

Brucelose humana*)

Antonio Bollini

Professor da Universidade de Porto Alegre.

Médico da Santa Casa de Misericórdia.

Afirma Arlindo de Assis que a existencia da brucelose humana, no Brasil, é hoje ponto pacífico. E de facto a razão está toda com o insigne pesquisador, sinão vejamos: lá no extremo norte, em Belém do Pará, Aben-Athar, em 1926, descreve um caso, Carini e Vespucii, em 1932, publicam trabalhos demonstrando a existencia da brucelose humana, em terras bandeirantes. Lacorte, em 1935, observa também sua existencia no Rio de Janeiro. Arlindo de Assis, em 1936, ainda na Capital da Republica, identifica outro caso de brucelose crônica, num cliente do Dr. Carneiro de Mendonça. O doente, portador dessa infecção crônica, procedia de S. Paulo. Mas não somente fóra daqui têm sido observados casos de brucelose, também em Porto Alegre, Gonçalves Carneiro teve um caso e em 1933, Pereira Filho descreve outro de brucelose com todos os detalhes. Diante dessa rapida exposição, chegamos desde logo á conclusão que vos não trazemos novidades, mesmo porque nada de novo existe sobre a terra, entretanto a nossa observação apresenta o interesse de uma nota á guisa de contribuição nosográfica. Talvez nem outro mérito ela tenha... Eis o caso que resolvemos trazer á consideração da Sociedade de Medicina de Porto Alegre:

Leito — 16; Papeleta — 4337; Enfermaria — 1.^a de Clínica Médica da Santa Casa.

Mulher, com 44 anos de idade, de côr mixta, viúva e residente nesta Capital, onde nasceu e donde nunca se afastou além de seus arredores.

Antecedentes hereditários — Sem importancia.

Antecedentes pessoais — Ha 2 anos mais ou menos sofreu uma queda violenta, traumatizando muito todo lado esquerdo do corpo, em consequencia disto baixou ao hospital. Além desse facto diz que ha 10 meses sofreu de angina diftérica.

Historia da doença actual — E' a paciente quem fala: "Fazem 5 dias que tenho sempre muita febre, dôr de cabeça, vômitos, dôr de garganta, dôres em todas as juntas (sic). Mas o meu maior sofrimento vem duma dôr violenta que sinto nas costa ao lado esquerdo e que responde no peito do mesmo lado. Acho que essa dôr é consequencia do tombo

(*) Lido no Serviço do Prof. Annes Dias, Hospital Estacio de Sá, Rio de Janeiro e na Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, 1-10-1936 e 9-10-1936 respectivamente.

que levei, fazem 2 anos, pois naquele tempo, como agora, tem momentos em ela é tão lancinante que me obriga a prender a respiração. Por fim sinto um mal estar geral, ás vezes tenho vontade de chorar, ou então me vem uma grande tristeza”.

Exame clínico — Temperatura axilar: 38°6; Pulso radial: 96 pulsações por minuto, ondas amplas, rítmicas e pulso cheio. Nada de anormal encontramos para o lado do aparelho respiratório. Verificamos o mesmo com referencia ao aparelho circulatório. Boca: Dentes em pessimo estado; lingua limpa, porém sêca; angino-faringite aguda.

Abdome — Ventre timpânico, doloroso á palpação em toda sua superficie, especialmente no ponto solar, onde ao mínimo movimento de pressão as dôres se exacerbam. Notamos ainda contraturas espásticas das alças intestinais. A paciente informa que sofre de constipação crônica rebelde. O figado apresenta-se aumentado de volume, mais ou menos de 2 cms. abaixo do rebordo costal, é doloroso em toda a superficie palpavel, especialmente no ponto cístico. O baço, em esplenomegalia, é doloroso á palpação.

Para o lado do aparelho genital apresenta um processo anexial crônico á esquerda com empastamento do parametrio respectivo.

Articulações — Todas as grandes articulações são dolorosas á palpação, entretanto não estão tumefactas, os movimentos de flexão e extensão provocam dôr principalmente nas articulações dos punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos.

Verificamos desde logo que estavamos em face de um doente portador dum processo infeccioso agudo. Seria uma infecção do grupo tífico? Seria uma nova infecção diftérica? Seria uma infecção malárica? Seria uma forma anômala de poli-artrite reumatismal aguda? Seria uma septicemia gonocócica?

Como na história pregressa da paciente já existisse uma infecção diftérica, embora não notassemos falsas membranas, fizemos, no pequeno laboratório da enfermaria, a pesquisa do *Corynebacterium diphteriae*, mas o resultado foi negativo. Devemos confessar que essa hipótese foi levantada porque já tivemos oportunidade de observar, em adultos, infecção diftérica, sem formação de falsas membranas, mas com intenso processo flogótico, artralguas generalizadas, cefalea intensa e profunda intoxicação.. Enquanto instituíamos a terapêutica anti-infecciosa inespecífica, solicitamos ao Instituto Oswaldo Cruz os seguintes exames:

- 1) — Hemo-cultura geral e em bilis. Resultado : — Negativo.
- 2) — Sôro-aglutinação de Vidal. Resultado: — Negativo para o grupo coli-tífico.
- 3) — Pesquisa de Hematozoario. Resultado: — Negativo.
- 4) — Exame comum de urina. Resultado: — Reacção — Alcalina.

Densidade a +15° — 1011,1. Albumina — Traços leves.

Sedimentos de conformidade com a reacção, porém não apresenta elementos organizados anormais.

Os resultados desses exames foram para nós mais ou menos desconcertantes, pois punham por terra todas as nossas hipóteses de diagnóstico. Não deixamos o caminho e solicitamos mais os seguintes exames:

- 1) — Contagem de glóbulos sanguíneos — Resultado:
 - a) — Eritrocitos: 4.287.500 por milímetro cúbico.
 - b) — Leucocitos: 9.900 por milímetro cúbico.

- 2) — Fórmula leucocitária:

Eosinófilos	2%
Basófilos	1%

Neutrófilos:

Mielocitos	0%
Formas jovens	0%
Formas em bastonetes	4%
Formas segmentadas	61%
Linfócitos	29%
Monócitos	3%

E os dois continuaram, como se vê, a serem ávaros no fornecimento de resultados. Mas enquanto as requisições de exames iam e os resultados vinham, os dias se foram passando e o tempo, o grande conselheiro, foi nos auxiliando na observação mais acurada da nossa paciente. Assim, enquanto cedea a angino-faringite com a terapêutica banal e melhorava o processo anxial, a curva térmica continuava em elevação. Portanto, aqueles dois factos também não poderiam ser inquinados como responsáveis por aquele estado de pirexia, aliás, não só o único fenómeno de manifestação mórbida existente, pois permaneciam com aumento de volume o baço e o fígado. Como a doente não apresentasse phenomeno de toxemia e apesar da alta temperatura, pois não raras vezes á hora da visita, entre 9 e 10 horas da manhã, encontramos-la com 42°3 na áxilla, perfeitamente lúcida, conversando bem e respondendo ás perguntas que lhe eram formuladas, com precisão e rapidez. Ao lado desse facto e traçado da temperatura vinha se desenhando sob a forma de uma febre ondulante. Resolvemos então construir outro castelo, uma vez que o primeiro havia desabado. Fizemos o diagnóstico de brucelose. Era agora necessário identificar qual o germe responsável por aquele estado infeccioso: — a *Brucela militensis*, de Bruce? A *Brucela abortus suis*, de Traum? Ou finalmente a *Brucela abortus bovis*, de Bang?

Começamos então a colher elementos para tirar o nosso diagnóstico do terreno das probabilidades e conjecturas para o das afirmações concretas. Interrogamos a nossa observada si ella havia estado em contacto com cabras, vacas ou porcos, ou ainda si em sua casa havia estábulos desses animais. A resposta foi negativa. Perguntamos si ella havia tomado leite crú ou feito uso de derivados do leite sem previa pasteurização. E felizmente um pouco de luz se fez. Disse-nos que dias antes de adoecer fôra a Gravataí passar uns dias em casa de seu irmão e lá tomava todas as manhãs leite crú, quente, tirado da vaca (sic). A nossa hipótese de brucelose começava adquirir mais consistência, pois contava em seu favor com os seguintes elementos: 1.º) Estado geral bom, apesar da hiperpirexia. 2.º) Curva térmica ondulante. 3.º) Hepato e esplenomegalia. 4.º) Uso de leite crú. 5.º) Dôres articulares atípicas das poli-artrites reumatismais.

Mas infelizmente contra a nossa hipótese lá estava gritando uma leucocitose em vez duma leucopenia, que é a regra em tais casos. Entretanto o velho aforismo que sempre norteou a nossa vida médica nos encorajava: — Não ha doenças e sim doentes. Ficamos com o nosso diagnóstico e resolvemos então procurar o nosso amigo Prof. Pereira Filho para fazer uma hemocultura para a nossa doente em seu Instituto. Com a solicitude e gentileza que lhes são peculiares, o Prof. Pereira Filho nos atendeu. Após 11 dias de incubação na estufa a 37° em ambiente de gaz carbônico, a hemocultura dá resultados positivos. O ilustre Professor de Microbiologia da nossa Faculdade de Medicina identifica o germe e nos forneceu o seguinte resultado: *Brucela abortus bovis*. Mas o Prof. Pereira Filho não se limitou a identificar o germe, foi mais longe e preparou a endo-proteína específica com a qual conseguimos a cura da nossa doente. Obtivemos assim a confirmação do diagnóstico e também o meio terapêutico para debelação do mal. Consignamos aqui a nossa gratidão ao ilustre mestre e amigo.

Com a aplicação de 3 injeções de endo-proteína específica a temperatura caiu e não mais se elevou. Ha 10 dias tive ainda a oportunidade de ver a minha observada (9 de Setembro), bem disposta e que me disse não mais ter tido febre, nem sentido dores. A primeira injeção de endo-proteína foi de 2 decimos de cc., a segunda, de 3 decimos e a terceira, de meio cc. Todas as injeções provocaram intensas reacções quer local quer geral. Quando foi da aplicação da terceira injeção, logo depois, a temperatura caiu em crise de 41°,5 para 36°,8 e desde esse dia não mais subiu, ficando a doente ainda na enfermaria durante 17 dias em observação. Além disso foram desaparecendo todas as outras manifestações mórbidas, tais como a hepato-esplenomegalia.

Aí está o quadro térmico da paciente para elucidar melhor o caso clínico. O relato que estamos fazendo deste caso nos permite ainda algumas considerações. Assim nas bruceloses a leucopenia é a regra e entretanto no nosso verifica-se uma leucocitose. A transmissão da infecção não se faz somente pelas soluções de continuidade da pele, mas também por via digestiva, pela ingestão de leite ou derivados que não tenham previamente sofrido a pasteurização. Os micróbios chegados ao tubo digestivo penetram no organismo por via linfática e daí vão ter á corrente circulatória, determinando a septicemia essencial. As hemoculturas somente dão resultados positivos quando o sangue é colhido na hora em que o doente está em hiper-pirexia. Além disso a sua positividade é morosa. Para que as brucelas se desenvolvam é necessário rodear-se a cultura de certos cuidados especiais. Temos desconfianças que aquele processo anaxial esquerdo de que era portadora a paciente fosse de origem brucélica, mas entretanto não podemos afirmar isso.

E agora, uma serie de perguntas para que os mais capazes e os investigadores respondam. A acção patogênica da *Brucela abortus bovis* é a mesma para os bovinos e para o gênero humano? As pessoas moças atacadas de brucelose crônica é permitido casar, ou é proibido? O assunto parece que é controvertido, mas por isso mesmo merece ser estudado também sob esse aspecto social.



