

03-2

ANTÓNIO HOMEM DA CRUZ

A REACÇÃO DE FIXAÇÃO NA TUBERCULOSE

(TRABALHO DO LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA)

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DO PÓRTO

ABRIL DE 1923

203/2 FMP

EMP. INDUST. GRÁF. DO PÓRTO, L.DA
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

A REACÇÃO DE FIXAÇÃO
NA TUBERCULOSE

N.º 158

ANTÓNIO HOMEM DA CRUZ

A REACÇÃO DE FIXAÇÃO NA TUBERCULOSE

(TRABALHO DO LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA)

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DO PÓRTO

ABRIL DE 1923

EMP. INDUST. GRÁF. DO PÓRTO, L.DA
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO

Dr. António de Almeida Garrett

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva. . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia.	Vaga
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica . .	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia.	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene.	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória .	Vaga
Patologia cirúrgica. . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica. . . .	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontologia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia.	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria.	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto*, de 3 de Janeiro de 1920.

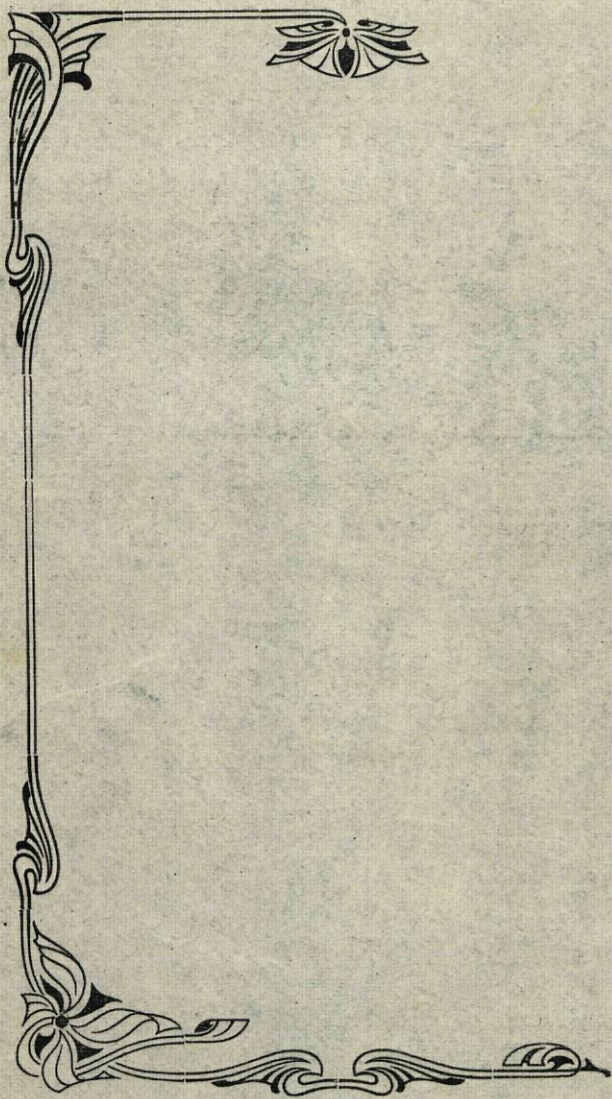
...après le vent de folie qui a poussé tant de nations, soi disant civilisées, à s'entre-détruire, l'œuvre de paix réparatrice imposera plus que jamais, aux hommes de bonne volonté, le devoir de travailler à la sauvegarde des innombrables vies humaines que fauche prématurément la tuberculose.

CALMETTE.

AO EX.^{mo} SNR. PROF.

DR. CARLOS FARIA
MOREIRA RAMALHÃO

ofereço êste humilde trabalho
e agradeço a subida honra que
me concedeu presidindo à sua
defesa.



PREFÁCIO

Êste trabalho é uma contribuição para o estudo da reacção de fixação na tuberculose.

O número de casos clínicos que observei é insufficiente não sendo possível, por êste motivo, chegar a conclusões que tornem indiscutível o valor da reacção. No entanto, a percentagem obtida na tuberculose pulmonar é importante e não se afasta muito das médias apresentadas por diferentes autores em trabalhos recentes.

Para um estudo tão complexo é necessário um conhecimento profundo de técnica laboratorial que estou longe de possuir; daí resultou um trabalho incompleto, com faltas de certa gravidade, que só o facto de constituir uma tese de doutoramento justifica a benevolência daquêles que o vão julgar.

* * *

Cumpre-me agradecer ao Snr. Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão todos os sábios conselhos que me deu

e todas as atenções que me dispensou durante os meses que frequentei o Laboratório de Bacteriologia desta Faculdade.

Estou muito grato ao assistente Snr. Dr. César Martins que foi para mim, além dum bom amigo, um auxiliar precioso.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

Os organismos infectados reagem produzindo anticorpos específicos que podem estudar-se com a reacção de Bordet Gengou. Emprega-se esta reacção num grande número de infecções, sendo verdadeiramente notável a modificação de Wassermann para o diagnóstico da sífilis. Têm-se feito numerosas tentativas com o fim de aplicar a reacção do desvio do complemento ao diagnóstico e prognóstico da tuberculose. Em 1903, Bordet e Gengou iniciaram o seu emprêgo na infecção experimental; Widal e Lesourd, Camuz e Pagniez estudaram a reacção na tuberculose humana sendo de pouco valor os resultados obtidos. Wassermann e Brück, em 1906, verificaram que os soros de indivíduos tuberculosos tratados por tuberculina fixavam o complemento. Mais tarde, Citron demonstrou que esta fixação se dava também sem tratamento prévio pela tuberculina. Outros observadores, e entre eles Wolff, Musham, Cohn e Koch, adoptando a técnica de

Wassermann e Brück, encontraram uma percentagem de 37 a 78 % de reacções positivas em indivíduos tuberculosos.

Muitos trabalhos apareceram sôbre o assunto, até que os estudos admiráveis de Calmette e Besredka, alguns dêles publicados depois da guerra, conseguem marcar uma era nova no serodiagnóstico da tuberculose.

Besredka, em 1914, iniciou, no Laboratório de Metchnikoff, o estudo do seu antigéneo de caldo de ôvo na infecção experimental e humana. Inocou 50 cobaias com $\frac{1}{100}$ de miligrama de bacilos de Koch. Nove dias depois os sôros de duas cobaias tinham reacções positivas. Sacrificando os animais em dias sucessivos foi possível seguir a marcha dos anticorpos, que eram muito abundantes no comêço e desapareciam próximo da morte. Examinou em seguida 750 sôros humanos e encontrou 69 reacções positivas; destas, estudou 53 minuciosamente e viu que os resultados laboratoriais se harmonizavam com a observação clínica.

Besredka conclui das suas experiências que a aparição de anticorpos é idêntica na cobaia e no homem; que durante o primeiro período da tuberculose a reacção é sempre positiva, no segundo é quasi sempre positiva e no terceiro é muitas vezes parcial ou negativa.

Calmette com o antigéneo peptonado B² verificou que a reacção tinha uma positividade de 95 % em

indivíduos tuberculosos; que era quasi sempre positiva em portadores de lesões em evolução e negativa em indivíduos sãos. Afirma que os estudos anteriores não tiveram bom êxito em virtude da preparação defeituosa dos antigêneos e das deficiências da técnica, muito delicada e exigindo sempre uma perfeita determinação do título de todos os componentes.

Os antigêneos de Besredka e Calmette vulgarizaram a reacção e nêstes últimos anos muito se tem trabalhado sôbre o seu emprêgo, principalmente na tuberculose pulmonar.

É muito interessante a série de opiniões que êste assunto tem suscitado nos meios scientificos. No entanto, a maior parte dos autores reconhecem os grandes benefícios que trouxe à clínica a reacção de fixação na tuberculose e têm-se limitado a estabelecer percentagens que estão em harmonia, na sua generalidade, com as apresentadas por Besredka e Calmette.

Se há autores que dão grande valôr à reacção, outros, e entre êles Rist, consideram falsas e inúteis as suas indicações, verdadeiramente perigosas para a clínica.

É exagerada esta opinião. Não nos obsecamos pelo assunto que estamos a tratar; não julgamos a reacção perfeitamente estudada mas também não acreditamos na sua inutilidade.

Há dificuldades de interpretação que ainda se não resolveram, mas as estatísticas apresentadas provam duma maneira absoluta e insuspeita o valor da sero-reacção da tuberculose.

Assim, Debains e Jupille com o antigéneo Besredka tiveram 93,4 p. 100 de reacções positivas em indivíduos portadores de lesões pulmonares suspeitas de bacilose; em tuberculoses avançadas a percentagem foi de 82,3.

Avignaret, Goldenberg e Peignaux durante um ano, com o mesmo antigéneo, fizeram a reacção em 110 casos clínicos comparando o valor dos resultados com a cuti-reacção; verificaram uma positividade de 81 p. 100 nas tuberculoses em evolução e de 27 p. 100 no início. Êstes autores consideram a reacção como um elemento valioso de estudo.

Rieux e M.^{lle} Bass têm resultados positivos em todos os tuberculosos pulmonares, com bacilos na expectoração. Em outras formas de tuberculose o número encontrado é menor, mas nunca inferior a 50 p. 100.

Com o antigéneo B², P. Crampon estudou o sôro de 88 doentes. Encontrou uma pequena percentagem de casos positivos mas não deixa de reconhecer a utilidade da reacção. Êste autor cita dois exemplos, muito interessantes, em que a reacção foi fortemente positiva em indivíduos de aparência normal, mas que decorridas algumas semanas apresentavam sinais clínicos de tuberculose.

Últimamente as experiências com êste antigéneo têm sido prejudicadas pela dificuldade em se encontrar peptona de Witte, que é indispensável na sua preparação. A conselho de Calmette, Boquet e Nègre procuraram um antigéneo que o pudesse substituir

no extracto alcoólico de bacilos de Koch previamente tratados por acetona. Os primeiros ensaios foram bem sucedidos com sôros de animais preparados, porém com os sôros de doentes os resultados foram deficientes. Os autores substituindo o alcool etílico, uzado a princípio, por alcool metílico, conseguiram um anti-géneo sensível que em diferentes casos de tuberculose deu 85 p. 100 de resultados positivos e em indivíduos que apresentavam um estado geral duvidoso 48 p. 100, o que esteve em harmonia com o estudo clínico feito posteriormente.

* * *

Dizem certos autores que a reacção pode ser positiva em sôros normais.

Rubinstein combate esta afirmação.

Durante os seus estudos se algumas reacções foram positivas em indivíduos aparentemente sãos, mais tarde a observação clínica confirmou os resultados. E o que serve para atacar a reacção é um poderoso elemento de defesa; é neste facto que assenta todo o valor do processo.

Em sôros fortemente anti-complementares, quando a alexina usada é pouco activa, a dificuldade de interpretação é grande; um sôro normal pode parecer positivo mas uma leitura bem feita, um conhecimento exacto da técnica da reacção e o uso de doses crescentes de complemento, permite-nos corrigir esta falta.

Afirma Rubinstein «que a reacção é um argumento

valioso a favor da existência duma lesão tuberculosa com um certo grau de actividade».

Todos os autores têm verificado que os sôros sifilíticos, com reacção de Wassermann fortemente positiva, podem ser positivos com antigéneo tuberculoso (1).

É êste facto suficiente para que se renuncie à reacção? Acontece o mesmo com outros processos de diagnóstico.

Está provado que os sôros tuberculosos, na ausência da sífilis, podem dar reacções positivas com antigéneos sifilíticos, e, no entanto, a reacção de Wassermann é um grande método de diagnóstico.

Uma reacção de fixação positiva num indivíduo sifilítico pode chamar a atenção do clínico para associação tão freqüente dos dois estados mórbidos. O laboratório está no seu papel fornecendo elementos que só à clínica cumpre aproveitar.

A reacção de Wassermann deve ser feita simultaneamente com a reacção de fixação. Pétroff usa um método em que utiliza, além dum extracto glicerinado de bacilos de Koch, antigéneo alcoólico e colesterinado para a reacção de Wassermann.

Ainda não foi possível tirar dos antigéneos as substâncias activas da reacção tuberculosa e sifilítica.

(1) Debains e Jupille pensam que êste facto se dá com o antigéneo Besredka devido aos lipoides da gema de ovo que, alterados pela cultura de bacilos, se transformam em verdadeiros antigéneos sifilíticos.

Só Renaux, dissociando a globulina e a serina dos sôros, conseguiu separar as duas reacções. Num sôro normal nenhuma das substâncias fixa o complemento. Nos sôros tuberculosos a alexina é fixada pela serina, enquanto que nos sôros sífilíticos é a globulina que faz a fixação.

Em casos de paludismo, com hematozoários no sangue, também se têm verificado reacções positivas com antígeno tuberculoso; Rioux e Ch. Zoeller examinaram 19 doentes e a reacção foi nove vezes positiva em indivíduos isentos de sífilis e tuberculose. Roux-la-Croix encontrou reacções positivas em casos de encefalite letárgica (1). Também na difteria, coreia de Sydenham e lepra pode haver fixação do complemento. Brito Fontes, do Instituto Câmara Pestana, seguindo as investigações de Von Eitner estudou a polifixação dos sôros de leprosos e fez a experiência com antígeno Besredka; encontrou uma positividade de 84,2 p. 100, em doentes que não eram tuberculosos nem sífilíticos.

* * *

Não está assente duma maneira absoluta a significação dos anticorpos na infecção tuberculosa. Parece quasi certo que se não trata duma reacção de imuni-

(1) O prof. Carlos Ramalhão verificou que a reacção de Wassermann também é positiva ou levemente positiva na maioria dos casos de encefalite letárgica.

dade mas sim dum processo tuberculoso em actividade. Armand Delille praticou o pneumotorax artificial em tuberculosos com reacção de fixação positiva e verificou que o número de anticorpos baixava no sôro sanguíneo, coincidindo esta diminuição com o desaparecimento da febre e dos sintomas gerais de evolução da doença.

A marcha dos anticorpos durante a evolução da tuberculose oferece ainda muitas dúvidas para que se possam considerar os resultados da reacção como elementos de prognóstico. Nos casos de cura clínica os anticorpos persistem durante longo tempo no sôro sanguíneo.

Nos indivíduos que apresentam graves lesões, a reacção é muitas vezes negativa. Diz Grumbach que êste facto deve ser proveniente de em certos períodos da doença o sôro conter antigéneo em lugar de anticorpos. E assim aconselha o emprêgo de duas reacções: na primeira procuram-se os anticorpos com o antigéneo e na segunda procura-se o antigéneo com os anticorpos específicos de cavalo.

CAPÍTULO II

A MARCHA DA REACÇÃO

(a) ANTIGÉNEOS

Um bom antigéneo deveria provocar *in vivo* a maior quantidade possível de anticorpos e ter para estes, *in vitro*, a maior afinidade em presença duma determinada quantidade de alexina. Ainda não foi possível obter um produto que satisfaça estas condições.

Têm-se empregado vários antigéneos tuberculosos na reacção de fixação. Devemos mencionar os antigéneos de Besredka, metfílico e B² de Calmette.

Há ainda a tuberculina T A C de Momose e a tuberculina bruta de Koch, usadas por alguns autores com pouco êxito.

Nas nossas observações utilizamos o antigéneo de Besredka e dois antigéneos metfílicos.

Preparação do antigéneo Besredka.

Medem-se 350 cc. de gêmas de ovos e adiciona-se-lhes um litro de água destilada, tendo o cuidado de verificar previamente se a água é pura e de reacção

neutra. Esta emulsão é clarificada com um soluto de soda cáustica a 1 p. 100. É difícil esta parte da preparação porque se torna necessário evitar que um excesso de soda prejudique o desenvolvimento da cultura.

Por esta razão junta-se primeiro uma quantidade de soda igual a metade do volume das gêmas, continuando depois a adicionar-se por pequenas fracções até ao ponto máximo de transparência. Completa-se com água destilada o volume de sete litros e distribui-se o meio em caixas de Roux que se esterilizam a 110°, durante vinte minutos. Fazem-se culturas de bacilos de Koch que se desenvolvem abundantemente. Quatro dias depois são esterilizadas e agitadas, constituindo então o antigéneo.

Por conseguinte, o antigéneo de Besredka é apenas uma cultura de quatro dias, esterilizada e que, por agitação, se tornou homogénea.

Sobre a última fase da reacção, Besredka ainda não forneceu indicações que permitam a preparação do seu antigéneo em qualquer laboratório. Por este motivo utilizamos as empolas oferecidas pelo Instituto Pasteur de Paris para este trabalho.

O antigéneo é empregado na dose de 0,cc 3, sem prévia diluição.

Preparação dos Antigêneos metilicos.

Designamos estes antigêneos por M I e M II.

Para a preparação do M I aproveitamos uma cultura de bacilos de Koch em caldo glicerinado feita em 1916 e seguimos, com pequenas variantes, a técnica de Boquet e Nègre.

Decantamos o líquido da cultura e espalhamos a substância em caixas de Petri, que estiveram dois dias na estufa à temperatura de 37°. Lavaram-se os bacilos com sôro fisiológico e secaram-se. Fez-se actuar sôbre êles a acetona à razão de 1^{cc} para 1^{cg} de bacilos.

Decorridas 24 horas filtrou-se o líquido e o resíduo, depois de sêco, pôz-se a macerar no alcool metílico absoluto também na proporção de 1^{cm} para 1^{gr} de substância, durante doze dias à temperatura de 37°.

O M II preparou-se com fígado de cobaia tuberculosa. Reduziu-se o fígado a uma polpa fina que foi espalhada numa caixa de Petri e levada à temperatura de 37°, durante 48 horas. Triturou-se a película formada e seguiu-se a técnica da preparação do M I. Êstes antigêneos, depois de titulados, empregaram-se nas reacções diluídos a 1 p. 10 em sôro fisiológico.

Antes do seu emprêgo é necessário levá-los à estufa a 37° durante alguns minutos.

Sempre que foi possível empregamos os três antigêneos cuja preparação acabamos de descrever.

Os resultados, como veremos, foram muitas vezes iguais.

Não utilizamos o antigéneo B² de Calmette por falta de peptona de Witte. Para a sua preparação põem-se a macerar durante dois dias, a banho Maria

a 65°, cinco grammas de bacilos lavados e sêcos em 100^{cc} duma solução a 10 p. 100 de peptona de Witte em água destilada. Êste antigéneo é de fácil preparação. Tem um elevado poder de fixação e uma estabilidade perfeita.

Emprega-se nas reacções diluido a 1 p. 10 em sôro fisiológico.

Calmette dá importância à tuberculina T A C cuja técnica de preparação é difficil.

A tuberculina bruta de Koch dá resultados inconsistentes não devendo ser utilizada como antigéneo.

(b) VALOR COMPARADO DOS ANTIGÉNEOS
BESREDKA E METÍLICOS MI e MII

Obs.	Antig. B		Antig. MI		Diagnosticos
	inact.	nat.	inact.	nat.	
1	*** **	*** -	—	—	Tuberculose pulmonar III
2	*** -	*** -	—	—	Tuberculose pulmonar III
3	** -	*** -	—	—	Tuberculose pulmonar II
4	---	---	—	—	Astenia
5	---	---	—	—	Sffilis pulmonar
6	** -	* -	—	—	Tuberculose pulmonar
7	---	---	—	—	Sffilis pulmonar
8	---	---	—	—	Tuberculose pulmonar III
9	---	*** **	—	—	Tuberculose pulmonar III
10	---	---	—	—	Tuberculose pulmonar
11	*** **	---	*** **	*** **	Tuberculose pulmonar II
12	*** **	** -	---	*** **	Tuberculose pulmonar III
13	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar III
14	** -	** -	*** **	*** **	Tuberculose pulmonar
15	---	---	** -	---	Tuberculose pulmonar III
16	*** **	---	*** **	*** **	Tuberculose pulmonar
17	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar
18	---	*** **	*** **	*** **	Sffilis-Tuberculose
	*** -	—	*** **	*** **	

Obs.	Antig. B	Antig. M I		Antig. M II		Diagnosticos
	inact.	inact.	nat.	inact.	nat.	
19	---	---	---	---	---	Tuberculose pulmo- nar III
20	---	---	---	---	---	Tuberculose pulmo- nar III
21	*** **	---	---	*** **	*** **	Sífilis-Tuberculose
22	*** **	*** **	*** **	*** **	*** **	Tuberculose pulmo- nar III
23	** --	---	---	*** **	*** **	Tuberculose pulmo- nar III
24	---	—	—	—	—	Tuberculose pulmo- nar II
25	---	—	—	—	—	Sífilis-Tuberculose
26	---	—	—	—	—	Heredo-sífilis (?)
27	*** **	*** **	---	*** **	*** **	Pleurisia seca
28	---	—	---	—	---	Tuberculose pulmo- nar III
29	*** **	*** **	* --	*** **	*** **	Tuberculose pulmo- nar II
30	*** **	---	---	*** **	*** **	Tuberculose pulmo- nar III
31	---	---	---	---	---	Bacilose latente
32	---	—	—	—	—	Febre tifoide
33	* --	—	—	—	—	Sífilis
34	---	—	—	—	—	Sífilis
35	*** **	—	*** **	—	* --	Meningite tubercu- losa
36	*** **	*** **	*** **	** --	---	Tuberculose pulmo- nar III
37	*** -	** --	---	** --	---	Sífilis-Tuberculose
38	** --	** --	** --	---	---	Tuberc. pulmonar I

Obs.	Antig. B	Antig. M I		Antig. M II		Diagnosticos
	inact.	inact.	nat.	inact.	nat.	
39	---	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar III
40	---	---	---	---	---	Sífilis
41	****	****	---	---	*	Tuberculose pulmonar III
42	****	—	—	—	—	Sífilis
43	---	---	---	---	---	Tuberculose (?)
44	*---	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar II
45	---	---	---	---	---	Sífilis-Tuberculose
46	**--	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar II
47	---	---	---	---	---	Insuficiência mitral
48	****-	---	---	---	---	Tuberculose pulmonar I
49	**--	—	—	—	—	Tuberculose pulmonar I
50	**--	—	---	---	---	Tuberculose pulmonar I
51	---	—	—	—	—	Sífilis
52	---	---	---	---	---	Tuberculose latente (?)
53	****-	*****	*****	---	*****	Tuberculose pulmonar I
54	**--	—	—	—	—	Tuberculose (?)
55	****-	*****	---	*---	---	Tuberculose pulmonar III
56	*****	*****	---	---	---	Tuberculose pulmonar III
57	**--	*---	*---	*---	*---	Tuberculose pulmonar III
58	**--	---	---	---	---	Tub. pulmonar III

Obs.	Antig. B		Antig. M I		Antig. M II		Diagnósticos
	inact.	inact.	nat.	inact.	nat.		
59	****	****	*--	---	---	*	Tuberculose pulmonar I
60	***-	—	—	—	—		Sífilis
61	---	—	—	—	—		Sífilis
62	***-	---	****	*--	****		Sífilis
63	***-	—	—	—	—		Sífilis-Tuberculose
	****	—	—	—	—		
64	**--	---	—	---	—		Sífilis
65	****	**--	—	*--	—		Sífilis
66	****	****	---	****	---		Sífilis-Tuberculose (?)
67	****	****	---	****	---		Tuberculose pulmonar III
68	**--	****	**--	****-	**--		Sífilis-Tuberculose
69	**--	---	---	---	---		Tuberculose pulmonar I
70	***-	—	****	—	****		Tuberculose pulmonar II
71	**--	—	—	—	—		Tuberculose pulmonar I
72	---	—	—	—	—		Tuberculose (?)
73	---	—	—	—	—		Linfatismo
74	*--	---	---	---	---		Tuberculose pulmonar II
75	---	---	---	---	---		Tuberculose pulmonar III
76	---	---	---	---	---		Tuberculose latente
77	****	---	****	—	---		Sífilis-Tuberculose

Obs.	Antig. B	Antig. M I		Antig. M II		Diagnósticos
	inact.	inact.	nat.	inact.	nat.	
78	----	----	----	----	----	Tuberculose pulmo- nar I
79	----	----	----	----	----	Tuberculose latente
80	----	----	----	----	----	Anexite bilateral
81	*----	----	----	----	----	Cistite tuberculosa
82	----	----	----	----	----	Sífilis
83	***-	----	****	----	----	Tuberculose pulmo- nar
84	----	----	----	----	----	Astenia
85	*----	----	----	----	----	Sífilis pulmonar
86	*****	*****	*****	----	----	* Sífilis-Tuberculose
87	----	----	----	----	----	Sífilis pulmonar
88	**--	----	*--	----	----	Sífilis-Tuberculose
89	***-	----	----	----	----	Sífilis
90	---	****	----	----	----	Sífilis
91	---	---	---*	---	---	* Reumatismo de Poncet
92	***-	***-	----	**--	----	Tuberculose pulmo- nar III
93	**--	****	----	****	----	Tuberculose pulmo- nar II
94	***-	---	---	---	---	Tuberculose pulmo- nar I
95	----	----	----	----	----	Cistite tuberculo- sa (?)
96	----	----	----	----	----	Sífilis
97	*****	---	---	---	---	Sífilis

Obs.	Antig. B.	Antig. M I		Antig. M II		Diagnosticos
	inact.	inact.	nat.	inact.	nat.	
98	----	***-	----	----	----	Tumor branco
99	*--	***	***	*--	----	Peritonite tuberculosa
100	**--	***-	----	***-	----	Tuberculose do testiculo
101	*--	***	***-	—	*--	Cosealgia
102	**--	**--	----	**--	----	Tumor branco

NOTA.—Sinais usados para a classificação das reacções: (1)

- **** Fortemente positiva
- ***- Positiva
- **-- Levemente positiva
- *-- Suspeita
- Negativa

(1) A positividade das reacções costuma ser marcada com sinais + + + +, mas, por conveniências tipográficas, fomos obrigados a fazer a substituição por asteriscos.

(c) MÉTODOS DA REACÇÃO

Fizemos as primeiras reacções em cinco soros de indivíduos tuberculosos com bacilos na expectoração. O sôro, inactivado e natural, foi empregado na diluição a $\frac{1}{5}$. Utilizou-se o tipo primitivo da reacção de Wassermann em que se empregam quantidades fixas de sôro e alexina, quantidades variáveis de antigéneo. Os resultados foram negativos e, por isso, abandonamos esta técnica.

Nas reacções seguintes usamos o método empregado no Laboratório de Bacteriologia para as reacções de Wassermann. Os resultados foram apreciáveis, principalmente com os antigéneos M I e M II.

Reconhecemos a necessidade de alterar o processo para o antigéneo de Besredka. Seguimos depois o método aconselhado pelo autor em que se empregam quantidades fixas de sôro inactivado e antigéneo, e doses crescentes de alexina.

Para a reacção de fixação necessitamos, além do antigéneo, de sôro, alexina titulada, uma emulsão de glóbulos de carneiro e um sôro hemolítico.

O sôro é obtido por centrifugação do sangue colhido na véspera da reacção. Fizemos as punções nas

veias da região anterior do cotovêlo e colhemos em geral 15 a 20 cc de sangue.

A alexina é obtida do sôro de cobaia morta no dia da reacção; no processo de Wassermann emprega-se a $\frac{1}{10}$ e na técnica de Besredka utilizamos a maior parte das vezes a diluição a $\frac{1}{15}$.

O sistema hemolítico foi preparado sempre pelo processo habitual das reacções de Wassermann.

* * *

MÉTODO DE BESREDKA

Para cada reacção são necessários 21 tubos que se distribuem em 3 séries, sendo a primeira para o sôro e antigéneo e as outras para as testemunhas.

Empregam-se 0,2 cc de sôro inactivado pelo aquecimento a 55° durante meia hora, 0,3 cc de antigéneo e doses crescentes de alexina a $\frac{1}{15}$ que vão de 0,1 cc a 0,4 cc com diferença de 0,05 cc de tubo para tubo.

Completa-se com sôro fisiológico o volume de 1 cc, em todos os tubos. Agitam-se e vão uma hora para a estufa a 37°. Estão uma hora à temperatura do laboratório. Junta-se o sistema hemolítico, prèviamente titulado, e depois de 35 minutos de estufa pode-se fazer

a primeira leitura. Para a classificação das reacções procedemos sempre a segunda e terceira leitura, 30 minutos e quinze horas depois da saída da estufa.

Tubos	1	2	3	4	5	6	7
Alexina a $\frac{1}{15}$	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4
1. ^a série	sôro	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	antigéneo	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	sôro fisiológico	0,4	0,35	0,3	0,25	0,2	0,15
2. ^a série	sôro	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	sôro fisiológico	0,7	0,65	0,6	0,55	0,5	0,45
3. ^a série	antigéneo	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
	sôro fisiológico	0,6	0,55	0,5	0,45	0,4	0,35

* * *

MÉTODO DE WASSERMANN

É o processo usado no Laboratório para as reacções de Wassermann.

Empregam-se 0,4 cc de sôro natural e inactivado

(a 55° durante meia hora), 0,4 cc de antigéneo e 0,4 cc de complemento a $\frac{1}{10}$. Os tubos depois de agitados vão uma hora para a estufa. Estão também uma hora à temperatura do laboratório. Distribui-se o sistema hemolítico e depois de trinta minutos de estufa a 37° pode proceder-se à 1.^a leitura.

CAPÍTULO III

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

Observ. 1 (30491 — Enf. 10). (1)

M. P., de 25 anos de idade, solteira.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 12 b. p. c. Formas longas e granulosas.

R. W.⁽²⁾ — negativa.

R. F.⁽³⁾ — fortemente positiva.

Observ. 2 (30492 — Enf. 10).

M. J., de 26 anos, solteira.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 70 b. p. c. Formas longas e curtas, incurvadas e angulosas. Formas granulosas. Alguns montões.

R. F. — positiva.

(1) Todas as observações estão registadas nos livros das análises do Laboratório de Bacteriologia da Faculdade de Medicina do Pôrto.

(2) R. W. — Reacção de Wassermann.

(3) R. F. — Reacção de Fixação na Tuberculose.

Observ. 3 (30493 — Enf. 10).

J. R. A., de 40 anos, viúva.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — 40 b. p. c. Formas filamentosas, cocobacilares e granulosas.

R. W. — negativa.*R. F.* — positiva.**Observ. 4** (30525 — Enf. 10).

J. S. L., de 27 anos.

Diagnóstico. Astenia.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.*R. F.* — negativa.**Observ. 5** (30526 — Enf. 10).

C. F. F., de 31 anos.

Diagnóstico. Sífilis pulmonar.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.**Observ. 6** (30540 — Enf. 10).

A. A., de 42 anos, solteira.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — 15 b. p. c. Formas granulosas.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 7 (30541 — Enf. 10).

J. G., solteira, criada.

Diagnóstico. Sifilis pulmonar.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.

Observ. 8 (30542 — Enf. 10).

M. A. S., de 23 anos, solteira.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 5 b. p. c. Formas curtas, longas, incurvadas e granulosas. Alguns montões.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Nota. — Faleceu alguns dias depois.

Observ. 9 (30577 — Enf. 10).

R. P., de 33 anos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — Formas curtas e granulosas.

R. F. — suspeita.

Observ. 10 (30578 — Enf. 10).

S. S.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — 6 b. p. c. Formas curtas, longas e granulosas.

R. F. — negativa.

Observ. 11 (30581 — Enf. 4).

A. J. A., de 27 anos, solteiro.

Adoeceu há dois anos. Tem dores torácicas e abdominais. Tem cefalalgias, tosse e expectoração sangüínea.

À auscultação a respiração é rude e soprada à esquerda. Há sarridos sub-crepitantes à direita.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. F. — fortemente positiva.

Observ. 12 (30582 — Enf. 4).

A. J. R., de 42 anos.

Dispnea, tosse, expectoração purulenta. Oedemas nos membros inferiores, temperatura sub-febril.

À auscultação há sinais de fusão no pulmão direito.

Tem tosse há 20 anos. Há dois meses teve uma hemoptise.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. E. — positiva.

Observ. 13 (30583 — Enf. 4).

A. S. C., de 32 anos, solteiro.

Adoeceu há 5 anos. Teve tosse, hemoptises, suores, expectoração abundante e cefalalgias. Tem melhorado. Está internado há 4 anos.

À auscultação: sarridos sub-crepitantes, broncofonia e vibrações aumentadas à direita; sarridos com a tosse e respiração diminuída à esquerda.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.

Observ. 14 (30584 — Enf. 4).

A. F., de 33 anos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. F. — positiva.

Observ. 15 (30585 — Enf. 4).

J. C. S., de 25 anos, solteiro.

Adoecem há 2 anos. Tinha pontada no hemitorax direito, astenia, tosse, calafrio febril. É sífilítico.

À auscultação: sarridos de fusão à esquerda.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 15 b. p. c. Formas curtas, longas e granulosas.

R. F. — negativa.

Observ. 16 (30586 — Enf. 4).

A. P. R., de 46 anos, solteiro.

Tosse, expectoração e dôres torácicas.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

E carro — contém bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 17 (30600—Enf. 10).

M. R. F., de 24 anos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.

Observ. 18 (30601—Enf. 10).

A. P., de 26 anos, solteira.

Adoeceu há 18 meses. Teve dores torácicas, tosse, elevação vespéral de temperatura, suores nocturnos, cefalalgias e hemoptises.

Os pais e alguns irmãos morreram tuberculosos.

Tem melhorado com o tratamento anti-sifilítico.

À auscultação a respiração é rude à esquerda.

Diagnóstico. Sífilis e Tuberculose.

Escarro — raros bacilos de Koch.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 19 (30774—Enf. 10).

M. C., de 60 anos, solteira.

Depois da gripe ficou sempre com tosse e expectoração abundante. Faz temperaturas que vão, à tarde, a 38°,5.

Há fusão bilateral dos pulmões.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 7 b. p. c. Formas granulosas e grossas.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Nota. — Faleceu dias depois da reacção.

Observ. 20 (30775 - Enf. 10).

A. L.

À auscultação pulmonar: fusão bilateral.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro - 30 b. p. c. Formas granulósas e finas.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Nota. - Faleceu 8 dias depois da reacção.**Observ. 21** (30776 - Enf. 4).

J. S., de 22 anos, solteiro.

Teve uma hemoptise há dois anos.

Tem expectoração abundante, vômitos, cefalalgias, dispnea e tosse.

A mãe morreu tuberculosa.

Há sinais de caverna no pulmão esquerdo. No direito há sarridos crepitantes e sub-crepitantes.

Diagnóstico. Sífilis tuberculose III.

Escarro - 20 b. p. c. Formas granulósas.

R. W. - fortemente positiva.

R. F. - positiva.

Observ. 22 (30777 - Enf. 10).

M. F., de 30 anos, solteiro.

Adoeceu há cinco anos.

Hemoptises, tosse, expectoração abundante, temperaturas elevadas e suores nocturnos. A mãe teve uma tuberculose óssea. Tem irmãos tuberculosos.

Há sinais de caverna no vértice pulmonar esquerdo e sarridos sub-crepitantes à direita.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — raros bacilos de Koch; formas grossas, curtas, e granulosas.

R. F. — fortemente positiva.

Observ. 23 (30778 — Enf. 10).

C. R., de 39 anos, solteira.

Adoeceu há 16 meses. Tinha dores torácicas, tosse, expectoração abundante, temperaturas elevadas.

Teve dois abortos.

O pai e um irmão morreram tuberculosos.

A doente melhorou com o tratamento anti-sifilítico.

À auscultação: sinais de caverna à direita; respiração rude e soprada à esquerda.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 25 b. p. c. Formas granulosas, compridas e grossas.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 24 (30779 — Enf. 10).

J. R., de 26 anos, solteira.

Adoeceu há um ano. Enfraqueceu. Tinha tosse, escarros sanguíneos, dores torácicas, suores nocturnos e cefalalgias.

A mãe teve um abôrtô. Morreu um irmão com meningite.

Contraíu a sffilis há dois anos.

Há broncofonia, vibrações aumentadas e sarridos sub-crepitantes à direita; a respiração está diminuída à esquerda.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — 1 b. p. c. Formas grossas e curtas.

R. F. — negativa.

Observ. 25 (30800 — Hosp. Joaquim Urbano).

A. M., solteiro.

Diagnóstico. Sífilis-tuberculose.

Escarro — 12 b. p. c. Formas grossas, compridas e granulosas.

R. W. — levemente positiva.

R. F. — negativa.

Observ. 26 (30801 — 2.^a clínica médica).

E. F., de 20 anos, solteira.

Apirexia, astenja, ligeira tosse, pontada à direita, dores nos ossos.

Apresenta diminuição de sonoridade, aumento de vibrações e respiração rude no vértice pulmonar direito.

Segundo ruído pulmonar aumentado; primeiro mitral rude e desdobrado. Menstruação irregular.

Diagnóstico. Heredo sífilis (?)

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 27 (30803 — 2.^a clínica médica).

R. C. S., 28 anos, solteiro.

Emagrecimento, temperatura sub-febril, palidez, suores nocturnos, poliadenia, expectoração mucosa levemente purulenta.

Há atritos pleurais, respiração diminuída e sub-macisnez, do lado direito.

Adoeceu há um ano com uma pontada abaixo do mamilo esquerdo.

Diagnóstico. Pleurisia sêca.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — fortemente positiva.

Observ. 28 (30804 — 2.^a clínica médica).

J. F. C., de 32 anos, casado, marceneiro.

Temperatura febril — 39°, astenia acentuada, dispnea com o esfôrço, emagrecimento, suores nocturnos, tosse e expectoração mucosa purulenta abundante.

Sinais de caverna à direita. É um sífilítico tratado. Adoeceu há três meses.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 1 b. p. c. Formas granulosas e fibras elásticas em grande quantidade.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Nota. — Faleceu dias depois.

Observ. 29 (30805 — 2.^a clínica médica).

J. A.

Adoeceu há 15 dias com cefaleias, dôres pelo corpo, tosse

sêca, dispnea, anorexia, febre e arrepios. Pontada na axila esquerda. Expectoracão viscosa e sanguinolenta.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — 3 b. p. c. Formas grossas, compridas e homogêneas.

Cuti-reacção — positiva.

R. W. — negativa.

R. F. — fortemente positiva.

Observ. 30 (30806—2.^a clínica médica).

J. A., de 18 anos, solteiro.

Dôres no hemitorax esquerdo, tosse com expectoracão, febre alta, suores nocturnos.

Sinais de caverna no pulmão esquerdo; há sarridos de fusão à direita.

A mãe morreu tuberculosa. Adoeceu há nove meses.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 35 b. p. c. Granulosos, compridos e finos.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 31 (30807—2.^a clínica médica).

T. G., de 24 anos.

Astenia, gânglios múltiplos, inguinais, axilares e cervicais. Anorexia. Apirexia. No pulmão direito, a expiração é prolongada, a respiração diminuída, há broncofonia e diminuição de sonoridade. À esquerda a respiração é rude. Morreu-lhe uma irmã tuberculosa. Menstruação regular.

Diagnóstico. Bacilose latente.

Escarro – Não contém bacilos de Koch.

Cuti-reacção – suspeita.

R. W. – negativa.

R. F. – negativa.

Observ. 32 (30808 – Hosp. Joaquim Urbano).

A. M. V.

Diagnóstico. Febre tifoide.

R. W. – negativa.

R. F. – negativa.

Observ. 33 (30814).

A. M.

Sífilides e gânglios. Fez tratamento anti-sifilítico.

R. W. – negativa.

R. F. – negativa.

Observ. 34 (30819).

Sífilis secundária. Placas vulvares e anais.

R. W. – fortemente positiva.

R. F. – negativa.

Observ. 35 (30858 – Hosp. Joaquim Urbano).

Líquido céfalo-raquidiano.

Diagnóstico – Meningite tuberculosa.

R. W. – negativa.

R. F. – positiva.

Observ. 36 (30858 – Enf. 10 – Hosp. Mis.)

V. P., de 36 anos de idade, solteira.

Adoeceu há três anos.

Há sinais de fusão bilateral.

Faz temperaturas que vão a 40°.

Os pais morreram tuberculosos.

Diagnóstico – Tuberculose pulmonar III.

Escarro – 15 b. p. c. Raros montões, formas curtas e granulosas.

R. F. – positiva.

Observ. 37 (30859 – Enf. 10. – Hosp. Mis.)

M. R., de 23 anos, solteira.

Contraíu a sífilis há dois anos. Daí principiou a sofrer dos pulmões. Teve escarros hemoptóicos. Faz temperaturas que vão, à tarde, a 38°,5.

Lesões pulmonares extensas; fusão bilateral.

Diagnóstico – Sífilis-tuberculose.

Escarro – 20 b. p. c. Formas bacilares longas e granulosas.

R. W. – fortemente positiva.

R. F. – levemente positiva.

Observ. 38 (30850 – Enf. 10 – Hosp. Mis.)

R. C. M., de 25 anos, casada.

Adoecem há 5 anos, porém, só há seis meses ficou impossibilitada de trabalhar. Tinha dores torácicas, tosse e suores.

Está apirética. Morreu um irmão com meningite. O marido é sífilítico. Tem um filho raquítico.

À auscultação pulmonar: há sarridos finos, depois da tosse, no vértice di-eito.

Diagnóstico — Tuberculose pulmonar I

Escarro — 5 b. p. c. Formas granulosas.

R. W. — negativa.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 39 (30861 — Enf. 4 — Hosp. Mis.)

M. M., de 19 anos, solteiro.

Adoeceu há 6 meses. Tem tosse, dispnea e suores nocturnos. Os pais morreram tuberculosos.

Sarridos de fusão em todo o pulmão esquerdo; respiração rude e soprada no pulmão direito.

Diagnóstico — Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 20 b. p. c. Formas granulosas, compridas e pequenos montões.

R. F. — negativa.

Observ. 40 (30862 — Enf. 4 — Hosp. Mis.)

J. S. C.

Tem uma laringite. Contraino o cancro há 4 anos. Teve uma erupção vesiculosa nos membros inferiores, queda de cabelo, gânglios inguinais e axilares.

Diagnóstico — Sífilis.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 41 (30863 - Enf. 4 - Hosp. Mis.)

J. S. C.

Diagnóstico - Tuberculose pulmonar III.

Escarro - 15 b. p. c. Formas granulosas.

R. F. - levemente positiva.

Observ. 42 (30821 - Hosp. Aljube).

O. M., meretriz.

Placas vulvares e anais.

Diagnóstico - Sífilis.

R. W. - fortemente positiva.

R. F. - positiva.

Observ. 43 (30898 - Dispensário).

R. B., de 27 anos, solteira.

Hemoptise em setembro de 1922.

Tosse, dispnea, apetite conservado. Menstruação regular.

Diagnóstico - Tuberculose (?)

Escarro - Não revelou bacilos de Koch.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Observ. 44 (30899 - Dispensário).

M. O. V., de 33 anos, casada.

Hemoptise em março de 1922.

Tem dôres torácicas, calafrio febril, expectoração, dispnêa e suores nocturnos.

Sarridos sub-crepitantes no vértice pulmonar direito.

Diagnóstico - Tuberculose pulmonar II.

Escarro - 3 b. p. c. Formas compridas e granulosas.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Observ. 45 (30900 - Enf. 10 - Hosp. Mis.)

A. A., de 26 anos, solteira.

Adoeceu em outubro. Faz temperaturas elevadas. Tem dores torácicas, anorexia, suores, expectoração abundante e dispnéa.

O pai morreu tuberculoso. O marido era sífilítico.

Há sinais de fusão pulmonar.

Diagnóstico. Sífilis e tuberculose.

Escarro - 15 b. p. c. Formas granulosas.

R. W. - fortemente positiva.

R. F. - negativa.

Nota - Faleceu alguns dias depois.

Observ. 46 (30901 - Enf. 10 - Hosp. Mis.)

E. P., de 25 anos, solteira.

Adoeceu há dois meses; tinha pontadas, tosse e cefaleias. Teve uma hemoptise. Tem pouca expectoração. Faz temperaturas que, à tarde, vão a 38°,5.

À auscultação: sarridos sub-crepitantes no vértice pulmonar direito.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro - Não revelou bacilos de Koch.

R. W. - negativa.

R. F. - suspeita.

Observ. 47 (30902 - Dispensário).

J. A., de 14 anos, picheleiro.

Teve o reumatismo articular agudo que evoluciona sem tratamento.

Emagrecimento e inapetência. Apresenta o hemitorax esquerdo retraído. Não tem expectoração.

À auscultação: um sopro de insuficiência mitral.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Observ. 48 (30903 - Dispensário).

J. X. M., de 19 anos, solteiro.

Tem pontadas, tosse, expectoração abundante e hemoptises.

Teve a gripe pneumônica e cancos venéreos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro - 12 b. p. c. Homogêneos, curtos e finos.

R. W. - Suspeita.

R. F. - levemente positiva.

Observ. 49 (30904 - Dispensário).

A. M., de 24 anos, solteiro.

Pontadas no hemitorax direito desde julho.

Tem tosse e suores nocturnos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro - 1 b. p. c.

R. W. - negativa.

R. F. - levemente positiva.

Observ. 50 (30905 - Dispensário).

A. S., de 22 anos, solteiro.

Teve uma hemoptise há dois meses.

Tem dôres no hemitorax esquerdo, tosse, expectoração, dispnea, suores, emagrecimento e diarreia.

À auscultação: sarridos crepitantes no vértice pulmonar direito e respiração rude.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro - não revelou bacilos de Koch.

R. W. - negativa.

R. F. - suspeita.

Observ. 51 (30908).

F. M.

Contraíu a sífilis aos 16 anos. Teve queda de cabelo, gânglios e erupção vesiculosa generalizada. Úlcera no membro inferior direito.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Observ. 52 (30934 - Dispensário).

M. J. Q., de 31 anos, solteira.

Tem dôres nos membros e torax. Tosse e expectoração. Emagrecimento. Teve dois filhos, um dos quais morreu com meningite.

Diagnóstico. Tuberculose latente (?)

Escarro - não revelou bacilos de Koch.

R. W. - negativa.

R. F. - negativa.

Observ. 53 (30935 — Dispensário).

M. R. D., de 29 anos, solteira.

Tem hemoptises, emagrecimento, dôres torácicas, dispnea e suores.

À auscultação: sarridos sub-crepitantes no vértice pulmonar esquerdo.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro — raros bacilos de Koch. Formas finas e homogêneas.

R. F. — positiva.

Observ. 54 (30936 — 2.^a clínica cirúrgica).

M. B. M., de 58 anos, casado.

Tosse, palidez, astenia, emaciação. Tem apertos compressivos do esôfago (por osteocondroma?) o que motivou a entrada em cirurgia.

Diagnóstico. Tuberculose (?)

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — suspeita.

Observ. 55 (30937 — 2.^a clínica cirúrgica).

J. A. J. de 31 anos, casado.

Apresenta palidez, astenia, emagrecimento e dôres articulares múltiplas.

Em toda a área pulmonar há diminuição de murmúrio vesicular; no vértice direito há sarridos de fusão e à esquerda vibrações diminuídas.

Teve um cancro mole e adenite.

Diagnóstico. Fístula anal cega interna e Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 10 b. p. c. Compridos, finos, granulosos.

Alguns montões.

R. F. — positiva.

Observ. 56 (30938 — 1.^a clínica médica).

V. G., de 30 anos, casada.

Apresenta emagrecimento profundo, ligeiros suores, tosse, expectoração muco purulenta, dispnea. Faz temperaturas que vão de 37°,7 a 39°.

Sinais de caverna no lóbo superior do pulmão direito. Na base há sarridos de fusão. No pulmão esquerdo a respiração é rude e há sarridos com a tosse.

Teve os primeiros sintomas de relevo há três meses.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 4 b. p. c. Formas curtas e longas, finas e granulosas.

Cuti-reacção — negativa.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 57 (30939 — Enf. 10 — Hosp. Mis.)

D. B. C., de 23 anos, solteira.

Adoeceu há dois meses. Tinha cefalalgias, tosse e suores nocturnos. Teve uma hemoptise há três semanas. Tem expectoração abundante. A temperatura vai a 39°,5 à tarde.

O pai morreu tuberculoso.

Há sinais de caverna no vértice pulmonar esquerdo. Sarridos de fusão em todo o pulmão. À direita a respiração está diminuída e soprada.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 3 b. p. c. Formas curtas e homogêneas.

R. W. — negativa.

R. F. — suspeita.

Observ. 58 (30940 — Enf. 10 — Hosp. Mis.)

A. C., de 29 anos, criada.

Adoeceu há cinco meses. Apresenta astenia, anorexia, calafrio febril, suores nocturnos. Tem pouca expectoração.

À auscultação há sarridos de fusão na metade superior do pulmão esquerdo e sarridos finos no vértice pulmonar direito; a respiração é rude e está diminuída nas bases.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 6 b. p. c. Formas curtas e granulosas.

R. F. — negativa.

Observ. 59 (30941 — Dispensário).

A. T. S., de 31 anos, casado.

Escarros hemoptóicos, dores torácicas, astenia e tosse seca.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — positiva.

Observ. 60 (30946 — Hosp. Aljube).

O. D., meretriz.

Sifilides papulosas.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 61 (30949 — Hosp. Aljube).

D. F., meretriz.

Placas vulvares.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — positiva.

R. F. — negativa.

Observ. 62 (30962 — clínica particular).

M. L. S.

Diagnóstico. Sífilis ganglionar.

R. W. — positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 63 (30974 — Hosp. Joaquim Urbano).

A. M. S., de 41 anos, empregado do comércio.

Adoeceu há dois meses no Rio de Janeiro.

Tinha tosse, dispnea e suores nocturnos.

Apresenta bom estado geral. Tem appetite.

À auscultação há sarridos sub-crepitantes na metade superior do pulmão direito.

Teve um cancro venéreo, uma adenite e uma blenorragia

A mulher morreu tuberculosa.

Diagnóstico. Sífilis. Tuberculose.

Escarro — 10 b. p. c. Formas granulosas.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 64 (30984 — Hosp. Aljube).

R. M. S.

Placas vulvares.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — negativa.

Observ. 65 (30988 — Hospital Aljube).

J. R.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 66 (31005 — 2.^a clínica médica).

R. F., de 21 anos, solteira.

Erupção cutânea, maculo papulosa e descamativa. Cefaleias intensas à tarde.

Astenia. Ligeiras temperaturas à tarde (37^o,7). Macropoliade-

nia. Tosse com expectoração muco purulenta. Pontadas no hemitorax direito. No pulmão esquerdo há diminuição de sonoridade, broncofonia, expiração prolongada e respiração rude; no vértice há sarridos finos.

O pai morreu tuberculoso.

Diagnóstico. Sifilis e Tuberculose pulmonar I (?)

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 67 (31006 — 2.^a clínica médica).

I. S. M., de 45 anos, solteira.

Está febril, bastante magra e pálida. Tem ligeiros suores nocturnos. Tosse com expectoração muco purulenta.

Embora já se sentisse fraca alguns meses antes, é desde setembro que passa pior. Amenorreia há 4 meses.

À auscultação: há sinais de caverna no pulmão direito e de fusão no esquerdo.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 20 b. p. c. Formas granulosas.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 68 (31008 — Dispensário).

F. C., de 32 anos, casada.

Tem tosse há um ano, dores no hemitorax direito, expectoração, hemoptises, suores.

Há sarridos finos e respiração granulosa nos vértices pulmonares.

O pai é tuberculoso.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I — Sífilis.

Escarro — 15 b. p. c. Alguns montões, formas filamentosas e granulosas.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 69 (31009 — Dispensário).

J. S., de 82 anos, doméstica.

Dôres torácicas, calafrio febril, tosse, expectoração, dispnea, perturbações gástricas e intestinais, apetite diminuído e emagrecimento.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 70 (31010 — Dispensário).

C. A., de 31 anos, solteira.

Adoeceu há cinco anos. Tem tosse, expectoração muco purulenta, hemoptises, febre à tarde e suores nocturnos. A menstruação é irregular.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 71 (31011 - Dispensário).

A. A. C., de 33 anos, solteiro.

Dôres torácicas, tosse, expectoração sanguinolenta, dispnea com a marcha, emagrecimento e adenopatia cervical.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 72 (31013 - Dispensário).

M. A. C., de 15 anos, costureira.

Dôres no hemitorax direito, tosse, expectoração hemoptoica, dispnea, suores e emagrecimento.

À auscultação: sarridos finos no vértice pulmonar direito.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.

Observ. 73 (31014 - Dispensário).

A. V., de 15 anos.

Gânglios volumosos cervicais e axilares. Torax deprimido, escoliose. Respiração diminuída no vértice.

Diagnóstico. Adenopatia tráqueo-brônquica.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. F. — negativa.

Observ. 74 (31111 - Enf. 10 - Hosp. Mis.)

M. L., de 20 anos, solteira.

Ficou impossibilitada de trabalhar há 7 meses. Tinha tosse,

dôres torácicas, febre, suores e dispnea. Faz temperaturas que vão, à tarde, a 40°. A menstruação é irregular.

À auscultação: há sarridos sub-crepitantes no vértice pulmonar direito e a respiração está geralmente diminuída.

Há atritos pleurais na base pulmonar direita.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 75 (31112 — Enf. 10 — Hosp. Mis.)

C. S., de 21 anos, solteira.

Adoeceu há seis meses. Tinha tosse, arrepios, anorexia, dôres torácicas principalmente à direita. Não tem suores. A expectoração é abundante. Tem temperaturas que vão, à tarde, a 38°,5. Está grávida de 7 meses.

Os pais morreram tuberculosos.

À auscultação: há sarridos sub-crepitantes e respiração diminuída à esquerda. À direita, no vértice pulmonar, a respiração é soprada, rude e as vibrações estão aumentadas.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III.

Escarro — 16 b. p. c. Formas curtas, homogêneas e granulosas.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Nota — Faleceu com gangrena pulmonar, alguns dias depois da reacção.

Observ. 76 (31113 — Dispensário).

L. C., de 41 anos, solteira.

Diagnóstico. Tuberculose latente.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 77 (31114 — Dispensário).

A. J. O., de 22 anos, funileiro.

Há quatro anos que tosse irregularmente. Há dois meses tem tido hemoptises. É sífilítico.

Tem dôres torácicas, expectoração abundante, febre e suores noturnos. Estado de nutrição regular.

À auscultação: há roncões e sibilos, sub-maciszez e vibrações levemente aumentadas no vértice pulmonar direito.

Diagnóstico. Sífilis-Tuberculose.

Escarro — 8 b. p. c. Raros montões e formas granulosas.

R. W. — positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 78 (31115 — Dispensário).

M. S., de 44 anos, solteiro.

Tem tosse, dôres torácicas, dispnea. Tem emagrecido.

Morreu-lhe um filho com uma meningite. Contraina a sífilis.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro — 8 b. p. c. Raros montões e formas granulosas.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 79 (31116 — 1.^a clínica médica).

A. S., de 23 anos, solteira.

Pontada na base posterior do hemitorax direito, constante, violenta, impedindo a respiração profunda e o decúbito lateral.

Emagrecimento, anorexia, cefaleias frequentes mais intensas de noite. Dôres ósseas. Apirexia. Períodos frequentes de amenorreia. Há diminuição de sonoridade, aumento de vibrações, respiração rude e expiração prolongada no vértice pulmonar direito. Há treze anos teve uma pleurisia direita com derrame e há seis uma hemoptise.

Diagnóstico. Tuberculose latente.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 80 (31117 — 2.^a clínica cirúrgica).

E. T. P., de 29 anos, solteira.

Faz elevações vesperais de temperatura (37^o,6 e 37^o,8).

Tem cefalalgias frontais, queda de cabelo e lipotimias. Não tem tosse, nem expectoração. Menstruação regular.

À auscultação: nada de anormal.

Diagnóstico. Anexite bilateral.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 81 (31118 — Enf. 9, Hosp. Mís.).

J. A. D.

Diagnóstico. Cistite tuberculosa.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 82 (31119).

A. A., estudante,

Contraiu a sífilis em 1918. Teve reumatismo e albuminúria ligeira. Tem feito tratamento.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 83 (31106 — Lab. Bonfim.)

P., estudante.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Esca.ro — revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 84 (31131 — Lab. Bonfim)

A. C.

Emagrecimento, astenia e dores torácicas.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 85 (31155 — Dispensário.)

A. G., de 22 anos, solteiro.

Diagnóstico. Sífilis pulmonar.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — negativa.

Observ. 86 (31156 — Dispensário.)

J. J. P., de 28 anos, casada.

Dôres torácicas, alguma tosse, pouca expectoração, diarreia, anorexia e emagrecimento.

Diagnóstico. Sífilis e Tuberculose.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. W. Fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 87 (31159 — 1.^a clínica médica.)

C. R., de 50 anos, solteira.

Prostração, emagrecimento, pontada na base pulmonar direita, tosse seca, palidez e taquicardia.

À auscultação: sinais de caverna à esquerda e sarridos sub-crepitantes com a tosse à direita.

Adoeceu há 5 semanas. Menopausa há 7 anos.

Diagnóstico. Sífilis pulmonar.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Nota. — Melhorou consideravelmente com o tratamento pelo iodeto de potássio.

Observ. 88 (31160 — Dispensário.)

J. O. S., de 19 anos, solteiro.

Tosse, dores torácicas, expectoração e emagrecimento.

Diagnóstico. Sífilis e tuberculose pulmonar (?)

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — fortemente positiva.*R. F.* — suspeita.**Observ. 89** (30405 — Clínica do Dr. Castro Henriques).

C. M.

É uma epilética.

Tem sífilis hereditária. Melhorou com o tratamento.

Diagnóstico. Sífilis.*R. W.* — levemente positiva.*R. F.* — levemente positiva.**Observ. 90** (31082).

E. P.

Diagnóstico. — Sífilis.*R. W.* — fortemente positiva.*R. F.* — positiva.**Observ. 91** (31205 — 2.^a clínica médica).

L. P. N., de 33 anos, casado.

Diagnóstico. Reumatismo de Poncet.*R. W.* — negativa.*R. F.* — negativa.

Observ. 92 (31206 — Enf. 10 — Hosp. Mis.)

F. B., de 55 anos, viúva.

Emagrecimento, palidez, temperatura sub-febril à tarde e astenia. Micropoliadenia generalizada.

À palpação abdominal há sensação vaga de dôr e resistência, sendo quási impossível a exploração profunda. A palpação superficial dá uma sensação de aspereza como se os dedos deslizassem sobre arroz.

À auscultação: há sarridos crepitantes e sub-crepitantes, respiração diminuída e broncofonia em toda a área pulmonar. Tem filhos tuberculosos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar III e peritonal.

Escarro — revelou numerosos bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 93 (31207 — Enf. 10 — Hosp. Mis.)

M. R. L., de 49 anos.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar II.

Escarro — revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 94 (31208).

J. C. L., de 23 anos, casado.

Dôres no peito, tosse, expectoração, hemoptises, dispnea e suores.

Diagnóstico. Tuberculose pulmonar I.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 95 (31218 — Consulta de Urologia).

Diagnóstico. Cistite tuberculosa (?).

R. W. — negativa.

R. F. — negativa.

Observ. 96 (31162 — Laboratório).

A. S. P.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — levemente positiva.

R. F. — negativa.

Observ. 97 (30773 — Hosp. Militar).

L. P.

Cefaleias nocturnas, gânglios axilares e inguinais. Dois cancos venéreos. Adenite.

Diagnóstico. Sífilis.

R. W. — fortemente positiva.

R. F. — positiva.

Observ. 98 (31287 — 1.^a clínica cirúrgica).

A. A., de 17 anos, solteiro.

Perna em flexão sobre a coxa. Movimentos activos e passi-

vos de flexão e extensão impossíveis. Foi operado. Em 1912 teve um tumor branco.

Diagnóstico. Anquilose produzida por um tumor branco.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — suspeita.

Observ. 99 (31288 — 2.^a clínica médica).

L. L. C., de 31 anos, casada.

Emagrecimento, febre ligeira (até 38°), astenia, gânglios inguinais, axilares e cervicais.

Sinais de ascite volumosa; foi-lhe feita paracentese de seis litros. Não tem tosse nem expectoração.

À direita a expiração é prolongada, a respiração vaga e há submaciszez na base. À esquerda a respiração é granulosa.

Diagnóstico. Tuberculose peritoneal.

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 100 (31289 — Enf. 5 — Hosp. Mis.)

D. F. C.

Diagnóstico — Tuberculose do testículo (caso operado).

Escarro — não revelou bacilos de Koch.

R. W. — negativa.

R. F. — positiva.

Observ. 101 (31290 — (Hosp. Mis.)

A. M. F., de 11 anos.

Diagnóstico. Coxalgia.

R. W. — negativa.

R. F. — levemente positiva.

Observ. 102 (31291 — Hosp. Mis.)

M. O., de 34 anos, casado.

Adoeceu há 4 meses.

Diagnóstico. Tumor branco.

R. W. — negativa.

R. F. — levemente positiva.

CAPÍTULO IV

VALOR CLÍNICO DA REACÇÃO

Fizemos a reacção de fixação em 102 indivíduos na sua maioria tuberculosos.

Escolhemos principalmente os casos de tuberculose pulmonar porque são aqueles que, pela sua frequência e gravidade, oferecem maior interesse clínico. Em 52 casos de tuberculose pulmonar confirmada pela existência de bacilos na expectoração, a reacção foi positiva 35 vezes, isto é, 67,3 p. 100.

Estudamos 46 clinicamente que dividimos, segundo a classificação de Turban, em três graus:

	Total	Positivas	Negativas	Percentagem
1.º grau	11	10	1	90,9
2.º grau	11	7	4	63,6
3.º grau	24	14	10	58,3

Na tuberculose pulmonar do 3.º grau, seis dos indivíduos que tiveram reacções negativas faleceram alguns dias depois. Êste facto é digno de registo porque dá à reacção um certo valor de prognóstico.

Em 12 doentes que pudemos considerar clinicamente suspeitos de tuberculose pulmonar com lesões muito discretas e sem bacilos na expectoração, a reacção foi positiva 7 vezes, isto é, 58,3 p. 100. É necessário notar que alguns destes soros tinham reacções de Wassermann fortemente positivas.

Na tuberculose pulmonar a sensibilidade dos anti-géneos foi importante. No quadro seguinte estabelecemos as percentagens de casos positivos segundo os anti-géneos empregados:

	Total	Positivas	Negativas	Percentagens	
Antig. B	58	42	16	72,4	
Antig. M I	{ inact.	40	22	18	55
	{ nat. (1).	44	17	27	38,6
Antig. M II	{ inact.	32	15	17	46,8
	{ nat.	36	11	25	30,5

(1) Com os antig. M I e M II usamos muitas vezes o soro natural; a percentagem de casos positivos foi pequena, sendo, por esta razão, de pouco interesse o seu emprego nas reacções.

Em 4 casos de tuberculose latente a reacção foi sempre negativa.

Em 2 indivíduos com perturbações várias do estado geral, em que a astenia era o sintoma predominante, a reacção foi negativa.

Em 4 portadores de sífilis pulmonar a reacção foi sempre negativa.

Um indivíduo com reumatismo de Poncet teve reacção negativa.

Em três casos de tuberculose das serosas a reacção foi sempre positiva.

Na tuberculose óssea também os resultados foram sensíveis; em dois tumores brancos e numa coxalgia a reacção foi positiva.

Dois casos, um suspeito, outro confirmado, de cistites tuberculosas tiveram reacções negativas.

Num operado duma tuberculose do testículo a reacção foi positiva.

Um indivíduo portador duma febre tifoide, com r. de Widal positiva, teve uma reacção de fixação negativa.

Dos casos de sífilis estudados, 11 tiveram reacções de Wassermann positivas; a reacção de fixação com antígenos tuberculosos foi positiva em 7 (63,6 p. 100).

CONCLUSÕES

1.º—A reacção de fixação na tuberculose é específica.

2.º—Tem um apreciável valor de diagnóstico e prognóstico constituindo um bom elemento de estudo da tuberculose em evolução.

3.º—É principalmente na tuberculose pulmonar que a reacção fornece à clínica indicações importantes.

4.º—É muitas vezes positiva na tuberculose pulmonar do 1.º grau; a positividade diminui nas formas do 2.º e 3.º grau.

5.º—Não é uma reacção completamente estudada; há necessidade de aperfeiçoar a técnica.

6.º—Os antigéneos Besredka e metílico de Boquet e Nègre são muito sensíveis.

7.º— Os soros com reacções de Wassermann positivas podem dar resultados positivos com antigéneos tuberculosos; há necessidade de separar os princípios activos das duas reacções.

VISTO

Carlos Ramalhão.

PRESIDENTE

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins.

DIRECTOR

BIBLIOGRAFIA

CALMETTE

L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux (1920).

ARMAND DELILLE ET NÉGRE

Technique de la réaction de déviation du complément de Bordet et Gengou (2.^e édition).

KOLLE ET HETSCH

La bacteriologie experimentale (3.^e édition).

Comptes-rendus de la Société de Biologie (1914, 1920, 1922).

Le Journal médical Français (1922) — n.^o 9 (Le laboratoire de la Tuberculose).

Annales de l'Institut Pasteur (1914).

Revue de la Tuberculose — (octobre 1921).

Presse médicale (1922).

Bulletin de l'Institut Pasteur (1922).

BIBLIOTECA

ACABOU DE SE IMPRIMIR
NA EMP. INDUSTRIAL GRÁFICA DO PORTO, L.da,
RUA DOS MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178,
AOS 25 DE ABRIL DE 1923.