

Tuberculose da Primeira Infancia

Estado alergico — Localizações pulmonares primitivas

por

Decio Martins Costa
Do Hospital São Francisco

Ha dez anos se vem modificando toda a teoria da Tuberculose.

Hoje está estabelecido ter a Peste Branca sua origem na infancia, para conferir ao organismo que a enfrentou, não só a alergia, como tambem relativa imunidade.

Que póde ser quebrada essa imunidade por sobrecargas bacilares, ou que, gradativamente, se atenúe, acompanhando os estados de desnutrição de um organismo combalido, são noções adquiridas, graças aos trabalhos de uma pleiade de cientistas da estatura de Behring, Calmette, Sergent, Pirquet, Hamburger, para não citar sinão os nomes de mais destacada significação.

Mas, si assim é, si na criança se deve investigar o primeiro contato do organismo humano com a Tuberculose, impõe-se a observação cuidadosa dessa luta; torna-se necessaria, de um lado, a investigação dos meios de contagio, das vias de penetração do germe, sua primeira localização anatomica, dos seus processos de ataque, e, do outro lado, das resistencias que lhe são opostas, das reações locais e gerais, do estado de alergia, enfim, indice da luta do organismo contra o bacilo que o sensibilizou.

Não seria possivel que me propúsesse a fazer comentarios em torno de cada um desses problemas. Limitar-me-ei a tratar tão sómente da Tuberculose da primeira infancia, de seu estado de alergia, de suas localizações anatomicas primitivas, de seus processos de regressão ou progressão.

Frequencia — Ha vinte anos ainda se supunha rarissima a tuberculose na infancia; trabalhos de Aviragnet e Pirquet vieram, aos poucos, contestar essa raridade. Ficou a noção de que si não era excepcional no lactente a tuberculose, funesta deveria ser sempre sua marcha, dada a tendencia á generalização de todos os processos infecciosos da primeira infancia e mais particularmente dos lactentes.

Gravidade da infecção — Ouve-se ainda hoje, e com mais frequencia do que fôra licito supôr em vista dos modernos estudos, ser fatal a tuberculose no lactente, sempre caracterizada pelo adiantado estado de desnutrição do organismo, pelos surtos febris, os suores, a anemia, a inapetencia e o tetrico desfecho da tuberculose miliar, ás vezes a se esteriorizar na fórmula meningéa.

Vae tão longe essa noção da letalidade da infecção tuberculosa

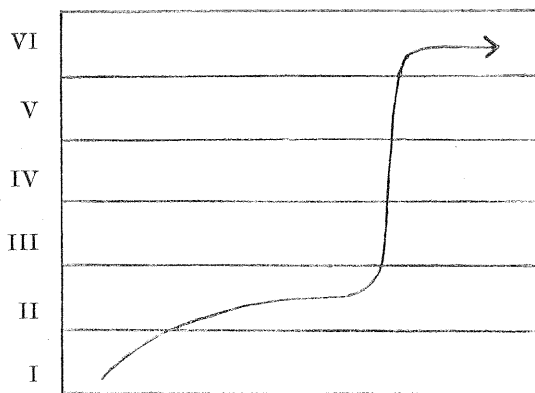
na infância, que até mesmo muitas instituições de higiene, como a de vacinação pelo B. C. G., a proclamar a eficácia dos processos de luta contra a bacilose, contentam-se em verificar a baixa de mortalidade, sem maiores preocupações pelo problema capital, isto é, si diminuiu, de fato, o numero de crianças cuja tuberculose, embora sem manifestações clinicas, podesse ser revelada pelas provas da tuberculina e exames radiologicos.

ESTADO ALERGICO

Problema diagnostico — Muito, pois, deve interessar o diagnostico da tuberculose na infancia.

Mal andarà quem pretender esperar pela eloquencia dos quadros clinicos para firmar o diagnostico da tuberculose. Muito menos do que para o diagnostico, vale o aspéto clinico do doente como orientação prognostica. Assim, a classica descrição da criança de facies simiesco, semelhante ao da decomposição alimentar, com temperaturas vesperais, com suores á noite, com tosse, com dispnéa, com sinais objetivos á percussão, apalpação e ausculta, são muito menos a expressão de um caso de tuberculose, do que a caracterização de seu quadro final — a tísica — sempre mortal.

CURVA DE ALLERGIA



Complexo primario curado sem consequencias, conforme Simon — Redeker.

Bem ao contrario, póde a tuberculose evolver na criança sob apagada sintomatologia. Impõe-se, por isso, a necessidade de surpreendê-la mal tenha ela assaltado o organismo.

Assim, a mais leve irregularidade na nutrição de um lactente, o peso que estacione, embóra propria a alimentação; uma temperatura que oscile, sem causa que se verifique; um sonno inquieto e, principalmente, a possibilidade de contagio, são motivos suficientes para que se levante o problema diagnostico e se faça, imediatamente, a reação de Pirquêt.

Reação de Pirquet — Desde que Nocard, depois do fracasso da tuberculinoterapia de Koch, começou a se valer da tuberculina para diagnostico da tuberculose dos bovideos, não cessou nos meios pediatricos a áttividade no sentido de poder applica-la ao homem.

Falharam no entanto inumeras tentativas, pois com a injeção de tuberculina coincidiam as peioras do doente, não só quanto ao estado geral (temperatura, sensorio, etc.), como tambem pela intensa reação peri-focal.

Só em 1907 von Pirquet, de Viena, veio a descobrir a cuti-reação, processo diagnostico que tanta luz iria trazer á questão da tuberculose.

Vejamos como descreve Marfan a experiencia:

“Levado, principalmente, pelos caracteres da vacina jeneriana nos homens já vacinados, teve Pirquet a idéa de pôr uma gota de tuberculina sobre a parte superficial do **derma desnudado** por uma es-carificação da epiderme e de observar em seguida o que se passava nos individuos tuberculosos e nos não tuberculosos.”

Para mais segura interpretação das reações observadas, aconselha a maioria dos autores a pratica de duas es-carificações; uma contendo a tuberculina e a outra apenas para testemunha.

Nos individuos não tuberculosos não se observa nenhuma modificação entre as duas es-carificações; apenas ha, ás vezes, sobre a que recebeu a tuberculina uma vermelhidão leve, limitada e transitoria, mas cicatrizando tão depressa, quão a que serve de testemunha.

Nos individuos tuberculosos, isto é, quando a reação é positiva, depois de umas 12—24 horas, ás vezes 48, aparece uma mancha vermelha, não muito extensa e saliente; depois de 24 horas, torna-se esta mancha uma papula vermelha, dura, edematosa; no fim de 36 horas a reação atinge o maximo, e a papula aumenta de diametro em todos os sentidos. Assim se conservando mais ou menos 24 horas, começa a papula a envolver, empalidecendo e pouco a pouco desaparecendo até o 6.º—7.º dia. Algumas vezes, porém, é retardada a reação, con-vindo por isso fazer a leitura depois de 3 e mesmo 4 dias.

Positiva a reação de Pirquet, impõe-se uma dedução: **o individuo é portador de bacilos tuberculosos vivos, tem em si um foco tubercu-losos**. Póde estar esse foco tuberculoso em plena evolução, ou permanecer em latencia; um fáto é indiscutivel (Czerny, Finkelstein, Marfan, Nobicourt, Lereboullet, Hamiburger) um bacilo, no minimo, ha de estar vivo nos pulmões, nos ganglios linfaticos, ou onde quer que seja.

Marfan, e com êle a maioria dos autores vae ainda mais longe e com muita razão acentúa não haver abaixo de um ano, infecção bacilar em repouso, devendo ser pois a **cuti reação positiva indice seguro de uma tuberculose em evolução**.

A técnica de Pirquet tem soffrido varias modificações, entre elas destacando-se as seguintes:

1.º) **Reação sub-cutanea de Hamburger**: Injéta-se por via hi-dermica 0,1 mmgr. de tuberculina antiga (0,1 cc. de uma solução de 1% em sôro fisiologico com 0,5% de acido fenico). Si a reação é ne-

gativa pôde-se fazer uma segunda injeção de um mmgr.de 0,1 cc de uma solução a 1%.

2.º) **A intradermo reação de Mautoux:** Com diluições que se podem diminuir de 1 por 1.000 a 1 por 500, 1 por 100 e até 1 por 10. Injeta-se a tuberculina no tecido intradermico da região deltoidiana.

A intradermo reação é um processo muito sensível, talvez a mais sensível das provas de tuberculina. E', porém, de técnica mais complicada.

Finkelstein não a emprega sinão quando negativa a reação de Pirquet.

3.º) **A prova per-cutanea de Moro** — Com a pomada Ektebin (5 cc. de tuberculina e 5 cc. de lanolina anhidra). E' bastante fazer fricção com uma pequena quantidade de pomada (tamanho de uma ervilha) na pele do peito, até que essa fique sêca e fazer a leitura nas 24—48 horas depois.

A reação positiva se caracteriza pela formação de pequenas papulas disseminadas na zona da fricção. Às vezes é mais intensa a reação e não raro se manifesta por um exantema fugaz do tipo saramposo.

Por sua grande simplicidade a permitir facil emprego na clinica privada, tenho dado decidida preferencia a esse methodo.

Ele é sensível em extremo, bastando considerar ser o preferido nos dispensarios de Tuberculose em Berlim.

No Hospital S. Francisco, já observei doentes com reações negativas pelo Pirquet, reagirem positivamente ao processo de Moro.

Acredito, porém, na insufficiente efficacia da tuberculina lá usada.

Que me seja permitido abrir um parentesis, para estranhar o pouco emprego entre nós, das provas da tuberculina. Com exceção dos medicos pediatras, muito poucos recorrem a tão valioso meio diagnostico para tuberculose na infancia. E quanto não seria de desejar que ao atender a uma criança pensassem os clinicos gerais serem bem diversas das do adulto as reações biologicas da infancia...

Justifica-se, pois, a insistencia em torno de um método que, de todos conhecido, vae aos poucos caindo em desuso, pelo simples fato de ser inexpressivo na clinica de adultos.

Reação de Pirquet e marcha de allergia — Mas não só como meio de diagnostico vale a prova de Pirquet. Ela foi mais longe e tem sido servido quasi que para medir a marcha reacional do organismo contra a tuberculose.

E' assim que pequenos focos tuberculosos podem despertar intensa reação allergica e, ao contrario, darem processos de generalização bacilar apenas um esboço de reação positiva e muitas vezes mesmo, reação francamente negativa.

E' que a reação positiva á tuberculina indica o estado de allergia: de luta do organismo infectado contra o germe infectante, ao passo que a reação negativa pôde indicar ou a inexistencia da infecção ou, bem ao contrario, a vitoria dela sobre as defezas organicas: a **allergia**

negativa, ou anergia. Cresce, pois, de significação a marcha da alergia, uma vez obtida uma primeira reação positiva.

Si a coincidir com o bom estado geral do paciente, diminúe de intensidade a reação de Pirquet, é possível supôr que o organismo mantém a alergia, ao mesmo tempo que adquire relativa imunidade. Si, ao contrario, com o evoluer do mal, peiora o estado geral do organismo, irá a reação de Pirquet indicar a intensidade da luta e as possibilidades de defeza do doente. Vemos assim se tornar intensamente positiva a reação, para, a pouco e pouco, ir enfraquecendo, até permanecer negativa, na desalentadora expressão de **anergia**, ausencia de defeza e portanto de imunidade.

O mesmo fenomeno, mas sem obedecer ás mesmas causas, é verificavel quando o organismo em alergia tuberculosa, contrae molestia infecciosa, como gripe, sarampo, esscarlatina etc. Por fenomenos biologicos não ainda fóra de duvida, entra o organismo em estado de **anergia**. Acredita Marfan serem os anticorpos do organismo mobilizados em massa contra a infecção aguda, dando treguas assim á luta contra a tuberculose, e portanto fazendo cessar a alergia.

O estudo da alergia de tal maneira tem impressionado, que muitos autores se propuzeram descrever a evolução da tuberculose em periodos, e relacionar os processos anatomo-patologicos dessa evolução ás alternativas de **anergia** e **alergia**.

Dentre esses autores sobresaí **Ranke** que, sem cessar, procurou relacionar a diversidade das localizações anatomo-patologicas da tuberculose, de suas reações peri-focais e gerais, para por fim chegar á conclusão de que a marcha da alergia, i. é, “o modo de responder ao estímulo do corpo atacado pelo virus tuberculoso, é decisivo para a marcha das lesões pato-morfologicas, assim como para sucessão dos periodos anatomicos e dos quadros morbidos correspondentes.”

Divide Ranke em tres periodos a evolução da tuberculose:

- 1.º) Periodo de incubação e prodromos
- 2.º) “ de acme, de participação de todo o organismo e de anafilaxia
- 3.º) “ final, de terminação, ou de circunserição da enfermidade em focos localizados com imunidade absoluta ou relativa.

Simon e Redeker depois de comentarem a teoria de Ranke acham, pelo contrario, se produzirem as modificações allergicas apenas entre 2 pólos: A sensibilidade ás toxinas, um, e a resistencia á imunidade, outro.

E', pois, a imunidade na tuberculose, mais função do proprio estado allergico do organismo, do que resultado de um verdadeiro processo de cura de lesão tuberculosa. Bem diversa, portanto, da noção de imunidade das molestias agudas, só conseguida depois da cura da doença (sarampo, variola, difeteria etc.).

Aschoff refere-se a um periodo de primo-infecção e um periodo de re-infecção. Hübschmann considera como re-infecção todo foco que aparece depois da primo-infecção, principalmente as metastases por via hematogenica, já observaveis nas crianças entre 2 e 8 menses.

Simon e Redeker acham impossível a demarcação dinamica e cronologica entre a primo e re-infecção e concluem: "com o aumento dos conhecimentos sobre a evolução do foco tuberculoso, a época das divisões em periodos vae decaindo. Em lugar dos periodos aparece um conceito empirico da evolução: o desenvolvimento dos focos tuberculosos diversos e como unidade ou manifestação fundamental o **canro tuberculoso** e a analise de suas diversas fases."

O estudo das reações alergicas deve deixar bem nitida uma noção: a de que não se poderão confundir em manifestações biologicas e clinicas a tuberculose da primeira infancia com a do adulto.

A tuberculose da infancia é primaria, instala-se — tal seja a carga bacilar — ou avassalando por completo o pequeno organismo sem defezas; ou, insidiosamente, sensibilizando-o primeiro, para só depois arrancar dêle os processos reacionais, tirando-a da **anergia** para a **alergia**.

Não é de estranhar, pois, sejam mais atenuadas as manifestações clinicas da doença, de vez que as reações biologicas só se manifestam um mês em média depois do ataque bacilar, espaço de tempo que constitue a chamada fase **pré-alergica**.

Ao contrario a tuberculose do adulto, sendo secundaria, ã sempre a expressão da quebra da imunidade adquirida; deve se revelar, como de fato se revela, por uma sintomatologia clinica mais viva, mais expressiva.

LOCALIZAÇÕES ANATOMICAS

Si demonstra a cuti reação a existencia da infecção bacilar e si, falha, por vezes, a investigação clinica para o diagnostico da localização anatomica, cresce de importancia a radiologia neste particular.

Póde-se mesmo afirmar estar calcado quasi que exclusivamente em estudos radiologicos todo o capitulo das localizações anatomicas da Tuberculose.

Sem discutir a controvertida questão das vias de penetração do germe, procurarei estudar, fazendo rapida sintese das discussões que este assunto tem provocado, a localização anatomica inicial da tuberculose toracica e seus processos de extensão e regressão.

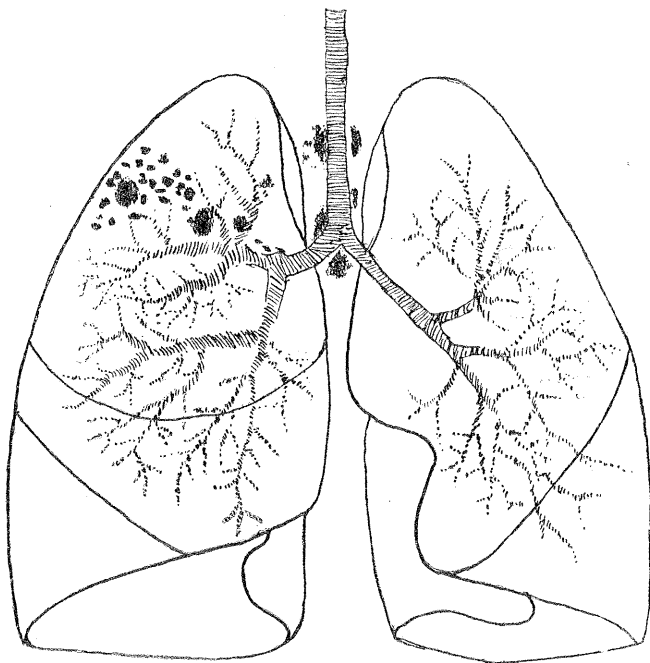
Duas fases caracterizam os estudos tendentes a pôr em evidencia a primeira localização tuberculosa: a fase anatomica e a radiologica.

Fáse anatomica — Diversos foram os investigadores, dentre êles se destacando Parrot e Küss na França; Conheim, Albrecht, Hedren, Aschoff e Gohn na Alemanha.

Dos estudos feitos em cadaveres de crianças no maximo com 4 anos de idade, resultou a convicção de que é, em sua grande maioria, respiratoria a tuberculose infantil e tem lesão anatomica inicial no **pulmão**, daí se propagando, por via linfatica, aos ganglios hilares e traqueo-bronquicos.

Tal é a lei de Parrot, confirmada por Kuss, Albrecht, Hedren, Gohn, Ribadeau Dumas e outros.

Contraria a esse modo de vêr, estatúe a lei de Cohnheim, haver sempre uma lesão tuberculosa, no ponto pelo qual o bacilo penetrou no organismo.



Progressão da tuberculose durante o primeiro estagio, segundo RANKE. (Fóco primario com metastasis nos espaços linfáticos, vias linfaticas centripetas e ganglios regionais).

Do livro de Simon—Redeker.

Calmette, por seu lado, partidario da tuberculose de origem bovina, reconhece a via digestiva como portadora do bacilo que, englobado por um leucocito polinuclear, é arrastado para a circulação linfatica e daí para a sanguinea até que vá parar, num pulmão ou outro órgão, onde os processos perifocais o englobam, determinando a latencia do mal; ou, hipotese mais feliz, é eliminado com o leucocito que o domina pelo figado e intestino antes mesmo de determinar lesão.

Fáse radiologica — Aos estudos de dissecação sucedeu a incessante e promissora atividade radiologica a descobrir não já o achado de autopsia, mas a lesão em seu estado inicial, na sua comum localização anatomica e, mais do que isso, permitindo acompanhar a evolução do fóco tuberculoso quer em sua tendencia á extensão, quer á regressão.

Sobresairam nestes estudos, Ranke, Ribadeau Dumas, Debré, Lezoux, Engel, Neuland e Eliasberg, Aschoff, Klare, Simon e Redeker.

Confirmam todos esses cientistas a lei de Parrot, segundo a qual é o pulmão a séde da lesão inicial da tuberculose infantil. Como divergem apenas em detalhes e nomenclatura as interpretações dos acha-

dos radiologicos, parece-me mais pratico sintetizar a noção adquirida de todos esses trabalhos.

Levado ás vias respiratorias o bacilo tuberculoso, vai êle determinar no pulmão o fóco inicial, o canero de inoculação, o "primaer-affekt" dos autores alemães, a infiltração precoce de Ranke, "primo infection" dos francêses.

Haja ou não reação geral do organismo, ou mesmo sintomas respiratorios do doente, pôde o canero de inoculação, a maior parte das vezes, ser revelado pelos raios X.

Muito diverso é o aspêto da sombra determinada pela infiltração tuberculosa. Ela pôde ser ás vezes uma pequena mancha de contornos irregulares, outras vezes de fórmula triangular, ou mesmo uma extensa sombra lobar podendo ocupar um pulmão inteiro.

A localização do fóco primario, embóra não seja fixa, apresenta certas preferencias, sendo certo, segundo as estatisticas, ser muito mais comum á D. e no lóbo inferior, mais raras no pulmão E, ainda no lóbo inferior e no medio, excepcionais nos lóbos superiores. São frequentes as localizações marginaes, juxtahilares, de tão difficil interpretação, assim como não menos observaveis as da região cisural.

Seja qual fôr a evolução da primo-infeecção, não falha a lei de Parrot, isto é, o canero de inoculação, por via linfatica, faz com que reajam os ganglios do hilo e os do mediastino o todo determinando o "**primeiro complexo**" a lesão "pneumo-ganglionar".

Não será demais que se insista ser possivel não apresentar o paciente sinão leves sintomas funcionais, sem sinais de auscultu ou percussão que possam revelar a atinencia pulmonar.

E' necessaria a prova da tuberculina para orientação etiologica e o exame ao raio X, para o diagnostico da séde do mal, sua extensão, sua marcha e ás vezes, até prognostico.

Muito tem interessado aos anatomo-radiologistas a interpretação das opacidades encontradas ao "écran".

Ribadeau Dumas estuda com muita clareza a questão e distingue a sombra dos tuberculos propriamente ditos, das das reações perifocais, onde tomam parte os processos de arterite, flebite, linfangite e bronquite.

Não pôde, por conseguinte, a extensão de uma sombra ser o indice das proporções de uma **lesão** propriamente dita. A lesão por vezes minima, pôde provocar extensa reação perifocal. Tem sido por esse motivo empregada pela maioria dos autores o termo de **infiltração tuberculosa**, que, com mais fidelidade, exprime o estado do parenquima pulmonar.

Segundo o modo de invasão e intensidade da carga bacilar, pôde-se constituir uma acinite, uma lobulite, uma polilobulite, ou pneumonia lobar ou pseudo-lobar.

A mesma sombra observada repetidas vezes, pela radiografia em série, pôde sofrer modificação conforme a marcha do mal.

Fórmias regressivas — Caracterizado o fóco primario pelas sombras descritas, pôdem ainda os raios X acompanhar-lhe a involução.

Ribadeau Dumas acentúa corresponderem as fórmias curaveis, se-

ja ás sombras limitadas, seja ás sombras difusas de quasi um lóbo, de um lóbo inteiro, ou mesmo de todo o pulmão.

A' medida que vão cedendo as manifestações infiltrativas, diminúe a homogeneidade da sombra pulmonar e aos poucos se vão caracterizando os dois pólos da inflamação: o fóco primario (pólo pulmonar), e fóco ganglionar (pólo ganglionar) (Fig. 1). São as **infiltrações bi-polares primarias de Redeker**.

Pódem tambem se dissociar da sombra difusa, muitas vezes de fôrma triangular (fig. 2), manchas menores que, aos poucos, se vão destacando até formar sombras arredondadas negro nanquin.

São os nodulos de calcificação, e é a cicatriz do tuberculo inicial, o verdadeiro **tuberculo de vacinação** (R. Dumas). Fig. 3.

Conforme a extensão da sombra da infiltração primaria e da maior ou menor rapidez de sua regressão, muito se vae modificando a imagem radioscopica. São observaveis assim o nódulo de calcificação unico ou multiplo (fig. 3), as fôrmas juxta-hilares em ampulbeta (fig. 1), em alteres (fig. 4), em S (fig. 5) etc.

Variaveis pois em fôrma e extensão, guardam, como se vê, as sombras dos processos de cura os vestigios da localização anatomica inicial, i. é, do fóco primario-pulmonar e da propagação pelos vasos linfaticos aos ganglios hilares e traqueo-bronquicos.

Entre os processos de infiltração primaria de tendencia regressiva tiveram maior vulto as grandes sombras lobares, semelhantes á da Pneumonia lobar. São a "infiltração epi-tuberculosa" (fig. 6) de Eliasberg e Neuland ou "Espleno-pneumonia", como a descreve Armand Dellile, capazes de envolver a ponto de não deixarem como "reliquat" sinão o nódulo de cura (fig. 3).

Eliasberg considera-a como sendo a expressão de intensa reação pneumococica em torno de um fóco tuberculoso inicial.

Simon e Redeker não se inclinam a aceitar a hipotese de Eliasberg, e assim como Ribadeau Dumas, julgam estar toda a infiltração condicionada á toxina tuberculosa, embóra mais arrastada seja sua involução. Observações dessas colecionou, entre nós, o Dr. Pedro Maciel em seu excelente trabalho sobre infiltrações precoces, publicado na Revista de Radiologia Clinica no ano passado.

Quanto ao tempo necessario para que se verifique ao "écran" a existencia dos nodulos de cura, é muito variavel a estatistica de diversos autores.

Algumas sombras evoluem em poucas semanas, outras em mêses e até em mais de ano.

Mlle. Odier acentúa não depender o prognostico da morosidade do processo de regressão.

Conforme muitos autores, não são encontrados em lactentes os nodulos de calcificação. Küss, citado por Ribadeau Dumas, relatou um caso em criança de 11 mêses. Gripel em um lactente de 6 mêses.

No dispensario de tuberculose de Faerber em Berlim, mais de um caso observei em lactentes, cuja razão de Pirquet fôra, pela primeira vez, positiva, um mês antes.

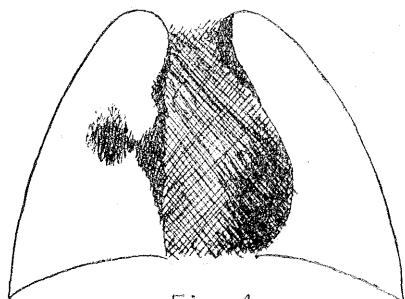


Fig. 1

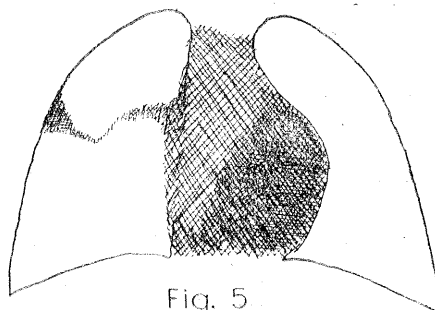


Fig. 5

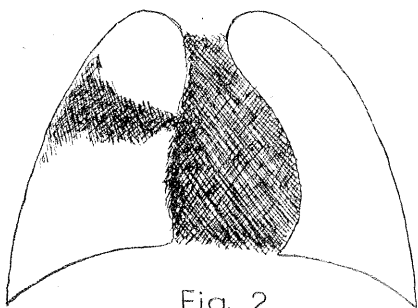


Fig. 2



Fig. 6

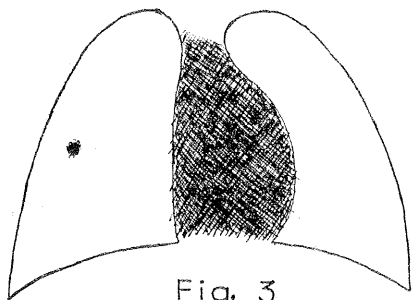


Fig. 3

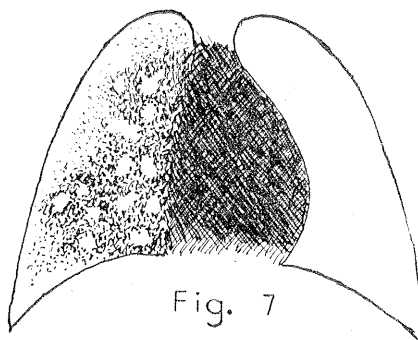


Fig. 7

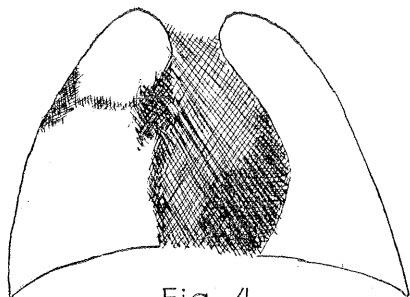


Fig. 4

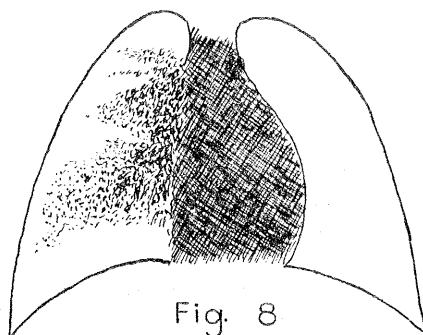


Fig. 8

Depois de dous anos são comuns os nodulos de calcificação e as demais sombras expressivas de processos de cura.

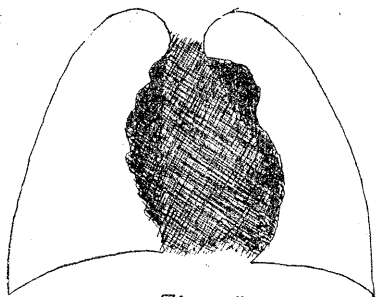


Fig. 9

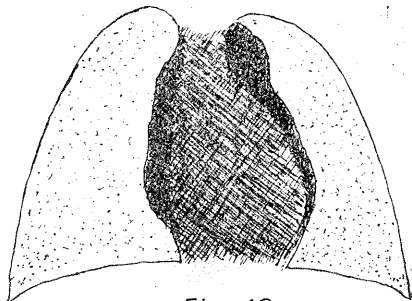


Fig. 10

Fórmias extensivas — Condicionada pela carga e virulencia bacilar ou por improprias condições de terreno, póde o fóco primario se estender e generalizar o processo tuberculoso.

Assim, a lesão inicial póde: 1.º) sofrer a evolução do tuberculo, e chegar á fusão da caverna (fig. 7); 2.º) aumentar progressivamente como uma mancha de oleo (fig. 8), tomar os territorios visinhos e con-

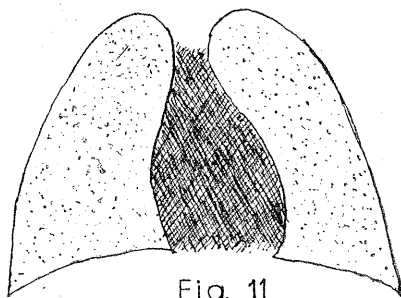


Fig. 11

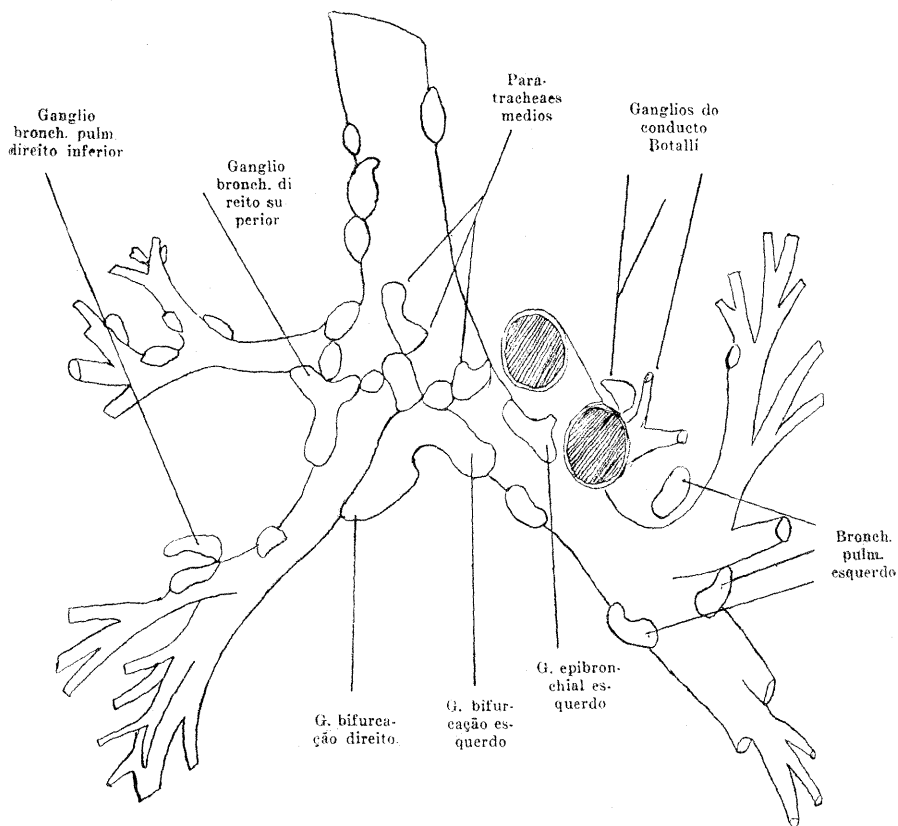
duzir á ulceração; 3.º) provocar intensa reação linfatica (fig. 9), determinando a caseificação do ganglio e sua abertura para um bronquio com tuberculose pulmonar de retorno ou disseminação miliar consequente (fig. 10), 4.º) póde, por via linfatica, chegar á corrente sanguinea e originar a tuberculose miliar (fig. 8), a meningite, enfim processos de generalização sempre mortais; 5.º) póde, por fim, determinar a tuberculose ganglionar visceral generalizada, que transcorre sob o aspéto geral de atrofia (Finkelstein).

Ainda aqui irá a radiografia em série acompanhar o processo e verificar, como acentúa R. Dumas, se êle é extenso “d’emblée” ou si tende á extensão, fusão, ou generalização.

Oferecem maiores dificuldades de interpretação as localizações juxta-hilares, cuja sombra nem sempre póde informar onde termina a infiltração pulmonar, onde começa a adenite.

REAÇÕES GANGLIONARES

Como tomam parte na formação do quadro radiológico do complexo primário, é necessário sejam ditas algumas palavras sobre os ganglios traqueo-bronquicos, já que não seria possível tratar aqui particularmente da tuberculose traqueo-bronquica.

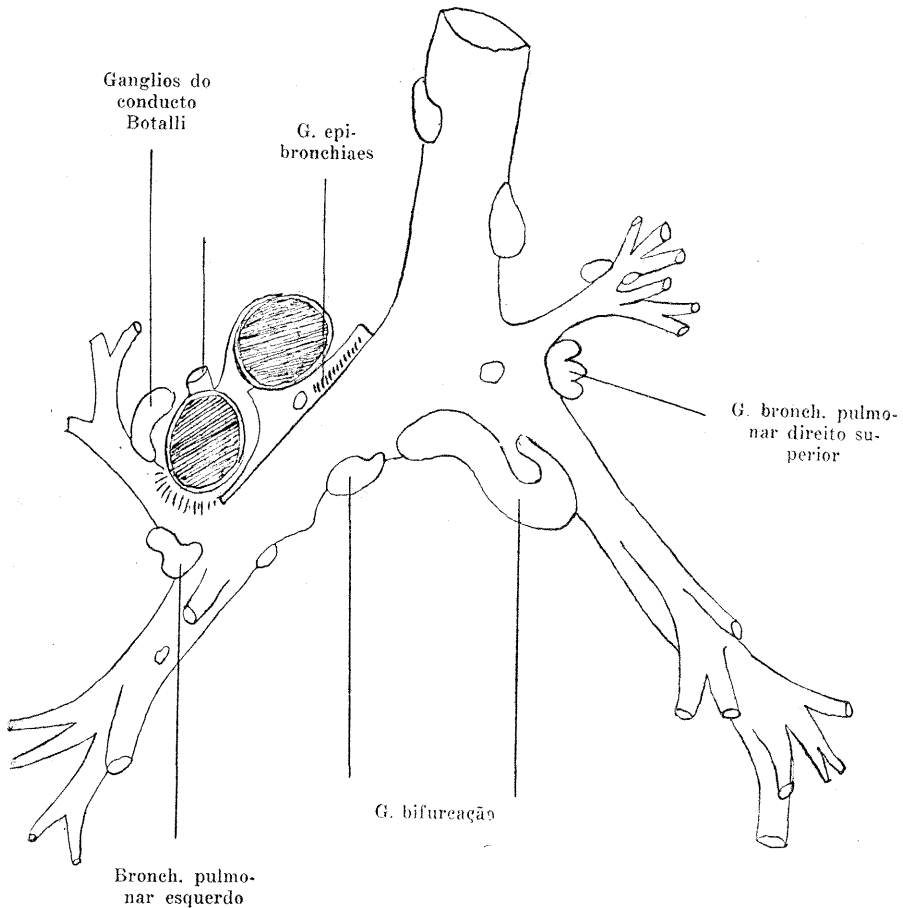


(Vista do plano ANTERIOR)
Situação dos ganglios bronquiais, segundo ENGEL
(Do livro Simon-Redeker)

Torna-se necessário acentuar pertencer muito mais às adenites mediastinais do que às lesões pulmonares a responsabilidade dos sintomas clinicos observados. Basta considerar estarem os ganglios mediastinais ligados entre si por anastomoses linfaticas e em relação com a traquéa (grupo de Barety); com os bronquios, com a veia cava superior, crossa da aorta, com pneumogotrico e o recorrente.

Daí o aparecimento, algumas vezes, de sintomas que traduzem compressão ou irritações nervosas. São observados assim: estases torácicas, cervicais, exoftalmia, disfagia, dedos em fórmula de "baguette"

de tambor, midriasis por irritação do simpático; tósse rouca, sem força, lembrando uma pericardite, dependendo de uma paresia dos nervos recorrentes.



(Vista do plano POSTERIOR)
Situação dos ganglios bronquiais, segundo ENGEL
(Do livro Simon-Redeker)

Engel e Finkelstein, embora enumerando esses sintomas, afirmam constituirem raridade, em face do enorme numero de adenites traqueo-bronquias que decorrem sem sintomas clinicos e só aos raios X são diagnosticadas.

RADIOLOGIA E CLINICA

Si tenho insistido exclusivamente na interpretação radiologica, no que de acessivel tem ela ao clinico geral, é exatamente porque, sem contestação, á radiologia cabe o merito de ter conseguido modificar noções já tão arraigadas e prejudiciais.

Veu a radiologia provar que, ao contrario do até então proclamado, é frequente a tuberculose da primeira infancia e não só frequente, como curavel grande numero de vezes. Veiu facilitar o diagnostico e, em parte, orientar a terapeutica e a prognose.

Não se poderá, certamente, desprezar os sintomas que a clinica por ventura fornecer. Pelo contrario, por mais apagados que apareçam urge tirar d'elles o valor maximo, fazendo a prova da tuberculina e os exames radiologicos.

Nobécourt, em seu tratado de Tuberculose, valendo-se de grande cópia de observações proprias e de outros autores, descreve a broncopneumonia caseosa sem fébre dos lactentes, como sem fébre a tuberculose cavitaria e a meningite tuberculosa.

Não ha conta de casos de tuberculose, diagnosticados biologica e radiologicamente, sem que sintomas clinicos se fizessem sentir.

Intencionalmente não discuti outros e valiosos processos de diagnostico, pesquisas de laboratorio, exames de urina e reações serologicas. Pretendi acentuar apenas a importancia do que é imprescindivel: A prova da tuberculina, — indice da existencia da Tuberculose e do poder reacional do organismo — e o exame radiologico localizando e delimitando a extensão do processo anatomico.

Completam-se admiravelmente esse dois meios de investigação e permitem acompanhar quer a marcha da tuberculose para o desfecho funesto, quer a resistencia do organismo a caracterizar, paradoxalmente, pela allergia, o estado de imunidade relativa.

