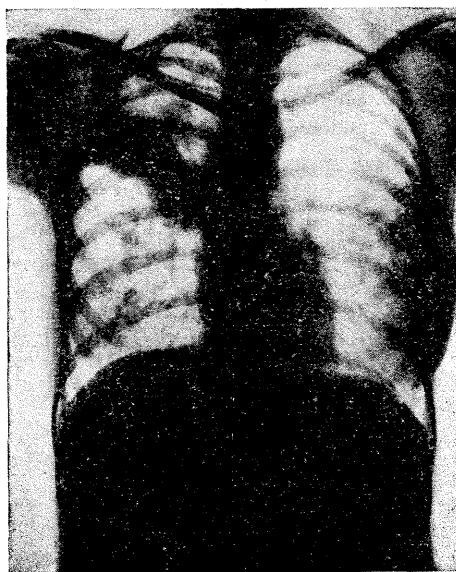
RADIO 3 d

M. L. Início sob a forma de infiltrado precoce que se mostrou de tendencia evolutiva grave. Radio de 21-7-31.



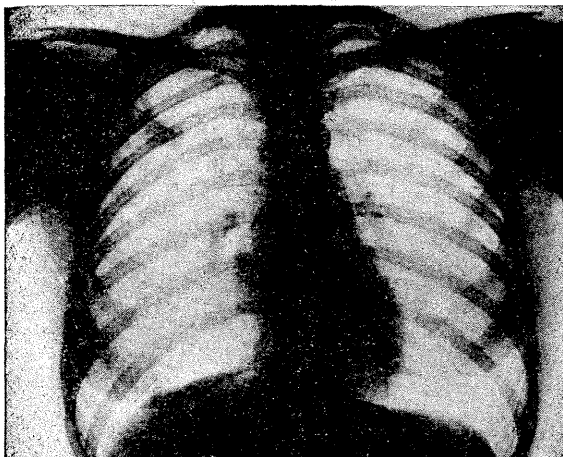
RADIO 4

Infiltração precoce, já com o comprometimento de quasi todo o lóbo superior.



RADIO 5

Evolução altamente maligna do infiltrado precoce. A lesão inicial aparece, de tonalidade densa, limitada inferiormente pela pequena cisura; acima, cavidade redonda de grandes dimensões. Infiltrações filhas homo e contro-laterais.



RADIO 6

Infiltrado precoce em via de reabsorção.

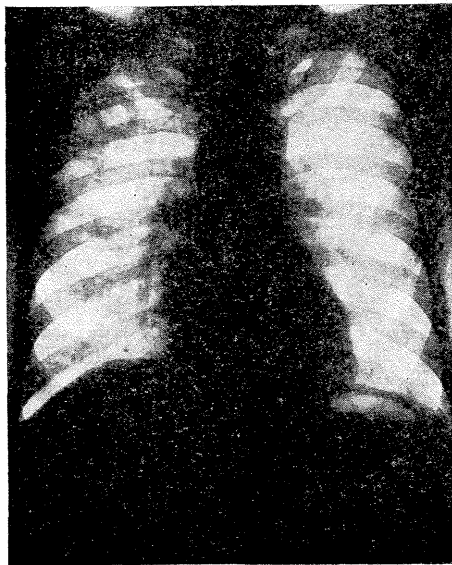


RADIO 7

Caverna precoce em tamanho natural Foi feita uma leve O. A. E. para melhor evidenciar o campo pulmonar. Pode-se verificar bem a sua séde infraclavicular, seu nível liquido e a permeabilidade normal do apice.

Aí está, em suas linhas gerais, o edifício doutrinário que via a tuberculose pulmonar do adulto partir do infiltrado precoce. Como se vê, os fundamentos da doutrina da tuberculose tinham sofrido uma profunda transformação e nossas ideias sobre diagnostico teriam que acompanhar essa renovação que se operára. (2)

Os autores francezes não tardaram a fazer uma critica severa ao in-



RADIO 8

Inicio agudo. J. B. M., 25 anos, bom meio social e familiar. Não se apurou historia de contagio. Ha um mez, de repente, começou a se sentir mal, com dores de cabeça, febre alta, tonteiras, dores toracicas, fraqueza nas pernas e vista escura. Este episodio agudo durou 10 dias, apos os quais cederam os fenomenos alarmantes, tendo o paciente retomado suas atividades. Notava entretanto uma acentuada indisposição para o trabalho, permanecendo umas dores toracicas difusas, dores de cabeça, embora sem tosse e muito pouca expectoração.

Quando o paciente nos procurou chamava atenção sua palidez e um facies intoxicado. Ausencia de sinais estetaeusticos. Expectoração ricamente bacilifera (D.

P. VI). Caverna precoce á direita.

filtrado precoce, sobretudo no reivindicar, para a França, a primazia da descoberta do fato (o nome pouco importa). De um lado, uma serie de estudos realizados em França sobre o inicio agudo, pneumonico da tu-

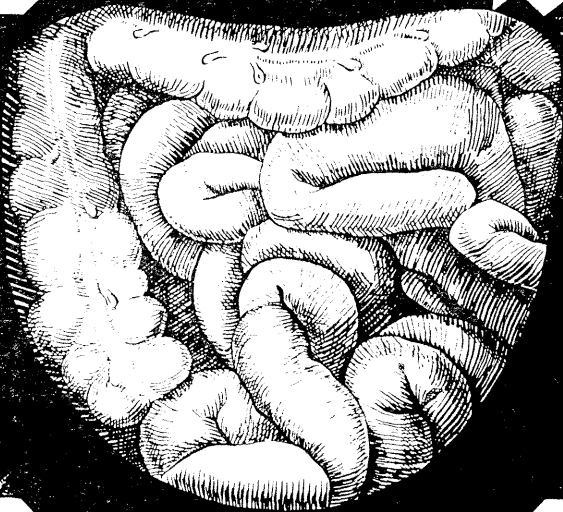
(2) A tuberculose propriamente do apice, em alguns casos, representa a fixação do fóco primitivo no apice, mas, na maioria das vezes, resulta da migração dos fócos infra-apicais que, por fibróse ou atelectasia (Redeker) para o apice se transportam.

A tuberculose apical aparece-nos, assim, não mais como uma manifestação inicial da doença e, sim, como a doença constituída.

LAC FERMIN

**FERMENTO LACTICO LIQUIDO PURISSIMO SELECIONADO
VIVO E VIVAZ "ASEPS"**

**FERMENTAÇÕES PUTRIDAS INTESTINAIS
ENTERITES COLITES DE ORIGEM ALIMENTAR
AUTO INTOXICAÇÕES DE ORIGEM
INTESTINAL OU INFECCIOSA**



**INTRODUZ NO INTESTINO O ACIDO LACTICO EM ESTADO NACENTE
UNICO CAPAZ DE DESTRUIR OS AGENTES INFECCIOSOS
AMPOLAS NÃO INJETAVEIS**

LATENTES { 1 a 2 Ampolas por dia por via oral ou retal.

CRANÇAS PEQUENAS

CRANÇAS { 3 a 6 Ampolas por dia por via oral ou retal.

ADULTOS

BIOETHERAPIA ASEPS S.A. — B.A.S.A.

R. PACHECO

DIUREPHAN

**OS
MELHORES
RESULTADOS**

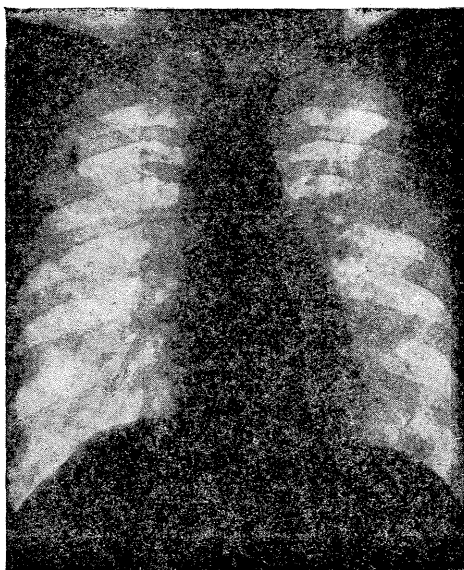
ACIDO URICO
ARTHRITISMO
RHEUMATISMO
BEXIGA ≈

SOLICITEM AMOSTRA E LITERATURA
CAIXA POSTAL, 2147 - RIO

berculose pulmonar; de outro, um fato ao qual os alemães não deram a atenção devida, a sua localização lobar e limitação cisural.

Os francezes descreviam como inicio da tuberculose uma lesão especial, peri ou juxta-cisurite, fóco pneumonico localizado num lóbo, delimitado pela cisura inter-lobar. Às vezes, era o lóbo inteiro afetado, às vezes sómente uma porção, e Léon Bernard creava para este tipo de lesão o termo de *lobite*, que vem a ser, em ultima analise, o equivalente francez do infiltrado precoce.

Realmente, não se pode negar á França a gloria da ideia do inicio



RADIO 9

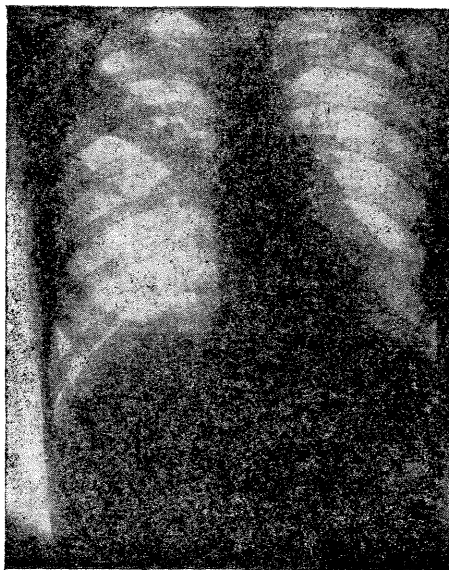
Inicio insídioso. M. B. 26 anos, empregado de botequim, contagio familiar massivo. Inicio clinico da doença ha 4 meses, quando o paciente começou a se queixar de astenia, emagrecimento, suores noturnos, mal estar e incapacidade para o trabalho. Apareceram depois, tosse, expectoração e temperatura sub-febril.

Bom estado geral, o exame clinico tenod evidenciado estertores sub-crepitantes finos e medios, alguns de timbre consonante, exagerados pela tosse e audiveis no concavo da axila. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. V) Campo de indução, com cavidade alongada, á esquerda.

pneumonico da tuberculose. Mas a parte mais importante do novo capitulo da Tisiologia e as discussões travadas em torno da questão, pelos especialistas alemães, constantes das atas do Congresso de Wildbad, nos dão um testemunho eloquente do que foram, de um lado, as controversias sobre a tisiogenese do adulto, e de outro, o edificio de doutrina erigido sobre a base do infiltrado precoce por Redeker. Este, combinando os novos achados radiologicos com a velha e um pouco esquematica clas-

sificação de Ranke, lançou os fundamentos da mais completa visão de conjunto sobre a tuberculose pulmonar do adulto, até então conhecida.

Certamente as concepções de Redeker não são completas, é possível apontar-lhes falhas e nosso maior argumento contra elas é ainda aquele espirito de sistema em que tanto se comprazem os alemães. Mas é certo



RADIO 10

Início agudo. G. C., branca, brasileira, 19 anos, solteira. Início clínico ha 3 meses com febre, tosse, expectoração, suores noturnos, enfraquecimento extremo. Ao exame clínico, doente muito palida, emagrecida, tossindo e extremamente fraca. Anorexia, amenorréia e desanimo.

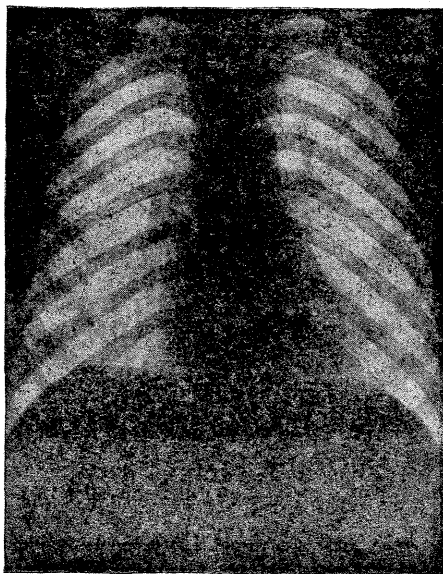
Diminuição de expansão do terço superior do hemitorax direito, sub-massicez difusa nesta região com massicez anterior na região infraclavicular. Aumento das vibrações vocais e estertores crepitantes, exacerbados pela tosse na região infraclavicular direita. Baciloscopia positiva (D. P. 111).

Aspetto radiológico da infiltração precoce, realizando o tipo descrito por Rist sob o nome de juxta-cisurite; a delimitação cisural é das mais nitidas. Abaixo infiltração filha homo-lateral.

que representou a mais seria tentativa para combinar os fatos clínicos, radiológicos, anatomo-patológicos e humorais, num só corpo doutrinário.

Si todas essas noções já eram conhecidas, pelo menos, um grande merito a nova doutrina possuia. Era a de trazer para a explicação do início da tuberculose pulmonar do adulto um conceito vivo de alergia, á semelhança do que Ranke fizera, de um modo geral, para toda a tuberculose. Em vez de um conceito imuno-biológico vago, a alergia tinha adquirido um significado real, explicando o substratum dum tipo clínico definido.

O conceito alergico explicava-nos uma forma clinica, como iria nos explicar, mais tarde, a propria fenomenologia da doenca. Por fim, deu ao pratico uma orientação segura quanto á patogenia da tuberculose, e Redeker, na sua qualidade de medico de Dispensario, mostrou as diretrizes solidas para a "depistagem" da tuberculose, esboçando, assim, uma profilaxia segura e um tratamento precoce.



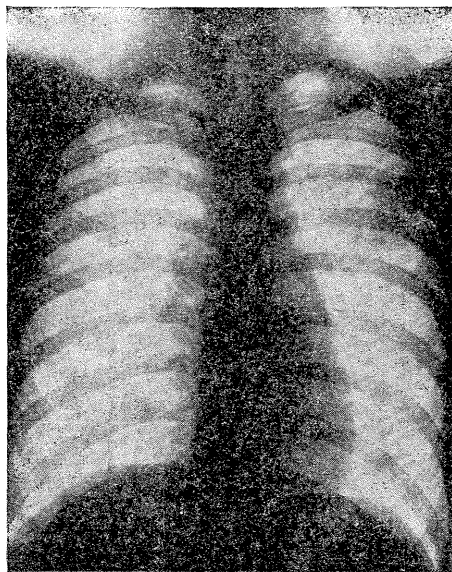
RADIO 11

Inicio agudo. F. A. M. Bom meio social e familiar. Nega historia de contagio. Sua doenca data de 3 meses, tendo se iniciado bruscamente após um dia inteiro de trabalho violento. Passou o domingo inteiro em casa, trabalhando á enxada todo o tempo, exercicio de que já tinha perdido o habito. Com o cair da noite, sentindo-se cansado, tomou um banho frio de imersão. No dia seguinte, amanhecia gripado, com 38º de febre, dores no corpo e dores de cabeça, mal estar e anorexia. Pouco depois, surgia tosse, seguida de expectoração. Os fenomenos agudos duraram seis dias, findos os quais, levantou-se, tendo retomado suas atividades. Passada uma semana, foi correr para apanhar um trem e teve uma hemoptise, razão pela qual veio consultar no dia seguinte. Paciente emagrecido, palido, tossindo e com es-carros de sangue. Ausencia de sinais estetacusticos. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. V) Caverna precoce, á esquerda.

Tais fatos não podiam deixar de repercutir fundamente sobre o problema do diagnostico precoce da tuberculose pulmonar, mudando totalmente a face da questão.

Os focos da tuberculose pulmonar iniciais não devem ser mais procurados no apice e, sim, alhures; por outro lado, não se tornava mais preciso pôr em jogo um sistema propedeutico complicado, só acessivel aos eleitos. O problema do diagnostico precoce se subordina ao conheci-

mento do verdadeiro inicio clinico da doença, exigindo o concurso indispensavel de dois meios auxiliares, o laboratorio e os raios X.



RADIO 12

Inicio insidioso. H. N. 23 anos, militar. Nega contagio. Ha 8 meses, começou a se preocupar com sua indisposição para o trabalho e resfriados frequentes de que era acometido. Temperatura sub-febril ($37^{\circ},3$), astenia, emagrecimento. Estado geral mau, facies intoxicado, ausencia de sinais estetacusticos. Campo de induração á esquerda com uma pequena cavidade alongada.

INICIO AGUDO E INSIDIOSO

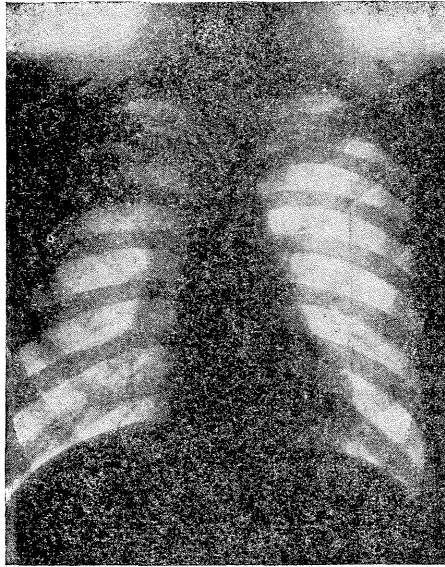
As discussões travadas em torno da questão do infiltrado precoce vieram despertar em todo o mundo científico uma serie de trabalhos visando:

- 1) Séde inicial da tuberculose pulmonar do adulto, apical ou extra-apical;
- 2) Modo de exteriorização habitual, inicio agudo e insidioso.

Os autores francezes a quem deviamos, ha muito, os mais serios estudos sobre o inicio agudo da tuberculose pulmonar do adulto tinham já estabelecido tal proporção.

Foi assim que o Dr. Dudan, aluno de Rist, em 1925 (antes por consequente do infiltrado precoce) publicava a seguinte estatística: Em 100 doentes (50 homens e 50 mulheres):

Início insidioso	34 %
“ por hemoptise	6 %
“ “ episodio agudo precedido de prodromos leves	12 %
“ “ epis. agudo sem prodromos	48 %



RADIO 13

Início insidioso. R. G. O. 17 anos, empregado no commercio. Contagio familiar, epileptico. Um mês antes de vir a exame, teve uma forte crise epileptica, tendo passado uma semana sem se alimentar. Sua familia impressionou-se com seu emagrecimento, sobretudo quando surgiram uma tosse seca e, mais tarde, com alguma expectoração. Ausencia de sinais estetacusticos; o paciente de nada se queixava, a não ser um pouco de tosse e alguma expectoração. Esta mostrou-se ricamente bacilifera (D. P. VI). A radiografia mostrou infiltrado precoce já excavado no terço superior do pulmão direito.

Em 1927 do serviço do Dr. Rist saía uma tésé de Marcel Blanche, onde se evidenciava:

Em 200 doentes:

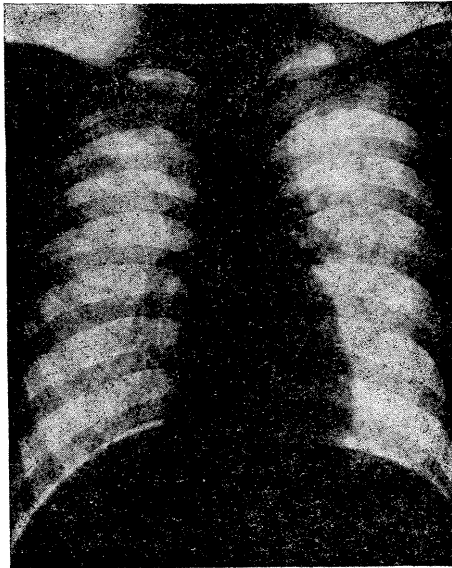
Início progressivo	37 %
“ por hemoptise	13 %
“ brusco	50 %

Os estudos italianos, feitos por Constantini e Soglia no Sanatorio Villa Azurra em Bologna (1931), mostraram em 1294 doentes:

Início lento insidioso	607 casos ou 46.50 %
“ agudo brusco	687 casos ou 53.50 %

Como inicio agudo, eram considerados os casos que passavam bruscamente do estado de saúde ao de doença.

Em 1929 os autores americanos, Douglas, Pinner e Wolepor, se preocuparam com a questão, mas muito influenciados pelas discussões a respeito de infiltrado precoce, que então, agitavam o mundo científico. Num trabalho, aliás muito bem feito, procuraram opôr, ao inicio agudo sub-



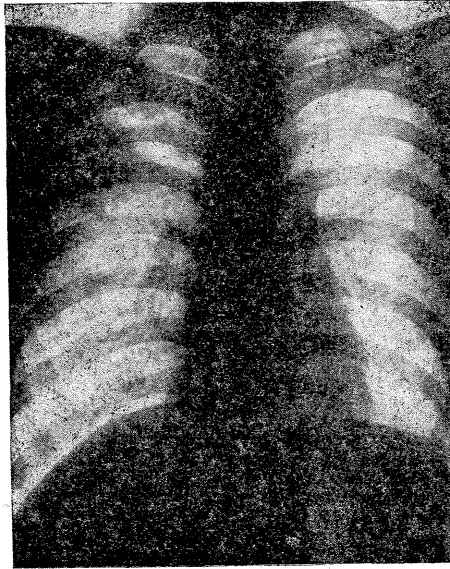
RADIO 14 a

Início agudo. A. C., pardo, 25 anos, barbeiro. Ha um mês, subitamente caiu com febre, dores no corpo, mal estar. Pouco depois apareceram tosse, expectoração e suores noturnos. Embora sentindo-se mal, o paciente retomou o trabalho, quando teve uma hemoptise, que o fez procurar no dia seguinte o Dispensario. Indivíduo muito emagrecido, mau estado geral, embora apiretico, no momento. Estertores sub-crepitantes finos e medios, alguns consonantes, na parte inferior do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo. Expectoração ricamente bacilifera (D. P. VI). A radio mostra duas cavidades precoces no campo medio esquerdo, juxta-hilares.

apical, o inicio cronico apical. Foi assim que mostraram que a tuberculose estritamente localizada aos apices é de evolução muito lenta, benigna, a progressão se fazendo atravez largos periodos de repouso e de larga duração, sem grandes alterações do estado geral e local. A este tipo se opõe a tuberculose sub-apical, de inicio agudo, tendo como substratum uma infiltração aguda bronco-pneumonica, com rapida tendencia á extensão, dando precocemente lugar á cavidade; de carater maligno, evoluindo rapidamente, com grandes perturbações do estado geral do paciente.

Quanto á incidencia dos dois tipos de doença, a estatistica apresen-

tada aproxima-se sensivelmente das anteriores. E' facil de vêr que toda essa serie de trabalhos vinha mostrar a necessidade de rever todas as nossas ideias a respeito do diagnostico da tuberculose, em particular do diagnostico precoce. Sendo a forma apical benigna, é para as formas agudas, extra-apicais, que devemos dar o melhor de nossa atenção. Os estudos ultteriores vieram demonstrar que tais formas, apesar do quadro



RADIO 14 b

O paciente iniciou tratamento pelo pneumotorax, tendo obtido otimos resultados iniciais. Após dois meses de tratamento, seduzido pelas vantagens de um clima do interior, abandonou o tratamento. Não tendo obtido os resultados esperados, sentindo-se mesmo pior, com tosse e expectoração, voltou á consulta, quatro meses após ter abandonado o tratamento. O exame clinico não nos deu impressão de agravação evidente, a não ser dos sinais funcionais. A radio nos mostra uma estabilidade das lesões esquerdas, que tinham sido influenciadas pelo pneumotorax e o aparecimento de uma infiltração precoce á direita, delimitada pela pequena cisura e sem sinais esteticacusticos.

alarmante com que, ás vezes, se apresentam, são suceptiveis de regressão, sob um tratamento adequado. O problema do diagnostico precoce tinha, pois, a encarece-lo um fator da mais alta importancia.

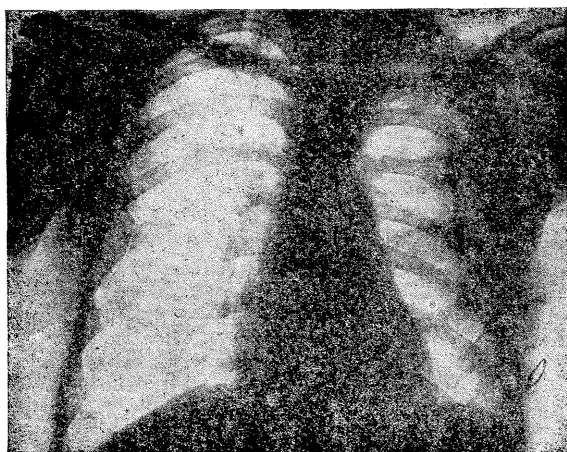
A PARTE DA RADIOLOGIA

O que os trabalhos de Assman evidenciaram, de modo indiscutivel, foi a absoluta falencia dos nossos meios clinicos habituais de exploração, em face de certas formas iniciais da tuberculose. Estas eram frequen-



RADIO 15 a

R. C. Empiema tuberculoso á esquerda; foi feita a drenagem cirurgica, tendo dado em resultado um empiema cronico. A radio nos mostra um empiema drenado á esquerda, com o pulmão em via de re-expansão e uma discreta acentuação da trama bronco-vascular á direita (em 1-1-33).

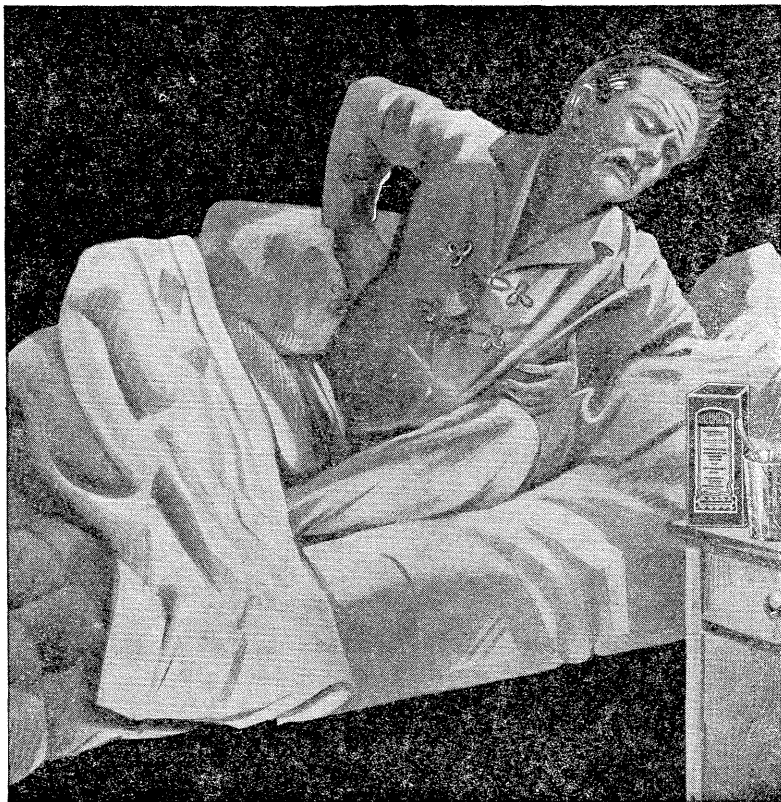


RADIO 15 b

Radio feta em 31-10-33. Mostra a regressão do processo esquerdo, ao mesmo tempo que a instalação de uma infiltração precoce excavada á direita. Ausencia de sinais estetacusticos.

Rheumatismo?

RHEUMALINA!



Formula da Rheumalina:

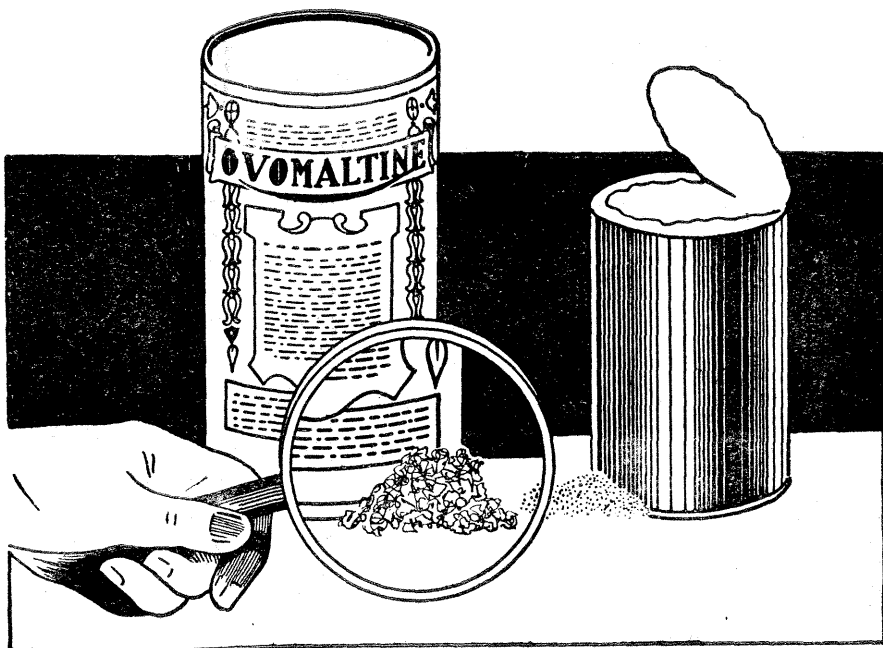
Cada colher de sopa contem:

Salicilato de sodio purissimo (recristalizado em pequenas agulhas)	1,00
Iodureto de potassio puro	0,25
Extrato estabilizado de Equinodorus macropilus (chapeu de couro	q. s.
Idem Polipodium lipidopteris (samambaia)	q. s.
Tint. de genciana	q. s.
Glicerina neutra	3. c. c.
Xarope de cascas de laranjas amargas	q. s.

Fornecemos amostras quando solicitadas aos senhores clinicos

LABORATORIO DA RHEUMALINA

R. das Palmeiras, 12 — Tel. 5-2667 — São Paulo



HA UMA GRANDE DIFFERENÇA !...

Examine por si mesmo e veja a grande diferença. Os productos similares da Ovomaltine constituem uma simples mistura de farinhas, assucar, leite em pó e cacau.

Ovomaltine não é uma simples mistura. É um extracto concentrado de malte, ovos e leite, ligeiramente aromatizado com cacau.

As pesquisas scientificas e a experiencia de varios annos demonstraram que a Ovomaltine é um alimento de composição perfeita: vitaminas, hydratos de carbono, saes mineraes, taes como os de ferro, calcio e phosphoro, obedecem a proporções scientificamente consideradas como de grande utilidade para o organismo humano.

É encontrada á venda em latas de 125 250 e 500 grs.

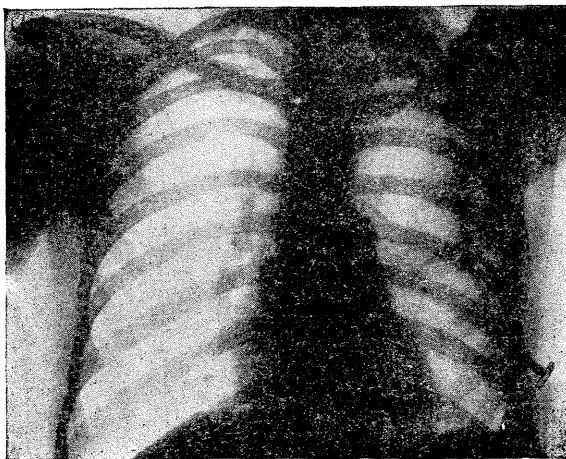


OVOMALTINE

AGE PELA QUALIDADE E NÃO PELA QUANTIDADE

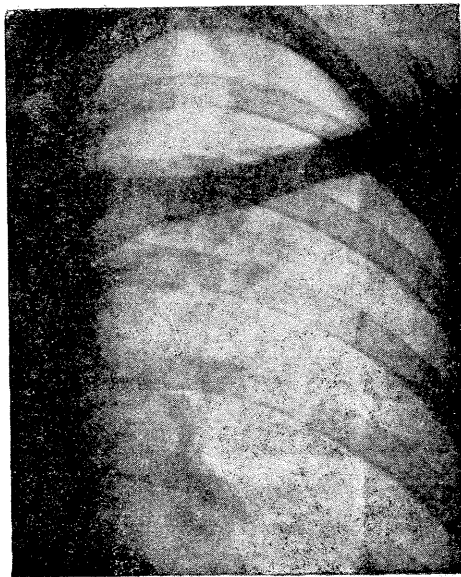
É um producto Suisso, da Fabrica
Dr. A. Wander S. A., Berne

Rua Theophilo Ottoni, 171 - Rio
Rua da Gloria, 44 - São Paulo



RADIO 15 c

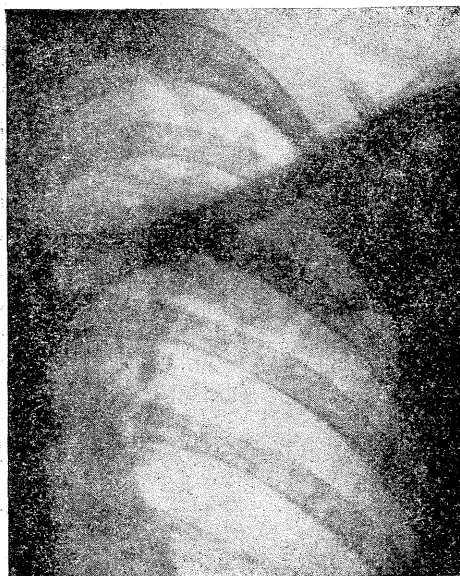
Radio em 3-1-34. Caverna precoce bem constituída, já com sinais estetaeusticos evidentes.



RADIO 16 a

A. G. Empiema tuberculoso á esquerda, tratado clinicamente, em via de cura. A paciente em bom estado geral, escarro negativo, apiretica. Entretanto, a radio feita em 7-4-34, mostrava a instalação insidiosa de um infiltrado precoce á direita que nada fazia prever, clinicamente. Após a radiografia, a paciente foi re-examinada clinicamente com todo o cuidado, sem que pudessemos surpreender nenhuma alteração. Exames de escarro reptidos, negativos.

temente uma descoberta radiologica, pois taes doentes apresentavam um minimo de sinais clinicos que, por si sós, não autorizavam a suspeição da doença.



RADIO 16 b

A paciente foi seguida com todo o cuidado e uma feita em 15-7-34 mostra uma infiltração precoce bem constituida, já excavada. Exame de escarro positivo e sinais estetaescusticos evidentes.

A importancia do emprego sistematico da radiologia, a serviço do diagnostico, recebia logo uma confirmação ruidosa e, hoje, podemos afirmar que *as bases fundamentais do diagnostico da tuberculose pulmonar repousam sobre os estudos comparativos, tendo todos, como alicerce, a radiologia pulmonar.*

Viu-se o que continha de verdade a frase: "a radiologia é a autopsia no vivo". Enquanto que, na meza de necropsia, só podemos ver lesões inertes, na sua maioria, em periodo terminal, a radiologia nos mostra lesões vivas, nos seus mais diferentes periodos de evolução.

A radiologia deu-nos um criterio solido para apurarmos os nossos meios clinicos de exame, permitindo uma completa revisão da velha Semiologia pulmonar.

O estudo de pessoas que vivem em ambiente tuberculoso, sem apparencias de doença, revelando lesões evidentes aos raios X, veio estabelecer como a radiologia pode, muitas vezes, antecipar o diagnostico clinico. Ao exame radiologico precoce devemos atribuir os grandes progressos

que se vêm observando, ultimamente, nos dominios da tuberculose, permitindo surpreender a doença numa fase verdadeiramente pre-clínica.

E' lamentavel que nem todos os medicos estejam convencidos da verdade de tais noções. O exame radiologico não é mais um meio de exame de luxo, como infelizmente muitos clinicos ainda tem tendencia a supôr. E' um meio de exploração de rotina, como o são o dedo que per-



RADIO 17 a

A. A. P. 25 anos, branco, brasileiro, solteiro, empregado no comercio. Em 2-7-33 teve uma hemoptise de umas 150 gramas que se repetiu tres vezes no mesmo dia. Procurou a Assistencia, tendo-lhe sido feita a medicação habitual. Impressionado com o fato, 10 dias depois, vem á consulta, embora nada sentisse. O exame clinico cuidadoso nada revelou. Radiografia e radioscopia normais. Foi arquivada a radio feita na ocasião, de que se vê, em tamanho natural, o terço superior do pulmão esquerdo. O doente submetido a controle clinico e radiologico (radioscopias quinzenais).

cute ou o ouvido que ausculta. Por conta do desconhecimento desta noção correm os erros de diagnostico, diariamente observados, e alguns, irremediaveis.

Nos paizes civilizados, o exame radiologico é feito, sistematicamente, nas grandes corporações, exercitos, policias, universidades, escolas, etc., visando a "depistagem", diagnostico precoce e tratamento da doença.

Ainda recentemente, na Italia, na Sociedade Italiana Fascista de Estudos Cientificos contra a tuberculose (Secção de Palermo) foi aprovada por unanimidade uma proposta pela qual se instituia uma *carteira radiologica individual do aparelho respiratorio* para os escolares, des-



RADIO 17 b

O paciente continuava a não apresentar sinais evidentes de doença. Bom apetite, apiretico, sem tosse nem expectoração, apenas muito palido. Entretanto começou a perner peso, até que uma radio feita em 28-12-33 mostrou o aparecimento de uma sombra floconosa, de contornos esbatidos, abaixo e no terço externo da clavícula. Comparece-se com a anterior, normal. Baciloscopia negativa. Ausencia de sinais estetacusticos.



RADIO 17 c

Feita com cinco dias de intervalo, em 3-1-34, mostra maior densidade da sombra, já com os caracteres classicos do infiltrado precoce. Todas estas radios foram executadas com a mesma tecnica. Baciloscopia positiva. Ausencia de sinais estetacusticos.

portistas e todos os individuos expostos á infecção e doenças tuberculosas. Nesta mesma ordem de ideias, nos Estados Unidos, ha muito se praticam exames de saúde periodicos, visando, entre outras doenças, a tuberculose pulmonar, com o indispensavel contrôlê radiologico.

Si os individuos são devem ser submetidos a tais cuidados, com muito mais razão os expostos ao contagio ou os que apresentaram, no passado, alguma manifestação suspeita de tuberculose.

De tudo isto, devemos concluir que os clinicos que confiam somente nos seus meios naturais de exame arriscam-se a erros frequentes. Por outro lado, os exames radiologicos sistematicos não só dão maior segurança aos exames clinicos como tambem permitem surpreender a doença em suas primeiras manifestações.

(Transcrito da Revista de Radiologia e Clinica).

IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTÉRES MORRUCO E CHALMOGRILLO, SUPERSATURADOS DE LÍPOIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO, MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO