

Trabalhos originaes

Infiltrado precoce

Conferencia feita na Sociedade de Medicina desta Capital

pelo

Professor Rubião Meira

da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Sejam minhas iniciaes palavras de congratulação com a classe medica riograndense, em que se destacam vultos que honram a medicina nacional, com a demonstração de nosso sentimento de admiração aos que labutam no campo da sciencia de Hypocrates. Fazemos todos parte de uma familia unica, que de norte a sul deste grande e abençoado paiz, vem derramando sobre as populações os ensinamentos de nossa arte, cuidando da saúde e procurando com afan o engrandecimento fisico de nossa gente. Somos como um só em nosso destino, a mitigar as dores, aliviar os sofrimentos, embelezando a vida com illusões, trazendo em mãos os fogos da esperanza aos que se sentem proximos da hora final. Envergamos a tunica de sacrificios e damos-nos todos aos outros, sem olhar para nós que vamos viajando, sem perceber escolhos, pizando urzes, arrebetando os pés na estrada — com a visão suprema de servir a humanidade sofredora. Vós sois o que somos, dedicados e bons, generosos e caritativos, porque medicos e é por isto que despertaes em nós esse sentimento de confraternisação, que nos fez vos querer bem, sem mesmo vos ter conhecido. Mas, agora, que este contacto de dias nos revela a magestade de sentimentos humanitarios, aumenta em cada um de nós esse fervôr de vossa sabedoria e a pujança de vosso talento, e a imponencia de vossos admiração, com os votos que fazemos para que continueis dentro da mesma patria gloriosa, a batalhar pelo valor da medicina, com o vosso merecimento e o vosso amôr. Só assim poderemos, nos abraçando, e sentindo os nossos corações baterem no isocronismo do mesmo affecto, servir a medicina e honrar o Brasil.

Senhores, um dos problemas mais complexos que agitam os campos da medicina é o da forma inicial da tuberculose, que inda hoje serve de discussão, e se acha no terreno tumultuoso de divergencias. Até poucos anos atraz, era no apice do pulmão o seu primeiro ponto de localização, e nenhuma duvida existia no espirito dos fisiologos, pois era ahi que as pesquizas necroscopicas concordavam com o que a clinica mostrava — o apparecimento das cavernas. D'ahi, partiam as lesões, em direcção craneo caudal, obedecendo o seu desenvolvimento a como dispositivo de

lei. Não vou expôr aqui, porque todos vós conheceis, a evolução do processo morbido, nem estudar comvoseo as classificações iniciaes, extra apical, periscissural, axilar, hilar, justa-hilar, etc. que preocuparam o espirito clinico e dividiram as opiniões, cada uma baseada em certo numero de factos. Seria sair fóra do programa que me tracei e entrar na esterilidade de apresentar opiniões e theorias, que se encontram expostas nos tratados e revistas. Vou vos mostrar 10 casos de infiltrado precoce, que provam á evidencia ser esta uma forma de inicio da tuberculose pulmonar. A literatura medica se acha repleta de observações, embora a discussão ainda não tenha terminado.

Mas, o que é a expressão da verdade, é que o infiltrado precoce de Assmann e Redeker, é uma realidade. Manda, entretanto, a justiça, que se diga que antes do aparecimento dos trabalhos desses autores, que firmaram e descreveram com grande sabedoria o "*Früh infiltrat*", já recentemente autores francezes, com aquella penetração de vista e aquella descortino que sempre caracterisaram a sua sciencia, haviam afirmado, pondo de lado a theoria de Grancher, que queria ser o foco tuberculoso um agglomerado de folículos, afirmando que a lesão primitiva da tuberculose é um processo pneumonico, sob a dependencia do bacilo de Koch, e mesmo Rist e Ameuille foram mais adeante, colocando esse foco não no apice, mas nas porções inferiores do lobo superior. Era o inicio do abalo da theoria apical, que recebeu maior golpe em 1922, quando Assmann afirma, então, que a tuberculose tem o seu aparecimento no adulto por aquilo que Simon chama de *infiltrado precoce* e Ulrich de "infiltrado pretisico". Aos trabalhos de Assmann seguem-se, completos e monumentaes, os de Redeker, em 1926, e tão exatos que os dois nomes se acham ligados na exposição dos factos, que constituem a sua doutrina, terminando com o estabelecimento das seguintes conclusões, que dominam o seu pensamento e resumem a sua theoria.

1.º) — A primeira manifestação das formas post-primarias da tuberculose não se localisa no apice, mas sim na região infraclavicular ou ainda mais abaixo;

2.º) — O achado inicial é revelavel só com o exame radiologico e não com a percussão e a auscult;

3.º) — Frequentemente coexiste intumescencia dos ganglios linfaticos, ás vezes com inflamação perifocal.

4.º) — Neste estadio não ha disturbio subjectivo, principalmente não se verifica tosse, nem pontadas, nem fenomenos toxicos geraes; por isto, essas formas são descobertas, não porque o doente se apresenta espontaneamente ao medico, mas só pelo contróle periodico, nos dispensarios, de pessoas expostas ao contagio, mas até então sadias.

5.º) — Essas formas desenvolvem-se principalmente em pessoas jovens, entre 15 e 20 anos, eventualmente tambem no quinquenio seguinte, apenas raramente nos annos ultteriores;

6.º) — Com grande frequencia encontra-se uma fonte recente de contagio, e

7.º) — Quando o paciente se apresenta espontaneamente ao medico com disturbios vagos como "gripe", "febre de duração de um dia" e "dôr reumatica nas costas", já passou o estado verdadeiramente inicial

da molestia. Até este estadio o infiltrado pode reabsorver-se ou sofrer a transformação fibrosa”.

Nessas conclusões, se acham enfeixados os principaes caracteristicos do infiltrado precoce, cabendo chamar a attenção para as pesquisas radiologicas, que foram ellas praticadas, em serie, cuidadosas, que levaram os citados autores a construcção de sua doutrina, que abate a velha propedeutica, deixando para a segunda plana a percussão e auscultação, e firmando o diagnostico com os raios X.

Bem se vê que os pesquisadores de outr’ora não poderiam chegar a essa conclusão, porque desarmados, e o “infiltrado precoce” é fruto do avanço da ciencia, a quem estarão reservadas naturalmente, no futuro, outras descobertas, capazes de resolver os problemas clinicos, que inda hoje se debatem na controversia de opiniões e theorias. Que foi a radiologia a reveladora desses processos, percebe-se da propria linguagem de Assmann, quando de sua primeira discussão, afirmando serem processos “que parecem ter inicio em pessoas completamente sadias até aquelle momento; radiologicamente são visiveis sombras pequenas ou maiores, confluentes, com um contorno não muito nitido, localisadas sómente na região infra-clavicular, em geral no segmento lateral, sendo os campos pulmonares restantes perfeitamente livres, inclusive tambem os apices”. A radiologia abriu novos horizontes á clinica, e é aqui que sobresahe o seu valor, porque se verificou — e Assmann e Redeker insistem — que os factos radiologicos não concordavam com o que a semeotica apurava, pondo em evidencia lesões que a propedeutica não encontrava. Insisto neste ponto, porque foi o clarão que illuminou as pesquisas e as observações de Assmann e Redeker, confirmadas por autores da competencia indiscutivel de Lydtin, Romberg, Alexänder, Maurice Fishberg, Constantini, De Benedetti, Tamburri, Ulrice, Peterson e tantos outros. Mas, como sempre acontece, os seus trabalhos levantaram opositores e a concepção do infiltrado precoce, como inicio de tuberculose encontrou tambem tenazes adversarios.

E’ o destino dos factos novos, que para se imporem, têm que sofrer o choque das oposições. Essas basearam-se nas pesquisas anatomo-patologicas, campo difficil de prova, uma vez que é sabido que o infiltrado representando forma inicial da tuberculose, impede o exame cadaverico nesse periodo. Os casos examinados já tinham sofrido a evolução que os marca, desmanchando a possibilidade de se conhecer os seus caracteristicos anatomicos. Mas, das controversias, das discussões, em que tomaram parte saliente Loescheke, Omodei, Zorini, Rubistein, Potzarisky e tantos outros, pôde-se concluir que nos infiltrados precoces ha alterações caracterisadamente exsudativas, o que se não pode discutir.. Mas quem se levanta com peças em mãos para combater a origem inicial no ponto de Assmann é Löschcke, que dá toda importancia ao foco apical, firmando que é dahi que parte a disseminação. Tratando-se de molestia como a tuberculose, que envolve tanta responsabilidade, concebe-se o valor que possui o levantamento de theorias novas para combater idéas antigas, como si em medicina houvesse novo e velho, devendo tudo ser considerado como fruto da evolução da sciencia, cada teoria encerrando parte da verdade que o tempo, com os progressos que vem trazendo, vae mos-

trando melhor as cousas e elucidando os factos. Colocado neste ponto de vista, é evidente que o "infiltrado precoce" trouxe luz para a fisiologia, mostrando uma forma observada e que os medicos encontram, uma vez que se posses da radiologia, que é, em summa, quem estabelece o diagnostico, pois que, o inicio e a evolução do mal passariam despercebidos, si não se recorresse a esse metodo de exame. Sobre a sua frequencia, sobre o valor que recebe como manifestação de inicio, respeito as lesões anatomico-pathologicas, inda se debatem os clinicos e as escolas se dividem. Querem uns que a doutrina de Ranke explique tudo, — aliás grandemente teorica, e como diz Constantini, é "construção indubitavelmente mais doutrinarria que pratica, fruto de raciocinio e de indução, um esquema mais que a real expressão dos factos em sua successão morbida, querem outros com Bernard, cercado de pleiade de autores francezes, que um processo de linfangite tuberculosa, partindo do hilo se difunda na rede linfangitica, comprehendida entre o hilo pulmonar e a clavicula, com tendencia para o apice; querem muitos, e os mais entusiastas da escola tedesca, á frente dos quaes Nicol, Baemeister, Klingestein, Bohme, Klemperer, Frischbier, Beckman, Douglas, Wessler, Times, que o foco de Assmann tem o maior valor na tisiogenese de adulto; muitos outros ainda se acham presos á idéia antiga de foco apicular, com Dionizi, Marchiafava, Pepere, Löschke, seguros ao velho pensamento de Laennec.

Essa é a situação atual do problema — que só o evoluir da medicina pode esclarecer.

Mas, o que venho vos mostrar é a existencia do infiltrado precoce, nas observações que vos vou ler, apresentando as chapas radiograficas afirmadoras do processo morbido. Já este anno em S. Paulo o Dr. Bechelli, de meu serviço, apresentou á Faculdade de Medicina de S. Paulo a sua tese de doutoramento colecionando 31 casos, em que os infiltrados precoces aparecem em 74,1% com os apices radiologicamente livres, patenteando a não existencia de focos nesses pontos. Trago 8 desses doentes e mais 2 ineditos, que vos mostrarão que, sem duvida, o infiltrado precoce representa o inicio da tuberculose pulmonar cronica, sem que se encontre lesões no apice do pulmão.

Observação n.º 1 — A. O., 20 annos, operario. S. Paulo (Dispensario C. Ferreira, Dr. Tisi Neto). Data da observação: 22-4-932.

Não existem antecedentes mórbidos para o lado do aparelho respiratorio. Nunca residiu em contato com pessoa tuberculosa.

Está doente ha um mês, sentindo fraqueza. Ha 10 dias deitou escarros hemoptóicos, razão por que veio nos procurar. Emagreceu um pouco desde o inicio da molestia. Nega febre (a temperatura tomada quando nos procurou era de 36°).

Ao exame fisico verificou-se tratar de um individuo cujo estado geral aparente era bom. Pulso 70. Pêso 56 kgs. Temp. 36°. Ao exame dos pulmões, respiração rude no ápice esquerdo.

Do exame de escarro resultou Koch positivo, 7 bacilos por visada, em média (5-3-932). A hemossedimentação atingiu a 18.

A radiografia (14-4-932) revelava uma sombra mais ou menos arredondada na região infraclavicular esquerda, extendendo-se um pouco

para o ápice. Os seus contornos são pouco nitidos, sendo ligada ao hilo por espessamento do desenho. Os outros campos pulmonares estão livres.

Tratamento e evolução — Foi iniciado o tratamento pelo pneumotorax artificial. Em maio o escarro deu ao exame Koch negativo. Em Agosto aumento de peso de 2 quilos. Não tem tosse nem expectoração. Nunca teve febre. O aumento de pêso era de 5,100 kgs.

Em 13-2-933 nova radiografia; pneumotorax á esquerda. Bolha de ar de cerca de 2 cms. de espessura na base, crescendo progressivamente para o ápice. Pneumotorax eletivo do lobo superior esquerdo, notando-se algumas aderencias delgadas, que prendem a cupula desse lóbo ao ápice, não impedindo o seu colapso. Condensação no ápice do lóbo superior esquerdo, de limites pouco precisos, ligada ao hilo por espessamento do desenho.

Em Março de 1933, pesava 64,100 kgs. Bacilo no escarro negativo.

Outra radiografia, tirada em 15-8-33, mostrava reexpansão completa dos lóbos, com aspecto normal do campo pulmonar direito e do campo inferior esquerdo, notando-se apenas algumas estrias mais acentuadas, no lugar em que primeiramente estava localizado o processo.

Observação 2 — J. C., 37 anos, casada. (Observação do Dr. Décio Q. Teles).

Nos seus antecedentes refere sarampo, coqueluche, fébre tifóide e gripe em 1918. Quilúria a partir do segundo filho. Nenhum caso de tuberculose na sua familia.

Em Abril teve duas “gripes”, tendo a temperatura atingido a 40°. Depois das mesmas, sentiu um pouco de catarro que não tinha antes e forçava com a tosse para o expellir. Não escarrou sangue. Não se pesou depois de Abril, mas acha que emagreceu.

Procurou-nos em Julho (17-7-933). O exame do aparelho respiratório ficou negativo. A radiografia revelou pequena infiltração do tamanho de uma moeda de 100 réis, localizada na região infraclavicular direita, no 1.º intercosto anterior. E’ uma **sombra** homogênea, pouco densa, de limites imprecisos. Ápice e outros campos pulmonares livres

Exame de escarro — Koch positivo.

A doente foi enviada para Campos de Jordão, onde esteve internada em sanatório. Os dados que seguem foram gentilmente cedidos pelo Dr. Moura Coutinho, Director do Sanatorio S. Paulo.

Entrada (11-2-933)

Estado geral: regular, desnutrida
Temperatura: ligeira ascensão ás vezes
Pêso, 51,700 Kgrs.
Tosse: pouca.
Expectoração: pouca (mucosa)
Coração

Saída (8-12-933)

Estado geral: muito bom
Temperatura: apirexia
Pêso: 64 kgs.
Tosse: nula
Expectoração: rara (mucosa)
Baciloscopia: negativa
Outros apar.

Entrada (11-2-933)

Saída (8-12-933)

Ap. digestivo Normais
 Outros apar.
 Pressão arterial: 12×8 (VA-QUEZ-LAUBRY)
 Urina: quilúria abundante
 Exame clínico pulmonar
 Inspeção e
 nada
 percussão
 Ausculta: ligeiros sibilos e
 respiração rude no ápice E.

Ap. digestivo Normais
 Coração
 Pressão arterial: $10,5 \times 7$
 (repouso) (V. LAUBRY)
 Urina: quilúria abundante
 Exame clínico pulmonar:
 Inspeção e
 negativa
 percussão
 Ausculta: negativa

Sedimentação: 21 em 23— 8—933
 15 em 19— 9—933
 10 em 18—10—933
 12 em 21—11—933

2.^a Radiografia: (Dr. Décio Queiroz Teles, 1932) — nenhuma lesão pulmonar.

3.^a Radiografia (Dr. Décio Queiroz Teles, 1932) — nenhuma lesão pulmonar.

Observação n.º 3 — L. A., 19 anos, estudante, solteiro. (Caso do Dr. Décio Queiroz Teles).

Pai tuberculoso. Teve gripe em dezembro de 1930, com escarro hemoptóico; melhorou depois de uma semana, morando fóra da cidade, vindo então para S. Paulo.

Exame de escarro: Koch positivo.

O exame físico foi negativo. Foi para Campos de Jordão onde tirou uma radiografia (25-1-931)..

Foi o seguinte o achado radiográfico: infiltração sob a forma de pequenos nodulos densos, conglomerados no ápice esquerdo, de limites difusos, irregulares. Espessamento da cisura horizontal. Refôrço do desenho vaso-brônquico dirigindo-se para o ápice esquerdo e base direita. Nódulos de lesões antigas e calcificadas no pulmão esquerdo. Aderência do seio costo-diafragmático esquerdo.

Tinha febre $37^{\circ},2$ — $37^{\circ},3$: expectorava 4—5 cc. de escarro.

Foi feito tratamento higieno-dietético e Sanocrycina. Apesar disso a lesão excavou-se, como se vê pelas radiografias tiradas em 29-4 e 3-9-931. A primeira radiografia demonstrava a formação de pequena cavidade ovalar, de paredes lisas no ápice, ligada ao hilo por estrias delicadas e paralelas. Na segunda constata-se um aumento considerável da cavidade do ápice. Pequena aderência na base esquerda.

O pneumotorax foi tentado, mas sem resultado, devido ás aderências. Foi feita, então, a frenicectomia, que determinou melhora considerável, quasi fechando a cavidade. Radiografia 8-12-931: diminuição muito pronunciada da cavidade, cujos limites tornaram-se irregulares e pouco nítidos. Ligeira elevação da cúpula diafragmatica. Desapa-

recimento de uma disseminação na base direita, revelada pela chapa anterior. Em um exame de escarro não se encontravam os bacilos.

Depois a cavidade reabriu-se e o escarro tornou-se positivo. Foi proposta e feita a toracoplastica, tendo o paciente falecido por choque operatório.

Observação n.º 4 — M. V., sexo feminino. (Observação do Dr. Décio Queiroz Teles e pessoal).

O paciente tem um filho tuberculoso, que está se tratando há um ano com o pneumotorax. Veio consultar-nos, em 18-6-933, por forte resfriado que não melhorava. Tosse um pouco. Apirética. Ótimo estado geral.

A radiografia (18-6-933) revelava pequena imagem cavitária, localizada na região infraclavicular direita, sendo envolta por ligeiro processo de condensação e ligada ao hilo por estrias paralelas. Pequenos focos na região subelavicular, ligados ao hilo por desenho vaso-bronquico acentuado.

Koch — positivo.

O tratamento consistiu em repouso e Solganal. A doente não observou porém as prescrições, não tendo feito repouso. A' segunda radiografia (6-11-933) tem-se a impressão que houve um aumento dos focos subelaviculares, notando-se pequenos nódulos no campo superior direito em torno da cavidade, que se encontra um pouco aumentada. Aumento do processo de condensação circundante da cavidade.

O tratamento recomendado consistiu ainda no repouso e Solganal oleoso.

Observação 5 — C. P., 20 anos, S. Paulo (Observação do Dr. Tisi Neto, Dezembro de 1932).

A doente não refere contágio. Procurou o consultorio porque teve escarro hemoptóico.

Exame de escarro — Koch positivo.

Ao exame fisico, respiração soprosa na região infraclavicular direita.

A radiografia revelou uma imagem cavitária de paredes lisas, situada na região infraclavicular direita, sendo envolta por ligeiro processo de condensação. Ápices e outros campos pulmonares livres.

Foi iniciado o tratamento pelo pneumotorax. Em 2-7-933, nova radiografia; pneumotorax á direita. Bolha de ar de espessura de 5-7 cms. Colapso parcial do lóbo superior, notando-se apenas aderências que o drendem á parede costal.

A radiografia tirada em 5-1-34 demonstrava a reexpansão do pulmão direito e o desaparecimento da cavidade.

Observação 6 — C. V., 17 anos, solteiro, S. Paulo. (Hospital Jaçanã. Serviço do Dr. Jairo Ramos. Obs. pessoal).

Antecedentes familiares: Pai sadío. A sua mãe também está internada neste Hospital; ela está doente há 2 anos, tendo sempre morado

junto com o paciente. Tem dois tios tuberculosos, com os quais não teve convivência.

Antecedentes pessoais: Sempre foi bastante forte. Refere ter tido coqueluche aos 6 anos de idade.

Queixa e história da molestia atual: — O doente nada sentia. Como o paciente tivesse sempre contato com sua mãe, doente de tuberculose pulmonar, submeteu-se a um exame do aparelho respiratório no Dispensário Clemente Ferreira, a conselho médico. O paciente achava desnecessário esse exame, pois não sentia absolutamente nada: não tinha febre, não emagrecia, não tinha suores noturnos; não teve gripe nos meses anteriores. Não expectorava nada, tanto que, para conseguir-lhe o escarro deram-lhe V gotas de iodo: no dia seguinte tossiu e escarrou um pouco. Quando soube o resultado do exame de escarro, no qual foram verificados bacilos de Koch e da radiografia, achou isso impossível pois nada sentia. Nos dois meses e meio que espera para haver vaga nesse Hospital, largou do serviço a conselho dos médicos do Dispensário. Internou-se no dia 22-9-933, sem sentir nenhuma perturbação para o lado do aparelho respiratório; não tinha nem escarro, expectorando com muita dificuldade, uma quantidade mínima de escarro amarelo, afim de ser pesquisado o bacilo de Koch.

No interrogatório dos aparelhos refere apenas palpitação ao deitar-se.

Exame físico: — Indivíduo forte, bem constituído, sendo bom o seu estado de nutrição.

A' inspecção do torax, fossas supra e infraclaviculares mais deprimidas á esquerda; o ápice esquerdo expande-se menos que o direito, dando-se o contrario nas bases.

A percussão revelava submacicez ligeira na fossa infraclavicular esquerda, sendo mais evidente no côncavo acilar. Pela ausculta, respiração rude no côncavo da axila esquerda; ausencia de estertores, mesmo com a tosse.

Ao exame do aparelho circulatório: área cardíaca não aumentada e desdobramento da 1.^a bulha na ponta.

Amídalas um pouco aumentadas e hiperemiadas. Ligeira congestão da corda vocal esquerda.

A temperatura atingia alguns dias 37^o,2 em outros 37^o, sendo quasi sempre afebril. Pêso 64,500 kgs. O escarro variava entre 0 e 5 grs. por dia, positivo para Koch 1,5 por campo; nas fezes idem 1,1 por campo. Reação de sedimentação 13,75. Contagem dos glóbulos brancos 5.600. Wassermann — negativo.

A radiografia (30-9-933) revelou uma pequena cavidade na região infraclavicular esquerda. E' envolta por ligeiro processo de condensação, sendo ligada ao hilo por um espessamento pronuneiado da trama. Desenho vaso-brônquico que se dirige para a base e ápice direitos, bem acentuado.

Foi submetido a repouso absoluto. Depois de um mês e meio, foi tirada nova radiografia (1-11-933), que demonstrava uma diminuição da cavidade.

O escarro permanecia ainda positivo; a sedimentação era 17,75. Peso 67,800 kgs.

Início do pneumotorax artificial esquerdo em 10-11-933.

A radiografia, tirada 3 dias depois, mostrava o pneumotorax eletivo do lóbo superior esquerdo; não se nota a imagem cavitária.

Nos primeiros dias após o pneumotorax, a expectoração continha um numero incontável de bacilos. Depois desapareceu o escarro, tendo antes se tornado negativo. Não teve mais febre. A sedimentação caiu a 9,75. Peso atual 65,700 kgs. Continúa em observação.

Observação n.º 7 — A. C. P., 21 anos. (Observação do Dr. Tisi Neto, Dezembro de 1931).

O paciente refere nos seus antecedentes que já teve pleuriz. Nega contágio. Em Dezembro de 1931 estava passeando na cidade, quando expectorou um escarro sanguineo. Procurou logo o medico por essa razão. O exame clínico foi negativo. Temperatura subfebril. Koch positivo (homogenisação).

A radiografia (4-12-931) demonstrou pequena cavidade, localisada na região infraclavicular direita, envolta por ligeiro processo de condensação e ligada ao hilo por duas estrias paralelas delimitando um espaço claro (bronquio de drenagem). Pequeno fóco apicilar direito (?). Os outros campos pulmonares estão livres. Acentuação da trama vaso-brônquica.

Foi recomendado o repouso. A segunda radiografia (25-2-932) revelou a diminuição quasi completa da cavidade acima descrita, a qual está quasi desaparecida. As 13 e 14 demonstra cura pela esclerose. O desaparecimento da cavidade foi constatado na terceira radiografia (26-11-932), sendo substituída por um processo de esclerose.

Observação n.º 8 — I. S., 16 anos, sexo masculino. (Observ. do Dr. Decio Queiroz Teles).

Foi para Campos de Jordão acompanhando um tio que o criara e com o qual convivia. Desde o dia 5 de junho de 1929, começou a sentir-se fraco e sem coragem para trabalhar; acordava sempre muito cansado. Falta de apetite. Não tossia, nem expectorava. Uma manhã expectorou escarro sanguinolento, procurando então o medico que tirou uma radiografia e fez o exame de escarro que deu Koch +. O exame fisico revelou submacicez ao nivel do angulo interno do omoplata direito.

Ao exame radiológico (12-6-929), infiltração localisada no campo médio direito, projetando-se sobre o arco anterior a 3.^a costela. Os seus limites são um pouco imprecisos, mas assim mesmo destaca-se bem do resto do parênquima pulmonar. E' ligada ao hilo por um espessamento da trama. Acentuação do desenho vaso-brônquico que se dirige para a base direita. Ápices, seios e cúpulas diafragmaticas livres.

O tratamento indicado foi o repouso e sais de ouro.

A segunda radiografia (23-9-929), feita apenas três meses depois da primeira, mostrava o desaparecimento da infiltração localisada no campo medio e descrita na chapa anterior. Continúa o espessamento da trama vaso-bronquica da base direita.

O exame do expectorado era Koch negativo. Engordou 4 kgs, tendo voltado para o trabalho.

Observação n.º 9 — L. A., brasileira, feminino, 22 anos, parda, solteira, doméstica. Lençóes, 24-6-934. (Hospital São Luiz de Gonzaga — Jacanã).

Queixa: Dôr no hemitorax direito ha 3 mezes.

Molestia atual: Ha 3 mezes quando trabalhava como servente na 2.^a Medicina de Mulheres, serviço do Dr. Ribeiro de Almeida, começou a sentir dôr no hemitorax direito e ao mesmo tempo notou o aparecimento de febre (37º,2). O exame clinico nada revelou, entretanto uma radiografia demonstrou uma infiltração na região infraclavicular esquerda (radiografia n.º XVII) com nitida formação de imagens cavitária.

Os exames de escarro na 2.^a M. M. foram sempre negativos. Outras radiografias sempre revelaram a mesma imagem. A doente foi removida em 24-6-1934 para o Hospital S. Luiz de Gonzaga, em Jacanã.

Antecedentes pessoais e habitos de vida: Molestias próprias da infancia: Impaludismo ha 5 anos.

Vindo de Lençóes trabalhou como servente na 2.^a M. M. onde teve contáto com doentes tuberculosas.

Antecedentes hereditarios: Não informa antecedentes de tuberculose em sua familia.

Exame fisico: Peso 64,800. Temp. 36,4. Pulso 80 — Respiração 20. Posição no leito indiferente, não apresenta dispnéa, cianóse. Boa nutrição.

Nada de anormal revela para o lado do segmento cefálico.

Ap. respiratório: Torax bem constituído sem abaulamentos ou depressões anormais. Lillen presente de ambos os lados. Premito toracovocal normal.

Não se notam alterações percussórias, assim como pela ausculta.

Ap. circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal, na linha mamilar. Bulhas normais em todos os focos.

Abdomen: Nada de anormal a inspecção, Ceco palpavel, gargarejante e doloroso.

Nada mais de anormal foi verificado.

Exame radiografico (chapa n.º XVII): Zona de processo exudativo de limites difusos, ligada ao hilo por estrias de desenho espessado e com pequena perda de substancia central, localizada na região infraclavicular esquerda. Pequeno nódulo denso logo abaixo da clavicula esquerda. Ganglio calcificado no hilo esquerdo. Espessamento do desenho da base direita.

Exame de escarros: Varios exames com homogenização foram negativos, inclusive uma inoculação em cobaia.

Encontrou-se um bacilo alcoo-acido-resistente no liquido de lavagem gastrica, realizada em jejum.

Terapeutica: Pneumotorax á esquerda.

Observação n.º 10 — C. C. C., portuguesa, domestica, 22 anos, feminina, branca, solteira (Hospital S. Luiz de Gonzaga).

Queixa: Doente ha 1 mez com pontadas nas costas e insônia.

Molestia atual. Ha cerca de 1 ano sente pontadas no hemitorax esquerdo porem julgava-se sã. Até abril do corrente ano podia trabalhar bem. Ha 1 mez teve um resfriado febril. Ha 8 dias consultou o Dr. José Ignacio Lobo que verificou submacieez na clavícula esquerda e estertores secos na fossa supra-espinhosa e humidos na região infra-clavicular, não muito numerosos.

Enviada ao ambulatorio do Hospital São Luiz de Gonzaga, após varias pesquisas negativas, encontrou-se, nos escarros a presença de bacilos alcoo-acidos-resistentes. A radiografia (chapa n.º XVIII) revela innumeros pequenos focos conglomerados no apice e região infraclavicular, ligados ao hilo esquerdo pelo desenho vaso-bronquico espessado.

Integridade radiologica do pulmão direito e da base esquerda.

Foi instituido o pneumotorax curativo á esquerda e a paciente está passando bem, com integridade clinica e radiologica do pulmão direito.

Da apreciação destas observações tira-se a conclusão de que é a radiologia o methodo de exame unico que impõe o diagnostico. Viu-se por ali, que a sintomatologia é escassissima e nunca poderá firmar opinião. São fenomenos tão vagos que não impressionam nem ao doente e não importunariam o espirito do medico si desaperecebido e alheio á existencia desses fatos. E' uma gripe banal que passa sem incomôdo, um escarro hemoptoico que é tido por sair da garganta, uma temperatura pequena que o termometro marca á tarde, ligeira tosse e emagrecimento, são as perturbações pequenas que não tem poder para indicar que grave lesão se acha instalada no parenchyma pulmonar. E' o exame radiologico que vem desvendar a afeção, já quasi sempre em periodo avançado de sua evolução, naquela fase em que a escavação é o substratum anatomo patologico. Se faltam os fenomenos subjetivos costumeiros no decorrer do processo tuberculoso, o resultado do exame fisico é tambem quasi nulo, como percebestes da leitura destas observações. Em uma ou outra observação, como na 5.^a, por exemplo, o medico encontra respiração soprosa na região infraclavicular direita, mas já a radiografia marca imagem cavitaria de paredes lisas, envolta por ligeiro processo de condensação. Na 6.^a, que de todas que vos apresento é a mais elucidativa e instrutiva, em que o medico forçou a expectoração para nella encontrar os bacilos de Koch, havia apenas submacieez e respiração no concavo da axila esquerda. Nos demais, ou a semeiotica foi absolutamente nula ou apareciam ligeiros sibilos de bronquite. Vê-se, portanto, que o diagnostico tem de ser procurado com atenção e sem o auxilio da radiografia o infiltrado precoce passará ignorado. Conclue-se por aí que é lesão que não pode ser verificada, senão em meios em que esse elemento de diagnostico estiver em mãos do clinico.

O infiltrado precoce, sob o ponto de vista propedeutico, se enquadra dentro das condições assinaladas por Venglides, que mostra os casos em

que não ha fenomenos auscultatórios, e que são 1.º foco pequeno, profundamente situado no parenquima pulmonar, distante mais de seis centímetros da parede toracica; 2.º focos que são cobertos por parede espessa ou que não se alargam suficientemente com a respiração; 3.º processos pulmonares encapsulados ou circundados por pulmão são, edema, exudato, ar, tecido fibroso e por pleura espessada; 4.º processos pulmonares que não secretam ou se secretam não são communicantes com os brônquios". Ha, pois, no infiltrado precoce, pobreza de fenomenos subjetivos e penuria de fenomenos fisicos, razão pela qual o diagnostico clinico tão sómente se torna impossivel. Ha casos, entretanto, em que a semeiotica é mais rica, mas nesses, entende Fishberg, já o processo ultrapassou o seu estadio inicial e se acha por demais avançado, trazendo perturbações geraes que denotam a gravidade do mal. São occurencias, entretanto, muito raras para constituirem valor.

A séde do infiltrado precoce é em regra na região infraclavicular esquerda, pelo menos é o que resalta da consulta á estatística dos autores. Entre nós, Bechelli em 31 casos, encontrou 22 na região infraclavicular esquerda, 1 no ápice, 8 no campo medio, sem que se possa ao certo interpretar o motivo dessa preferencia, divergindo os autores na sua opinião, quando procuram explical-a. Não penseis que o infiltrado precoce seja raridade clinica. Ao contrario. Trazendo-vos como vos mostro estes casos e annunciando ter coligido um medico de S. Paulo 31 doentes, verifica-se desde logo que a oportunidade clinica é de encontro frequente. Si procurardes, na literatura estrangeira, verificar esta frequencia, vereis que é grande. Alexander em 1384 casos estudados, de 1926 a 1931, encontrou 130 infiltrados precoces, o que dá uma percentagem de 9,3%; estatística de valor, porque os casos foram seleccionados no inicio e todos vós sabeis que estes doentes tardiamente procuram os clinicos. Frischbier e Bechman em 4.172 radiografias encontraram 137 tuberculoses no ápice e 390 infiltrados precoces. Nogueira Cardoso, que é clinico de vasta nomeada em Campos do Jordão, consciencioso e sincero, em 167 doentes encontrou 9% de infiltrados precoces. Bem se vê que não se pode dar a essas estatísticas valor absoluto, pois que, como já vos disse, os doentes procuram os medicos já em estado adeantado de sua afecção. Mas, inda assim esses algarismos brutos e percentuaes atestam a frequencia dessa lesão inicial da tuberculose pulmonar.

Installado o infiltrado, a sua evolução segue tres caminhos: 1.º — Regressão do infiltrado pela reabsorção; 2.º — cicatrização, havendo então o processo de fibras e 3.º — caseificação central do processo, havendo ahi a producção de caverna.

Essa evolução tem sido notada por todos os autores e vistas, em nossas observações, esses fatos perfeitamente elucidados. Dessas forams em que se trifurca a evolução do processo morbido deveis comprehender que existe uma unica cheia de gravidade, que é o amolecimento e a instituição da caverna.

O prognostico tem de ser estabelecido deante da manifestação radiologica e deve se ter em consideração sempre que o infiltrado é passivel de cura ou pela regressão ou pela cicatrização. Como se tratar o infiltrado?

Si o infiltrado não apresenta sinais de excavação, se se acha na sua manifestação inicial, a terapeutica deve ser apenas dietetica e climatica, fugindo o clinico de qualquer intervenção outra, não usando nem abusando de medicamentos. E' o repouso, e é a ação climaterica que conseguem a restituição de parenchima pulmonar lesado. Deve haver tambem o emprego de ação psychica, procurando o clinico levantar o moral do doente convencendo a benignidade da afeção e a sua curabilidade. E', pois, o repouso fisico e psiquico a grande alavanca debeladora de casos taes. Mas, si ha a formação de caverna, a terapeutica hoje se acha grandemente armada com o pneumotorax artificial, que é gora a grande medicina da tuberculose pulmonar.

Existe nas observações que vos mostrei o seu efeito salutar e medicação que enche o espirito do medico de esperanças e confiança. Si houver adherencias pleurales que impeçam a produção do colapso, pelo pneumo, ahi tendes a intervenção da frenicectomia. E si esses recursos não puderem ser efetuados, temos ainda a suprema intervenção da toracoplastia, com a tecnica de Jacobeus.

Tudo isto, senhores, depende do caso bem observado, do diagnostico feito em tempo oportuno e do emprego de terapeutica, variavel em cada oportunidade, ao criterio do clinico, que dirige sua ação, com conhecimento de causa.

São essas as notas que quiz vos mostrar sobre essa entidade patologica, para a qual se acham voltadas as vistas dos tisiologos.

Bem sei não ter vos trazido novidades, mas apenas uma contribuição ao estudo desse problema interessante, fixando vossa atenção sobre essa manifestação clinica digna de apreço.

E assim fazendo, mostro o respeito que tributo ao vosso saber e a admiração sincera que não regateio ao vosso valor medico.

