

v. 20/239

DISSERTAÇÃO  
CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA  
NECESSIDADE DO DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO NA CLINICA

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade*

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

EM 12 DE NOVEMBRO DE 1895

E PERANTE ELLA SUSTENTADA A 3 DE JANEIRO DE 1896

PELO

Dr. José Placido Barbosa da Silva

*Natural de Minas Geraes*

SENDO APPROVADA PLENAMENTE



RIO DE JANEIRO

Typ. LEUZINGER — rua do Ouvidor 31 & 36

1896

V. 20/239V

# FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

DR. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA

VICE-DIRECTOR

DR. FRANCISCO DE CASTRO

SECRETARIO

DR. ANTONIO DE MELLO MUNIZ MAIA

## LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia theorica e pratica.
.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes.....	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme.....	Anatomia medico-cirurgica e comparada.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Solré.....	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feljó Junior.....	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica — 2ª cadeira
João Pizarro Gabizo.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro.....	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
.....	Clinica ophthalmologica.
José Benício de Abreu.....	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade.....	Clinica medica — 1ª cadeira.

## LENTES SUBSTITUTOS

Drs.:

1ª Secção.....	.....
2ª Secção.....	.....
3ª Secção.....	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª Secção.....	Philogenlo Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª Secção.....	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª Secção.....	Domíngos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª Secção.....	Bernardo Alves Pereira.
8ª Secção.....	Augusto de Souza Brandão.
9ª Secção.....	Francisco Simões Corrêa.
10ª Secção.....	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª Secção.....	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª Secção.....	Mario Filaphiano Nery.....

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

v. 20/240

# DISSERTAÇÃO

É cousa sabida o pouco caso, o desprezo até, com que entre nós se trata a bacteriologia. Verdade seja que só agora é que vae começando com mais pujança a vida scientifica do Brazil, mas ainda assim já se podia ter andado mais em tal via, pois não temos que fazer materia nova.

Não mentimos, de certo, affirmando que entre nós se nega o valor das doutrinas microbianas ou não se lhes tributa o devido apreço. Uns apadrinham a sua negação com a *logica* e o *bom senso*, esquecidos de que essa mesma logica e esse mesmo bom senso recalcitrantes já de muito tempo cederam diante dos factos. E qual foi a grande nova, qual a verdade que não soffreu combate em nome da *logica* e do *bom senso*? Na falta de argumentos solidos, em frente de um facto que destôa das noções costumeiras, é esse o argumento mais á mão, em verdade denunciador de carencia d'elles. Ainda bem que d'esta vez se pode responder: «É absurdo, mas é verdade».

Outros nem a esses argumentos se apegam; negam só por negar, ou porque é mais commodo. Outros, emfim, não desmentem as verdades provadas, creem; mas não applicam a doutrina nem com ella contam, considerando-a apenas como uma cousa bonita que os sabios inventaram para adornar a litteratura medica.

Mas a doutrina que, depois do christianismo, mais tem dominado o mundo, ha de afinal vencer todas essas tardias resistencias. A bacteriologia venceu, e ficará vencedora para sempre.

As applicações da bacteriologia ao diagnostico, eis uma das faces da nova doutrina que mais seduz e desafia o estudo. Foi por isso que resolvemos escrever e reunir alguns dados a esse respeito.

Quizeramos apresentar um trabalho mais pessoal, que tivesse a originalidade de estudos particulares feitos entre nós, mas disso nos inibiram, primeiro, a impossibilidade absoluta em que se acha o estudante brasileiro de praticar trabalhos bacteriologicos, á mingua completa, como nos achamos, de installações apropriadas, que não estão ao alcance de todos; e em segundo logar a falta de tempo, que no'lo tirou quasi todo a molestia, e contingencias, a que não pudemos fugir, impediram-nos de retardar o cumprimento desta formalidade.

---

## Necessidade do diagnostico bacteriologico na clinica

Os trabalhos memoraveis de Pasteur franquearam á Medicina um novo campo de estudos, vasto e fecundo, que tem sido proveitosamente desbravado com talento e com afinco. De factos na apparencia simples nasceram concepções de todo novas, que produziram verdadeira revolução na sciencia medica.

Descobertos os seres microscopicos, provada a relação de causa para effeito entre elles e algumas molestias, as pesquisas a esse respeito cada vez se estenderam e aprofundaram mais, a tal ponto que não houve remedio depois sinão abrir um novo capitulo na etiologia das molestias, respeitando a noção á evidencia provada do *contagium vivum*, da infecção.

Nasceu assim a bacteriologia, que vem vindo estudada até nossos dias pelos cerebros mais pujantes e por mãos muito habeis.

Depois dos trabalhos de Pasteur e da escola franceza, origem da nova doutrina, vieram os estudos da escola allemã. As pesquisas admiraveis de Robert Koch sobre os micro-organismos pathogenicos dilataram muito o dominio dos conhecimentos bacteriologicos, até então ainda limitado. Permittindo o isolar com precisão do seio de associações bacterianas certo numero de individualidades bem determinadas, tornando possivel estudar os caracteres particulares dellas e fazel-as reagir experimentalmente sobre o animal, o methodo de Koch foi o ponto de partida de descobertas da mais subida importancia.

E assim Koch e seus discipulos, em rapida successão de

pesquisas, conseguiram isolar e cultivar os germens da tuberculose, do typho, da diphteria, do cholera, etc.

Com os progressos da sciencia nesta ordem de estudos, asentada em bases inabalaveis a etiologia das molestias infectuosas, contribuiram ainda os trabalhos bacteriologicos para a descoberta de meios capazes de destruir os germens fóra do corpo humano : d'ahi nasceu um methodo racional de prophylaxia contra as molestias contagiosas.

E como si isso tudo ainda não bastasse para orgulho do espirito humano, nestes ultimos tempos os bacteriologos têm se occupado em resolver o problema de alcance pratico tão consideravel da cura do homem doente. Ahi está a serotherapie de Behring-Roux, a mais bella conquista da sciencia medica moderna, padrão imperecivel do quanto é capaz a bacteriologia, inicio de uma transformação completa na therapeutica.

Estas applicações essencialmente praticas da doutrina microbiana, a extensão dos trabalhos simplesmente de laboratorio ao terreno de acção efficaz e proveitosa ao homem, constitue um estimulo e um consolo para todos. Porque, de facto, já se foi o tempo dos espiritos por demais simplicistas e entusiastas que reduziam quasi toda a pathologia á funcção microbio. Descobrir microbios, cultivar microbios, inocular microbios, descrever com minucia os seus caracteres todos — comprimento, fórma, largura ; côr e disposição das colonias ; funcções biologicas, funcções toxicas — tudo isso constitue a base de taes estudos, mas não deve ser o unico escopo dos experimentadores : no combinar as noções theoricas, as pesquisas do laboratorio, com o exercicio clinico é que deve estar todo o empenho.

Tomando os conhecimentos bacteriologicos no ponto em que hoje estão, e feita a ressalva das partes ainda em litigio e em estudo, desde logo está se nos impondo um facto de grande monta : aproveitar esses conhecimentos para o diagnostico clinico das molestias microbianas.

E no emtanto esse é o ponto em que talvez tenha havido maior reluctancia para a acceitação.

A' semiologia physica tradicional não se tardou muito em ajuntar, por imprescindível, a semiologia chimica (analyse das urinas, p. ex., dando o valor bio-chimico da cellula hepatica), e hoje ninguem de boa fé se póde furtar ao accrescimo da semiologia que chamaremos microbiana. E digamos ainda mais, é da bacteriologia que devemos esperar o concurso mais efficaz para a clinica actualmente.

Embora a doutrina microbiana tenha modificado quasi toda a pathologia, nem por isso, já o dissemos, se vá avançar que tudo se reduz hoje em dia a microbio. Deve-se ter muito em mente que a infecção se emparelha, na genese das molestias, com os outros processos pathogenicos: dystrophias elementares primitivas, reacções nervosas e perturbações nutritivas (Bouchard).

O microbio, ou por si, ou por seus productos, não é mais do que uma causa, como o frio, o alcool, o mercurio, a inanição, etc. — verdade seja que causa mais do que as outras proeminente, mercê da sua natureza viva, do seu poder de diffusão, das suas multiplas propriedades. Na genese das molestias, ha sempre o factor agente — a causa morbida, e o factor reagente — o organismo humano vivo; entre a causa e o effeito ha de permeio o terreno organico, com suas funcções proprias, suas reacções particulares, sua autonomia physiologica. E é esse o factor a ser tido em muita conta, quer a causa morbigenica seja o traumatismo, quer o parasita, o microbio.

Uma interpretação racional da doutrina microbiana convence-nos de que nas concepções novas nada ha de subversivo para a ordem de cousas tradicionalmente estabelecida em sciencia. O papel do medico continúa a ser o mesmo, *apenas* grandes conhecimentos e facilidades lhe advieram da descoberta de uma causa pathogenica primordial, palpavel, visivel e susceptivel de experiencias e observações.

Deste modo de encarar as cousas resultam dous factos: 1º, que não nos devemos arreceiar da sorte das velhas noções clinicas, que continuam com todo o seu valor, como verdades que são;



V. 20/243v

2º, a vantagem de pesquisar essa causa visível e palpável para firmar a diagnose ou auxiliar os outros processos de exame.

Quanto ao diagnostico, portanto, claro está que todos os outros processos de exame clinico, de ordem physica, ou de ordem chimica, continuam de pé ao lado delles é que se colloca esse outro — a pesquisa do parasita.

E não se diga que si os outros processos de exame clinico persistem, é inutil mais este. A sciencia — o bom senso supremo, na phrase de Zakharine, não póde estar em contradicção com o bom senso commum, que de uma multidão de dados, no particular do diagnostico, só admitte os que são necessarios, e determina imperioso que se recorra sómente aos methodos indispensaveis. Pois a pesquisa bacteriologica está justamente nestes casos.

O professor Zakharine, de Moscow, em uma obra memoravel, modelo inimitavel de uma lição clinica completa, (1) tratando-se de um doente de catarrho gastro-intestinal chronico com lithiase biliar, para pôr de parte a idéa de tuberculose, recorreu, como devia, ao exame microscopico, e assim se exprime: (2) « Já tive ensejo de notar que a constituição debil e a extrema magreza do doente e assim tambem a erupção de *pityriasis versicolor* que apresenta faziam desconfiar de uma affecção syphilitica ou tuberculosa. Deveis estar lembrados de que as informações referentes aos paes do doente nada disseram em favor da sua proveniencia de uma familia de tuberculosos, nem autorisaram a suspeita de syphilis hereditaria. Em relação ao doente, os dados colhidos não deixaram suppor que elle estivesse affectado de tuberculose ou de syphilis. No que diz respeito aos intestinos e aos rins — orgãos do doente nos quaes, nomeadamente, se poderia desconfiar da existencia de tuberculos — uma observação escrupulosa das fezes e da urina, durante os nove dias da sua estada na clinica, nenhum indicio permittiu descobrir, confirmador dessa suspeita; e

---

(1) G. A. ZAKHARINE—*Lçons cliniques sur les maladies abdominales*; vers. fran-  
ceza, 1893.

(2) *Op. cit.*, pag. 34.

por fim, as melhoras continuas e rapidas do estado desses orgãos, assim como do estado geral, pleiteiam decididamente contra a invasão tuberculosa.»

E mais adiante, insiste : (1)

« Dos orgãos que se acham lesados em nosso doente, os intestinos e os rins, principalmente, é que se poderia julgar affectados de tuberculose, mas o exame das materias fecaes e da urina não revelou a presença dos bacillos de Koch.»

Escolhemos de proposito estas citações do grande medico de Moscow, não porque tenha importancia extrema, no caso, o reconhecimento de ordinario facil do bacillo da tuberculose, mas porque taes palavras demonstram a acceitação por parte do eminente professor russo da contribuição valiosa que ao diagnostico clinico trouxe a bacteriologia. E damos muita importancia a esse acolhimento feito pelo professor de Moscow ao auxilio da bacteriologia, porque o professor Zakharine, que toma parte tão activa e tão fecunda nos progressos da sciencia, não deixa no emtanto passar sem protesto o emprego por vezes exaggerado de certos meios destinados a confirmar um diagnostico que a simples observação estabelece.

Que se não nos leve a mal a insistencia nesta opinião individual. De mais de um professor illustre da nossa Faculdade, de mais de um medico distincto, tenho ouvido que fóra das doutrinas tradicionaes tudo o mais é superfluidade e cousa inutil. Pois o professor Zakharine é um insigne apostolo das doutrinas classicas até hoje, um legitimo representante da Escola de Coos, no que ella tem de perfeito ; não se entrega a enthusiasmos precoces pelas invenções novas e, julgando sempre bom precisar o diagnostico de uma molestia por meio de processos exactos e novos, acha tambem que talvez não seja máo travar conhecimento com o doente, isto é, com o que elle tem de mais mutavel e inesperado nas reacções numerosas e diversas que imprime aos estados morbidos ; professor que não se esquece de que si a pathologia é a sciencia

---

(1) *Op. cit.*, pag. 43.

das molestias, a clinica deve sempre ser a sciencia da molestia e do doente, e que este completo conhecimento nem sempre se encontra n'um tubo de ensaio, no campo microscopico ou n'um caldo de cultura.

E assim deve ser a união entre as velhas doutrinas e as doutrinas novas. Esta opinião singular escolhemol-a de proposito, porque representa o modo de encarar os factos que deve ser acceito, de accordo com a razão e de accôrdo com os progressos da sciencia.

A opposição que se faz á entrada dos processos bacteriológicos na clinica basêa-se em dous fundamentos, que o mais leve raciocinio ainda assim rejeita.

O primeiro é que a semiotica physica, reunida aos dados da chimica, por si sós têm bastado e bastam para o diagnostico; o segundo é que as manipulações bacteriologicas tomam muito tempo, trazem demasiado labor e são muito difíceis.

Sem duvida alguma que os processos tradicionaes de exame do doente têm valor que não póde lhes ser tirado e em grande numero de casos só elles bastam para a diagnose; mas, em relação ás molestias microbianas, casos ha, frequentes e numerosos, em que esses elementos de diagnostico ou falham por completo ou apenas permitem um ou mais diagnosticos simplesmente de presumpção, e nestes casos justamente a prova bacteriologica quasi sempre decide. A tuberculose pulmonar, por exemplo, se diagnostica com certa facilidade pelos processos physicos, desde que revista as fórmias classicas; mas a tuberculose pulmonar está longe de se manifestar sempre do mesmo modo, com o conjuncto de symptomas e de signaes que estamos acostumados a ver. São mais communs do que se pensa as phtisicas tão bem estudadas por G. Sée, duvidosas, latentes, occultas ou anormaes, em que a molestia se affasta do seu typo classico, em que os signaes physicos enganam ou não bastam; por outro lado a bacillose pulmonar póde simular e ser confundida com diversos outros estados morbidos: catarrhos chronicos, a dilatação dos bronchios, algumas fórmias de sclerose do pulmão, as lesões syphiliticas ulcerosas deste

orgão, a abertura de collecções purulentas nos bronchios, e outras ; e em todos esses casos é a prova bacteriologica que quasi sempre corta a questão.

A angina diphterica se diagnostica de ordinario, não sempre, pelos meios physicos, quando já se acha em certo periodo adiantado de sua evolução (ás vezes adiantado de mais), mas o que os processos physicos não fazem é dizer com segurança si uma angina em começo é ou não diphterica, e isso fal-o a bacteriologia, e todo o mundo sabe que importancia tem, á face do tratamento moderno, o diagnostico precoce da diphteria.

E assim para a malaria, para a febre typhoide, para a blenor-rhagia, para o cancro simples, para o mormo, etc.

O segundo fundamento em que se abriga a reluctancia tem a sua parte de verdade, mas não constitue motivo de menor valor para a prova bacteriologica em relação ás outras, nem autorisa a sua repulsa ou a sua inutilidade.

Sem duvida nenhuma as praticas microbiologicas exigem habilidade technica, preparo especial das faculdades de observação, exigem estudo, demandam paciencia, delicadeza de acção e um alto criterio moral e scientifico ; alem disso, só são praticaveis, em geral, n'um laboratorio bem montado, dotado dos multiplos requisitos que taes observações pedem. Mas em verdade não vemos em que o exercicio da microbia se distancie muito, quanto ás qualidades que deve possuir o clinico, dos outros processos diagnosticos. Trabalho, estudo, preparo technico, criterio, observação educada, pratica longa — qual o processo physico ou chimico de exame que póde dispensal-os? Esse argumento da dificuldade de um methodo proficuo applicado á clinica cahe, ao demais, deante do proprio bom senso.

Resta a questão da necessidade de um laboratorio bem organizado, que essa, é certo, constitue uma dificuldade de não pequena monta. A maior parte dos medicos não póde satisfazer a exigencia da montagem de um laboratorio, mas poderão sempre praticar pelo menos o exame microscopico, que está ao alcance de todos, e que só por si tantos serviços presta ; e nos centros scien-

tíficos, nos logares de recursos mais avultados, poderão recorrer aos institutos bacteriologicos, annexos a hospitaes ou de gerencia dos governos, que existam. Hoje em dia, com effeito, é indispensavel que todos os hospitaes sejam dotados de um laboratorio, dirigido por pessoas competentes, em que seja possivel a execução das pesquisas bacteriologicas. E' devéras lastimavel que, esbarrando nesta difficuldade, de ordem toda material, fique a grande maioria dos medicos reduzida, como outr'ora, a sómente utilizar nos casos duvidosos os meios clinicos de diagnostico; reste-lhes ao menos a vantagem de serem hoje capazes de apreciar no devido limite o valor de taes meios, pondo-se prudentemente de sobre-aviso, já que os trabalhos contemporaneos demonstraram a insufficiencia relativa delles.

Outra objecção que se costuma fazer ás pesquisas bacteriologicas é que nem sempre dão ellas resultado positivo. Tal, por exemplo, quando se não descobrem os bacillos de Koch, bem que o doente padeça de tuberculose; e então se diz que o methodo de exame que assim falha algumas vezes de nada vale. O argumento se volta contra os proprios que o fazem e bem que se applica com justeza aos processos semioticos communs.

Não se conhece em clinica nada de mais fatal do que o ruido do sopro nas lesões orificiaes organicas do coração e no emtanto póde existir uma stenose consideravel de um dos orificios sem que a auscultação revele signal algum: do mesmo modo, uma insufficiencia orificial manifesta póde por fim não produzir sopro. Nada de mais constante do que o quadro morbido, normal ou anormal, claro ou obscuro, da diphteria e todavia casos ha de angina diphterica que passam completamente despercebidos e só descobertos depois de curado o doente, quer pelo apparecimento de uma paralysisa diphterica, quer pela manifestação de uma angina diphterica typica em pessoa que cercava o mesmo doente e a quem forneceu elle o contagio. E assim para quasi todas as outras molestias, cujos symptomas e signaes, de doente para doente, ora faltam, ora se apresentam completamente modificados, de modo a serem desconhecidos.

Quanto a este ponto são iguaes as vicissitudes para uma e outra parte, sinão muito maiores para o lado dos processos clinicos communs.

Não pretende a infallibilidade a prova bacteriologica, porque em tratando-se de doentes e de molestias tudo é fallivel, mas tem direito a um logar honroso ao lado das outras, e deve ser feita, sempre que indicada, com o mesmo cuidado e a mesma frequencia com que o são todos os outros processos de exame. E si desde já a bacteriologia deve intervir no diagnostico, tempo virá em que o seu campo de acção nesse sentido será muito vasto, muito mais amplos os seus ensinamentos.

Em resumo, no estado actual dos nossos conhecimentos, o exame bacteriologico é de valor e de necessidade: na tuberculose, na malaria, na lepra, na diphteria, no mormo, no carbunculo, na blennorrhagia, no cancro molle, na febre typhoide, no cholera, na actinomycese, na grippe, nas suppurações em geral. Os seus fins são: fazer o diagnostico, confirmal-o com o rigor scientifico desejado e nos casos em que uma molestia simule outras, proporcionar a differenciação respectiva.

Na impossibilidade de percorrer em analyse todas essas molestias; apenas, como exemplos e como argumentos, trataremos da tuberculose, da malaria, da diphteria, dos pleurizes purulentos e da lepra.

---

## Tuberculose

O auxilio que ao diagnostico da tuberculose presta o exame bacteriologico é incontestavel e um dos que mais frequentemente é posto em contribuição na clinica.

Depois da descoberta do bacillo de Koch, póde-se dizer que um diagnostico de tuberculose só é absolutamente exacto, no rigor da sciencia, quando acompanhado da demonstração do respectivo parasita. O ideal, pois, seria que se pudesse provar a existencia do microbio em todos os casos de bacillose de Koch, mas infelizmente tal não se dá sempre, conservando então os signaes clinicos valor preponderante.

Conforme a sua localisação, os bacillos de Koch se encontram e devem ser procurados :

*a)* nos escarros (tuberculose pulmonar e em geral da arvore respiratoria) ;

*b)* na urina e nas fezes (tuberculose dos orgãos genito-urinarios e abdominal) ;

*c)* no sangue (tuberculose miliar aguda) ;

*d)* nos tecidos e secreções pathologicas (suppurações em geral, tuberculosas cirurgicas etc).

Nos escarros a presença do bacillo de Koch é denunciadora de um processo tuberculoso que se dá ou no seio do parenchyma pulmonar ou no trajecto da arvore respiratoria. É na bacillose pulmonar de Koch, nomeadamente, que o exame dos escarros tem valor capital.

Foi Koch quem primeiro reconheceu a presença dos bacillos na expectoração, assignalando sua importancia do ponto de vista do diagnostico. Servindo-se do methodo de coloração de Ehrlich, diz Koch que nem uma só vez, no grande numero de phtisicos que examinou, faltaram os bacillos. E acrescenta : « Não pretendo, entretanto, que não existam casos isolados, em que se não vejam os bacillos, apesar de repetidos exames dos escarros ; mas póde-se afirmar que, á parte raras excepções, a presença dos bacillos é constante na expectoração dos tuberculosos ; que elles faltam constantemente nas outras affecções pulmonares e constituem, portanto, um meio diagnostico infallivel para a existencia de uma affecção tuberculosa do pulmão ».

Estudos em seguida emprehendidos por clinicos de toda a parte não fizeram sinão confirmar as affirmações de Koch.

No estado actual da sciencia devem ser adoptadas as conclusões de V. Ziemsssem :

« Actualmente podem ser considerados como principios de diagnostico dos mais fundados :

quando nos escarros encontram-se os bacillos da tuberculose, a tuberculose pulmonar existe ;

reciprocamente, quando ha tuberculose pulmonar, nos escarros existem os bacillos ;

e, finalmente, nas lesões em que, a despeito de exames repetidos e bem feitos, não se encontram os bacillos da tuberculose, póde-se excluir a tuberculose » (1).

Fränkel, Lichtein, Sauvage, Cochez, Hugueny, G. Sée e outros, de estudos que fizeram tiraram conclusões identicas.

O valor e as dificuldades do diagnostico bacteriologico da tuberculose estão em apertado nexa com as diversas fórmas que póde apresentar a molestia e tambem com o periodo evolutivo em que se a estudar.

---

(1) V. ZIEMSSSEM — *Conferenzie Clinische* ; vers. ital. de A. Solaro.



Do ponto de vista clinico, a tuberculose pulmonar póde ser assim classificada :

- I.—Tuberculose pulmonar chronica
  - Fórmas
    - classica
    - latente
    - larvada inicial
    - averiguada
- II.—Tuberculose pulmonar aguda...
  - Fórmas...
    - granulica
    - pneumonica

Já Läennec a classificava assim mesmo, dividindo-a em cinco grupos : phtisica de fórmula aguda, phtisica chronica, regular manifesta, irregular manifesta, e latente.

Na fórmula commum da tuberculose pulmonar chronica, é sabido que o diagnostico tem o seu maximo valor, e deve ser procurado com todo o empenho, no periodo inicial, na phase ainda preparatoria de germinação e agglomeração dos tuberculos. O diagnostico precoce e seguro da phtisica chronica é da maior necessidade e todo o mundo sabe de que difficuldades se reveste a tarefa. Pois justamente nestes casos a pesquisa bacteriologica vem em auxilio da clinica.

Grancher insiste em que nas fórmulas classicas da tuberculose pulmonar chronica o apparecimento dos bacillos nos escarros é precedido de signaes que são sufficientes para o diagnostico e resume assim o seu modo de ver :

« 1.º—Os signaes precoces da tuberculose pulmonar commum (alterações da respiração, particularmente inspiratorias) precedem de muito algumas vezes a tosse, a expectoração, a sub-matidez a bronchophonia, etc. Estes signaes pertencem ao periodo de germinação da tuberculose pulmonar, a *phtisica occulta* de Bayle.

2.º A presença bem verificada dos bacillos tuberculosos nos escarros é signal certo de tuberculose, mas não signal precoce. Na maioria dos casos, os signaes physicos e racionaes são anteriores ao apparecimento dos bacillos nos escarros e o medico não deve esperar o apparecimento dos bacillos para instituir o diagnostico e a therapeutica.

3.º Si o diagnostico pelos signaes physicos e racionaes offerece incertezas e dificuldades, a pesquisa do bacillo não é isenta de causas de erro, inherentes aos methodos, aos reactivos, ao observador (1). »

Ora, quem conhece a maneira insidiosa por que, de regra, se inicia a tuberculose pulmonar chronica, cujos phenomenos, ainda nas fórmas typicas podem passar despercebidos; quem sabe que a phtisica ulcerosa chronica vezes sem conta simula, ora a chloroanemia, ora a dyspepsia, já um catarrho simples das vias respiratorias, já um pleuriz *a frigore*, para não ir mais longe; bem póde avaliar a somma enorme de embaraços que o clinico tem a vencer, e póde bem avançar que nem sempre os « signaes physicos e racionaes » são sufficientes. Com effeito, no periodo completamente inicial da tuberculisação pulmonar, de todos os signaes e symptomas, os melhores são os fornecidos pela auscultação, e sobre esses mesmos é que Grancher se apoia confiadamente para o diagnostico precoce, attribuindo-lhes importancia extrema. Ora, os ensinamentos oriundos da auscultação, seriados em importancia decrescente, são: 1.º, rudeza inspiratoria com expiração prolongada, terminando no sôpro bronchico; 2.º, enfraquecimento do murmurio vesicular; 3.º, intercadencia da respiração — subtis, de verificação delicada, exigindo uma alta pratica e cuidadosa observação, podendo apparecer em individuos normaes, sobretudo nas mulheres, e ainda em doentes não tuberculosos (Marfan), taes phenomenos só muito raramente, quando acompanhados de outros symptomas funcionaes e geraes, é que poderão constituir base para o diagnostico; isolados, devem ter um valor muito menor do que em geral se lhes dá.

Neste periodo da tuberculose chronica a expectoração é ás vezes rara, de ordinario pouco abundante, e constituida por saliva misturada a um pouco de muco, d'ahi o dizer-se que é impossivel pesquisar o bacillo; ao demais, esta affirmacão basêa-se em que, sendo este periodo o de *germinação* e *agglomeração* dos tuberculos,

(1) GRANCHER — *Maladies de l'appareil respiratoire*, Paris, 1890, p. 187.

dentro delle não se póde dar absolutamente a fusão de algum ou muitos dos mesmos tuberculos, que o rigor anatomico e evolutivo emprestado ao facto a isso oppõe-se. Seria devéras curiosa esta invariabilidade inalteravel da evolução dos tuberculos, cousa que se sabe não ser de todo a regra na vida do organismo, hygido ou morbido.

Mas a verdade é que no periodo inicial da phtisica tuberculosa os bacillos são encontrados, e a pesquisa delles constitue um dos melhores elementos para o diagnostico precoce da molestia. Como bem diz Marfan (1), é raro que na totalidade da massa expectorada em 24 horas não se encontre uma particula purulenta, na qual o exame bacteriologico possa demonstrar a presença do bacillo. « Ainda nas phtisicas incipientes, em que é possivel a duvida após a auscultas, acontece muitas vezes que um dia o doente expelle um escarro contendo uma particula purulenta. Nesta particula é possivel verificar o bacillo da tuberculose; é este um facto que verificámos innumeras vezes (2). » É apenas uma questão de repetir sufficientemente os exames, com cuidado e com paciencia.

E depois, nem só nos escarros é que se póde fazer o exame bacteriologico; a hemoptyse é um dos symptomas importantes do periodo inicial da tuberculisação pulmonar, e relativamente frequente, além de precoce.

G. Sée (3), Sauvage (4), Cochez (5), poderam demonstrar a existencia do bacillo de Koch nestas hemoptyses precoces.

É bem frisante a respeito, a seguinte observação de Strauss:

« Ha bem pouco tempo fui consultado por um estudante de medicina, que me fôra mandado pelo professor

(1) A. B. MARFAN — Art. *Phtisie pulmonaire*, in *Traité de Médecine*, Charcot Bouchard, t. IV. Paris, 1893.

(2) MARFAN — *Ibid.* p. 656.

(3) G. SÉE — *La phtisie bacillaire des poumons*, Paris, 1884.

(4) SAUVAGE — *De la valeur diagnostique de la presence des bacilles de Koch dans les crachats*, Th. Paris, 1893.

(5) COCHEZ — *De la recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats*, Th., Paris, 1884.

Dieulaffoy, e que tinha tido pela manhã uma hemoptyse pouco abundante; trouxe-me um pouco do producto expectorado. Dous dias antes, em plena saude apparente, tivera pela primeira vez um ligeiro esputo sanguineo. Ao exame bacteriologico, os escarros continham em grande abundancia os bacillos da tuberculose. Não encontrei neste moço signal algum physico apreciavel de tuberculose pulmonar. Oito mezes depois falleceu elle de tuberculose aguda (1). »

Tambem Hiller (citado por Strauss) conseguiu examinar os escarros de tres doentes accommettidos de hemoptyse inicial, sobrevinda em estado apparente de saude perfeita, sem signaes physicos de especie alguma. Em dous casos verificou a presença dos bacillos em pequeno numero, mas que se mostraram mais abundantes quando a expectoração se tornou muco-purulenta. Concluiu dahi que a tuberculose póde ser reconhecida pelo exame dos escarros, quando ainda faltam todos os outros signaes.

As seguintes palavras de Hanot resumem bem a doutrina boa :

« Mas de todos os accidentes precursores (da tuberculose pulmonar) que se manifestam em plena saude, o mais frequente e o mais significativo é a hemoptyse. Certamente nem toda a hemoptyse é tuberculosa ; a verdade, porém, é que toda hemoptyse tuberculosa contém bacillos, e d'ora em diante não se deverá attribuir uma hemoptyse a causas extranhas á tuberculose, sinão quando o exame bacteriologico do sangue tiver sido negativo (2). »

Do mesmo autor, reproduzimos as seguintes observações :

« No principio deste mez recebemos na enfermaria um homem de 40 annos, nunca tendo tido até então molestia de peito, de apparencia robusta, e ao demais alcoolista, que acabava de ser accommettido de uma hemoptyse abundante emquanto trabalhava. Trouxeram-no subdelirante, apresentando o tremor caracteristico, pouca

(1) I. STRAUSS — *La tuberculose et son bacille*, Paris, 1895.

(2) V. HANOT—*Debut de la phthisie pulmonaire*, in *Sémaine Médicale*, 1895, p. 432.

febre; assim, immaginámos que talvez se tratasse de uma congestão pulmonar hemorrhagipara de origem alcoólica. Tínhamos, porém, verificado no primeiro exame um certo gráo de resistencia ao dedo e de submatidez abaixo da clavicula, o qual nos poz em outra pista. A questão ficou logo resolvida, porque encontrámos bacillos de Koch nos escarros sanguinolentos. A autopsia revelou accentuadas lesões tuberculosas do apice direito.»

Na segunda observação, além da existencia do bacillo no sangue da hemoptyse, tem-se um exemplo das muitas perturbações limitadas, que se apresentam em primeiro plano, desviando a attenção do clinico para outro orgão que não o pulmonar.

Trata-se de uma mulher de 20 annos, pallida, mas de apparencia robusta, padecendo, desde muito tempo, de crises gastralgicas violentissimas, que fizeram pensar n'uma ulcera redonda. O Dr. Hanot verificára, sob a clavicula, diminuição e rudeza do murmurio inspiratorio, com submatidez apenas apreciavel. Algum tempo depois da sua entrada na enfermaria, a doente teve uma hemoptyse e o sangue vermelho e espumoso ejectado continha bacillos de Koch.

Não é raro encontrar-se individuos que acabam por se tornar tuberculosos depois de terem tido bronchites, laryngites, etc. Ha bronchites agudas tuberculosas, antecedendo a phtisica pulmonar, que é possivel hoje diagnosticar pelo exame bacteriologico dos escarros (Hanot). E n'estes casos os proprios resultados da auscultação são ás vezes negativos, pela subtileza dos signaes a perceber e pela confusão decorrente da existencia dos estertores e dos signaes de emphysema agudo vicariante. Do proprio Hanot aproveitamos o seguinte exemplo (1):

Um individuo de 20 annos vem á consulta, queixando-se de que ha um mez mais ou menos se sente

---

(1) V. HANOT — *Ibid.* p. 430.

endefluxado, tossindo pela manhã, acompanhada a tosse de alguns escarros muco-purulentos. Entretanto continúa a dar conta das suas obrigações diarias, come e dorme como de costume, sentindo-se apenas um pouco enfraquecido. A auscultação pareceu negativa, *mas os escarros continham o bacillo de Koch.*

Vê-se pois que o bacillo da tuberculose póde-se apresentar e apresenta-se realmente com frequencia relativa no periodo primeiro da phtisica do pulmão. E para remate do que se refere ao diagnostico precoce da tuberculose pulmonar, cremos andar bem acceitando e reproduzindo as palavras com que Hanot termina uma de suas lições sobre o assumpto.

« Je crois vous avoir présenté sous ses faces principales cette question capitale du debut de la phtisie. Retenez surtout *que les deux indices revelateurs les plus précoces sont la diminution et la rudesse du murmure vesiculaire sous la clavicule* ET LA PRESENCE DANS LES CRACHATS DU BACILLE DE KOCH. Apprenez à les reconnaitre tous les deux avec certitude dès qu'ils sont perceptibles; et, le cas échéant, mettez-vous à leur recherche aussitôt que possible: vous serez vite convaincus de l'importance pratique de cette double investigation (1). »

No segundo periodo da tuberculose pulmonar chronica, periodo de amollecimento ou fusão dos tuberculos, a accentuação dos signaes physicos, os caracteres especiaes da expectoração e o gravame do estado geral e dos symptomas funcionaes tornam em geral facil o diagnostico. Os escarros mais abundantes, de aspecto particular, contêm sempre os bacillos, cuja pesquisa é facil e rapida.

No periodo das cavernas o quadro clinico da tuberculose pulmonar chronica ainda é mais frisante, mas não se deve esquecer de que este periodo é frequentemente occasionado a erros de diagnostico, pela multiplicidade das lesões não tuberculosas do pa-

(1) V. HANOT — *Ibid.* p. 433.

renchyma pulmonar capazes de se annunciarem pelos mesmos signaes cavitarios, e o que mais é, acompanhando-se quasi todas, dos phenomenos consumptivos proprios á tuberculose nas suas ultimas phases. O unico criterio differencial é a presença ou ausencia dos bacillos da tuberculose.

E de facto, a ausencia dos bacillos de Koch nos escarros, verificada em repetidos exames, é o mais precioso signal que se tem para distinguir da phtisica os muitos estados morbidos que com ella se podem confundir: catarrhos chronicos, congestão pulmonar, dilatação dos bronchios, pleuriz, pneumonia, pneumokoniones e corpos estranhos do pulmão, algumas fórmãs de esclerose não tuberculosa do pulmão, lesões syphiliticas, lesões cavitarias devidas a abcessos do pulmão, á abertura de um empyema ou pleuriz interlobar suppurado nos bronchios, á abertura de abcessos do figado ou de kisto hydaticos suppurados (Strauss).

Nas outras fórmãs da tuberculose pulmonar chronica, as dificuldades do diagnostico ainda mais se accentuam e si a pesquisa do bacillo é tardia ou negativa, fica o clinico em absoluta incerteza. As phtisicas latentes e larvadas só pelo exame bacteriologico podem ser reconhecidas, e as phtisicas averiguadas não têm outro recurso para a sua affirmação diagnostica, bem que os ensinamentos da auscultã e da percussão sejam demonstrativos.

Estas tres fórmãs da tuberculisação pulmonar chronica foram magistralmente estudadas por G. Seé, (1), que illustrou as suas observações com exemplos e factos que nenhuma duvida consentem aos espiritos imparciaes sobre a preponderancia manifesta do signal bacteriologico.

As phtisicas latentes podem se apresentar sob diversas fórmãs; G. Seé distingue as seguintes: chloro-anemica, dyspeptica, febril, hemoptoica, catarrhal, dyspneica e com tosse. Comprehende-se que outras modalidades possam existir e que até muitas vezes a tuberculose pulmonar não se exteriorise por nenhum signal, constituindo uma surpresa de autopsia. Wolf sustenta que se encon-

(1) G. SEÉ — *De la phtisie bacillaire des poumons*, Pariz, 1884.

tram cicatrizes de lesões tuberculosas em quasi metade dos cadaveres.

A proposito d'estas tuberculosas completamente latentes, cuja invasão e evolução talvez tenham coincido com um simples defluxo, que curam espontaneamente, como o provam as autopsias, diz com sobeja razão Marfan :

« On en peut conclure aussi que les phtisies que nous diagnostiquons par les signes physiques offrent déjà une gravité très grande et sont presque irréparables. Il serait donc fort intéressant de posséder un moyen sûr de reconnaître les phtisies latentes. Quelques faits nous portent à penser que l'examen bactériologique des crachats, pratiqué sur une large échelle, permettrait de découvrir des bacilles dans les crachats de certains sujets chez lesquels cette découverte serait une grande surprise (1). »

Phtisicas larvadas são as que simulam molestias banaes dos órgãos respiratorios : bronchite, gripe, congestão pulmonar, pneumonia, laryngites, pleuriz, etc.

Alguns autores consideram n'esta classe muitas das fórmulas latentes de G. Sée, e este mesmo ainda considera larvadas as que se revelam pela bacillose dos órgãos digestivos e genito-urinarios, as tuberculosas extra-pulmonares.

A seguinte observação, que nos foi gentilmente communicada pelo illustrado clinico Sr. Dr. Miguel Couto, bem se póde considerar como de uma fórmula larvada, e em todo caso deixa bem ver o auxilio do exame bacteriologico em caso de diagnostico dubio :

Trata-se de uma moça de 21 annos, brasileira, gozando anteriormente de excellente saude. Accommettida de influenza de fórmula thoracica, reconhecida pelos seus symptomas capitaes e pela coincidencia de uma epidemia d'essa especie, a molestia revestiu-se de notavel gravidade, reclamando tratamento energico e insistente. Passada a phase aguda da gripe, persistiu um conjuncto

---

(1) A. - B. MARFAN — *loc. cit.* p. 704.



de symptomas pulmonares suspeitos, mas não positivos; o diagnostico então oscillava entre a fórma pseudophymica da grippe e a tuberculose ou as duas affecções associadas. As condições magnificas do estado geral, a invejavel appetencia, a apyrexia constante, a ausencia de herança na familia ou de presumpção de contagio, a expectoração abundante coincidindo com estertores subcrepitantes, catarrhaes, diffusos, na base do pulmão esquerdo, encaminhavam o diagnostico para a primeira hypothese; por outro lado os signaes percutorios e de ausculta, como ligeira diminuição da sonoridade no apice do pulmão e intercadencia da respiração, bem que pouco demonstrativos, davam certa probabilidade ao segundo modo de ver. — A solução diagnostica foi obtida pelo exame microscopico, que affirmou a tuberculose, pela presença dos bacillos especificos. (O exame bacteriologico foi feito pelo Sr. Dr. Fajardo, e n'isso está a garantia da sua boa execução.)

Não nos alongaremos mais sobre a pesquisa do parasita tuberculigenico nos escarros, fazendo nossas as palavras de G. Seé:

« Les matières expectorées par le phtisique, quelle que soit la periode de la maladie, souvent même dans le debut, contiennent, comme la matière tuberculeuse elle même, les bacilles, qui constituent l'élément le plus important de la tuberculose ». (1)

A pesquisa do bacillo do Koch nas urinas é tambem de importancia extrema. O silencio symptomatico, ás vezes absoluto, das lesões tuberculosas dos órgãos genito-urinarios é uma verdade; outra verdade é que nada é mais variavel do que a symptomatologia da tuberculose urinaria. A molestia passa muitas vezes despercebida.

(1) G. SEÉ — *Loc. cit.* p. 255.

A seguinte observação de Max Melchior (1) é bem instructiva :

K. M. R., 38 annos, entra para o hospital a 27 de Setembro de 1892. Antecedentes tuberculosos na familia (?); predisposição á tuberculose. A molestia começou ha dous annos e meio, sem causa apparente, e desenvolveu-se lentamente com fortes dores lombares, sobretudo do lado direito, irradiando para a symphyse, urina normal. Por muito tempo estas dôres foram o unico symptoma apreciavel; mais tarde (6 mezes) a região vesical tornou-se sensivel, a micção mais frequente e acompanhada no fim de dôres na urethra; urina turva, sedimentosa. Foi tratada por diversos modos e com diagnosticos differentes, sem melhora alguma. Pallidez, emagrecimento; a região renal direita extremamente dolorosa, sem tumefacção que se notasse. Murmurio vesicular enfraquecido nos apices, respiração rude, nada de estertores. Urina acida, purulenta, fetida, albuminosa, e sanguinolenta; pelo exame microscopico, cylindros granulosos e hyalinos (29 de Setembro) — Era evidente que havia uma affecção renal, os accidentes uremicos já começavam. Qual a sua natureza? Pelo exame bacteriologico Melchior encontrou grande numero de bacillos tuberculosos, juntos com o colibacillo. Estava feito o diagnostico de tuberculose ulcerosa dos orgãos urinarios, tendo começado pelos rins, como o mostrava a marcha clinica. A autopsia confirmou o diagnostico; os dous rins estavam tuberculosos, o *esquerdo* quasi que inteiramente corroido.

D'esta observação se vê como póde um rim estar quasi que completamente destruido por ulcerações, sem que haja o menor fundamento para o diagnostico no exame objectivo. Não parece

(1) MAX MELCHIOR (de Copenhague) — *Cystite et infection urinaire*, vers. franc. do Dr. Noel Hallé, Paris, 1895, p. 55.

evidente que, como esta, outras affecções renaes, mais circumscriptas e menos adeantadas, possam ficar desconhecidas?

Tambem interessante é est'outra observação do mesmo autor (1), em que o diagnostico foi feito bem no inicio da molestia, um mez apenas depois de iniciados os symptomas morbidos :

C. B., mulher de 23 annos, entrada a 21 de Agosto de 1892 — Escrofula quando menina. Ha 15 dias, após uma menstruação normal, a doente, sem causa apreciavel, começou a ter micções frequentes, dolorosas no fim; nem incontinencia, nem retenção. Dores no hypogastro; apyrexia. Urina turva, sedimentosa, ás vezes sanguinolenta.—A doente apresenta-se magra, anemica, com adenites cervicaes. Nada nos pulmões; ventre normal; não ha dôr nos rins.— 23 de Agosto — Urina turva, clara, acida, depondo 1.5 cent. de sedimento; pelo exame microscopico, cellulas epitheliaes e de pus. A 12 de Setembro a urina é recolhida asepticamente; turva, côr de ambar, acida, densidade 1.014; pelo exame microscopico, além de outros elementos cellulares, encontra-se pelo methodo de Ziehl-Neelsen, grande numero de bacillos tuberculosos—Diagnostico: cystite tuberculosa.

Além destas, outras observações cuidadosamente tomadas se encontram na obra de Melchior, que bem autorisam a sua conclusão de que pelo exame bacteriologico póde-se «frequentemente reconhecer a tuberculose incipiente das vias urinarias, muito antes de chegar por via clinica a um resultado decisivo».

E não é pouco frequente a presença do bacillo de Koch nas urinas. N. Hallé, em 200 exames de urina, minuciosamente executados, 70 vezes obteve resultado positivo, 70 vezes o *bacillus tuberculi* foi encontrado no deposito urinario. Desta frequencia resalta a utilidade de taes pesquisas.

---

(1) M. MELCHIOR — *Loc. cit.*, p. 51.

Noël Hallé, anotando o trabalho de Melchior e em apoio das idéas deste, faz notar com razão e muito senso que o exame bacteriologico evidentemente nem sempre é necessario e que tres hypotheses se podem apresentar (ao demais estas tres hypotheses, *mutatis mutandis*, apparecem em todas as molestias microbianas):

1.<sup>a</sup> Os commemorativos, os symptomas, o exame geral e local são sufficientes para afirmar a tuberculose urinaria; ainda nestes casos, diz elle, todo o clinico zeloso da precisão scientifica, deve procurar a prova absoluta da justeza do seu diagnostico.

2.<sup>a</sup> Doentes duvidosos. Examina-se, pensa-se na tuberculose, desconfia-se della, mas duvida-se: a pesquisa do bacillo nas urinas vem confirmar ou infirmar as inducções clinicas.

3.<sup>a</sup> Nada autorisa o diagnostico; a etiologia, o exame local, o estado geral, tudo faz crer em uma lesão inflammatoria ou neoplasica do aparelho: e no emtanto o exame bacteriologico demonstra a existencia da tuberculose.

O que ha de máo é que a demonstração do bacillo da tuberculose na urina é difficil, ás vezes até negativa, quasi sempre longa, exigindo pesquisas repetidas e processos especiaes, como a applicação do centrifugo.

Mas taes labores serão largamente compensados pelas vantagens decorrentes de um diagnostico exacto, assim tornado possivel quando os dados puramente clinicos são pouco ainda ou nada demonstrativos. Ao demais, não deve ser indifferente ao clinico tratar como inflammação simples ou suppuração banal a tuberculose do aparelho uro-genital. E aos que negam estas verdades póde-se responder com Hallé: «Pour contester la valeur de la recherche du bacille de Koch dans les urines, il faut, à mon sens, manquer d'expérience ou de jugement, ou même des deux» (1).

No sangue, o bacillo de Koch apresenta-se quando se trata da tuberculose miliar aguda. Benda, Rutimeyer Sticker, Lustig,

(1) NOËL HALLÉ — Nota ao trabalho de Melchior, citado, p. 199.

o encontraram neste caso, sobre o vivo, quer no sangue extrahido por picada, quer no fornecido pela punção do baço. De principio, parece que, resultando a granulia da entrada na circulação geral do bacillo da tuberculose, devia este ser verificado sempre no sangue; mas o facto é que raramente se consegue demonstrar o *bacillus tuberculi* no sangue, durante a vida. E si este ensinamento falta, que diremos dos dados clinicos? A granulia, com effeito, até porque não é suspeitada, passa innumeras vezes despercebida, decorada com os mais varios diagnosticos — meningite, mal de Bright, febre puerperal, febre typhoide, embaraço gastrico, etc. Isto em geral. Mas si fizermos distincções, veremos que, não fallando nos casos raros em que o bacillo seja visto no sangue, ainda em unidades isoladas, em tres casos pelo menos a pesquisa do bacillo é a base do diagnostico da tuberculose aguda: na tuberculose miliar aguda de fórma catarrhal, na fórma pleural de Empis, uma e outra variedades da tuberculose aguda granulica, e na tuberculose aguda pneumonica ou pneumonia caseosa de Reinhardt.

Aqui, não mais no sangue da circulação geral, é que se procura o bacillo, mas nos escarros, no sangue das hemoptyses e no liquido da pleura, productos morbidos estes que se apresentam quasi invariavelmente nas tres fórmas referidas da tuberculose aguda.

E depois, a raridade do encontro do bacillo tuberculoso no sangue dos doentes de granulia talvez não dependa tanto da quantidade escassa com que elle apparece nesse liquido, como do facto de se não proceder systematicamente ao exame do sangue, já nos doentes da clinica hospitalar, já nos da clinica civil. No dia em que se praticar, sem discrepancia, em todos os doentes em que a evidencia do mal não o dispense, o exame microscopico do liquido sanguineo, não será tão raro o encontrar-se o bacillo de Koch na circulação, quando tratar-se da tuberculose miliar aguda. E basta reflectir no alto valor diagnostico da semiologia do sangue, para se ver que esse exame impõe-se, sem excepção e sem reserva, tanto quanto a ausculta pulmonar e cardiaca e as indagações ao proprio doente. Si se levar em conta que o sangue

V.20/254v

póde conter elementos parasitarios morbigenicos, cuja verificação ainda em unidade decide o diagnostico (*distoma hematobium*, filarias, hematozoario de Laveran, *spirillum Obermeieri*, os bacillos da tuberculose, do carbunculo, do mormo, da febre typhoide e os microbios pyogenicos), ou elementos anormaes oriundos do proprio organismo e denunciadores de processos pathologicos geraes ou locaes (elementos neoplasticos diversos, pigmento melanico de neoplasmas ou paludico, hematias nucleadas, etc.); que elle póde se apresentar modificado, por diminuição, por excesso, por deformação, por desvios no desenvolvimento ou transformação, nos seus elementos figurados, denunciando estados morbidos diversos (anemias de toda a especie, lymphadenia, leucemia, intoxicações); que se pense no elemento valioso de prognostico que se tira do exame microscopico do sangue, do estudo das modificações da fibrina e do processo de coagulação — para se verificar que é exacta a nossa asserção.

Não é sem base a afirmação ousada — ousada demais — do Dr. Aubeau :

«En resumé, en s'aidant des réactifs colorants appropriés, on peut, par les recherches hématologiques, faire, d'une façon précise, le diagnostic de la plupart des maladies» (1).

Ao lado da pesquisa do bacillo tuberculigeno no sangue, devemos collocar a sua procura em um outro liquido organico, servindo esse exame ás necessidades do diagnostico clinico. Hoje em dia, com effeito, póde-se diagnosticar com certa facilidade a meningite tuberculosa, pelo exame do liquido cephalo-rachidiano obtido por punção do rachis.

A punção do rachis, na opinião de todos os que a têm feito (Fürbringer, Fränkel, Heubner, Senator) é uma operação inocua,

(1) AUBEAU—*Des applications de la micrographie et de la bacteriologie à la précision du diagnostic chirurgical*—Paris, 1894, p. 26.

sem difficuldades, de ordinario pouco dolorosa, dispensando, portanto, a chloroformisação.

Dos doentes em que Fürbringer praticou a punção lombar, 37 tinham o diagnostico de meningite tuberculosa; destes, em sete não foi encontrado o bacillo da tuberculose; nos outros 30 casos o liquido continha o bacillo de Koch. Em 27 casos a autopsia confirmou o diagnostico.

«Em summa, diz Fürbringer, pudemos verificar o diagnostico por meio da punção lombar em 80 % dos nossos doentes, entre os quaes muitos não apresentavam symptomas sufficientemente claros, que permittissem um diagnostico clinico exacto. A punção do rachis, portanto, equivale, deste ponto de vista, ao exame dos derrames da pleura, e ao da urina, para demonstrar a presença ou ausencia dos bacillos da tuberculose.» (1)

Estas mesmas conclusões são adoptadas por Fränkel, Goldscheider, Freyhan, Heubner, Senator.

De um outro ponto de vista a importancia da punção do rachis cresce ainda, pois em muitos casos se tem verificado melhoras e cura após algumas punções.

A seguinte observação de Fürbringer citada por Wurtz (2), é um exemplo disso: «Tratava-se de um individuo de 20 annos mais ou menos, accommettido de accidentes meningiticos no correr de perfeita saude. Para assegurar o diagnostico fez-se uma punção capillar entre a 5<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> vertebrae lombares. O exame bacteriologico do exsudato obtido permittiu verificar a presença do bacillo de Koch. Passados alguns dias, praticou-se uma nova punção, com os mesmos resultados. O doente ficou bom, depois de longa convalescença. As melhoras tinham começado com a primeira punção, accentuando-se mais com a segunda.»

Esta applicação dos processos bacteriologicos era natural que se desse, provado como está que as meningites são o resultado, pela maior parte ao menos, da infecção microbiana. Ainda não se

(1) V. *Semaine Médicale*, 1895, p. 133.

(2) R. WURTZ—*Précis de bacteriologie clinique*, Paris, 1895, p. 313.

pôde, como para os pleurizes purulentos, classificar as meningites segundo a especie microbiana que determina cada uma. Caminha-se para lá; pois, além da meningite tuberculosa — entidade bacteriologica e clinica bem definida,—existe ainda a fórma pneumococicca, á qual correspondem certas particularidades clinicas que a individualisam como fórma clinica presa á fórma bacteriana.

O corollario de todos estes factos é que o exame bacteriologico do liquido cephalo-rachidiano remediará muitas vezes as dificuldades, que se sabe serem grandes, do diagnostico das meningites agudas, ora affirmando a tuberculose, precocemente, ora attestando outra variedade microbiana.

Julgamos inutil encarecer o valor destes ensinamentos, em tratando-se de molestia cuja diagnose é muitas vezes impossivel, e sempre difficil.

---



## Pleurizes purulentos

Saber qual a especie microbiana existente ou predominante n'uma collecção purulenta é um problema que com frequencia se apresenta na clinica exigindo solução, pois, de facto, não é indifferente para as conclusões diagnosticas, prognosticas e therapeuticas tratar-se dos microbios banaes da suppuração, ou de um microorganismo especifico tambem pyogenico, ou da associação dos dous grupos, ou de uma especie anormalmente virulenta. E' o caso, por exemplo, para as pyosalpingites, em que, depois da laparotomia, é de alcance reconhecer qual a especie de microbio existente no pus, si o bacillo da tuberculose, o parasita blennorrhagico ou os cocci da suppuração.

No particular das collecções purulentas da pleura, o diagnostico bacteriologico tem importancia maxima, pois só assim se poderá classificar etiologicamente o derrame e satisfazer as exigencias do prognostico e da therapeutica. Do ponto de vista exclusivamente clinico o pleuriz purulento é uno e indivisivel, porque nem os caracteres macroscopicos do pus, nem os dados relativos ao doente, servem para estabelecer distincções, que de facto existem. A intervenção da bacteriologia na pathologia e na clinica veio destecer noções até então obscuras, suspeitadas mas de prova difficil e impossivel previdencia sem os dados microbiologicos. Demonstrando que os pleurizes purulentos são funcções de microbios diversos e provando, de accordo com a clinica, que a cada variedade microbiana da molestia corresponde certa differença nos symptomas, um prognostico e uma intervenção curadora differentes, os trabalhos bacteriologicos deram ao estudo respectivo uma di-

recção toda nova, permittindo á clinica conclusões que lhe fõra sempre impossivel tirar.

Netter (1), em um excellente estudo, tomando por base a bacteriologia, distingue nos pleurizes purulentos as seguintes variedades :

A. Pleurizes purulentos verdadeiros, causados por organismos pyogenicos :

- 1º Pleurizes purulentos de streptococco
- 2º » » de pneumococco
- 3º » » de organismos menos communs :

  - a) staphylococco
  - b) pneumobacillo
  - c) bacillo tiphico
  - d) colibacillo

B. Pleurizes purulentos tuberculosos

C. Pleurizes purulentos putridos.

Courtois-Suffit classifica-os mais ou menos da mesma maneira :

1º Empyemas de fórma pura, nos quaes se verifica um unico micoorganismo, causa primaria da molestia : streptococco, pneumococco, bacillo de Koch; e menos frequentemente: bacillo de Eberth, bacillo encapsulado de Friedlander, staphylococco.

2º Empyemas de fórma secundaria e mixta, comprehendendo os pleurizes purulentos polymicrobianos e os pleurizes purulentos putridos e gangrenosos.

Os pleurizes purulentos de streptococco são os mais frequentes : 60,82 % para o adulto, 20,7 % nas creanças (Netter) — Certas particularidades o caracterisam : reproducção incessante do liquido, fatal depois da thoracentese ; raridade da terminação expontanea, por vomica ou empyema de necessidade ; riscos que traz para o doente de uma infecção generalisada (abcessos cerebraes, meningite streptococcica, alterações visceraes etc); variabilidade da sua

(1) NETTER — Art. *Maladies de la plèvre* in *Traité de Médecine* (Charcot-Bouchard-Brissaud), pag. 1023.

marcha, dependente em parte da virulencia variavel do streptococco; impossibilidade, na maioria dos casos, da terminação por enkistamento ou reabsorpção, o que tambem se explica pela virulencia do microbio.

Os pleurizes purulentos de pneumococco apresentam caracteristicos diferentes. São extraordinariamente frequentes nas creanças, (72,4 %) ao passo que pouco communs no adulto (34,78 %), segundo Netter. São relativamente benignos e de curta duração, o que está de perfeito accordo com as propriedades do pneumococco, que é um microbio de duração limitada, cuja virulencia se esgota com certa rapidez, e que é mais susceptivel aos agentes destruidores e ás influencias externas; pódem terminar expontaneamente, sem nenhuma intervenção, ou por vomica, ou por enkistamento, ou pela reabsorpção, ou por um empyema de necessidade.

Ora, estas duas variedades de pleurizes, que só na purulencia têm o seu ponto de contacto, ainda se distinguem essencialmente uma da outra pela natureza diversa do recurso therapeutico applicavel a cada especie.

Como se sabe, o tratamento dos pleurizes purulentos depois de ter andado á mercê da influencia das escolas mais diversas, se fixou e hoje se resume em duas operações: a *thoracentese* e a *pleurotomia*. As indicações de uma e de outra são tiradas da variedade bacteriologica do derramamento.

Nos pleurizes de streptococco, o tratamento de escolha é a operação do empyema, embora existam observações de cura d'esses pleurizes por punção ou sem intervenção.

Nos pleurizes purulentos de pneumococco, que podem curarse expontaneamente, como vimos, a operação indicada é a *thoracentese*. A experiencia tem demonstrado que a maior parte dos pleurizes de pneumococco, nas creanças principalmente, são susceptiveis de cura após uma ou muitas punções, facto que concorda com as conclusões fornecidas pela biologia do microbio. De ordinario, no pleuriz de pneumococco uma punção é sufficiente, no caso negativo repetem-se as punções; raramente será preciso recorrer á *pleurotomia*.

O pleuriz purulento tuberculoso implica a existencia de uma tuberculose da pleura e é encontrado em um decimo dos casos, segundo Netter. Caracterisa-se pela ausencia de reacção do organismo durante muito tempo, pela sua latencia e longa duração, permittindo ao doente longa sobrevivencia sem perturbações funcionaes ou geraes accentuadas, que só muito mais tarde apparecem. A terminação expontanea é sempre fatal, e a intervenção curadora só póde ser palliativa. Nestas condições, o tratamento a empregar será: sustentar as forças do doente, e fazer a punção sempre que for necessario — E' essa a conclusão da experiencia e a pratica adoptada por Netter, Debove, Spilmann, etc.

E' claro, portanto, que o diagnostico dos pleurizes purulentos deve se revestir de condições que garantam ao clinico a norma de conducta adequada a cada caso.

Reconhecida a natureza purulenta do derrame, o que em geral só é possivel depois de uma punção exploradora, importa fazer a diagnose bacteriologica do pus, o que se consegue pelo exame microscopico e pelas culturas. Discutindo o tratamento do pleuriz purulento de pneumococco, eis o que diz Netter :

« Nous conseillons de commencer par la thoracentese et d'attendre d'elle la guérison dans les cas où l'examen bacteriologique demontre la présence exclusive du pneumocoque. Cet examen démande un temps fort court, 24 à 36 heures. La culture est nécessaire pour établir que le pneumocoque est à l'état de pureté ; mais l'examen microscopique, qui ne demande que quelques minutes, suffit déjà à montrer qu'il y a des pneumocoques et fait souvent reconnaître la coexistence d'autres microrganismes dans les cas d'infection mixte. On ne saurait donc reprocher à ces recherches de faire perdre un temps précieux. Elles demandent peu de temps. Elles sont relativement simples et l'existence du malade n'est nullement en jeu, puisque dans les cas d'épanchement requérant plus tard la thoracotomie, l'évacuation due à la ponction a satisfait aux indications vitales. » (1)

---

(1) NETTER — *Ibid.* p. 1043.

## Paludismo

Que as diversas fórmulas da malária resultam da presença no sangue do microorganismo descoberto por Laveran ninguém mais hoje o contesta. A especificidade do hematobio de Laveran se esteia nas seguintes ordens de prova: 1º, o parasita tem sido observado em todos os países palustres, sempre com os mesmos caracteres; 2º, só existe em indivíduos affectados de paludismo, nunca em pessoas sãs ou portadoras de outras molestias; 3º, ao seu desenvolvimento se liga intimamente a melanemia, lesão característica do paludismo; 4º, a medicação quinica faz desapparecer os parasitas do sangue curando as manifestações palustres; 5º, injectando-se nas veias de um individuo indemne de paludismo um pouco de sangue palustre contendo parasitas, determina-se no individuo inoculado o apparecimento dos accidentes característicos do paludismo. É verdade que a característica mais importante do papel pathogenico real e exclusivo de um microbio dado, a inoculação de culturas puras no homem ou em animaes e reprodução typica consecutiva da molestia, falta em relação ao parasita paludico, mas o conjuncto de provas apontado é sufficiente para garantir a sua especificidade.

Facto identico se passa, por exemplo, com o cholera-morbus e a febre typhoide, em que ainda se não pode obter, pela inoculação e reprodução experimental da molestia, a prova ultima da acção pathogenica dos respectivos microbios, mas os caracteres tão especiaes de um e outro microorganismo, o facto de se encontrarem constantemente, um só nos cholericos, outro só nos typhicos, e nunca em outros doentes, constituem um conjuncto de

provas sufficiente, sinão completo, em abono da especificidade morbigenica do vibrião de Koch e do bacillo de Eberth.

A presença do hematobio de Laveran no sangue tem, na serie dos elementos indispensaveis ao diagnostico das manifestações palustres, prèponderancia manifesta; e a necessidade da sua pesquisa, para os effeitos da diagnose decorre, primeiro do seu character pathognomonic, e depois das difficuldades que não raro apresenta o diagnostico do paludismo.

O facto predominante na historia clinica do paludismo é a multiplicidade das fórmas por que póde se apresentar, a variabilidade dos seus typos, sendo que até no mesmo doente a molestia póde se manifestar successivamente por aspectos varios. Apezar disso, porém, em muitos casos é facil o diagnostico da malaria, porque o commum é que a molestia se denuncie por symptomas caracteristicos; mas não é essa, em todo o caso a regra, pois muito frequentemente o diagnostico apresenta difficuldades grandes.

O diagnostico das manifestações palustres, principalmente e de ordinario, se baseia em quatro elementos: 1º, o typo febril, com as particularidades do accesso palustre; 2º, a procedencia do doente; 3º, a tumefacção do baço; 4º, a efficacia dos saes de quinino. O valor a dar a cada um desses elementos, isoladamente, é todo relativo; juntos e de combinação com outros signaes secundarios têm valor diagnostico incontestavel.

No typo febril, o que desde logo fere a attenção é a sua variabilidade, a sua instabilidade extrema. Tomando para comparação ainda o typo mais commum—o intermittente, vê-se que nem a intermittencia caracteriza a malaria, como outr'ora se acreditou, nem é peculiar a ella. A febre intermittente malarica, com effeito, apezar da sua periodicidade caracteristica, póde ser confundida com as febres intermittentes symptomaticas da pyohemia, da tuberculose, da hepatite suppurada, das angiocholites e cholecystites, das suppurações renaes, dos traumatismos do baço (Verneuil).

Na hepatite suppurada, os accessos apresentam os tres estádios

classicos do accesso palustre, e si a hepatite se processa n'um cachectico as analogias tornam-se ainda mais estreitas, apesar da dor no figado e da escapulalgia.

Na tuberculose, as febres intermitentes se mostram ou no periodo cavitario ou no de formação dos tuberculos; naquelle, o diagnostico differencial é facil, pelos signaes evidentes da tuberculose nessa phase; neste, mais delicado, pela propria dificuldade do diagnostico da tuberculisação pulmonar no seu primeiro periodo.

Na angiocholite, sabe-se que a febre é symptoma capital, e que na sua ausencia é quasi impossivel o diagnostico. Esta febre reveste um aspecto todo especial, d'onde o seu nome de *febre intermittente hepatica*, e reproduz em sua fórmula mais completa o quadro todo de um accesso palustre caracteristico: calafrio violento e prolongado, prostração, cyanose, concentração e frequencia do pulso, febre que póde ir até 41°; suores, ás vezes bastante profusos para molhar toda a roupa do doente; defervescencia; apyrexia; novo accesso.

Como criterio differencial entre estas febres intermitentes, umas palustres, outras não, não fallando na verificação do hematobio de Laveran, só temos dous elementos: o caracter vespertino dos accessos intermitentes não palustres e a inefficacia dos saes de quinino nelles. É este um bom caracter differencial, mas sobre o qual não se póde confiar em absoluto.

Nem sempre — apenas em dous terços dos casos, na melhor hypothese — os accessos febris palustres se mostram na primeira parte do nychthemero, isto especialmente para o paludismo agudo, porque no paludismo chronico, além dos accessos de reincidencia não terem regularidade, tanto no ponto de vista da hora do dia em que apparecem, como no da sua evolução, ha ainda a considerar os accessos larvados, que a nenhuma regra obedecem, e a febre symptomatica, que tambem foge aos caracteres dos accessos palustres typicos, inclusive a acção dos saes de quinino. Na cachexia palustre, então, os accessos perdem completamente esse caracter especial aos accommettimentos febris da malaria, pois sobrevêm sempre de tarde, e com outras aggravantes: estes

accessos, de ordinario, não cedem ao sulphato de quinino, apresentam-se sem os estádios classicos, e não trazem a condição característica do paludismo agudo — a tumefacção do baço.

A efficacia dos saes de quinino nas manifestações palustres como elemento de diagnostico tem certo valor, que se restringe entretanto, attendendo a que: 1º, em grande numero de casos de paludismo, agudo ou chronico, intermittente ou não, falha a acção dos saes quínicos, bem que o medicamento seja especifico; 2º, não é na malaria sómente que o quinino tem acção efficaz, porque é um excellent antithermico na febre typhoide, onde actúa provavelmente por sua acção germicida, é o medicamento de escolha na grippe e nas anginas infectuosas agudas não especificas, faz baixar a temperatura em uma das fórmulas da febre puerperal, e talvez na febre amarella. Na verdade, si é certo que o effeito antithermico da quinina é importante e util em poucas molestias, nomeadamente a malaria e a febre typhoide, não se póde negar tambem que a sua acção antithermica é geral e póde ser utilizada no maior numero das molestias febris, ainda que se não alcance nestes casos a efficacia que se obtem naquellas outras molestias já referidas. E ainda mais. Todos os autores concordam em que as fórmulas mais communs dos accessos larvados palustres são as constituídas pelas nevralgias de toda a especie e dizem todos ainda que a pedra de toque do diagnostico é a administração da quinina; ora, está provado que os saes quínicos têm uma acção evidentemente util sobre as nevralgias, principalmente as craneanas, e em geral sobre as nevroses hyperesthesicas, independente do elemento paludico, o que não deve admirar, dado o effeito profundamente perturbador do medicamento sobre o systema nervoso, já com doses mediocres, mais ainda com as elevadas. Não é pois descabido dizer que ha erro em declarar que uma nevralgia ou outra nevrose é de fundo palustre só porque se modificou favoravelmente pela quinina. Lembremos ainda, para remate, a acção benefica da quinina em uma das fórmulas em que clinicamente se póde dividir o accesso da enxaqueca — a fórmula congestiva ou por vaso-dilatação. Ora, o palu-



dismo pôde vir acompanhado de enxaqueca, e esta é uma das fórmulas larvadas do paludismo.

E depois, do habito, que não obedece a nenhum criterio fixo, de se administrar a quinina como meio de diagnostico do paludismo têm resultado serios inconvenientes.

Não é o menor de todos a especie de *quininomania* dos medicos brasileiros; não são poucos os clinicos que entre nós enxergam em quasi todas as molestias o tal *fundo palustre*, atraz do qual vêm logo, umas após outras, as capsulas de quinino. De dous factos recentes nos lembramos, que demonstram esse modo de ver da generalidade dos clinicos brasileiros. Um foi relatado em aula pelo professor Nuno de Andrade. Tratava-se de uma doente, que, por conselho do seu medico assistente, estava havia muito tempo, tomando fortes doses de quinino, sem que a febre, alta, nem se modificasse, nem cedesse; chamado o distincto professor, verificou que não se tratava tal de uma manifestação paludica e sim de uma auto-intoxicação de origem gastro-intestinal, que logo cedeu a uma medicação apropriada, em que predominou a antiseptia do tubo digestivo. O outro tivemos nós mesmo occasião de verificar. Era um antigo dyspeptico, que soffria de hyperchlorhydria, areias biliares e colicas renaes, e que apresentava, entre outros symptomas como constipação, congestão do figado, etc., accessos febris quotidianos e ás vezes mais espaçados; neste doente, não só não produzia effeito algum o quinino que por mezes lhe dera o medico, como até lhe aggravava os padecimentos, produzindo uma erupção pruriginosa em toda a superficie do corpo. Não obstante, insistiram por muito tempo em dar-lhe saes de quinino. Hoje este doente se acha quasi completamente restabelecido, não tendo sido preciso para isso nada mais do que uma alimentação propria e a administração de bi-carbonato de sodio e de aguas mineraes.

Estas considerações servem para mostrar que, ainda na fórmula mais commum da malaria, a intermittente, podem os signaes clinicos de mais nota induzir em erro.

Si considerarmos agora as outras muitas modalidades clinicas

que póde apresentar o paludismo ; si attendermos a que elle póde vir acompanhado dos symptommas mais diversos e inesperados — urticaria, erythema, eczema agudo, nevralgias cutaneas e visceraes, enxaqueca, embaraço gastrico, elemento bilioso trazendo a ictericia ; do syndroma typhico, constituindo o paludismo typhoide ; da adynamia, constituindo o paludismo adynamico ; da hemoglobinuria ; de hemorragias, etc. : si nos lembrarmos de que elle se combina e proporciona com o typo exanthematico, com o escorbuto, com o cholera, com a febre amarella, com a dysenteria, com a febre typhoide, com a grippe, com as febres chirurgicas, etc. : si levarmos em conta toda a immensa variedade dos accessos perniciosos e das febres larvadas : teremos deixado entrever como o diagnostico se póde tornar difficil e sujeito a erros de toda a sorte. Vê-se, a mais, com que grande numero de molestias se póde apresentar occasião de fazer o diagnostico differencial do paludismo.

Acudindo a taes vicissitudes do diagnostico da malaria, apresenta-se o exame microscopico do sangue, demonstrando a existencia do hematobio de Laveran. Dada a especificidade do parasita e o valor pathognomonicos da sua existencia, é intuitiva a urgencia da sua procura para fornecer á diagnose o unico elemento de certeza possivel. Mas nisto, como em tudo, entra infelizmente a fallibilidade natural em cousas humanas ; e algumas vezes acontece que, apezar de muito trabalho e não obstante todas as probabilidades serem em favor da malaria, não se consegue encontrar o parasita. A presença dos elementos parasitarios no sangue, diz Laveran, póde ser no momento presente considerada como a melhor prova do diagnostico da malaria, mas é sabido o quanto, ás vezes, é delicada e difficil esta pesquisa.

Como se sabe, o parasita da malaria é polymorpho, e seus typos principaes se pódem reduzir a quatro : corpos esphericos ; corpos com flagellos ; corpos em crescente ; e corpos em roseta, segmentados, ou em margarida.

Em vista da variedade de fórmas por que póde se apresentar o paludismo, alguns autores, nomeadamente os italianos, foram

levados a considerar muitas especies de parasitas, e, além disso, a estabelecer uma relação constante entre cada especie e fórmulas clinicas determinadas da malaria.

Golgi e Canalis admittem tres especies de parasitas : 1º, o da febre terçã; 2º, o da quartã (com a quotidiana como variedade); 3º, o das febres irregulares, entendendo-se por febres irregulares as sub-continuas, continuas e sub-intrantes, as febres da cachexia e as perniciosas.

Grassi e Feletti admittem hoje cinco especies de hematozoario :

1º *Hæmamaeba malaricæ* — febre quartã, simples, dupla ou tripla.

2º *Hæmamaeba vivax* — febre terçã.

3º *Hæmamaeba præcox* — febres perniciosas, quotidianas, continuas e sub-continuas.

4º *Hæmamaeba immaculata* — variedade sem pigmento, produzindo accidentes semelhantes aos que provêm da *hæmamaeba præcox*.

5º *Laverania malaricæ* — produzindo em geral febres irregulares, podendo, porém, dar logar a febres por muito tempo quotidianas.

Os fundamentos, porém, em que assentam as opiniões como estas carecem ainda de solidez, e argumentos de ordem clinica e experiencias, adduzidos por outros autores, provam a unidade do paludismo do ponto de vista clinico, sendo as diversas fórmulas do parasita malarico, estados diferentes de um mesmo organismo.

Como quer que seja, a verificação de qualquer das fórmulas do parasita no sangue de um individuo é signal evidente de que elle padece de malaria.

Já em 1893, o Dr. F. Fajardo, que com tanta intelligencia se tem dedicado ao estudo da parasitologia malarica entre nós, se manifestara em favor da necessidade do exame microscopico do sangue para o diagnostico do paludismo. « Não é demais, diz elle, chamar ainda uma vez a attenção para a importancia que reveste

o exame bacteriologico do sangue, quando se trata de um diagnostico incerto, no qual possa figurar o impaludismo, isolado ou associadamente, em um paiz tão palustre como o Brazil ». (1) E, entre outras observações, refere uma ( Obs. VI ), em que « foi o exame do sangue que resolveu o diagnostico, duvidoso entre malaria e febre amarella ».

Aqui transcrevemos a observação de um doente da enfermaria a cargo do Dr. Francisco de Castro, e no qual o diagnostico que a principio se impoz foi o de beri-beri, verificando-se depois, pela observação do parasita no sangue, que se tratava de paludismo. Esta observação nos foi communicada pelo Dr. P. de Almeida Magalhães, assistente de clinica, tendo sido o exame microscopico feito pelo Dr. F. Fajardo.

« José Bento, pardo, 14 annos, entrado a 15 de Junho de 1895, procedente do cruzador *Nytheroy*. Exame a 16. — A ponta do coração bate sob a quinta costella, a 10 centimetros da linha meso-sternal; sopro nitidamente mesosystolico, algo rude, com o maximo de intensidade pouco acima da ponta. No fóco pulmonar, sopro e desdobramento da segunda bulha, com accentuação do tom pulmonar e precedencia do tom aortico, desdobramento quasi que só ouvido no fim da inspiração e começo da expiração. O sopro mesosystolico diminue muito de intensidade na posição vertical do tronco. Fígado, 14 centimetros. Reflexos tendinosos diminuidos. Não ha myalgia nem formigamentos. Edema duro, elastico, limitado á região inferior das pernas e aos pés. A molestia começou ha dois dias, diz o doente. Junho, 18. — Lingua palustre. Baço, 15 centimetros. Fígado, 14 centimetros. Ventre proeminente. Grande anemia. Não ha sopro nas veias do pescoço. Continuum os phenomenos precedentes. Medicação: vinho de Trousseau, pilulas dos tres sulfatos.—Junho

(1) DR. F. FAJARDO — *Ensaio de bacteriologia e clinica*. — Rio, 1893, pag. 19.

21.— Continúam os mesmos phenomenos cardiacos.—Junho, 26.—A bulha desdobrada da base desappareceu, persistindo apenas a bulha pulmonar accentuada.—Alta.—O exame microscopico do sangue, feito a 17 de Junho, demonstrou a existencia de corpos esphericos pigmentados ».

Outra questão interessante é a influencia reciproca innegavel existente entre a malaria e os traumatismos cirurgicos ou accidentaes. A infecção paludica, com effeito, póde impedir ou retardar a reparação dos tecidos, favorecer as associações microbianas, dando ás vezes aos accidentes traumaticos uma physionomia toda especial, o que bem se comprehende pela decadencia nutritiva com que a malaria grava o organismo.

Transcrevemos de um trabalho do Dr. Aubeau (1) dous exemplos bem demonstrativos :

1º « Uma mulher de 26 annos, portadora de uma fistula vesico-vaginal, vem nos consultar, depois de ter sido operada quatro vezes, sem resultado, por habil cirurgião.—O exame do sangue, feito antes da quinta operação, tendo demonstrado que os globulos vermelhos estão litteralmente abarrotados de plasmodios e que o plasma contem tal quantidade de pigmento que os lagos plasmaticos não existem mais, prescrevemos o sulfato de quinino e o arseniato de sodio em alta dose.—Exame do sangue de oito em oito dias. — Ao cabo de seis semanas, o sangue apresenta-se sensivelmente normal.—Aconselhamos então a operação, que é coroada de pleno successo ».

2º « Mulher de 20 annos. Operada de um fibroma uterino por hysterectomia vaginal, nunca tendo tido antes

(1) AUBEAU.— *Des applications de la bacteriologie et de la micrographie á la précision du diagnostic chirurgical.*—Paris, 1894, pag. 37.

accessos francos de febre intermittente. No dia seguinte ao da operação, sem que fosse possível descobrir a menor complicação, foi a doente atacada ao meio-dia de um acesso febril que durou tres horas. A' tarde a temperatura não excedeu de 38°.—A evolução dos phenomenos febris que nada explicava, e que revestiam aspecto tão singular, fez-nos pensar, pela propria origem da doente, nas fórmulas frustas da malária. No dia seguinte, ás 11 horas, examinamos o sangue. Encontrámos corpos em crescente e corpos esphéricos pigmentados, apresentando as granações movimentos rapidos.—Globulos vermelhos pallidos.—O diagnostico de malária fica assim confirmado.—A doente restabeleceu-se com a administração do sulfato de quinino e do arseniato de sodio ».

Bem farta de ensinamentos é tambem a seguinte observação de Catrin e da qual se conclue : 1º, o perigo de responsabilisar o paludismo por todos os accidentes febris sobrevindos em um ferido, porque este se acha em paiz paludoso ou porque teve anteriormente accessos palustres ; 2º, a fragilidade diagnostica dos saes de quinino ; 3º, a inconveniencia de não se fazer o exame do sangue em casos semelhantes. Diz o referido autor (1) :

« Uma questão, porém, ha de resolução delicada, é saber si os symptomas que sobrevêm em um ferido paludado chronico, ou tendo tido anteriormente accessos mais ou menos frequentes, são devidos á malária ou a uma complicação do traumatismo.

No inicio de minha carreira profissional, encontrei-me na Algeria, em face de um destes casos, e desde então sempre fui muito circumspecto a respeito do diagnostico destes accidentes.

Um official superior, residindo ha muito tempo na Algeria, tendo estado no Senegal e sujeito a accessos palustres, soffreu n'uma quéda a luxação do astragalo com ferida communicando com a articulação. A amputação immediata foi repellida, mas,

---

(1) L. CATRIN.—*Le paludisme chronique*.—Bibl. Charcot Debove, pag. 252.

apezar de um curativo com algodão e das precauções antisepticas em uso nessa época (1875), sobrevieram logo calafrios repetidos; a temperatura elevou-se, a ferida tomou máo aspecto, houve até alguns escarros sanguineos, e a idéa da amputação, de novo lembrada, foi ainda repellida, porque attribuíram todos os symptomas assignalados, á reviviscencia do paludismo devida ao trauma. O baço estava pouco augmentado, o sulfato de quinino pareceu acalmar os accessos ou fazel-os recuar, o que confirmava o dignostico; de facto, todos estes accidentes duraram pouco tempo. Lentamente, e após uma erysipela ambulante, a ferida cicatrisou, o doente começou a caminhar e sahio afinal curado do traumatismo, mas com a saude abalada; começou a soffrer desde essa época de máo-estar, de suffocações, de dyspnéa, de accessos frustos de febre, etc.

Pensou-se que o paludismo continuava a evoluir, invocou-se uma degeneração cardiaca, etc.

Por acaso, fui nomeado oito ou dez mezes mais tarde para o posto em que se achava esse official e tive que tratá-lo, mas pouco depois da minha chegada elle foi accommettido de vomica e morreu dentro de 36 horas. A familia desejando levar o corpo para a França, fui encarregado de embalsamá-lo, o que me permittio verificar a existencia de um abcesso do pulmão do volume de uma maçã.

Evidentemente se tinha tomado por accessos palustres os symptomas da infecção purulenta... »

## Angina diphtherica

A descoberta do bacillo especifico da diphteria (Klebs, Löffler, Roux, Yersin), sobre assentar em fundamento solido e inatacavel a etiologia dessa molestia, influiu ainda decisivamente sobre todas as partes do seu estudo ; do conhecimento do bacillo, das suas propriedades e funcções, decorreram, claras e evidentes, as noções de pathogenia, contagio, reincidencia, prophylaxia. Foram ainda mais longe os estudos bacteriologicos no terreno da diphteria, pois separou-lhe as fórmulas clinicas, demonstrou o mecanismo e natureza das suas complicações, explicou os accidentes post-diphthericos, deu ao diagnostico o elemento de certeza que até então não tinha, forneceu as deducções prognosticas e, para remate da obra, proporcionou o tratamento heroico da serotherapie de Behring-Roux. Que mais se podia exigir ?

Em relação ao diagnostico, o conhecimento do bacillo de Klebs presta os mesmos serviços que o do bacillo de Koch, na tuberculose. A verificação do bacillo especifico tornou-se o criterio differencial no diagnostico das anginas de falsas membranas.

Por si mesma, a angina diphterica longe está de permittir em todos os casos um diagnostico preciso pelos processos clinicos. Quando a molestia já se acha em plena evolução, é possivel o diagnostico tendo em consideração o aspecto das lesões, o engorgitamento ganglionar e os dados anamnesticos. Si a molestia se acha em seu periodo inicial, então os dados clinicos nada fornecem de positivo, e o medico terá quasi sempre que esperar o appare-



cimento de symptomas mais tardios, para poder pronunciar-se por um diagnostico mais ou menos provavel.

E' sabido, com effeito, que as anginas agudas communs, as anginas brancas, podem apresentar em seu quadro morbido symptomas e signaes que autorisem o diagnostico de diphteria; que a angina diphterica verdadeira apresenta-se ás vezes de tal modo que simula as anginas brancas; e, especialmente, que as anginas pseudo-diphtericas, devidas a outros microbios que não o bacillo de Klebs, apresentam em regra o conjuncto symptomatico da angina diphterica verdadeira, e desta só se distinguem pela ausencia do bacillo especifico.

« Todos os autores, diz A. Ruault, se impõem a tarefa de descrever tão exactamente quanto possivel os caracteres differencias das anginas diphtericas simulando o catarrho simples ou o herpes, mas omittem de bom grado a menção importante de que todos esses caracteres podem faltar...» (1)

As anginas agudas não especificas podem apresentar signaes da angina diphterica. E' o que se dá, por exemplo, com a amygdalite catarrhal ou follicular. Esta variedade de angina, pela evidencia do seu quadro morbido, não póde ser confundida com a angina diphterica, é esta a regra; entretanto, segundo alguns autores, podem apparecer falsas membranas no decurso de uma amygdalite catarrhal; a falsa membrana seria produzida pelo mesmo processo que o exsudado epithelial ou sebaceo das cryptas da mucosa (Boulluche), e clinicamente é impossivel distinguir a angina assim tornada pseudo-membranosa da angina diphterica.

A angina diphterica póde simular as anginas não especificas. E' assim que ella se apresenta ás vezes como uma angina catarrhal mais ou menos diffusa, uma amygdalite leve, e isto não só no começo como nos primeiros dias de sua evolução.

Existem casos de diphteria abortiva, nos quaes uma angina absolutamente identica á amygdalite catarrhal é depois seguida de croup ou dá logar por contagio a anginas diphtericas; em

(1) A. RUAULT—Art. *Diphterie*, in *Traité de Médecine*, t. III, pag. 213.

outros a angina diphtherica passa completamente despercebida e só se denuncia após a cura pelo apparecimento de uma paralysis diphtherica ou pelo contagio a outras pessoas de angina diphtherica typica (A. Ruault).

E ainda mais : a diphtheria póde existir sem falsas membranas (Bouulloche, Hoffmann, Koplick). P. Bouulloche refere que teve occasião de observar dous casos de anginas sem falsas membranas, com exsudado epithelial, em que a cultura sobre serum deu logar ao desenvolvimento de colonias numerosas de bacillos de Klebs virulentos. (1)

As anginas pseudo-diphthericas são primitivas ou secundarias ; devidas em regra ao streptococo pyogenico, menos vezes ao pneumococo, raramente ao staphylococo, approximam-se muito, como já dissemos, da angina diphtherica, pelo quadro clinico. Vejamos em resumo os caracteres clinicos dessas fórmulas, começando pela angina herpetica.

A angina herpetica (angina codeosa commum, herpes do pharynge) é uma inflammação vesiculosa da garganta, dando mais tarde origem a pequenos discos pseudo-membranosos, confluentes ou discretos. Em seu começo, de ordinario, não póde ser confundida com a angina diphtherica, não assim ulteriormente, e em certos casos até mesmo no seu periodo inicial. O começo é brusco, barulhento ; calafrio ás vezes intenso, como o da pneumonia ; temperatura acima de 39° ; abatimento geral, deglutição dolorosa ; algumas vezes, porém, a molestia se annuncia apenas por um movimento febril leve e pouco abatimento. A erupção vesiculosa sobre as amygdalas ou véo do paladar seria bastante instructiva, si tal estadio, pela sua curteza e pela sua precocidade, não se furtasse, em quasi todos os casos, á observação, e de tal modo, que se torna quasi inutil procurar as vesiculas para autorisar o diagnostico. Dentro em pouco as erosões resultantes da ruptura das vesiculas se cobrem os exsudados, que se reúnem formando

---

(1) P. BOULLOCHE — *Les angines à fauses membranes* — Bibl. Charcot — Debove — pag. 158.

uma placa branca, larga, de bordas irregulares, adherente, pouco espessa ; esta falsa membrana é consistente, elastica, não se dissocia na agua, ao microscopio tem todos os caracteres da falsa membrana diphtherica. A adenopathia sob-maxillar não existe muitas vezes, outras vezes existe, bem que pouco pronunciada. O apparecimento de uma erupção herpetica no labio fallaria em favor da angina codeosa, mas não é signal de valor absoluto e anginas diphthericas typicas podem ser acompanhadas de erupção de herpes labial (Cadet de Gassicourt, 2 casos). Como fazer o diagnostico ?

Nas outras fórmãs de angina pseudo-membranosa primitiva não diphtherica, as cousas ainda são mais caracteristicas, e só o exame bacteriologico é que as distingue. O começo póde ser brusco, com calafrio e rapida elevação de temperatura ; mas póde ser lento, insidioso, com pouca febre e pouca dysphagia, como na angina diphtherica. Falsas membranas a principio n'uma só amygdala, estendendo-se depois á amygdala do lado opposto e aos pilares. As falsas membranas invadem ás vezes a uvula e o fundo do pharynge, de modo que estas localisações, que se considerava peculiares á angina diphtherica, pertencem tambem ás falsas membranas que não são devidas ao bacillo de Klebs-Löffler.

Não ha caracter algum que distinga as falsas membranas destas anginas da produção membranosa diphtherica ; pretender que a falsa membrana não diphtherica é menos elastica, mais adherente á mucosa, mais friavel e mais branca do que na angina diphtherica, é basear-se em differenças por tal maneira subtis que não devem constituir elemento de diagnostico. As falsas membranas destas anginas se reproduzem como na diphtheria. A mucosa apresenta-se rubra e parecendo inflammada ; o rubor vae além dos pontos occupados pela falsa membrana. Engorgitamento ganglionar variavel. Tal se mostra a forma benigna, a mais frequente e pelo quadro clinico se vê como se approxima da angina diphtherica média.

Nas fórmãs graves, pouco communs, das anginas pseudo-di-

phthericas, outros signaes apparecem : exsudado sanioso, coryza, edema da face e do pescoço, côr plumbea, halito fetido, prostração accentuada, albuminuria.

A morte póde sobrevir ao cabo de quatro ou cinco dias, em meio de symptomas geraes e locaes que simulam a intoxicação das diphterias mais graves.

Em beneficio do que temos exposto, fallam muitas observações, entre as quaes citaremos algumas.

C... medico (observação VI de Veillon (1), pag. 31). Começo brusco em seguida a visita n'um hospital de diphtericos. Phenomenos geraes febris; localmente, produção de pontos brancos pseudo-membranosos, rapidamente confluentes. A falsa membrana forra as amygdalas e uma parte do pharynge; não invade o véo do paladar; é muito adherente á mucosa subjacente, que sangra facilmente.

A falsa membrana, bem que pouca espessa, não se dissocia na agua. Duração 7 a 8 dias; convalescença lenta. Observação bacteriologica: streptococco pyogenico; pneumococco attenuado.

N... 4 annos (Veillon, *ibid.* pag. 31). Angina pseudo-membranosa. Febre, calafrios. Falsa membrana semelhante á da diphteria. Obs. bacteriologica: streptococco da erysipela.

Menina de seis annos (observ. 22<sup>a</sup> de L. Martin (2), pag. 349) Estado geral máo, prostração, enducto sobre os dentes, gengivas fuliginosas. Toda a mucosa do isthmo da garganta acha-se coberta de uma falsa membrana branca pardacenta. Um ganglio volumoso e sensivel de cada lado do pescoço. *Observ. bacteriologica*: streptococco pyogenico. Lavagens antisepticas frequentes. Cura no 15<sup>o</sup> dia.

(1) A. VEILLON — *Recherches sur l'etiologie et la pathogenie des angines aiguës non diphteriques* — Paris, 1894.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

Esta confusão possível e inevitável clinicamente das anginas não diphtericas pseudo-membranosas e a angina diphterica typo é cousa frequente ; todos os autores concordam nisso, assim como são todos unanimes em affirmar que os processos bacteriologicos sómente é que podem vencer a difficuldade.

Sakharof (1) em 19 casos de diphteria, diagnosticada esta por medicos muito habéis, sómente em 13 casos poude verificar a existencia do bacillo diphterico, provando a virulencia deste por inoculação em animaes. Nos outros seis casos não encontrou o bacillo especifico, e estes justamente tiveram uma marcha rapida e benigna — não havia diphteria.

Mais interessantes ainda são os resultados obtidos por L. Martin, tendo versado as suas pesquisas sobre um total de 200 doentes. Foi depois de se ter convencido da insufficiencia relativa dos recursos clinicos para o diagnostico da diphteria, e justamente impressionado com isso, que o autor se resolveu a fazer a prova do valor dos recursos bacteriologicos. Suas aspirações não foram desmentidas, pois os 200 doentes examinados pelos processos da bacteriologia deram (2) :

Anginas diphtericas.....	69
» não diphtericas.....	43
Croups .....	88

Dos 43 doentes de angina não diphterica, quatro estavam com sarampão, tres outros tinham angina pultacea, sendo que estes vieram a fallecer de angina diphterica, que não tinham, e que contrahiram por terem sido levados com errado diagnostico, para a enfermaria dos diphtericos. Restam, pois, 36 casos de angina em que se verificou a presença de falsas membranas, em que medicos abalisados tinham feito o diagnostico de diphteria e em que o exame bacteriologico demonstrou a ausencia do bacillo de Klebs. Trinta e seis erros de diagnostico, clinicamente inevitaveis.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 451  
(2) L. MARTIN.—*Annales de l'Institut Pasteur*, 1892.

E assim resume o autor a sua opinião : « Como já fiz sentir, eu pedia á bacteriologia um diagnostico e nada mais ; no fim de 24 horas, á parte excepções raras, foi-nos possivel formulal-o claro e preciso. Nenhum outro processo, creio, póde dar ensinamentos de tanta certeza em tão curto espaço de tempo.» (1)

As anginas pseudo-diphthericas secundarias, as do sarampão, as da escarlatina nomeadamente, são tambem susceptiveis de confusão com a angina diphtherica. Nas fórmias benigna e grave da escarlatina, na maioria dos casos ainda predominam no quadro morbido os symptomas independentes da angina ; o mesmo não acontece com a fórmula septica, fórmula anginosa da escarlatina, em que a angina parece constituir por si só a molestia, e em que o conjuncto symptomatico reproduz fielmente o da angina diphtherica hypertoxica.

As falsas membranas da syphilis, ainda que raramente, podem dar logar a erros de diagnostico com as da diphtheria, e os signaes clinicos que permitem distinguir as syphilides pseudo-membranosas da diphtheria não são constantes.

Em face de uma angina apresentando um enducto esbranquiçado, a conducta do clinico deve ser : 1º, verificar si a angina é ou não pseudo-membranosa ; 2º, examinar si é ou não diphtherica.

Para solução do segundo quesito não ha que fiar nos dados clinicos, como temos dito ; a regra é recorrer logo ao exame bacteriologico, o unico a dar resultados certos no tempo mais curto.

O diagnostico bacteriologico da diphtheria comprehende tres partes :

- exame bacteriologico da membrana ;
- cultura do bacillo ;
- inoculação em animaes da cultura em estado de pureza.

O exame bacteriologico é rapido, extemporaneo, expedito, e póde ser feito por qualquer medico. Si, repetido, dá constantemente resultados negativos, póde-se concluir pela não existencia

(1) L. MARTIN.—*Ibid.*, p. 336.

da diphteria—já aqui o facto tem valor notorio; si, ao contrario, dá resultados positivos, a simples verificação dos bacillos, mórmente si estes se acham em abundancia, permite desde logo considerar como *extremamente provavel* a diphteria. Entretanto, por maior que seja o seu valor, este exame não basta. Para estabelecer com certeza o diagnostico da diphteria é necessario mais isolar o bacillo e obter uma cultura em estado de pureza, mesmo porque na prova microscopica simples póde acontecer que se não encontrem os bacillos, ou que se os encontre em tão pequena quantidade ou tão pouco caracteriscos que a duvida persista.

A cultura fornece um elemento de convicção mais sério e é um complemento indispensavel do primeiro ensaio. Exige, no maximo, 24 horas.

Com estes dous elementos — o exame em laminas, e a cultura; sem mais apetrechos do que um microscopio, tubos e uma estufa, póde o medico fazer o diagnostico bacteriologico de quasi todos os casos de diphteria, sem risco de errar.

A inoculação em animaes tem por fim verificar a virulencia do bacillo encontrado. Digamos, entretanto, levando ao extremo o rigor e o escrupulo, que a inoculação em animaes tem por fim tambem em raros casos comprovar os resultados obtidos pela cultura, porque as colonias podem não ser caracteristicas. Aqui surgiria uma objecção contra o diagnostico bacteriologico applicado á clinica, pois a inoculação demanda alguns dias para se poder verificar os seus resultados, mas ainda assim não conseguem ganho de causa os pröcessos clinicos, visto estar verificado que nestes casos de maiores difficuldades para o diagnostico bacteriologico não são ellas menores para o diagnostico clinico, acontecendo quasi sempre que, durante todo o tempo necessario á verificação inoculatoria, o diagnostico fica suspenso ou é simplesmente provavel, pela insufficiencia demonstrativa do quadro morbido.

Vê-se, portanto, que a prova bacteriologica, apesar de tudo, é infinitamente superior ás outras, no diagnostico da diphteria; é a que fornece meios mais seguros e mais rapidos.

## Lepra

Não é sempre facil o diagnostico da lepra, ainda em phases adeantadas de sua evolução; e esta difficuldade cresce sobremodo quando se trata dos periodos iniciaes da molestia. De certo que a lepra tuberculosa no seu periodo estacionario, quando o doente apresenta um typo caracteristico, é de facil diagnose; mas assim mesmo casos duvidosos podem apparecer, ou porque não acóde ao espirito a hypothese da lepra, diante de lesões pouco caracteristicas, ou porque estas lesões se prestam á confusão com outras de molestias diversas (lupus, syphilides, sarcoma cutaneo, lymphadenia etc.). Do mesmo modo para a lepra nervosa, em que as perturbações trophicas podem ser ligadas a outras affecções (molestia de Raynaud, atrophias musculares de origem peripherica ou central, sclerodactylia etc.). Mas justamente no periodo da molestia em que seria de toda a vantagem um diagnostico exacto e prematuro é que as impossibilidades se accumulam. O diagnostico precoce da lepra, com effeito, é dos mais difficeis e dos mais delicados.

As lesões iniciaes da lepra, as manchas, qualquer que seja a fórma que ao depois tenha de tomar definitivamente a molestia, nada têm de caracteristico, podendo ser confundidas com o erythema solar, com as sardas e outras maculas congeneres, com a purpura, o acne, os eczemas, o ptyriasis, o psoriasis, a roseola syphilitica, as syphilides, o lichen, o lupus, os sarcomas melânicos, as verrugas até.

A propria anesthesia, symptoma sem duvida pathognomonic, não caracteriza em absoluto a molestia, pois que se têm observado



casos em que ha hyperesthesia e outros em que zonas anesthe-  
sicas recobram a sensibilidade. E' este um facto que todos os  
autores reconhecem. No tratado da lepra de Leloir encontram-se  
exemplos destes casos, entre elles um, relatado pelo Dr. Thaon,  
de Nice, de um doente de lepra tuberculosa em que não havia  
anesthesia ao nivel dos tuberculos, tendo sido considerado syphi-  
litico por muito tempo.

Com a descoberta da natureza parasitaria da lepra e do seu  
respectivo microbio — o bacillo de Hansen, entrou na clinica um  
elemento de diagnostico verdadeiramente pathognomonic, de valor  
incomparavel. « Le bacille de Hansen, — dizem Marcano e  
Wurtz — que l'on retrouve dans tous les produits lépreux, a  
une valeur specifique incontestée. Grâce à sa présence, le dia-  
gnostic de la lèpre, dont les varietés cliniques sont tellement  
grandes que les maladies les plus diverses peuvent être con-  
fondues avec elle, acquiert une précision rémarquable, à condition  
toutefois que pour sa recherche on s'entoure des plus grandes  
précautions. » (1)

Eis como se pronuncia Leloir, no seu excellente tratado, a  
respeito do bacillo de Hansen: « Bientôt cette découverte est  
confirmée par tous les histologistes. Aussitôt (quand il s'agit de  
cas difficiles, bien entendu, car d'ordinaire, nous l'avons vu, le  
leonin présente un faciès caracteristique) aussitôt, dis-je, tous ces  
caractères differentiels que l'on essayait de trouver dans les phé-  
nomènes objectifs, évolutifs, etc., du léprome tégumentaire,  
rentrent dans l'arrière plan ». (2)

E mais adiante, depois de se referir aos caracteres todo  
especies do bacillo e á constancia com que elle se apresenta nas  
lesões leprosas: « L'ablation d'une parcelle minime du néoplasme  
déviant lequel il (le médecin) hesite et son examen histologique  
lui donnent un moyen de diagnostique d'une précision mathéma-  
tique ». (3)

---

(1) G. MARCANO e R. WURTZ — *Du diagnostic bacteriologique précoce de la lèpre*,  
in Arch. de Med. Exp. et d'Anat. Pathol., 1895, p. 13.  
(2) H. LELOIR — *Traité pratique et théorique de la lèpre*, Paris, 1886, p. 260.  
(3) H. LELOIR — *Lec. cit.* p. 200.

O bacillo de Hansen é encontrado com extraordinaria abundancia, o que já o distingue do bacillo tuberculigeno, em todos os tecidos e productos leprosos. As suas principaes localisações, e, pois, os diversos meios em que deve ser procurado são :

1º Os liquidos do organismo : *lympa* — é assim que a serosidade do vesicatorio póde contel-o ; *lagrymas* ; mucosidades nasaes ; saliva ; materias fecaes ; e os proprios exsudatos pathologicos dos lepromas.

2º Nos tecidos : no tegumento, onde existe em grande copia ; nas mucosas, ocular, nasal, *pharyngéa*, do *larynge*, do *recto*.

De muito maior monta, porém, é o diagnostico precoce da lepra, pelo simples exame parasitoscopico das lesões inteiramente iniciaes que, de regra, apresenta esta infecção.

Qualquer que seja a fórma por que deva se exteriorisar a infecção leprosa, as manchas em geral são o accidente primitivo, tal como na *syphilis*.

Taes manchas não se privilegiam com caracter algum que as individualise para o clinico e, como já dissemos, são passiveis de confusão com as lesões mais diversas. Pois bem, de factos observados, entre elles um, bastante demonstrativo, relatado por *Marcano e Wurtz*, se conclue que pelo exame bacteriologico de uma macula, ainda tão insignificante que possa passar despercebida ao clinico menos attento, se consegue firmar de modo positivo o diagnostico da lepra.

E' esta, em resumo, a observação a que nos referimos : (1)

R. E., natural da *Columbia*, onde é endemica a lepra, nunca esteve doente a não ser de accessos palustres. — A mancha começou na região parietal direita por um ponto vermelho, do tamanho de uma cabeça de alfinete, indolente, ao qual se não ligou maior importancia, e que foi augmentando lentamente, ficando depois

(1) G. MARCANO e R. WURTZ — *Loc. cit.*

durante certo tempo estacionario. Foi examinada a lesão por muitos dermatologistas estrangeiros, que fizeram diagnosticos varios : tuberculose, syphilis etc.

Apresenta-se, quando examinada, com 0<sup>m</sup>,008 de diametro, rosea, circular, sem saliencia, sem descamação, sem pigmentação, completamente insensivel, menos á sensibilidade de contacto. — O exame bacteriologico do sangue dá resultados negativos; mas um pequeno fragmento do derma contém, no producto da raspagem e em cortes os bacillos da lepra, com os seus caracteres e reacções corantes particulares. — Faz-se extirpação do leproma, sem accidente — Passados mais de dous annos, nenhuma lesão nova se manifestou ainda.

Outro caso analogo é referido pelos mesmos autores, o de uma moça leprosa que pôde precisar, com exactidão, o começo do seu mal. « Notou ella a principio na perna esquerda, uma mancha rosea, unica, que desejava supprimir a todo preço. O medico consultado para este effeito limitou-se a um exame *de visu* e assegurou que a pequena macula desapareceria por si mesma. Dous annos mais tarde, declarou-se uma erupção em muitas partes do corpo, e não houve mais duvida sobre o diagnostico de elephantiasis, que se tinha generalizado quando a doente foi vista » (Marcano e Wurtz).

Pondo de parte mesmo a indicação operatoria, supprimindo talvez, retardando com certeza a manifestação infectuosa, não decorre destes factos « a possibilidade de um diagnostico exacto da molestia em periodo no qual não se tem o habito de fazel-o »?



v. 20/2110/

# PROPOSIÇÕES

V. 20/201

## PROPOSIÇÕES

---

### Cadeira de physica medica

#### Energias

##### I

Distinguem-se quatro fórmulas de energia: 1.º, a energia mecânica, ou trabalho; 2.º, a energia thermica, ou calor; 3.º, a energia chimica, ou afinidade chimica; 4.º, a energia electrica.

##### II

A electricidade é a fórmula mais perfeita de energia, porque contém em si as outras fórmulas, e estas podem todas se transformar em electricidade.

##### III

Os efeitos physiologicos e therapeuticos da energia electrica dependem da modalidade physica sob a qual é dada.

---

### Cadeira de chimica inorganica medica

#### Acidez do succo gastrico

##### I

O chloro, no estado de chloruretos fixos e de combinações organicas, é o elemento preponderante e o factor principal da acidez, no succo gastrico.

## II

O acido chlorhydrico livre parece ser um producto accessorio, accidental, do acto digestivo e, formado, esse acido deve entrar logo em combinaçãõ.

## III

O acido chlorhydrico livre póde ser verificado pela reacção colorida do violete de methyla.

---

## Cadeira de botanica e zoologia medicas

### O homem na escala zoologica

## I

O pythecomorphismo do homem e o anthropomorphismo dos grandes macacos são factos que não podem ser negados.

## II

O logar do homem na escala zoologica deve ser: I. Mammalia.—A. *Monadelphia* (Blainv.)—1.<sup>a</sup> ordem: *Primates* (Linn.) — 1.<sup>a</sup> familia: *Primariü*.—1.<sup>a</sup> sub-familia: *Erecti* (*homo sapiens*) — 2.<sup>a</sup> sub-familia: *Anthropomorpha*, etc. (Hartmann).

## III

O homem descende de uma fórma menos perfeitamente organizada do que elle (Darwin), mas não póde descender de nenhum dos macacos fosseis até hoje descobertos, nem tampouco dos macacos actuaes.

---

v. 20/292

## Cadeira de Anatomia descriptiva

### Medulla

#### I

A medulla espinhal, em conjuncto, se compõe de uma columna perfurada de substancia, cinzenta, contida em um estojo espesso de substancia branca.

#### II

As partes em que se divide a substancia cinzenta facilmente se distinguem no estado normal; não assim as divisões da substancia branca.

#### III

Nos cordões antero-lateraes da substancia branca, as partes mais importantes a considerar são os feixes pyramidaes; nos cordões posteriores, os feixes de Burdach.

---

## Cadeira de Histologia theorica e pratica

### Exame do sangue

#### I

O estado histologico do sangue se verifica por tres modos: preparação do sangue secco, preparação do sangue fresco, e numeração dos elementos figurados.

#### II

As preparações seccas prestam-se perfeitamente ao emprego dos reactivos corantes.

V.20/272v

III

As preparações frescas permitem estudar os movimentos ameboides dos globulos brancos e são particularmente proprias para a pesquisa dos elementos anormaes, oriundos do proprio organismo ou parasitarios, que o sangue possa conter em estados pathologicos.

---

Cadeira de chimica organica e biologica

Glycose

I

A glycose é um hydrato de carbono soluvel na agua e no alcool.

II

Possue tres propriedades importantes : desvia para a direita o plano de polarisação da luz; em presença dos alcalis causticos reduz certos saes metallicos; e fermenta com a levadura de cerveja.

III

A estas tres propriedades correspondem tres processos de pesquisa da glycose nas urinas.

---

Cadeira de physiologia theorica e experimental

Nervos vaso-motores

I

Os vasos sanguineos andam tambem sob o dominio do systema nervoso, por intermedio dos nervos vaso-motores.



II

Dos nervos vaso-motores, uns são vaso-constrictores, outros vaso-dilatadores.

III

Os vaso-dilatadores actuam por uma acção suspensiva, inhibitoria (interferencia nervosa de Cl. Bernard), exercida sobre os vaso-constrictores.

Cadeira de Pathologia geral

Etiologia parasitaria

I

O microbio é a causa necessaria da molestia infectuosa, mas nem sempre é causa sufficiente.

II

A influencia do terreno sobre que vive o parasita é incontestavel e deve ser levada em conta.

III

Em geral, a infecção só se dá n'um terreno enfraquecido, perturbado em suas defezas.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

Insufficiencia do filtro renal na arterio-sclerose

I

Na arterio-sclerose a insufficiencia renal é um factor predominante.

II

Á impermeabilidade do filtro renal se liga a maior parte dos symptomas da arterio-sclerose.

III

Esta impermeabilidade relativa dos rins é mais funcional do que organica, ao menos no começo, e se explica pelo espasmo das arterias; mais tarde é que vêm as lesões perpetuadoras da decadencia funcional do orgão.

---

Cadeira de chimica analytica e toxicologia

Pesquisa do phosphoro

I

O processo de Mitscherlich para pesquisa do phosphoro basêa-se na phosphorencia deste metalloide em presença do ar atmospherico e no seu isolamento por distillação.

II

Este processo é sujeito a erros, porque substancias ha capazes de impedir a phosphorescencia.

III

No liquido condensado do aparelho de Mitscherlich, póde-se procurar o phosphoro pelas reacções chimicas, entre as quaes a do nitrato de prata.

---

Cadeira de clinica propedeutica

Pulso

I

Mal andará o medico que, fiado na sphygmographia, deixar de estudar o exame manual do pulso segundo a tradição clinica.

II

A educação do tacto no que respeita ao pulso sempre terá grande valor para o diagnostico.

III

A sphygmographia illustra essa educação do tacto, mas não a contradiz, nem a substitue.

Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica

Cancro duro

I

Nem a dureza, nem a unicidade são caracteres sobre que se possa apoiar exclusivamente e em absoluto para o diagnostico do cancro syphilitico.

II

Ter como certo que o cancro duro e o cancro syphilitico são denominações synonymas é arriscar-se a erros deploraveis de diagnostico.

III

Em rigor a expressão *cancro duro* devia desaparecer da linguagem medica.

## Cadeira de pathologia medica

### Etiologia da malaria

#### I

A natureza parasitaria do paludismo não póde mais hoje ser contestada.

#### II

O seu micro-organismo especifico é o hematobio de Laveran, cujas fórmãs se pódem reduzir a quatro typos: corpos esphericos, corpos em crescente, corpos com flagellos e corpos segmentados ou em roseta.

#### III

Até hoje ainda se não poude provar que exista uma relação constante entre os quatro typos do hematobio de Laveran e fórmãs clinicas determinadas da malaria.

---

## Cadeira de pathologia cirurgica

### Etiologia das cystites

#### I

Toda a cystite é devida a microbios (excepto os casos raros provenientes da acção de substancias chemicas).

#### II

Só o microbio não produz a cystite; conhece-se entretanto uma bacteria, o *proteus de Hauser*, que apenas por sua introducção na bexiga é capaz de produzir a cystite, graças ao seu energico poder decomponente da uréa.

III

O microbio causa a cystite sómente quando a bexiga já se tornou vulneravel á infecção, em virtude de factores predisponentes, nomeadamente a retenção e o traumatismo.

Cadeira de materia medica, pharmacologia e arte de formular

Prescrição medica

I

A prescrição medica comprehende os conselhos hygienicos, o enunciado e o modo de empregar os medicamentos necessarios ao tratamento de uma molestia.

II

A fórmula é considerada a parte mais importante da prescripção; mas, de facto, nem sempre o é.

III

Os cuidados hygienicos, as precauções quanto ao modo de viver e alimentar-se o doente, fazem, vezes sem conta, o que nenhum remedio seria capaz de fazer, d'onde a importancia desses conselhos nas prescripções do medico.

Clinica cirurgica (2.ª cadeira)

Feridas por armas de fogo

I

Por feridas por armas de fogo deve-se entender o conjuncto das lesões produzidas pela acção de corpos vulnerantes propellidos por materias explosivas.

II

Essas lesões devem ser divididas em dous grupos : 1º, desordens directas ; 2º, desordens irradiadas, á distancia.

III

As lesões irradiadas constituem o caracteristico das feridas por armas de fogo e o seu principal elemento de gravidade.

Cadeira de clinica ophtalmologica

Irite

I

A irite é uma affecção commum e que póde comprometter seriamente a funcção visual.

II

Os signaes pathognomonicos da irite são fornecidos pelo estado da pupilla, que se apresenta immovel e deformada.

III

A fórma aguda da irite, quasi sempre de origem rheumatica, é rara ; no geral a irite toma a fórma chronica e neste caso é quasi sempre de origem syphilitica.

Cadeira de operações e aparelhos

Operação de Estlander

I

A operação de Estlander tem por fim mobilisar a parede thoracica, permittindo-lhe ir ao encontro do pulmão, quando este,

em virtude de molestia, é recalcado para o hilo e ahí fixado por adherencias ou modificações de estructura, abolindo sua recontratibilidade.

## II

E' uma operação perfeitamente racional, mas de indicações difficeis de se precisar, mallogrando-se por isso muitas vezes.

## III

Não se deve fazer a operação de Estlander, sinão depois de esgotados todos os outros recursos mais inoffensivos.

---

## Cadeira de anatomia medico-cirurgica e comparada

### Arteria femural

## I

A arteria femural, do ponto de vista cirurgico, deve ser dividida em tres partes : superior, média e inferior.

## II

A esta divisão correspondem os tres logares de eleição para a ligadura da arteria : a raiz da coxa, o vertice do triangulo de Scarpa e o canal do terceiro adductor.

## III

Os ramos collateraes da arteria femural nascem quasi todos na base do triangulo de Scarpa, por isso a ligadura neste ponto é arriscada a hemorragias secundarias.

---

## Cadeira de therapeutica

### Medicamentos

#### I

A' parte raras excepções, são bem dispensaveis os medicamentos novos introduzidos modernamente na therapeutica.

#### II

O clinico não tarda muito em se convencer de que com um pequeno numero de medicamentos se cura tudo o que é curavel e com riscos menores para o doente.

#### III

O ideal da medicação é um só medicamento ; o do regimen, a mais larga cópia possivel de cuidados.

---

## Clinica cirurgica ( 1.<sup>a</sup> cadeira )

### Asepsia

#### I

A asepsia deve constituir a base da prophylaxia das infecções a temer nos actos operatorios.

#### II

A asepsia perfeita dispensa a antisepsia.

#### III

Todavia, na clinica se pratica a antisepsia tambem.

---



Clinica medica ( 2.ª cadeira )

Palpitações

I

As palpitações cardiacas são «battimentos do coração sensíveis e incommodos para o doente (Laennec).

II

A tachycardia não constitue o caracter semiotico essencial das palpitações; na realidade ha independencia entre os dous phenomenos.

III

Póde-se dizer que a predominancia das palpitações sobre os outros symptomas de que se queixa um doente é signal provavel de que o coração está illeso.

Cadeira de clinica pediatrica

Diarrhéas verdes das creanças

I

As diarrhéas verdes das creanças se mostram sob duas variedades distinctas: a diarrhéa verde biliosa e a diarrhéa verde bacillar.

II

A primeira é uma diarrhéa por polycholia, deve sua côr aos pigmentos biliares; a segunda é devida a um bacillo especial chromogenico.

III

O acido lactico é o medicamento por excellencia da diarrhéa verde bacillar.

## Cadeira de hygiene e mesologia

### Quarentenas

#### I

Quarentena é a serie de medidas de prophylaxia de defesa empregadas no intuito de impedir a importação de molestias exóticas.

#### II

Ha tres especies de quarentena: terrestre, fluvial e maritima.

#### III

Os tres systemas quarentenarios não têm o mesmo valor absoluto nem relativo; a predominancia recae sobre as quarentenas maritimas.

## Cadeira de medicina legal

### Envenenamento pelo oxydo de carbono

#### I

O oxydo de carbono é um veneno violento do sangue.

#### II

No envenenamento pelo oxydo de carbono o sangue, além da sua apparencia physica particular, apresenta uma reacção característica — a reacção spectroscopica.

#### III

O spectro do sangue carregado de oxydo de carbono é fixo e não se modifica pela acção dos agentes reductores.

## Cadeira de obstetricia

### Contrações durante o parto

#### I

As contrações uterinas durante o parto apresentam tres caracteres essenciaes: são dolorosas, intermittentes e involuntarias.

#### II

As contrações da parede abdominal estão sujeitas á vontade, podendo a parturiente, por seu proprio querer, apressar ou retardar o parto em muitos casos.

#### III

O phenomeno dominante na contração uterina é a dôr.

---

## Clinica medica (1.<sup>a</sup> cadeira)

### Sopros cardio-pulmonares

#### I

Na região precordial pôdem ser ouvidos ruidos de sopro muito semelhantes aos produzidos pelas molestias do coração, sem que no emtanto exista lesão d'esta viscera: são os sopros anorganicos.

#### II

A theoria que melhor interpreta taes sopros é a theoria pulmonar (Potain).

#### III

A significação dos sopros organicos sendo toda differente da dos anorganicos, importa muito ao medico fazer o diagnostico differencial entre uns e outros.

---

Cadeira de clinica obstetrica e gynecologica

Speculo de Sims

I

O speculo univalvo de Sims não é mais do que um affastador ou depressor da parede vaginal, com uma superficie interna reflectora.

II

Os effeitos a tirar do speculo de Sims dependem da posição dada á mulher.

III

O mecanismo do speculo de Sims repousa sobre a entrada do ar na vagina e acção da pressão atmospherica.

Cadeira de clinica psychiatrica e de molestias nervosas

Degeneração mental

I

Os degenerados são individuos originaria e habitualmente em estado de inferioridade cerebral ou mental.

II

A degeneração mental coincide commummente com disformidades physicas, mas estas anomalias physicas não provam, apenas fazem presumir a degeneração mental.

III

O factor etiologico da degeneração mental é a herança, tomando este vocabulo na sua accepção mais lata.

## APHORISMOS

---

I

Rhetor non semper suadebit, nec medicina semper sanabit.

(*Hippocrates*)

II

Perind. est periti medici, quandoque nihil agere, atque alio tempore efficacissima adhibere remedia.

(*Sydenham*)

III

Nihil temere affirmandum, nihil contemnendum.

(*Hippocrates*)

IV

Peregrinis trahimur et exoticis, indigena vero despiciamus.

(*Baglivi*)

V

Medicus naturæ minister et interpres.

(*Hippocrates*)

VI

Nec ab antiquis sum, nec a novis; utresque, ubi veritatem colunt, sequeor.

(*Baglivi*)

---

*Visto.*—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 13 de Novembro de 1895.

DR. EUGENIO DE MENEZES.