

## O CONCEITO DE CURA DA TUBERCULOSE PULMONAR (\*)

DR. JULIO DE GOUVEIA

A ideia de cura implica imediatamente nas ideias de saúde e doença; quais os significados exatos destas palavras? Ninguém ignora as dificuldades que se apresentam ao tentar defini-las com exatidão, principalmente por envolverem também as questões de normalidade e anormalidade. Quaisquer definições que se procure dar de normal e anormal, de saúde e doença, ou de vida e de morte, são passíveis das maiores críticas, pois tais fenômenos são por demais complexos para caberem numa única fórmula rígida, sem falar no conhecimento imperfeito que deles ainda temos.

Portanto, sem pretender definições, lembraremos apenas que vida e saúde são estados de equilíbrio dependentes de fatores orgânicos internos mais ou menos desconhecidos, e de fatores externos de natureza vária; o rompimento desse equilíbrio (variável aliás com condições de raça, idade, sexo, ou mesmo condições individuais), resulta nas doenças, e, quando mais pronunciado o rompimento, sobrevem a morte.

O estado de saúde é caracterizado pelo funcionamento silencioso de todos os órgãos, aparelhos e sistemas da economia, e por uma sensação mais ou menos inconsciente de bem estar físico e moral.

O conceito de moléstia está intimamente ligado à ideia de reações orgânicas, frente ao ataque dos múltiplos fatores patogênicos, internos ou externos, e desnecessário será frizar a importância quasi igual que se atribue modernamente a ambos fatores, patogênico e defensivo, no rompimento do equilíbrio vital e desencadeamento da moléstia.

Esta, uma vez instalada, determina alterações ou perturbações de ordem anatômica, funcional e imunobiológica que, na maioria dos casos, sóem ser de caráter permanente, mesmo após a terminação da doença.

Cabe aqui, então, a pergunta: Como se termina a doença?

Si é difícil estabelecer os significados de saúde e doença, mais difícil, si não impossível, será dizer com precisão quando se iniciam as primeiras alterações patológicas — e, mais ainda, estabelecer o momento em que termina a doença e se inicia a cura.

(\*) Conferência realizada no Instituto Clemente Ferreira em 29-9-941.

Cura, em princípio, é o restabelecimento da normalidade e equilíbrio existentes anteriormente à moléstia. Será possível, porém, este restabelecimento?

Absolutamente não, pois as modificações causadas pela doença, ou pelos próprios processos curativos, permanecem sempre, si não em todos, pelo menos em algum ponto do organismo. Envolvendo a moléstia a participação conjunta de fatores anatômicos, funcionais, microbianos, imunobiológicos e clínicos, é natural que um conceito amplo de cura deva envolver a restituição conjunta de todos esses fatores — ocorrência que absolutamente nunca se constata. Não só a irreparabilidade das alterações pode se referir a qualquer um daqueles fatores, como também as possíveis restituições não se terminam ao mesmo tempo.

Estes fatos levaram a se considerar diversamente para cada entidade mórbida, o critério de cura: assim, na sífilis, o critério é mais de ordem biológica, enquanto que para a lepra e a malária o critério bacteriológico é soberano, e na pneumonia considera-se mais a restituição anatômica e clínica. Em todas as doenças, porém, impossível é falar em cura, no sentido amplo, si não existir antes de mais nada uma cura clínica, expressão do restabelecimento daquele equilíbrio característico do estado de saúde.

Entretanto, no decorrer de uma moléstia pode se instalar um caráter de cronicidade e estabilidade, com restauração de um novo equilíbrio resultante da adaptação do organismo às novas condições creadas pela doença, equilíbrio geralmente instável, mas que pode, algumas vezes, tornar-se permanente; quando isso acontece, só a observação e a experiência poderão dizer com certeza aproximada si se pode falar em cura ou em simples estabilização.

Pelo que já ficou dito, o conceito atual de cura está limitado, é relativo, e seus elementos variam com cada entidade mórbida considerada. Partindo daí, as moléstias podem ser:

- 1º) de caráter predominantemente curável;
- 2º) de caráter predominantemente incurável.

Não é possível fixar com rigidez a curabilidade de uma moléstia, pois mesmo a mais curável delas pode apresentar casos incuráveis, e vice-versa. Tais a sífilis com suas formas malignas "ab initio", e a peste pneumônica, de cujo surto aqui em São Paulo, ha poucos anos, salvaram-se 2 ou 3 casos.

A qual destes dois grupos pertence a tuberculose?

A feição peculiar que esta entidade mórbida assume, torna a aplicação do conceito de cura particularmente difícil. Com efeito, na tuberculose, mais que em qualquer outro processo patológico, a transição do estado de saúde para o de doença é quasi insensível, em virtude da infecção tuberculosa, cujos característicos me abstenho de expôr.

Tuberculose-infecção e tuberculose-doença são duas coisas completamente diversas; ninguém contestará, entretanto, que o organis-

mo virgem ao tomar contato pela primeira vez com o bacilo tuberculoso, reage de maneira a apresentar todos os característicos anatómicos e clínicos comuns a qualquer moléstia. Esse quadro tão variável da tuberculose-infecção regride na grande maioria das vezes, e o indivíduo é tido como curado. Houve, porém, uma restituição completa das condições anteriores?

Parece que não, pois: 1.º) o test tuberculínico, de negativo tornou-se positivo; 2.º) formaram-se nódulos calcificados pulmonares visíveis na chapa radiográfica e constatáveis na autópsia; 3.º) no interior destes nódulos calcificados encontram-se frequentemente bacilos vivos capazes de serem cultivados ou inoculados.

Portanto, o critério de cura na tuberculose-infecção é dado apenas pelos componentes clínico, funcional e bacteriológico; anatómica ou radiologicamente, e biologicamente, a infecção tuberculosa é irreparável.

Para o desencadeamento da tuberculose-moléstia concorrem todos os fatores imagináveis, endógenos e exógenos; na tuberculose, mais que em qualquer outra entidade mórbida, o bionômio microbio-organismo é da mais alta consideração; sem bacilo de Koch não ha tuberculose, mas o bacilo pode permanecer indefinidamente no interior de um organismo sem que se deflagre a doença.

Deixando de lado as formas graves de disseminação precoce que se seguem algumas vezes à introdução do bacilo (exemplo notável, aliás, de insuficiência defensiva), na maioria das vezes o organismo adquire após esse primeiro contato uma capacidade racional específica muito maior, que lhe permite zelar com eficiência pelo novo equilíbrio estabelecido.

Não entraremos na exposição dos motivos endógenos e exógenos responsáveis pela rutura desse equilíbrio em tudo semelhante à saúde.

Rompido, porém, o equilíbrio, instala-se a tuberculose-doença, com todas as alterações anatómicas, funcionais, radiológicas, bacteriológicas e clínicas sobejamente conhecidas; inicia-se então a evolução da moléstia, tão variável, dentro dos aspetos fundamentais que podem ser assumidos: o exudativo e o produtivo.

A experiência fisiológica já demonstrou que o prognóstico das lesões produtivas é mais favorável que o das formas exudativas, mas este simples diagnóstico qualitativo nada significa isoladamente, enquanto não fôr situado no tempo e relacionado à capacidade reacional do organismo.

Considerada uma evolução favorável, chega um momento em que, espontaneamente ou após a instituição mais ou menos prolongada de um tratamento médico ou cirúrgico, o indivíduo doente manifesta claramente o desaparecimento cada vez mais acentuado de todos os sintomas e sinais de sua moléstia.

Chegamos então ao ponto culminante do nosso tẽma: em que momento pode este tuberculoso pulmonar ser considerado como curado?

A resposta seria, naturalmente: quando se verificasse o desaparecimento completo de todas as manifestações, subjetivas ou objetivas, que determinaram o diagnóstico em apreço. Já vimos, porém, que o conceito teórico de cura, no sentido amplo e genérico, é uma utopia impossível de alcançar, e que, para cada doença, deve haver um critério particular baseado na observação e na experimentação.

Qual é esse critério para a tuberculose?

As condições econômicas e sociais do Brasil são tão especiais, que todos os trabalhos científicos, mormente os que se referirem à tuberculose, deveriam abordar tres questões:

- 1.<sup>a</sup>) o problema em geral;
- 2.<sup>a</sup>) as experiências alheias;
- 3.<sup>a</sup>) as nossas realidades.

Já tivemos ocasião de esvoaçar sobre a primeira destas questões; vejamos, pois, o que as experiências alheias nos podem ensinar sobre o conceito de cura da tuberculose pulmonar.

O Dr. EDUARDO ETZEL trouxe dos Estados Unidos uma publicação da "National Tuberculosis Association", que é um trabalho de unificação, padronização e divulgação dos conhecimentos mais modernos sobre tuberculose, para todo o paiz; este trabalho é reeditado cada dois anos, e se caracteriza por aquele cunho prático das coisas americanas. Encontramos aí a seguinte classificação:

- 1.<sup>a</sup>) Aparentemente curada
- 2.<sup>a</sup>) Estabilizada
- 3.<sup>a</sup>) Aparentemente estabilizada
- 4.<sup>a</sup>) Quiescente
- 5.<sup>a</sup>) (Francamente) ativa ( a) melhorada  
( b) não melhorada

Vejamos o critério desta classificação:

**Francamente ativa** — Sintomas inalterados, mais severos ou menos severos; lesões demonstráveis radiologicamente; escarro quasi sempre contendo bacilo de KOCH;

**Quiescente** — Nenhum sintôma constitucional; lesões radiológicas estacionárias ou em regressão, podendo existir cavidade; o escarro pode ser positivo para KOCH; estas condições devem ter existido pelo menos 2 mêses, ambulatoriamente.

**Aparentemente estabilizada** — Sintômas constitucionais ausentes; lesões estacionárias e aparentemente curadas à chapa radiográfica; nenhuma evidência de cavidade pulmonar; escarro, si presente, negativo à concentração; estas condições devem ter existido por 3 mêses, sendo os dois últimos com uma hora de caminhada diária, ou seu equivalente.

**Estabilisada** — As mesmas condições anteriores durante um período de 6 meses, sendo os dois últimos com uma hora de caminhada duas vezes ao dia, ou seu equivalente.

**Aparentemente curada** — Sintômas constitucionais ausentes; lesões estacionárias e aparentemente curadas à chapa radiográfica; todas as pesquisas de bacilo de KOCH negativas, inclusive lavagem gástrica, cultura e inoculação; permanencia desta situação durante 2 anos, sob condições de vida normais.

A publicação da National Tuberculosis Association termina dizendo: “uma percentagem considerável mas ainda não determinada de casos, pode, conservando esta última situação durante seis anos, voltar à vida normal”

Vemos, por um simples exame superficial, que o rigôr dos norte-americanos chega ao ponto de, após 2 anos de culturas e inoculações negativas, considerar o doente como apenas “aparentemente curado”; na classificação da National Tuberculosis Association não entra a palavra “curado”. Isso entretanto não significa que os americanos consideram a tuberculose absolutamente incurável, pois concordam em uma volta do indivíduo à vida normal após seis anos de inoculações e culturas constantemente negativas; observe-se porém que, mesmo aqui, não falam eles em “curado”

Na escola fisiológica espanhola, TÁPIA e RAMÓN DE CASTRO são de parecer muito semelhante. Para este último, o doente bem tratado, situado em condições ótimas, passa sucessivamente por tres períodos:

- 1.º) regressão dos sinais exteriores de atividade;
- 2.º) regressão de sinais radiológicos e clínicos;
- 3.º) redução da imagem radiográfica a elementos cicatriciais de maior ou menor volume, e redução da estridência dos sinais clínicos auscultatórios e percutórios, até certo limite.

Nestas condições o individuo entra em fase de cura aparente; para este autor a cura real é uma utopia: o que se verifica é o que ele chama de cura prática, demonstrável apenas pelo tempo, após reingresso do individuo na vida normal ou semi-normal.

As escolas italiana, francesa e alemã não apresentam unidade de pontos de vista a este respeito, e enquanto uns consideram a tuberculose como a mais curavel das afecções crônicas (GRANCHER), outros (BERNHEIM) têm-na como a mais dizimadora e implacável das doenças infecciosas, enquanto ÉTIENNE BERNARD diz que, de dois tuberculosos pulmonares, dentro de cinco anos um está morto.

A tendência atual da escola francesa é para considerar cada tuberculoso estabilizado como possuidor de uma determinada capacidade de trabalho, que deve ser aproveitada na medida do possível. Nas industrias de guerra, principalmente, ha uma percentagem cada vez maior de trabalhadores tuberculosos, não só na França, na Italia e na Alemanha, como também, mais recentemente, nos Estados Unidos.

A exigência de cura absoluta vai, cada vez mais, perdendo terreno nesses países, e o tuberculoso começa a ser considerado sob outro ponto de vista. Não são conhecidos ainda os resultados dessa atitude, nem os da chamada "terapêutica pelo trabalho" instituída parcialmente em alguns países, mas a interpretação dessas medidas parece indicar certo ceticismo na cura integral da tuberculose pulmonar.

Passemos agora às nossas realidades...

O problema da tuberculose no Brasil encontra-se ainda naquele estágio primitivo da iniciativa particular; não há uma classificação da moléstia, não há unificação, nem da técnica cirúrgica, nem da colapsoterapia gasosa, nem da indicação terapêutica, nem da interpretação dos elementos fornecidos pelo laboratório, nem há unificação do conceito de cura. Uma das conclusões do Dr. MAC-DOWELL, relator do I tema do II Congresso Nacional de Tuberculose realizado em São Paulo em maio do corrente ano, foi esta: "necessidade de unificar a técnica e a conduta clínica"; isso, no que se refere ao pneumotórax; que dizer então do conceito de cura?

A tendência mais generalizada dos tisiólogos brasileiros parece ser a de exigir, além de uma radiografia negativa, uma cultura e uma inoculação igualmente negativas, antes de dar alta ao paciente, com o rótulo de curado; predomina o critério radiológico e bacteriológico. Enquanto não se realizarem essas exigências, o indivíduo permanecerá catalogado como doente e, como tal, impossibilitado de trabalhar.

Naquele mesmo congresso de S. Paulo, o Dr. DECIO DE QUEIROZ TELLES, relator do 2.º tema, citou a frase de ICKERT: "Só porque elimina bacilos o tuberculoso não é incapaz de trabalhar, mas por causa dos bacilos que elimina, ninguém lhe concede trabalho." É a reprodução fotográfica da questão no Brasil.

Um dos colegas, nesta mesma sessão, há duas semanas, disse que ninguém deveria louvar suas opiniões científicas em razões de simpatia pessoal; creio eu que essa afirmativa pode e deve ser estendida também aos autores estrangeiros, até que se possa comprovar as experiências alheias com trabalhos nacionais.

Cada país tem seus próprios problemas e cada problema tem sua feição própria, diferente da feição do mesmo problema em outro país; cabe aos estudiosos resolver essas questões nacionais, com soluções e recursos nacionais.

No Estado de Michigan, onde estive o Dr. ETZEL, a tuberculose pulmonar é real e praticamente de notificação obrigatória, e todo doente, mesmo com lesões iniciais mínimas, é internado em hospital especializado por seis meses; mesmo assim, há 200 leitos vagos por falta de doentes... A National Tuberculosis pode, nessas condições, exigir seis anos de culturas e inoculações repetidamente negativas para permitir o retorno do indivíduo à vida normal.

Já na França e na Alemanha, os tuberculosos estabilizados são aproveitados pelo governo nas indústrias de guerra, em ocupação compatível com cada caso individual.

Há uma capacidade indiscutível de trabalho, em um número considerável de tuberculosos; porque não aproveitá-la?

Outra conclusão do já citado Congresso foi a seguinte:

“— O tratamento ambulatorio, envolvendo o lado social do problema da luta anti-tuberculosa, permite o estudo da forma do aproveitamento da capacidade do paciente para o trabalho, ainda no curso do tratamento”.

Isso parece indicar que o assunto será considerado a partir desta data; que assim seja realmente, mas que não se façam leis muito sábias, mas inaplicáveis e inúteis como é a da notificação obrigatória da tuberculose entre nós.

O trabalho, na tuberculose, é um grande fator de agravamento da lesão, mas ninguém ignora que muitas vezes o agravamento, ou mesmo uma recaída em doente com alta curado, provem da miseria resultante da falta de trabalho; ninguém quer empregar um individuo que se trata ou que se tratou de tuberculose. A falta de trabalho é, frequentemente, mais prejudicial que o trabalho ele mesmo.

O critério da cura mais corrente entre nós é, como vimos, baseado na limpeza radiológica e na negatividade bacteriológica da cultura e da inoculação, tidos como decisivos; serão, porém, realmente decisivos, si o que se quer é a garantia absoluta de uma cura indiscutível da tuberculose?

A limpeza radiológica é, sem dúvida, aceita com reservas, pois o que se verifica na chapa radiográfica de um individuo curado são as manchas tradutoras de tecido cicatricial, mais ou menos extensas; mas a limpeza radiológica não pode ser confirmada apenas por uma chapa ântero-posterior, como se usa entre nós: a exemplo do que se faz nos Estados Unidos, são necessárias igualmente chapas póstero-anterior, oblíqua direita, oblíqua esquerda, anteriores e posteriores, e uma ou duas chapas de perfil, sem falar em planigrafias e estereografias.

O livro de ANDRÉ MEYER sobre a tuberculose pulmonar oculta com expectoração bacilifera é claro nesse ponto: só com todos estes cuidados se poderia ter a probabilidade, de uma limpeza radiológica, pois ainda haveria uma percentagem razoavel de lesões inacessíveis aos raios X.

No que se refere à esterilização bacteriológica, o interesse é ainda maior. Aquêle mesmo autor demonstrou a existencia indiscutível de uns poucos casos de baciloscopia positiva temporariamente, em individuos clínica e radiologicamente sãos; traz assim, novamente, à baila, a noção de portadores de germes na tuberculose, à semelhança do que se verifica no tifo e em outras doenças infecciosas. MEYER admite, porém, a concomitância de lesões mínimas ocultas, e deixa a questão aberta para melhores verificações.

“Mutatis mutandis”, a mesma questão pode se apresentar, não no diagnóstico inicial, mas quando se investiga bacteriologicamente uma cura. Nestas condições, uma pesquisa positiva, quer em exames de rotina, quer em culturas e inoculações, não significa obrigatoriamente que o individuo em apreço se encontre ainda doente; ha causas de erro, não só técnicas, como ainda pelos possíveis bacilos para-tuberculosos.

Não ha dúvida que estas causas de erro são evitáveis e desprezíveis, mas, imaginemos o caso de serem realmente bacilos tuberculosos. Imaginemos o caso comum de um individuo tratado convenientemente ha varios anos, que se apresenta com sinais radiográficos perfeitamente satisfatórios, nenhum sinal subjetivo ou objetivo de tuberculose, hemossedimentação e todos os exames de rotina normais, inclusive escarro homogeneizado ou conteúdo gástrico, e que ha algum tempo vem trabalhando normalmente, com curva ponderal ascendente ou estacionária; nesta situação, qual o valor de uma cultura ou inoculação positiva?

GIUSEPPE DADDI, da escola italiana, SAENZ e COSTIL, da escola francesa, concordam com a idéia de expectoração bacilífera em individuos curados. Nem seria possível esperar um milagre; si nos nódulos calcificados do complexo primário existem bacilos vivos, cultiváveis e inoculáveis, como exigir a esterilização de um ex-doente?

Nenhum clínico, e entre eles citariamos MIGUEL COUTO, ANNES DIAS, ALMEIDA PRADO, além dos grandes clínicos estrangeiros, dá modernamente valor absoluto ao laboratório. A este, a parte técnica; ao clínico, a análise dos resultados.

Porque excetuar justamente a tuberculose pulmonar, em que o individuo já é infectado antes de ser doente? A cura não pode ser a morte do germe, pois isso é impossível; porque surpreendermos si ele, desde que existe, aparece em pesquisas de tão alta sensibilidade como a cultura e a inoculação?

A infecção tuberculosa não é doença tuberculosa, nem significa o seu inicio; não ha motivo, pois, para exigir que o fim da doença seja o fim da infecção.

Autores estrangeiros e, entre nós, o Dr. JOSÉ ROSEMBERG demonstraram o poder alergisante e patogênico do bacilo de KOCH morto, capaz de determinar lesões específicas à distancia, mesmo depois de fragmentado.

Si a concepção moderna da tuberculose é complexa, o seu conceito de cura não pode ser simplificado e firmado num unico dado de laboratório.

A cura real da tuberculose, naquele sentido de cura que expusemos no inicio, é inatingível. E uma cura prática, nos moldes de RIST, TÁPIA e RAMÓN DE CASTRO, depende da interpretação conjunta de todo o quadro da moléstia. É necessária uma visão ampla do decorrer clínico do caso, com a comparação de radiografias tiradas em várias épocas, hemossedimentações, verificações do quadro hemático, curva ponderal, e, ao lado de uma interpretação judiciousa das pesquisas bacteriológicas, a observação imprescindível das consequências do trabalho e do retôrno progressivo e controlado à vida normal ou sub-normal.

A capacidade de trabalho deve ser sempre considerada, mormente em nosso meio, onde a recuperação do tuberculoso tem tão grande significado econômico; para o proprio doente, a consciência de sua utilidade, ainda que parcial, é de considerável valor psicológico, e o

perigo de contágio para o meio familiar ou profissional não seria maior que atualmente. O tuberculoso que trabalha não só pode manter a família em padrão mais alto de vida, como fica mais horas afastado de seus próprios filhos, diminuindo assim as probabilidades de contágio para seres possivelmente predispostos, enquanto que no ambiente profissional, onde predominam os indivíduos adultos, a receptividade é menor.

Querer avaliar a cura de um antigo tuberculoso por uma chapa radiográfica ou por uma pesquisa bacteriológica positiva é coisa que não se pode compreender nem admitir. Dar alta incondicional a qualquer ex-tuberculoso, sem submetê-lo a controle demorado, talvez permanente, é outro absurdo, pois a volta abrupta ao trabalho pode ter consequências funestas de exacerbação dos focos latentes.

Nenhuma tuberculose será tida como curável ou incurável, sem a observação de sua projeção no tempo, da capacidade individual de trabalho, e do restabelecimento daquele equilíbrio normal que caracteriza o estado de saúde.

### C O N C L U S Õ E S

1.<sup>a</sup>) Em qualquer doença, infecciosa ou degenerativa, a cura real, com restituição integral de todas as condições do organismo anteriores à doença, é impossível de se obter;

2.<sup>a</sup>) Para cada moléstia ha um conceito empírico de cura, baseado na observação, variando a predominância dos critérios clínico, anatômico, radiológico, funcional, bacteriológico e imunobiológico;

3.<sup>a</sup>) Em qualquer moléstia o critério clínico prevalece no conceito de cura, em função do tempo;

4.<sup>a</sup>) Não é possível obter a esterilização de um organismo infectado pela tuberculose;

5.<sup>a</sup>) O conceito de cura na tuberculose pulmonar deve envolver todo o quadro clínico, radiológico, funcional, imunobiológico e bacteriológico, sob interpretação conjunta do fisiólogo;

6.<sup>a</sup>) Não é possível julgar a cura de um ex-tuberculoso por um único dado, seja radiológico, clínico ou bacteriológico;

7.<sup>a</sup>) Não é possível julgar a cura de um ex-tuberculoso sem a observação, no tempo, dos efeitos e consequências da volta progressiva e controlada à vida normal ou sub-normal;

8.<sup>a</sup>) Ao dar um tuberculoso como curado, o que se deseja é a restituição maior e mais sólida possível da sua capacidade anterior à moléstia;

9.<sup>a</sup>) Nenhum tuberculoso pode ser tido como curado incondicionalmente, qualquer que tenha sido o tempo decorrido desde a sua cura aparente;

10.<sup>a</sup>) E' necessário um estudo mais completo e desenvolvido da questão, para unificar, em bases sólidas, o conceito de cura da tuberculose pulmonar.

Dr. ALBERTO KESTENBERG  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE PARIS

AS INDICAÇÕES  
DA  
FISIOTERAPIA

1942

A redação desta Revista terá prazer em enviar aos Srs. Médicos interessados um exemplar gratis deste memento, de autoria do conhecido cientista Dr. Alberto Kestenberg da Faculdade de Paris.

TEL.: 4-7286