

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

01616

01616

---

**DIRECTOR EFFECTIVO**  
Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

---

**REDACÇÃO**

CLEMENTINO FRAGA, GARCEZ FRÓES, PINTO DE CARVALHO,  
GONÇALO MONIZ, MARTAGÃO GESTEIRA, PRADO VALLADARES,

CESARIO DE ANDRADE,

FERNANDO LUZ, J. ADEODATO, CAIO MOURA.

Professores da Faculdade de Medicina

---

**REDACTOR-SECRETARIO**

Dr. ARMANDO SAMPAIO TAVARES  
Assistente da Faculdade de Medicina

## VOLUME 58

NUMERO 9 \* MARÇO 1928

---

BAHIA  
ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS  
35, Rua Conselheiro Saraiva, 35

1928

## SUMMARIO

---

SOBRE O DIAGNOSTICO PRECOZE DA TUBERCULOSE PULMONAR — Trabalho apresentado pelo Dr. Eugenio Coutinho ao 1.º Congresso Pan-Americano da Tuberculose reunido em Córdoba (Republica Argentina), em Outubro de 1927.....	Pag. 387
HOSPITAL SANTA ISABEL —Relatorio apresentado á Santa Casa de Misericordia pelo Director Prof. Aristides Novis correspondente ao anno de 1927.....	» 415
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS.....	» 431

## ASSIGNATURAS

### Pagamento adiantado

PARA A CAPITAL	FÓRA DA CAPITAL
Por um anno . . 15\$000	Por um anno . . 20\$000
Por seis mezes . 8\$000	Por seis mezes . 12\$000

Numero avulso 2\$000

---

Os academicos de medicina pagarão apenas 12\$000  
por anno ou 6\$000 por semestre.

---

A redacção não se responsabiliza pelos artigos assignados.  
Unico agente para a França — *Societé Fermière des Annuaire*  
53 Rue Lafayette — PARIS.

---

### REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Rua Chile n. 26-(1.º andar)  
BAHIA

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1866

Vol. LVIII

Março de 1928

N. 9

## SOBRE O DIAGNOSTICO PRECOZE DA TUBERCULOSE PULMONAR

Trabalho apresentado pelo Dr. Eugenio Continho ao 1.º Congresso Pan-Americano da Tuberculose reunido em Córdoba (Republica Argentina), em Outubro de 1927.

A localização pulmonar da tuberculose comporta uma percentagem de 90% dos casos na totalidade das affecções desta natureza. E porque é assim frequentissima essa doença e é de todos os dias para os clínicos o se defrontarem com doentes cujos symptomas os conduzem á pesquisa dos signaes que a caracterizam, subindo de ponto as difficuldades quando se trata de realizar o reconhecimento do mal ainda nos seus primordios, o problema clínico do diagnostico precoze da tuberculose pulmonar chronica commum do adulto é, ao mesmo tempo, dos mais difficeis e dos de maior interesse na medicina interna.

São sem conta os methodos ou os signaes que têm sido propostos para este diagnostico, acreditados como valiosos e, reproduzidos ainda hoje não só nas semioticas como, e até, nos tratados da especialidade.

Alguns, ao acaso:

*Signal de Aufrecht*—o extremo acromial da clavícula é mais baixo do lado do pulmão attingido.

*Signal de Ruault*—expansão retardada, encurtada ou intercisa do apice acommettido.

*Signal de Revillet* — depressão inspiratoria supra-clavicular do lado doente.

*Signal de Sergent* — mydriase provocada pela atropina no olho correspondente ao lado doente, nas lesões recentes; myose nas lesões antigas.

*Signal do angulo escapular de Bacelli* — o angulo escapular supero-interno do lado doente se move menos e não attinge á altura do do lado são.

*Signal de Pottenger* — alguns musculos do pescoço e da nuca (o trapezio, os escalenos e os esterno-clidomastoideos) são mais proeminentes e mais rigidos no lado correspondente ao pulmão doente.

*Signal do Boeri Sabourin* — dôr á pressão do apice lesado.

*Signal palpebral de Poenaro* — *Caplesco* — tumefacção das palpebras superiores.

*Signal de Bertrand* — mais frequente no curso da tuberculose latente abortiva: localisação na pelle do thorax da *pitiriasis versicolor*, causada pelo *microsporon furfur*.

*Signal das estrias vasas de Francke* — pequenos vasos ectasicos, preferentemente localisados na face posterior do thorax. Lombardi chega a chamar emphaticamente á sua séde de eleição (visinhança da apophyse espinhosa da 7.<sup>a</sup> cervical e das 3 primeiras dorsaes) a *zona varicosa de alarma* para o diagnostico da tuberculose. Já para Dereck seria muito mais importante um reticulo venoso na região sub-clavicular...

A *anisomatia* ou desigualdade mammal, sendo menor a mamma do lado correspondente á lesão incipiente pulmonar (Richer).

*Signal de Concato* — atrophia do esterno-clidomastoideo do lado doente.

*Signal de Boix* — atrophia global dos musculos da

cintura escapulo-thoracica, especialmente do grande peitoral e do deltoide.

*Signal de Boeri*—hypertrophía compensadora do esterno clido-mastoideo no lado opposto ao do pulmão attingido.

*O phenomeno clavicular de Kuthy*—depressão das fossas supra e infra-claviculares.

*O achatamento do angulo de Louis (Rotschild) a depressão intra-escapular (Mazzoline).*

*O phenomeno diaphragmatico de Litten.*

*O symptoma acromial de Kuthy*—o acromio do lado doente não attinge á altura do do lado são, nos actos inspiratorios.

*Signal de Thompsom*—uma coloração especial, esbranquiçada, da orla gengival.

*Signal de Signorelli*—dilatação inspiratoria da pupilla no lado doente.

*Os dedos hippocrativos* ou em vaqueta de tambor.

*O espessamento das clavículas (Schultz).*

*Ponto doloroso e reflexo do vago de Mays*—dôr vivissima acompanhada de tosse, pela compressão do vago no pescoço, junto á carotida.

*Signal de Fernet*—entumecencia dos ganglios axillares do lado da lesão pulmonar inicial.

*O symptoma de Petruschy ou espinalgia espontanea ou provocada* pela pressão da 2.<sup>a</sup> até a 7.<sup>a</sup> cervical e da 3.<sup>a</sup> á 5.<sup>a</sup> dorsal, preconizada outrora por esse auctor para o diagnostico da adenopathia tracheo-bronchica, veio a ser muito recentemente (*Journal des Praticiens*, n. 13, 1925) recommendada por Gribol para o diagnostico da tuberculose pulmonar incipiente.

Si quizessemos continuar a lista destes signaes, poderiamos ainda citar muitos, e muitissimos outros, da mesma casta que esses, igualmente inuteis para o

diagnostico e certamente obra da fantasia de seus creadores imaginosos.

Houve época em que todos os recursos, os mais abstractos, da indagação semiologica, serviam á indução diagnostica, mal esteiada em recursos de real valor para esse resultado. Foi aquella, contemporanea das ideas de Grancher sobre a evolução anatomo-clinica da tuberculose, e segundo as quaes um periodo, ás vezes longo, de germinação dos tuberculos, deveria consentir ao clinico a possibilidade desse diagnostico por simples modificação do murmurio vesicular, acompanhada de poucos signaes geraes.

Data daquella época certamente, essa verdadeira febre de descoberta desses signaes recommendados como sufficientes por si sós, muita vez para a noção do diagnostico clinico. E' que os signaes de Grancher vinham fallindo frequentemente e era preciso recorrer ao maior numero de outros em seu soccorro para que assim reunidos pudessem dar maior prestigio ao supposto diagnostico.

O certo é, porém, que nenhum delles isoladamente ou todos num só doente de nada vale na pratica. Os que se experimentaram no trato destes doentes sabem quão inanes são na clinica estes taes signaes, cuja condemnação deve ser decretada, relegando-se-os á poeira dos archivos bibliographicos para o governo dos que, iniciados no estudo da especialidade, não cheguem sequer a perder tempo na sua verificação.

As modernas concepções anatomo-pathologicas e anatomo-clinicas da tuberculose vieram modificar profundamente os criterios semiologicos que se estribavam nas antigas doutrinas e á observação dos factos na clinica correspondem agora com maior justeza os acertos das noções modernas.

Parece actualmente firmado o accordo entre os anatomopathologistas no que concerne aos processos histologicos das lesões pulmonares na tuberculose. A granulação tuberculosa—agglomerado de folliculos de Koster—é a expressão da granulia. Fóra della todos os outros processos tuberculosos do pulmão são de séde essencialmente alveolar e a pneumonia é a sua expressão fundamental.

Quasi todos os ptisiologos, ao menos na França, estão de concerto nessas idéas pelas quaes o tuberculo nodular tem uma origem pneumonica e por conseguinte alveolar. O bacillo de Koch é o responsavel e por si só capaz, como o pneumococo, de gerar essas reacções, desde as menores, acinosas ou lobulares, até as maiores, de typo lobar. Penetrando no alveolo o bacillo provoca, por um ataque ás cellulas de revestimento destes alveolos, uma reacção catarrhal por simples descamação do epithelio e uma reacção exsudativa fibrino-leucocytaria analoga á da pneumonia franca, evoluindo ou para a resolução ou para a esclerose ou para a necrose. (Sergent, Ribadeau Dumas).

Em summa que o processo histo-pathologico predominante na tuberculose é o da pneumonia, emquanto a lesão follicular é apenas contingente, sendo a alveolite a lesão inicial e fundamental.

Fundados nestas idéas, unanimemente acceitas na França, o Prof. Rist, eminente clinico e acatado phtisiologo francez, apresentou recentemente no 5.º Congresso da Tuberculose, reunido em Strasburgo, uma interessante communicação, na qual resalta a importancia do exame bacilloscopico para o diagnostico da tuberculose pulmonar. Considera esse douto especialista que em face das novas concepções sobre a evolução da tuberculose a lesão pulmonar é sempre, fóra da granu-

lia, uma lesão aberta para os bronchios e que quando se faz a critica dos casos bacilliferos apresentados nas estatisticas chega-se a verificar que só um insignificante residuo delles pôde subsistir como digno desse diagnostico de que tanto se abusa — o da tuberculose fechada.

Rist, estudando o assumpto em 227 doentes de uma estatistica de militares propostos para a cura sanatorial em New-Castle, de 1913 a 1919, verificou que delles eram bacilliferos 107 e não o eram 120. Daquelles morreram 53 e destes apenas 4, vindo autopsia demonstrar nnum uma bronchiectasia, noutro a gripe, noutro um sarcoma pulmonar e no ultimo uma tuberculose miliar aguda, e que em 91 dos casos não bacilliferos poude ser feita a prova da natureza não tuberculosa da doença.

A' que se deve attribuir tão frequentes erros de diagnostico? De um lado á facilidade de se admittir a tuberculose pulmonar pela só noção da sua frequencia, com a exclusão das outras doenças a ella assemelhadas, e de outro lado á influencia de uma technica semiologica deficiente ou erronea que leve o clinico a estas falsas interpretações diagnosticas.

Os que diariamente mourejam na clinica terão certamente notado como é ainda hoje corrente julgarem-se certos medicos no direito de estabelecer um diagnostico de tuberculose pulmonar pelo encontro de alguns signaes geraes e de duvidosos signaes stethacusticos, desprezando a informação do laboratorio.

Passo pela rama na apreciação do valor dos methodos outr'ora tão valorisados e ainda hoje com enthusiasmos adeptos, os de Kronig e Goldscheider, para a identificação, por processos percussorios, de lesões tuberculosas incipientes no pulmão; aquelle obtendo nestes casos uma delimitação impreciza dos limites de sonori-



dade da linha interna do espaço de Kronig, o de Goldscheider determinando pela verificação do limiar da sonoridade, mínimas variações da consistencia pulmonar.

Baseados em doutrinas seductoras taes methodos não servem evidentemente para revelar as lesões pulmonares verdadeiramente incipientes e só logram effeito, de modo claro, nas lesões de certo porte, quando já a radiologia nos mostra sombras nitidas no pulmão.

Que importa ainda as chamadas anomalias respiratorias? Nenhuma prova é mais concludente da sua inutilidade que essa mesma divergencia actual sobre a sua interpretação clinica exacta, dada pelos autores de hoje e os de hontem. Emquanto Grancher as considerava outr'ora como significativas de um remoto inicio do mal em actividade, Bezançon agora as interpreta como expressivas de uma esclerose do apice ligada quasi sempre a uma lesão curada.

Predomina como se vê, em ambos os criterios, a noção da doença, activa ou curada. Mas porque essa tendencia de julgar taes anomalias sempre como signaes morbidos de uma lesão presente ou passada? Temos para nós que taes modificações respiratorias, embora possivelmente presentes nos casos pathologicos da especie que tratamos, são compatíveis com o estado physiologico. A expiração prolongada, a respiração intercisa, as variações da intensidade e da rudeza, ás vezes em extremos distanciados, podem estar nos limites da normalidade. Cada individuo respira a seu modo e dissemelhanças anatomicas podem gerar essas variações do murmurio vesicular da mesma fórma porque se acceptam as divergencias tanto na intensidade quanto, e até, no timbre das bulhas do coração, dentro de limites physiologicos.

Quando será dado ao clinico julgar de uma simples anomalia respiratoria se ella é pathologica ou não é, tomando essas modificações como elementos de diagnostico?

A experiencia dos annos vividos na bôa pesquisa desses signaes só me tem cada vez mais convencido de que para que os clinicos algumas vezes lhes tenham podido dar valor foi preciso que lhes impressionassem *à priori* outros elementôs de convicção para o diagnostico, como o emmagrecimento, a febre, a tosse, etc.

Dos signaes de escuta, áparte os estertores, só deve ser considerado de valor a chamada respiração granulosa, cuja interpretação é afinal a de verdadeiros estertores longinquos que chegam ao ouvido sem o caracter de descontinuidade que costuma apresentar quando mas nitidos.

Todos os outros pequenos signaes de escuta deveriam, ao nosso ver, ser desprezados na pratica, dada a insufficiencia do seu valor no diagnostico, pois em qualquer caso, pathologico ou não, estão differentemente presentes ou ausentes á auscultação.

O exame radiologico, de valor seguramente precioso e incontestavel, não chega a ser tão decisivo como proclamam alguns auctores. Rist, por exemplo, chega a enunciar, a proposito, essa peremptoria opinião: «quando um olho experimentado, examinando aos raios X os pulmões, em varias incidencias, não percebe nenhuma sombra, nenhum véo, e os apices se illuminam e o diaphragma se move bem, pôde-se affirmar que os pulmões estão intactos».

Contrariamente a essa opinião de Rist, excessivamente formal, reproduzida entre nós, embora sem os mesmos exaggeros, por Manoel de Abreu, (Diario de Medicina, 147, 1924) que julga extremamente rara a

tuberculose pulmonar que se não demonstra ao exame fluoroscopico, a nossa observação já nos levou á demonstração, em recente trabalho, de que o facto se verifica em 5 % dos casos negativos aos raios X, pela prova inconcussa do exame baciloscopico positivo.

Um argumento serviria a esses radiologistas para a defesa das suas convicções: a presença dos bacillos prova somente a existencia de uma expectoração bacilifera que póde ser oriunda de uma simples bronchite especifica. Mas a bronchite tuberculosa pura existe?

Certos auctores, como Alexis Pissavy, (*Formes cliniques de la tuberculose des pulmoms et de la plèvre*, 1921, pag. 119) parecem admittir as formas bronchicas, descrevendo sob esse nome «les cas de tuberculose bronchitique dans lesquels les signes d'inflammation chroniqui dominant le tableau clinique ou nôme le constituent exclusivement».

Até ahi, porém, um rotulo diagnostico apenas, por uma simples impressão dos signaes clinicos apresentados pelos doentes. Mas de nada vale, para infirmar a possibilidade de uma lesão pulmonar, a predominancia ou mesmo exclusividade dos symptomas traductores da inflamação bronchica. O de que se não deve prescindir para a demonstração da fórma pura de bronchite tuberculosa é a prova anatomica, o fundamento anatomo-pathologico que responda por essa localisação exclusiva.

E' o proprio Pissavy quem confessa mais adiante no seu trabalho: «*la rareté des autopsies*», ao moins dans les formes pures, fait que les lesions des tuberculoses bronchitiques ne sont pas parfaitement connues dans tous leurs details». Raridade dos autopsias nas fórmas puras. Mas quando e onde foram feitas essas verificações anatomo-pathologicas? Observação macroscopica ou microscopica?

Em um excellente artigo, Giraud e Sedad, (Revue de la Tuberculose, tomo V, 1924, pag. 5) tratando da classificaçao das formas anatomo-clinicas da tuberculose, assim escrevem: «pour plus de clarté nous écarterons les formes non parenchymateuses de la classification de Bard. En effet, les differents types de tuberculose bronchique sont encore mal degagés».

Assim ainda nesse interessante conceito de L. Bernard. La guérison de la tuberculose pulmonaire, 1923, pag. 12): «eliminamos da nossa classificaçao, como classe especial, as bronchites tuberculosas, das quaes as bronchites superficiaes se confundem com as tuberculoses fibrosas diffusas com emphysema pulmonar e catarrho dos bronchios e as outras, as bronchites profundas, não são na realidade senão phtisicas fibro-caseosas communs».

Dumarest e Marotte (Revue de la tuberculose, Abril, Juin, 1920, pag. 123) concluem por essa forma: «Uma bronchite pura não existe. Quando o pulmão está inflammado toda a arvore broncho pulmonar está affectada. O epithelio bronchico é particularmente resistente e uma bronchite tuberculosa é sempre secundaria a uma infiltraçao do parenchyma pulmonar.

Consequentemente nada nos leva a suppor a existencia dessa bronchite pura tuberculosa, responsavel pelos casos positivos ao laboratorio e negativos aos raios X. Os casos de laryngite pura são, por sua vez, de facil exclusao pelos seus signaes caracteristicos. O proprio conhecimento do limiar da visibilidade radiologica. (lesao pulmonar de 1 c. cubico de volume) nos está indicando a possibilidade da existencia de uma lesao parenchymatosa, ainda não apreciavel aos raios X, nas melhores teleradiographias e já sufficiente para se demonstrar ao exame do escarro. Em um bello

exemplo que consta de um nosso modesto trabalho, (1) a noção da existencia da lesão parenchymatosa era dada pela presença de estertores sub-crepitanes limitados a pequeno trecho das zonas superiores de escuta no thorax.

Provada assim a eventualidade do exame radiologico negativo nos casos de indubitavel lesão pulmonar, cuja natureza tuberculosa se afirma no exame positivo do escarro, restaria saber em que proporção o facto se verifica. Das nossas pesquisas anteriores conseguimos concluir que o acontecimento se observa em 5 % dos casos de tuberculose pulmonar provada ao exame baciloscopico.

Comparada, porém, ao exame auscultatório, leva a prova radiologica sensível vantagem, pois si avaliarmos a fallencia da auscultação na clinica, verificaremos ser de vinte por cento os casos em que, provada a tuberculose pulmonar pelo exame do escarro, a escuta não nos fornece o encontro de signaes indubitaveis ou *signaes de certeza*, que são os estertores humidos, sub-crepitanes ou crepitanes e os estalidos, limitados ás zonas altas do peito.

Dessa indisputavel superioridade do exame radiologico sobre a auscultação resulta que ao clinico, o mais experimentado, já não pode surprehender o conhecimento de uma lesão pulmonar, pelo só emprego desse recurso. O que se passa com as cavernas pulmonares, cuja presença se trahe ao exame physico sómente em 1/5 dos casos pelos signaes classicos que a representam,

---

(1) «Do valor clinico dos signaes de escuta, do exame radiologico e da baciloscopia especifica no diagnostico da tuberculose pulmonar». These de Decencia Livre. 1924.

sendo raramente despercebidas aos raios X, succede com as lesões parenchymatosas de pequena densidade ou profundamente situadas, faceis de escapar ao exame sthetacustico.

Conscia de tudo isso a maioria dos clinicos já deve ter reconhecido a necessidade do exame radiologico nos casos suspeitos de tuberculose pulmonar, quando o exame sthetoscopico lhe não dá as provas necessarias a um seguro juizo diagnostico. Mister se faz, entretanto, aos radiologistas e aos clinicos não negarem a tuberculose pelo só encontro de campos pulmonares claros, sem o concurso das outras provas clinicas exigidas para uma final decisão diagnostica. De maneira diversa só procedem os que andam desavisados daquella verdade de que a radiologia ora vê demais, acreditando como importantes simples sombreados de lesões ja curadas, ora de menos, quando se trata de lesões de pequeno volume e de cuja existencia e natureza tuberculosa dá conta insophismavel a prova bacterioscopica positiva.

São portanto os signaes sthetacusticos, mórmente os que se obtêm á auscultação, o exame radiologico e a prova bacilloscopica, emparceirados uns aos outros, que formam o apanhado indispensavel de elementos semiológicos com que se julga não só o diagnostico da natureza, como o diagnostico da evolução e da extensão da tuberculose pulmonar.

Se quizermos admittir a existencia da tuberculose pulmonar apesar de se mostrarem negativos estes informes, então chegaremos a tolerar esse diagnostico em uma tão larga extensão de limites que muitas vezes elle viria resultar inseparavel do de outras especies clinicas banaes.

Sem duvida a hypothese ou a conjectura clinica ou

a simples suspeita de uma dada doença é sempre admissivel, mas o diagnostico da especie em causa não pode ser aventurado, sem quebra do rigor scientifico, quando se não hajam obtido as provas mais decisivas para esse asserto.

No diagnostico da tuberculose pulmonar o exame baciloscopico é o primeiro dado a inquirir e na sua falta deve o espirito clinico aceitar apenas a supposição diagnostica emquanto não consegue, pela repetição das analyses do escarro, demonstrar a procedencia da sua suspeita.

Poder-se-hia argumentar com a falta da tosse em certos tuberculosos, e consequentemente com a falta de expectoração, para essa pesquisa. O facto é exequivel, sem duvida, mas certamente excepcional pelo que nos ensina a propria experiencia; pois até hoje só raramente temos observado semelhante facto, de doente cujo exame clinico não deixa duvidas sobre a existencia de lesões pulmonares evolutivas, negarem a pé firme ter a minima tosse.

Fóra desses exemplos particularissimos, a tosse é consectaria habitual das lesões pulmonares de qualquer natureza. Está bem visto que se nos contentarmos no inquerito anamnestico desse symptoma, com a primeira resposta dos doentes, estaremos sempre illudidos a respeito de sua frequencia. Bem apurado, entretanto, esse ponto, em cuidadoso interrogatorio, sempre succede que o doente acaba por confessar que na realidade a tosse existe, embora rara. Por isso andamos em discordancia, quanto á importancia diagnostica desse symptoma, com a opinião de alguns auctores, que declaram não acompanhar a tosse, com regularidade, as alterações pulmonares e quasi subscrevemos no seu absolutismo a

velha formula de Laségue; «Sem tosse não ha tuberculose pulmonar».

Si assim é e si os diversos methodos de exame physico só nos informam do estado physico do pulmão, e não nos dizem da natureza das lesões; si a auscultação deixa muitas vezes despercebidas até cavernas pulmonares; si a propria radiologia comporta não raras causas de erro, o que seria necessario para fazer do exame de escarro o principal elemento do diagnostico? Seria o bastante que esse exame comportasse uma frequencia maior de resultados positivos comparativamente com aquelles methodos. Isso já o estabelecemos recentemente e não queremos agora voltar sobre o assumpto.

Dessa maior frequencia já não seria facil deduzir que a sua informação ao diagnostico deveria ser mais precoce? O verdadeiro criterio especulativo, mediante o qual poderíamos chegar ao conhecimento da verdadeira significação da precocidade do exame baciloscopico, seria o criterio anatomo-pathologico.

Se nós admittimos que a tuberculose pulmonar chronica, que é a modalidade em jogo, se processa no pulmão de uma forma insidiosa, de lenta evolução, durante mezes e até durante annos, até que o volume das lesões se retrate aos raios X e se denuncie á escuta por signaes indiscutíveis, então esse diagnostico de tuberculose pulmonar terá de ser na mór parte das vezes puramente conjectural e haverá de valer-se mais particularmente dos signaes geraes para estabelecer-se, embora presumidamente.

Se, por ex., num individuo, a febre, o emmagrecimento e a tosse se associam, dando a classica triade symptomatologica de Morton — nada custará ao clinico, dada a frequencia da doença, firmar o diagnostico de uma



tuberculose pulmonar fechada, dando a esse diagnostico uma elasticidade sufficiente para comportar no seu complacente distico todos os casos morbidos, de varia natureza e de diversa localizaçao, que se expressem por esses mesmos symptomas. E' verdade que ainda em nossos dias ha phisiologos eminentes que admittem só se possa demonstrar a presenca de bacillos de Koch no escarro de uma quinta parte da totalidade dos doentes de tuberculose pulmonar que expectoram. E' o que se encontra em Klemperer e Deycke, auctores de dois excellentes manuaes de tuberculose, e ainda recentemente James Alexander Miller, Professor de Clinica Medica da Universidade de Columbia, New-York, assim se exprime, em um interessante artigo sobre o problema do diagnostico precoce da tuberculose: «Practically speaking, we should not expect to find tubercle bacille in the sputum in more than thirty-five per centum of early cases».

Essa é a opiniao, aliás não invulgar de muitos especialistas na Allemanha como na America do Norte, na Inglaterra como na França.

Mas, e apezar disso, e ainda que pareça audaciosa e até dasassisada a nossa attitudo derogando opiniao alheia, erudita e experimentada, como a d'aquelles citados auctores, todos somos livres de opinar, com os fructos da nossa experiencia pessoal, de modo divergente de outros, ainda os maiores, em materia de observação clinica. Tanto bastará, para isso, que possamos fundamentar as nossas idéas na demonstração dos factos.

Sentimo-nos, por isso, muito á vontade, nesse particular, para affirmar, contra o sentir da grande maioria, que ao contrario do que se inculca, *o exame bacilloscopico positivo é um acontecimento corollario e quasi obri-*

*gatorio da existencia de uma lesão pulmonar tuberculosa em actividade, das mais leves ás mais avançadas.*

Este conceito, já por nós alguma vez expellido, em outra occasião e por outras palavras, agora o reafirmamos com dobrada convicção, pela maior somma dos casos observados, no exame diario de consulentes no Dispensario Central da Inspectoria de Tuberculose, em um anno de acuradas pesquisas a esse respeito.

E' ponto banal em clinica que só a presença do bacillo de Koch no escarro dá o sello inconfundivel do diagnostico de tuberculose pulmonar, e que é elle o unico dado clinico que nos assegura a convicção desse diagnostico. Sem esse elemento de informação nos arriscariamos a avançar supposições erroneas e até prejudiciaes ao tratamento dos doentes, quando se sabe que outras especies clinicas, de apparatus symptomatologico semelhante, revestem a mesma mascara clinica da tuberculose.

Se o exame positivo não só estygmatisa a tuberculose como nos põe a salvo das vacillações de diagnostico, que prejudicam o tratamento dos doentes, porque não fazemos da pesquisa bacilloscopica a pedra de toque, a base fundamental de toda a perquirição diagnostica?

O prejudgado de tuberculose pulmonar fechada como uma occurrencia frequente veio trazer ao interesse do diagnostico da tuberculose pulmonar o mais lastimavel inconveniente, tornada dispensavel a analyse do escarro por parte dos clinicos, que se julgam no legitimo direito de estabelecer esse diagnostico sem a collaboraçaõ do laboratorio.

Desse veso condemnavel resultam constantemente os erros lastimaveis que consistem em julgar tuberculosos os que o são apenas apparentemente, disfarçando-

se, sob a capa desse diagnostico, differentes doencas da mais diversa natureza.

Bem ao contrario disso, não só nos casos suspeitos de tuberculose com signaes mais caracteristicos, mas em outros typos morbidos, cabe aos clinicos não deixar passar as malhas de uma incompleta analyse a tuberculose pulmonar que se paramenta de symptomas pro-teiformes e ora veste as apparencias da grippe ou do impaludismo, ora as do typho ou da broncho-pneumonia, das bronchites chronicas, etc.

Assim como nenhum clinico avisado se dispensa actualmente da pesquisa systematica dos elementos anormaes da urina dos seus doentes e só por esse cuidado vêm a se felicitar do acerto, pelo encontro fortuito do elemento que lhe dá a chave do diagnostico, até então duvidoso ou insuspeito, porque motivo ha de desprezar a pesquisa systematica do bacillo de Koch na expectoração dos seus doentes si é certo que algumas vezes essa simples analyse póde ser proveitosa a um juizo clinico desvendando aos olhos do medico o verdadeiro diagnostico da doença, até então nem ao de leve presumida?

Pois não é facto que a syphilis, as mycoses, o cancer, a echinococcose, os abcessos pulmonares, as brochiectasias e até as simples bronchites podem se traduzir por signaes geraes e locaes os mesmos, em qualquer delles? Que haverá então que as distinga da tuberculose senão uma prova negativa do escarro? E porque então dar-se o clinico por satisfeito em julgar tuberculosas as lesões pulmonares que não façam a prova bacilloscopica, rotulando-a facilmente como fechadas?

Fechadas a que? Fechadas como?

Que criterio ou sob que condições poderemos acceitar essa concepção de tuberculose pulmonar fechada?

O conceito anatomo-pathologico só nos consente admittir como verdadeiramente fechada a tuberculose pulmonar do typo granulico, de sede intersticial no pulmão. Fóra d'ahi todos os processos tuberculosos são broncho-pulmonares e como taes abertos e *denunciaveis* pela presença do bacillo na expectoração expellida pela bocca ou deglutida voluntaria ou involuntariamente, presente o bacillo especifico no escarro ou nas fezes do doente.

Denunciaveis, digo eu, mas nem sempre denunciados, está bem claro, em casos typicos, onde é a raridade mesma dos bacillos, quando não é a abundancia de secreções bronchicas que os tornam relativamente mais escassos.

Nestas observações, verdadeiramente raras, da ausencia de bacillos no escarro, onde o diagnostico asenta as suas bases na existencia de sombras radiologicas e signaes geraes de uma lesão activa que, por exclusão de outra hypotheses, deve ser de natureza tuberculosa, é muito mais logico acreditar que se trate de uma pequena porção de bacillos, abaixo do limiar de sua verificação pelos methodos bacilloscopicos actuaes (1) do que admittir a tuberculose fechada a sete chaves no pulmão. Nos casos dessa especie, quando o laboratorio chega a denunciar pela repetição dos exames, a presença do bacillo, é sempre á custa dos methodos de

---

(1) Dos processos que até hoje temos ensaiado em laboratorio para homogenização dos escarros, nenhum excede em sensibilidade ao da technica de Androus e Mac Mahon, que adoptamos no Dispensario Central da Tuberculose. Elle já nos permittiu apurar no 1.º semestre deste anno, pelo exame systematico dos escarros, uma media de 16% de resultados positivos.

homogenisação, o que demonstra a pobreza dos germens no expectorado. Se a tuberculose pulmonar fosse subordinada aos caprichos que se lhe attribuem, fechando-se ou abrindo-se em casos ou em momentos diferentes, então era mais natural que o exame baciloscópico pudesse demonstrar frequentemente uma quantidade razoável de bacillos a um simples exame directo. E' o que justamente ainda não vimos em todos os casos que até agora temos acompanhado.

A concepção da tuberculose pulmonar sempre aberta encontra sua justificativa nos novos principios anatomo-pathologicos referentes ao processo tuberculoso, e a pratica da clinica nos vae cada dia demonstrando a boa logica dessas idéas. Porque haveriamos de pôr admiração no assim succederem as cousas? Se na pneumonia verdadeira a pneumococco esse germen comparece no escarro traduzindo bacteriologicamente a natureza da pneumopathia em causa porque se não haverá de admittir possam apparecer sempre no escarro de tuberculosos pulmonares os bacillos especificos que estereotypam o diagnostico?

Poder-se-hia invocar a razão simples de que a pneumonia lobar aguda pneumococcica é de maior extensão que a pneumonia tuberculosa, muitas vezes sómente lobular e até acinosa. Mas ainda aqui sobram argumentos de base anatomo-pathologica e de base clinica. Ribadeau-Dumas há ja 10 annos (la lesion initiale de la tuberculose pulmonaire). Soc. Med. des hôpitaux, 5.º, 1924) assim definia a lesão tuberculosa: «o typo histologico da lesão é uma alveolite com degeneração caseosa central. O tuberculo, segundo os casos, occupa um territorio mais ou menos extenso no pulmão, o todo ou parte de um lóbo, um lobulo, ou um grupo de acinos; em todo o caso a lesão elementar é parenchima-

tosa, pneumonica, e o seu character mais typico é dado pela presença dos *bacillos de Koch*, mais abundantes quanto mais nova a alteração». (Lés debuts de la tuberculose pulmonaire,—L. Ribadeau-Dumas, 1925, pg. 25).

Fica, portanto, assim, com o testemunho anatomico, bem compensada a exiguidade em extensão do processo pulmonar inicial pela maior abundancia dos germens no fóco pulmonar, e conseguintemente na expectoração que os conduza para o exterior.

A observação clinica, por sua vez, comprova o aserto dessa possibilidade da lesão aberta, embora de minimo volume, observando aquelles casos de bacilloscopia positiva em que o exame radiologico não pode ainda descobrir o accomettimento parenchymatoso, de exiguas dimensões, mas onde a escuta corrobora a existencia dessa lesão pela descoberta dos signaes de certeza, localizados nas zonas superiores do pulmão.

Que importancia compete, no momento actual, aos methodos biologicos, para o diagnostico precoce da tuberculose?

A tuberculino-reacção é praticamente inutil para fins diagnosticos na tuberculose do adulto ou do adolescente passante dos quatorze annos. Acima dessa idade as estatisticas affirmam que existe um estado allergico universal nos habitantes das cidades. Sabe-se hoje que uma cuti-reacção positiva só indica que em qualquer tempo e, mais ou menos remotamente, foi o individuo contagiado pela tuberculose e guarda no seu organismo um fóco bacillar, mas não nos informa se esse fóco está em actividade ou não, isto é, se se trata ou se não se trata de uma tuberculose evolutiva.

Quanto a reacção da fixação do complemento applicado ao diagnostico da tuberculose é Achille Urbain, quem, em importante e recentissima monographia, con-

clue pelo seu valor secundario deante de outros processos de investigações clinicas, dizendo: «é um methodo suplementar de diagnostico, inferior e sómente subsidiario dos recursos fundamentaes que nos fornecem a auscultação, a radiologia e a pesquisa do bacillo no escarro».

Na realidade parece prematuro querer attribuir á reacção de anticorpos na tuberculose um papel diagnostico importante. Ella poderá ser utilizada, porem, com vantagem, naquelles casos raros de tuberculose pulmonar, suspeitada pelo encontro de sombras aos raios X sem o elemento de certeza da presença dos bacillos de Koch no escarro e feita a exclusão de outras doenças de imitante quadro clinico.

O pleuriz com derrame e a hemoptyse devem pezar no raciocinio clinico de um diagnostico precoce da tuberculose pulmonar. O pleuriz principalmente, que raras vezes deixará de ser de natureza tuberculosa. Quanto á hemoptyse, se o medico não vê a expectoração sanguinolenta emittida e não assiste á eliminação repetida dos escarros pode ser illudido pela falsa descripção que os doentes fazem desse valioso symptoma.

Laufer e Vitry (Presse Médicale, 17 de Abril de 1924) estudando em 1.007 casos a origem dessas eliminações de sangue pela bocca, chegou a reconhecer a tuberculose em 60 % dos casos sómente.

E' necessario que o medico procure sempre e pacientemente, fazer com que o doente reconstitua a historia da sua hemoptyse anterior, não só quanto á quantidade como a côr do sangue emittido, a relação da expulsão sanguinea com a tosse, a repetição dos escarros sanguineos e as modificações do aspecto do sangue. Só assim poderá ficar de posse de um valiosissimo elemento semiologico para o diagnostico.

Mas o criterio mais rigoroso para o reconhecimento da doença, é constituido por esse tripé semiologico: a auscultação, o exame radiologico e a baciloscopia de Koch.

Eu não me quero referir agora ao valor do exame auscultatorio ou do exame radiologico. Insistirei sómente no interesse do exame baciloscopico, primeiro entre todos, nessa averiguação prematura da affecção pulmonar.

Para avaliação do valor do exame baciloscopico no diagnostico precoce tomámos como reparo a prova radioscopica que *vê um pulmão inteiro*, e indica a presença de lesões de pequenissima extensão. Já muito de proximo, comparando o valor diagnostico dos dois methodos pudemos concluir que *«mais vezes um exame de escarro nos dá a chave do diagnostico do que os raios X nos mostram lesões pulmonares, cuja natureza não jica, aliás, por elles esclarecida»*.

Com esses termos estabelecemos a noção de uma maior frequencia da verificação da tuberculose pulmonar á custa do exame do escarro.

Algumas das observações que se seguem tomadas ao acaso nos archivos do Dispensario Central da Tuberculose, podem agora servir á demonstração desse novo conceito, de que o exame baciloscopico positivo deve ser considerado, comparativamente com os demais, o mais precoce signal diagnostico da tuberculose pulmonar.

1). Ficha 15.567—Consulta-se no Dispensario a 17 de Abril de 1925. O exame directo do escarro encontra numerosos bacillos de Koch em cada campo microscopico. O exame radioscopico praticado poucos dias depois, descobre apenas uma ligeira diminuição de transparencia dos apices.



Deducção logica: *lesões ainda muito leves no pulmão já se mostram abertas, com abundante eliminação de bacillos.*

2). Ficha 14.491—Exame directo do escarro, positivo. Oito dias depois se encontram sombras discretas nos apices. Cabem a esse caso as mesmas deducções da observação anterior, isto é, *lesões muito discretas são já abertas para os bronchios, dando grande quantidade de bacillos na expectoração.*

3). Ficha 1.687—Tosse, emmagrecimento, expectoração escassa. Ainda assim é feita a homogenisação do escarro no dia 2 de Maio de 1925.

Resultado positivo. A 9 de Junho proximo o exame radioscopico surprehende apenas uma infiltração inicial.

Nesse caso a revelação diagnostica dada pelo exame do escarro, quando não tenha precedido á demonstração radiologica, foi pelo menos contemporanea della, o que deixa concluir que *á lesão inicial radiologica correspondia uma eliminação bacillar constatada pelo exame do escarro.*

A impossibilidade de executar, em 2 sessões semanais de 2 horas apenas cada uma, os exames radioscopicos nos doentes do Dispensario, faz com que um longo prazo, as vezes de mais de um mês, como se verifica em uma de nossas observações, medeie entre esse exame e a prova bacilloscopica. Essa circumstancia impede-nos de assegurar que nessas observações, se o exame radioscopico fosse contemporaneo da pesquisa do bacillo, resultaria negativo. A noção moderna da occurrencia de lesões pulmonares não descortinadas pela radiologia, daria uma forte plausibilidade a essa hypothese.

Baste-nos, entretanto, para esses exemplos, o serem

elles uma segura amostra da possibilidade de uma lesão pulmonar de reduzido volume ser aberta para os bronchios. Essas observações, porem, servem de passagem ás que se seguem e onde se demonstra a precocidade do exame baciloscopico.

4). Ficha 15.722—Casada ha 3 annos com o doente relativo á ficha anterior. Consulta-se a 30 de Abril de 1925. Hemoptyse ha 15 dias. Respiração granulosa na fossa supra espinhosa esquerda. O escarro é positivo, em exame directo, no dia 29 de Maio e a 16 de Junho exame radioscopico normal. *Lesão de pequeno volume suspeitada pela escuta, de natureza bacillar demonstrada ao microscopico, escapando ao exame radioscopico e ainda 15 dias depois da prova baciloscopica positiva.*

5). Ficha 16.577—Consulta-se a 9 de Maio de 1925. Hemoptyse ha 20 dias. Tosse. Asthenia. Expectoração escassa. Respiração rude na fossa supra-espinhosa direita. O exame radioscopico praticado no mesmo dia resulta negativo. Dias depois o exame baciloscopico directo é positivo. *Lesão aberta para os bronchios e de tão pequeno volume que o exame radioscopico praticado quasi concomitantemente com o exame do escarro, não a descortina.*

6). Ficha 14.929—Faz-se no dia 6 de Março de 1925 o primeiro exame de escarro, remettido ao laboratorio em quantidade insufficiente para a homogenização. Resultado negativo. No dia 24 de Março de 1925 o material é recebido em quantidade sufficiente. Exame directo negativo. A homogenização descobre bacillos alcool-acidos resistentes. O exame radiologico não mostra nenhuma sombra pulmonar senão signaes de *sequelas pleuríticas*, o que corrobora não só a noção de uma pleurite anterior muito provavelmente tuberculosa, bem como demonstra a sua incompetencia em denun-

ciar a *pequenissima lesão pulmonar já aberta e precocemente demonstrada.*

7). Ficha 15.189—Hemoptyse ha 4 dias. No 5.º dia o exame de escarro é negativo, quer á pesquisa directa quer a indirecta, mas oito dias depois resulta positivo, por homogenização somente. Um mês mais tarde exame radioscopico normal.

Conclusão natural: *o exame radioscopico foi negativo quando ha já um mês se tinha a noção segura do diagnostico pelo exame de escarro.* A noção de uma lesão pulmonar parenchymatosa, quando faltassem outras razões para admittir a sua existencia, tinha a seu favor mais este elemento—a hemoptyse anterior.

8). Ficha 15.036—Hemoptyse. Dez dias mais tarde, a 14 de Março proximo, exame positivo do escarro por homogenização. A 7 de Abril de 1925, o exame radiologico negativo. A analyse dessa observação conduz a uma justa conclusão: o exame radioscopico não descobriu a lesão pulmonar já anteriormente suspeitada pela hemoptyse e confirmada pelo exame baciloscopico. Dahi se infere que *uma lesão pulmonar, abaixo do limiar da visibilidade radiologica já é aberta para os bronchios e denunciavel precocemente pelo exame baciloscopico.*

9). Ficha 1.994—Frequenta o Dispensario desde 1921. Em Novembro desse anno e em Dezembro de 1922, exames directos do escarro negativos. O Laboratorio não praticava nessa época a homogenização de escarros. A 18 de Julho de 1924 exame baciloscopico positivo por homogenização. Em Agosto exame radiologico negativo. A 16 de Maio proximo exame de escarro positivo por homogenização e a 28 desse mês a radioscopia revela uma infiltração inicial de tom subcostal na axilla direita.

Que nos informa essa demonstrativa observação

clínica? Mostra-nos evidentemente que o *exame baciloscópico positivo precedeu de muito tempo o achado radiológico que demonstrou uma infiltração inicial dos pulmões, isto é, uma lesão de densidade e de extensão a menor possível que os raios X podem descobrir.*

### CONCLUSÕES

a) — O conceito moderno anatomó-clínico da evolução da tuberculose é o esteio da noção de que a tuberculose pulmonar, mesmo representada pelas lesões mínimas do parenchyma, é sempre, á parte a granulía, aberta para a arvore bronchica.

b) — Nos raros casos em que o diagnostico differencial por exclusão de outras hypotheses clinicas, permita a forte presumpção de tuberculose pulmonar sem eliminção de bacillos ou em que estes só appareçam depois de reiteradas pesquisas no escarro, o facto se deve mais provavelmente á escassez dos bacillos ou a intermitentes variações da sua quantidade e á incapacidade das technicas empregadas para a sua descoberta.

c) — A quasi totalidade dos signaes clinicos propostos para reconhecimento precoce da doença não gozam do menor valor na pratica do diagnostico.

d) — A noção da tuberculose fechada com a desvalorisação da pesquisa do bacillo especifico, representa um prejudgado nocivo ao proprio interesse dos doentes, ora havidos como tuberculosos quando não o são, ora desconhecidos quando já o sejam.

e) — A triade semiologica fundamental ao diagnostico é representada na ordem de sua respectiva importancia, pela baciloscopia, pela radiologia e pelos *signaes de certeza á auscultação.*

f) — Os unicos elementos semiologicos, subsidiarios daquelles, e de alguma importancia para o diagnostico, são somente a hemoptyse e o pleuriz contemporaneos do exame clinico ou anteriores a elle, servindo como dados anamnesticos, e a prova biologica da fixação do complemento, na falta do unico documento clinico de certeza, que é a prova bacterioscopica positiva.

g) — Baseados no criterio anatomo-pathologico e tomando como reparo o exame radioscopico para a apreciação dos factos clinicos, fômos levados a acreditar, estribados na observação de casos muito demonstrativos, que a verificação do bacillo de Koch no escarro pelos methodos mais sensiveis de homogenisação, não é somente o unico elemento seguro, mas na maioria dos casos, o mais precoce signal para o diagnostico da tuberculose pulmonar.

h) — Essa noção deve, implicitamente, conduzir á necessidade do exame systematico do escarro deante da mais leve suspeita da doença, como é systematica na clinica a pesquisa dos principaes elementos anormaes da urina.

i) — Dada a efficiencia da collaboração dos medicos no combate a essa doença pela sua notificação mais precoce, deve-se fazer entre elles a maior propaganda dessas idéas, facilitando-se-lhes a obtenção facil e rapida desses exames.

j) — Todos os dispensarios anti-tuberculosos, centros de diagnostico por excellencia, deveriam ser providos do mais completo aparelhamento e de pessoal idoneo para a execução desses exames, praticados gratuitamente para o povo.

k) — Adoptadas essas medidas, o reconhecimento precoce da doença, pelo mais facil exito da cura, im-

portaria não só no beneficio individual dos doentes, como e principalmente no beneficio collectivo da humanidade, pela mais prematura extincção ou isolamento,—por essa mesma cura ou por medidas prophylaticas cedo instituidas—dos fôcos contagiantes.

**ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO**

**GRAGÉAS**  
do Dr  
**HECQUET**  
Laureado da Academia de Medicina de Paris  
*de Sesqui-Bromureto de Ferro.*

O melhor medicamento ferruginoso, contra:  
**ANEMIA, CHLOROSE,  
NERVOZIDADE, CONSUMPÇÃO.**

O unico que reconstitue o sangue, calma os nervos e punca occasiona prisão de ventre.  
dose: 2 a 3 gragéas a cada refeição.

**ELIXIR e XAROPE do Dr HECQUET**  
de Sesqui-Bromureto de Ferro.  
Deposito: Paris, Montagu, 49, R<sup>o</sup> de Port-Royal,  
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA  
DYSPNEA

BRONCHITES  
ASTHMA

**LODEINE MONTAGU**

**PILULAS  
XAROPE  
AMPULLAS**  
de Bi-Iodureto de Codeína

**ANTIDYSPNEICO  
CALMANTE DA TOSSE  
EXPECTORANTE**

MONTAGU, Ph<sup>o</sup>, 49, Boulevard de Port-Royal,  
em todas as Pharmacias.

XAROPE : 2 a 3 colheres, das de sopa, puro, por dia.  
PILULAS : 4 a 8 pilulas por dia.

# HOSPITAL SANTA ISABEL

---

RELATORIO apresentado á Provedoria da Santa Casa de Misericórdia pelo Director Prof. ARISTIDES NOVIS: correspondente ao anno de 1927.

*Exmo. Sr. Dez. Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia:*

— De accordo com o Regulamento do Hospital Santa Izabel tenho a honra de passar ás vossas mãos o Relatorio dos factos mais importantes occorridos durante o anno findo naquellê estabelecimento, confiado á minha direcção.

— O movimento das entradas veio confirmar a direcção ascencional apresentada pela curva numérica dos doentes nos ultimos annos. O Hospital continúa a ser de anno a anno mais procurado; affirmei-o numa entrevista concedida á imprensa, ultimamente, fazendo acompanhar de diagrammas demonstrativos a allegação formulada. E, disse mais:—A população da Bahia, em sua crescente densidade, e carente de outro derivativo ás dôres e soffrimentos impostos pela molestia, tem sempre as vistas voltadas para o unico porto de sua salvação, que é aquella casa, já pequena para contel-a, com a solicitude que seria de desejar, numa cidade que se préza de civilisada. Urge uma providencia por parte dos poderes publicos, em auxilio á santa cruzada de protecção aos miseraveis que a Misericórdia sustenta, á exemplo do que fazem Pernambuco e S. Paulo, dotando-a de subvenção idonea,—superior a *seiscentos contos de réis* annuaes. Se isto não se dér, ou não tomar o governo a iniciativa de construir um outro Hospital para a pobreza, teremos a contemplar, em breves dias, o triste quadro dos enfermos, ao relento das calçadas, uma vez que, em bene-

ficio mesmo deiles e dos irmãos de infortunio já internados, assiste-nos o dever de evitar a superlotação, com os seus vicios decurrentes e attentatórios á hygiene publica.

— O movimento dos ultimos annos tem sido o seguinte:

Entraram em 1921—2057 doentes  
Entraram em 1922—2156 doentes  
Entraram em 1923—2283 doentes  
Entraram em 1924—2512 doentes  
Entraram em 1925—2636 doentes  
Entraram em 1926—3199 doentes  
Entraram em 1927—3192 doentes.

Sahiram em 1921—1599 doentes  
Sahiram em 1922—1672 doentes  
Sahiram em 1923—1756 doentes  
Sahiram em 1924—1960 doentes  
Sahiram em 1925—2198 doentes  
Sahiram em 1926—2550 doentes  
Sahiram em 1927—2592 doentes.

Falleceram em 1921—455 doentes  
Falleceram em 1922—451 doentes  
Falleceram em 1923—522 doentes  
Falleceram em 1924—511 doentes  
Falleceram em 1925—456 doentes  
Falleceram em 1926—584 doentes  
Falleceram em 1927—593 doentes.

Contribúe fôrtemente para o augmento do nosso obituario o vêzo radicado na população de, em grande parte, só procurar o Hospital quando a molestia tem combalido irremediavelmente o organismo áquelles que necessitam do seu soccôrro.

O mesmo se não poderá arguir de referencia aos pade-centes de affecção cirurgica, razão pela qual, relativamente, é quasi nullo o obituario nas enfermarias de cirurgia, máo grado o seu intenso movimento. São, justamente, as



enfermarias mais procuradas, circumstancia mui honrosa para os collegas cirurgiões e um justo premio a sua incançavel actividade. Isto não quer, porém, dizer que as outras enfermarias vivam folgadas. Muito ao contrario. Mas, as molestias internas são, em régra, de evolução chronica, o que léva o doente a prolongar a sua estadia no Hospital, não obstante os nossos esforços em contrario, toda a vez que elle póde conciliar o tratamento com a alta em favôr de outro mais necessitado.

Taes considerações fiz eu na supracitada entrevista, e transcrevendo-as agóra, neste Relatorio, quero accentuar, particularmente a urgencia de uma iniciativa qualquer em favôr da população indigente que diariamente, bate as portas da Misericordia, já bastante onerada com o custeio de para mais de 500 doentes, para poder supportar a crescente sobrecarga, que não cessa, sem desequilibrar o seu orçamento.

### SERVIÇOS CLINICOS

*Sala do Banco.* — Como sempre, intenso foi o movimento da Sala do Banco, como vereis dos quadros demonstrativos organizados pelo Dr. Octaviano Pimenta que, com o Dr. Gastão Passos, dão as suas proficuas actividades á secção.

Foram attendidas *58.017 pessoas*, entre as necessitadas de curativos simples, de curativos urgentes, de intervenções cirurgicas, de reduções de fracturas e luxações, de extrações dentarias e de consultas simples.

As operações praticadas foram em numero de *1882*, sendo feitas *124* anesthesias. As injecções applicadas orçaram em *1459*.

Dos facultativos que trabalharam nesta secção coube ao Dr. Gastão Passos realisar *1525* intervenções cirurgicas; ao Dr. Elyσιο Medrado, — *220*; ao Dr. Octaviano Pimenta, — *72*; ao Dr. Manoel da Silva Lima Pereira, — *15*; ao Dr. Antonio

Injecções intra-musculares.....	1727
Injecções endo-venosas.....	1006
Injecções sub-conjunctivas.....	37
Injecções de leite esterilizado.....	217
Total.....	2987

*Para o serviço das Enfermarias entraram:*

Homens.....	120
Mulheres.....	69
Creanças.....	10
Total.....	199

Sahiram homens.....	104
Sahiram mulheres.....	63
Sahiram creanças.....	6
Total.....	173

*Continuam em tratamento:*

Homens.....	16
Mulheres.....	6
Creanças.....	4
Total.....	26

As 360 operações praticadas vão discriminadas no documento annexo.

*Gabinete da Clinica Oto-Rhino-Laryngologica.* — Continúa muito frequentado o gabinete desta clinica, a cargo do meu preclaro collega Dr. Eduardo de Moraes. A média de frequencia diaria orça em 40 a 50 doentes, sendo que sempre incluídos nessa média 10 a 15 doentes novos.

Das quatrocentas operações verificadas durante o anno, e divididas entre mais de uma centena de amygdalectomias e adenoidectomias, ao lado de tantas outras discriminadas

enfermarias mais procuradas, circumstancia mui honrosa para os collegas cirurgiões e um justo premio a sua incançavel actividade. Isto não quer, porém, dizer que as outras enfermarias vivam folgadas. Muito ao contrario. Mas, as molestias internas são, em régra, de evolução chronica, o que léva o doente a prolongar a sua estadia no Hospital, não obstante os nossos esforços em contrario, toda a vez que elle póde conciliar o tratamento com a alta em favôr de outro mais necessitado.

Taes considerações fiz eu na supracitada entrevista, e transcrevendo-as agóra, neste Relatorio, quero accentuar, particularmente a urgencia de uma iniciativa qualquer em favôr da população indigente que diariamente, bate as portas da Misericordia, já bastante onerada com o custeio de para mais de 500 doentes, para poder supportar a crescente sobrecarga, que não cessa, sem desequilibrar o seu orçamento.

### SERVIÇOS CLINICOS

*Sala do Banco.*—Como sempre, intenso foi o movimento da Sala do Banco, como vereis dos quadros demonstrativos organisados pelo Dr. Octaviano Pimenta que, com o Dr. Gastão Passos, dão as suas proficuas actividades á secção.

Foram attendidas 58.017 *personas*, entre as necessitadas de curativos simples, de curativos urgentes, de intervenções cirurgicas, de reduções de fracturas e luxações, de extrações dentarias e de consultas simples.

As operações praticadas foram em numero de 1882, sendo feitas 124 *anesthesias*. As injeções applicadas orçaram em 1459.

Dos facultativos que trabalharam nesta secção coube ao Dr. Gastão Passos realizar 1525 intervenções cirurgicas; ao Dr. Elysio Medrado, —220; ao Dr. Octaviano Pimenta, —72; ao Dr. Manoel da Silva Lima Pereira, —15; ao Dr. Antonio

Injecções intra-musculares.....	1727
Injecções endo-venosas.....	1006
Injecções sub-conjunctivas.....	37
Injecções de leite esterilizado.....	217
Total.....	2987

*Para o serviço das Enfermarias entraram:*

Homens.....	120
Mulheres.....	69
Creanças.....	10
Total.....	199

Sahiram homens.....	104
Sahiram mulheres.....	63
Sahiram creanças.....	6
Total.....	173

*Continuam em tratamento:*

Homens.....	16
Mulheres.....	6
Creanças.....	4
Total.....	26

As 360 operações praticadas vão discriminadas no documento annéxo.

*Gabinete da Clinica Oto-Rhino-Laryngologica.* — Continúa muito frequentado o gabinete desta clinica, a cargo do meu preclaro collega Dr. Eduardo de Moraes. A média de frequencia diaria orça em 40 a 50 doentes, sendo que sempre incluidos nessa média 10 a 15 doentes novos.

Das quatrocentas operações verificadas durante o anno, e divididas entre mais de uma centena de amygdalectomias e adenoidectomias, ao lado de tantas outras discriminadas

na relação junta, a maioria foi praticada em doentes que podiam se retirar do Hospital logo em seguida á intervenção, ou á tarde do mesmo dia, ou ainda no dia immediato. Os doentes internados foram apenas em numero de 28, assim distribuidos:—na Enfermaria S. Luiz,—11; na Enfermaria Santa Clara,—8; na Enfermaria S. Mauricio,—7; em Santa Therezinha—1; e no Isolamento,—1.

Desses doentes tiveram alta curados,—21; falleceram,—2 e 5 continúam em tratamento.

A frequencia á esta Clinica como a Ophtalmologica suggere-nos a necessidade de uma ampliação da área que occupam, o que infelizmente, não poderá ser levado á effeito senão quando pudémos remover a Sala do Banco para o pavilhão especial, em projecto, e cujo primeira pedra foi batida na data do centenario de Silva Lima.

*Laboratorio de Pesquisas Clinicas.*—Segundo informações do medico-analista, o meu digno collega Dr. Eloy da Silva Lima Jorge, no Relatorio que me apresentou e que passo ás vossas mãos, o numero de exames praticados pelo Laboratorio, a seu cargo, sóbe a 2452 durante o anno findo, incluindo neste computo os exames solicitados pelo Sanatorio Manoel Victorino, para os seus pensionistas.

Foram feitas 1730 analyses de urinas; 402 pesquisas de bacillos de Kock; 60 de gonococcus; 40 de hematozoarios de Laveran; 200 ovo-helminthoscopias, além de outras indagações microscópicas.

A satisfação do pedido que vos fiz, de dotarmos o Laboratorio de um centrifugador electrico, muito ha corrido para a regularidade dos seus serviços.

*Gabinete Dentario.*—Bons serviços vem prestando á clientéla da Sala do Banco e a alguns doentes internados o

Arterite syphilitica (hemiplegia).....	3
Athrepsia.....	7
Arterio-esclerose generalisada.....	4
Atheromasia aórtica.....	1
Asystolia.....	1
Ancylostomose.....	1
Broncho-pneumonia.....	5
Cancer do utero.....	4
Cancer da vagina.....	1
Cancer da vulva.....	1
Cancer da bexiga.....	2
Cancer do recto.....	2
Cancer do penis.....	1
Cancer do labio inferior.....	1
Cancer da mama.....	1
Cancer do figado.....	1
Cancer da lingua.....	1
Cachexia cancerosa.....	3
Cachexia.....	2
Cachexia tuberculosa.....	2
Cachexia syphilitica.....	2
Cirrrose hepatica.....	24
Choque operatorio.....	1
Cysto do ovario suppurado.....	1
Congestão pulmonar de Woillez.....	1
Collapso cardiaco.....	4
Dysenteria.....	5
Dysenteria amebiana.....	1
Debilidade congenita.....	2
Diabetes.....	2
Diarrhéa por dyspepsia gastro-intestinal.....	1
Enterite dysenteriforme.....	9
Entero-colite muco-membranosa.....	1
Enterite toxica.....	1
Esclerose cardio-renal.....	6
Endocardite rheumatismal.....	1

Elephantiase (septicemia).....	2
Espasmo do esophago.....	2
Epilepsia Bravais-Jacksoniana.....	1
Ferimentos por arma de fogo.....	1
Fractura do humero (collapso).....	1
Fecaloma.....	3
Filariose (cachexia).....	1
Fractura do rachis.....	2
Gastro-enterite.....	4
Granuloma venéreo.....	1
Gangrena escroto-perineal.....	1
Gangrena do penis.....	2
Gangrena da perna.....	2
Gangrena glutea.....	1
Gangrena da mão.....	1
Gangrena do pé.....	4
Gangrena do escroto.....	1
Gangrena da região mastóido-occipital.....	1
Gangrena por fractura da côxa.....	1
Gangrena senil.....	2
Grippe.....	1
Hernia inguinó-escrotal direita.....	1
Hemorragia cerebral.....	6
Hypothrepsia.....	2
Hypertrophia da próstata (hematuria).....	1
Heredo-syphilis.....	2
Insufficiencia cardio-renal.....	1
Insufficiencia cardiaca.....	4
Infiltração aguda de urina.....	1
Insufficiencia mitral.....	4
Insufficiencia aórtica.....	1
Leishmaniose nasal.....	1
Leishmaniose naso-pharyngéa.....	1
Leucemia myelóide.....	1
Infecção intestinal.....	4
Marasmo senil.....	1

Mal de Pott.....	1
Mastoidite.....	1
Myelite de Erb.....	1
Myocardite (arrythmia perpétua).....	1
Myocardite chronica.....	3
Nephrite.....	31
Oclusão intestinal.....	2
Osteo-myelite do maxillar inferior.....	1
Osteo-myelite da tibia.....	1
Osteo-sarcoma do humero.....	1
Paludismo.....	10
Paludismo e verminose.....	3
Peritonite.....	2
Phlegmão da côxa.....	2
Pleurisia purulenta.....	1
Pleurisia sero-fibrinosa.....	1
Pleurisia tuberculosa.....	1
Polynevrite alcoolica.....	2
Polynevrite syphilitica.....	3
Polyverminose.....	2
Prostatite (septicemia).....	2
Pneumonia dupla.....	1
Queimadura.....	4
Septicemia (indeterminada).....	11
Septicemia gonococcica.....	1
Septicemia estaphylococcica.....	1
Septicemia estreptococcica.....	2
Syncope chloroformica.....	1
Syphilis.....	15
Syphilis (neuro-syphilis).....	1
Tuberculose pulmonar.....	224
Tuberculose laryngéa.....	1
Tuberculose mesentérica.....	3
Tuberculose generalisada.....	1
Tumor cerebellar.....	1
Tumor estercoral abcedado.....	1



Tabes dorsalis.....	1
Tétano .....	2
Traumatismo.....	1
Toxi-infecção alimentar.....	4
Uremia.....	4
Urinemia (por infiltração urinosa).....	3
Úlcera do estomago.....	1
Vólculo.....	1

Cadaveres sem diagnóstico enviados para o Instituto Nina Rodrigues.....	46
Cadaveres enviados para o Gabinete de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina, a pedido das respectivas clinicas.....	3
Total.....	593

*Obras novas.* — Além das obras constantes de conservação e de asseio, estamos com duas obras em andamento, cada qual mais necessaria:— a nova Enfermaria de Santa Theresinha e a restauração da Enfermaria São Paulo.

A primeira vae occupar o salão da antiga cosinha e se destina ás creanças accommettidas de affecção cirurgica. A segunda, occupada pelos doentes da clinica de molestias nervosas, sóffre completa e radical transformação, em beneficio da hygiene do Hospital, contra a qual era um permanente attentado aquelle fóco,— a vélha Enfermaria São Paulo, feita sobre um porão e mal ventilado, accessivel á ratazana e ás aguas de lavagem que se accumulavam, viciando o ambiente atravéz das grandes fréstas do soalho aprobeccido e falho.

Urge, igualmente, a restauração do antigo Posto de Observação, para o isolamento temporario de doentes suspeitos de molestia infecto-contagiosa.

Como parte integrante do nosso programma de acção no Hospital, continuam as nossas esperanças na construcção de duas salas para operações asépticas e na installação completa de um apparelho de Raios X e radiotherapia profunda.

Para isto, temos obtido, por um processo de cuncurrencia entre as importantes firmas Moreno, Borlido & C. e Lutz, Ferrando & C., o compromisso da primeira de fornecer-nos a installação adequada, de marca Victor, uma das mais reputadas no genero, por pouco mais de Rs. 80:000\$000, (oitenta contos de réis).

A edificação de um pavilhão especial para este fim iria nem só encarecer a iniciativa, como tambem demorar a sua effectivação. Por isto, julguei de bom alvitre prôpor á direcção da Faculdade de Medicina a desoccupação da sala onde funcionam os seus antigos apparelhos de electricidade, para ahi assentarmos as novas installações, tendo encontrado da parte do Prof. Augusto Vianna o melhor acolhimento á idéa proposta.

Résta, sómente, autorisardes a Casa Moreno, do Rio de Janeiro, o embarque dos apparelhos, para darmos inicio ás obras necessarias na sala que os vae receber.

E' um melhoramento inadiavel que, sobre servir aos infelizes recolhidos ao Hospital, accumula a vantagem de fonte indiscutivel de receita para a Santa, Casa, attendendo aos pensionistas do Sanatorio Manoel Victorino e aos doentes externos, em condições de pagar.

Seria de vantagem a importação de um técnico experimentado para superintender o novo serviço, provavelmente ampliado, ao depois, com a *curietherapia*, cuja falta se não justifica, por igual, nos hospitaes modernos.

*Irmãs de Sant'Anna.* -- De 1.º de Maio em deante, passou a administração interna do Hospital a ser regida pelas Irmãs de Sant'Anna, cuja Superiora é a Irmã Brigida Costa.

—Já agora, decorridos oito mezes de observação dos seus trabalhos, concluo não terem sido vãs as esperanças que depuzeram em suas mãos o espinhoso cargo. A ordem, a disciplina, o asseio,—nada deixam a desejar nas varias dependencias do Hospital. Conscias do seu papel de bem-fazer, desdóbram-se em actividade e não mais abnegado zêlo pelos enfermos, prestando á direcção do estabelecimento os inestimaveis auxilios que deixo aqui consignados, com os meus sincéros agradecimentos a estas heroínas da caridade, e com as minhas não menos sincéras felicitações á Provedoria da Santa Casa pela acertada idéa de promover-lhes a vinda, inspirada em sentimentos que a justiça manda reconhecer bem correspondidos.

—Pondo termo, Senhor Provedor, ás impressões que ahi ficam exaradas, e com as quaes julgo haver resumido os factos mais importantes á vida do estabelecimento que tenho a honra de dirigir, não devo omittir uma ultima impressão, e talvez, a mais fôrte dentre todas,—a de meu profundo reconhecimento ás reiteradas provas de confiança que me viudés dispensando, provas estas que me alimentam o espirito de iniciativas, necessario a quem quér que, no commando daquella casa, se proponha a acompanhar, com devoção, o programma de realisações que vos traçastes.

Bahia, Janeiro de 1928.

**BIOPHORINE**  
**GIRARD**

**KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA**

**NEVROSIS. ANEMIA CEREBRAL. VERTIGEM**

**A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia, PARIS (FRANCE)**

Depositario: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO de JANEIRO

## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

---

- Brasil Medico*, ns. 51 e 52—Dezembro de 1927.
- Journal des Clinicos*, Rio de Janeiro, 30 de Novembro e 15 de Dezembro de 1927.
- Journal de Medicina de Pernambuco*, ns. 9 e 10—1927.
- La Prensa Medica Argentina*, ns. 17 e 21—1927.
- Paris Medical*, ns. 50 e 52, de 1927 e ns. 1, 6, 7 e 8 de 1928.
- Revista Medico-Cirurgica do Brasil*, Março e Dezembro de 1927.
- La Medicina Argentina*, n. 66, Novembro de 1927.
- Bulletin e Membres de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 4 e 18 de Novembro e 2 de Dezembro de 1927.
- Ars Medica*, Barcelona, ns. 28 e 30 de Outubro de 1927 e n. 31 de 1928.
- Boletim da Academia Nacional de Medicina*, ns. 19 e 21—1927.
- Junta de Sanidade Internacional* (Fundación Rockefeller) anno 1926.
- Le Nord Médical*, Lille, ns. 12 e 15, de 1927 e 1.º de Janeiro de 1928.
- Revista de Especialidades* (Publicação da Associação Medica Argentina), Novembro e Dezembro de 1927.
- Boletim Mensal de Estatística Demographica Sanitaria*, São Paulo, Junho de 1927.
- Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio Preto*, S. Paulo, Junho de 1926.
- Revista de Medicina e Hygiene Militar*, Rio de Janeiro, n. 10—1927.
- La Semana Medica*, Buenos-Aires n. 1—1928.
- Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène Générale*, Paris 20, de Novembro e 5 de Dezembro de 1927.
- Revista de la Asociación Medica Argentina*, Buenos-Aires, Novembro e Dezembro de 1927.
- La Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, Roma, Setembro e Outubro de 1927.
- Long Island Medical Journal*, Novembro de 1927 e Janeiro de 1928.
- «Sobre a reacção de Kahn», pelos Drs. Borges Vieira e Gastão Fleury da Silveira, S. Paulo.

*Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, Outubro e Novembro de 1927.*

*Revista de la Sociedad de Medicina Interna y de la Sociedad de Fisiologia, Buenos-Aires, n. 4, Dezembro de 1927.*

*The New York Academy of Medicine, Relatorio 1927.*

*Le Monde Médical, Les Nouveautés 1927.*

*A Tribuna Medica, Rio de Janeiro, ns. 1 e 2—1928.*


*Gazeta Clinica, S. Paulo, n. 1—1927.*

*Notes Pratiques d'actualité Clinique, Janeiro de 1928.*

*Bulletin Medical, 25 de Fevereiro de 1928.*

*Archivo de Biologia, Janeiro de 1928.*

*Publicações do Departamento da Criança, Rio de Janeiro.*



**OUATAPLASMA**  
do Doutor **Ed. LANGLEBERT**  
Curativo emolliente aseptico instantaneo

**ABCESSOS, ECZEMAS, PHLEBITES, INFLAMMAÇÕES DA PELLE**

DEPOSITO GERAL : 10, Rue Pierre-Ducreux, PARIS. — E em todas as Pharmacias. €