

Bronquite ou Tuberculose

por

Carlos Bento

Chefe de Clínica da Clínica Médica Propedeutica

A pratica da tisiologia sempre nos trás assuntos novos ou mesmo antigos que, porém, sempre são da atualidade, para escrevermos sobre a tuberculose pulmonar e elucidar determinados pontos que ainda são despresados na sua grande maioria.

E' na clinica diaria que encontramos sem duvida alguma o ponto capital que nos vai servir de base para uma série de trabalhos ou contribuições científicas.

Desta vez foram alguns casos de tuberculose pulmonar que atendemos, os quais, porém, durante muito tempo foram tidos como casos de bronquite aguda ou crônica. Não é um assunto recente, bem ao contrario: trata-se da confusão entre uma bronquite não especifica e uma tuberculose pulmonar de fórmula bronquítica.

Nunca será demais demorarmo-nos em considerações de ordem semiologica e clinica a respeito destas duas entidades mórbidas, porque elas se prestam á confusão de diagnóstico.

Muitos fatores contribuem para crear embarços e dificuldades ao clinico, quer a diferenciação semiologica, quer o diagnóstico diferencial e muitas vezes até a dificuldade se estende á interpretação dos exames de laboratorio, restando sómente um recurso: o exame radiográfico em série.

Muito bem diz Bard: "A dificuldade clinica não consiste em discernir o syndrome que é a base da doença, mas em estabelecer a natureza tuberculosa".

Não devemos deixar cair em esquecimento as palavras do professor argentino Barlaro: "Em certas ocasiões é uma bronquite que abre a marcha, uma bronquite em uma fórmula clinica de evolução crônica, da tuberculose pulmonar".

Baemeister aconselha-nos que devemos ter sempre em conta que a toda bronquite aguda ou sub-aguda póde associar-se a tuberculose.

Deante da opinião destes tres autores vamos estudar em primeiro logar a bronquite, depois a tuberculose pulmonar, fórmula bronquítica, e por fim a estas duas afeções reunidas.

BRONQUITES:

Jumon, ao referir-se á semiologia dos estertores roneantes e sibilantes, assim se expressa: "Roneos ou sibilos traduzem a bronquite, isto é, a inflamação da tunica interna da traquéa e dos grandes bron-

quios, pequenos bronquios e bronquiolos, considerada como lesão elementar. Encontram-se, pois, esses estertores em todas as bronquites agudas e crônicas e em todas as afecções que se acompanham de reação bronquítica, no momento dado de sua evolução”.

Para Grasset, a bronquite primitiva é habitualmente rara e para Letille e Halbrou a tuberculose primitiva dos bronquios é excepcional.

Burnand afirma de modo categórico em um de seus livros que é erroneo diagnosticar uma “simples bronquite” somente por se ouvirem estertores roncantes e sibilantes.

Chamam-se estertores sibilantes a ruídos secos agregados ao murmúrio vesicular e produzidos por estados anatomicos **desenvolvidos** pelas finas ramificações bronquiais. Deduzimos desta explicação seu valor semiológico: os estertores sibilantes indicam a existência de uma bronquite. As sibilancias se auscultam em todos os estados bronquiais. Ha sibilancias nas bronquites agudas e crônicas e na asma bronquial. Aqui os ruídos em estudo se exagéraram em numero e intensidade durante o ataque asmático. As sibilancias têm muito valor diagnóstico na tuberculose pulmonar incipiente. Sendo esta afecção um processo primitivamente bronquial, é concebível que a inflamação específica, assentada nas finas ramificações bronquiais, próximas ao alveolo pulmonar, devem, pelo fato de se acharem afetadas, dar lugar a esse ruído de auscultação. Não têm, entretanto, valor patognomico, porém sua comprovação, reunida a outras manifestações subjetivas e físicas, contribuirá para estabelecer o diagnóstico.

Estertores roncantes — São ruídos secos agregados ao murmúrio vesicular, produzidos por alterações anatomicas desenroladas nas medianas e grossas ramificações bronquicas. Sugerem, em consequencia, o diagnóstico de bronquite.

Os **roncos** se auscultam em todos os estados mórbidos em que existe uma alteração anatomica bronquial, seja inflamatória ou mecânica. Haverá, pois, roncões nas bronquites agudas e crônicas e na asma bronquial.

Nos cardiacos, o roneo aparece desde que a insuficiencia do coração comêça a esboçar-se.

E' principalmente nas bronquites, especialmente no primeiro periodo, quando a secreção é ainda escassa e pegajosa, e ha intensa tumefação da mucosa, que os estertores secos se produzem. Si, são somente os bronquios grossos que estão atacados, haverá unicamente roncões; á medida que o processo se propaga aos bronquios finos, as sibilancias aparecem e aumentam.

Quaisquer que eles sejam os roncões e as sibilancias têm sempre por causa um estado patológico do sistema bronquico.

Uma **quinta** de tosse, expelindo as viscosidades bronquicas póde fazê-los desaparecer. Os roncões e as sibilancias só excedem o ruído da respiração, si forem muito confluentes (bronquite capilar).

Na tuberculose dos apices, os estertores têm uma grande fixida-

de. A tosse, os estertores secos ou húmidos, mais ou menos extensos, e a expectoração mucopurulenta ou purulenta são os sintomas mais importantes de uma bronquite. Sua comprovação justifica suficientemente o diagnóstico desta afecção bronquial. Ha outros sistemas que, por sua inconstancia, têm menos valor diagnóstico, porém, que se apresentando, podem afiançar o juizo clinico (a febre nos casos agúdos, dispnéa, dilatação pulmonar agúda, etc.).

Especialmente são possiveis os erros diagnósticos quando, em vez de atender como é devido ao conjunto dos sintomas, só se atende a um deles. Não é raro que, por uma exploração incorréta, defeituosa, se diagnostique um catárrho bronquial ordinario em doentes que, em realidade, tenham outro padecimento (Schlesinger) Mariano Castex, no seu estudo "Sobre algumas fórmas de bronquite crónica" não se detem na influencia da sífilis, da tuberculose e do alcoolismo, sobre a bronquite crónica, por considerá-la classica e por demais conhecida.

Antes de terminar esta parte é justo que transcrevamos um trecho do livro do professor Clementino Fraga: "Durante muito tempo se admitiu que os estertores roncantes denunciavam bronquite dos gróssos e médios bronquios, ao passo que os sibilantes refletiam a localização nas ultimas ramificações. A revisão semiologica assegurou depois que os dois sináis exprimem a inflamação da traquéa e gróssos bronquios. Neste caso sibilacão e roncaria são casos de maior ou menor estenose bronquica, resultante da congestão da mucosa, do espásmo dos musculos de Reisseissen e das secreções que estagnam no condúto aéreo. Hoje, sabe-se melhor que a secreção se dispõe na luz bronquica á maneira de uma membrana que vibra á passagem do ar. São moveis, isto é, desaparecem com a tosse e expectoração, e em pouco reaparecem.

Na tuberculose pulmonar, o elemento bronquico é causa de hesitação diagnóstica. Não devemos esquecer que a percussão serve muitissimo ao descrime: — havendo massicês local, não é só de bronquite que se trata".

A bronquite crónica tem uma evolução especial e sintomas suficientemente nítidos para não ser confundida com nenhuma outra afecção dos bronquios.

A disseminação das lesões nos dois pulmões com predominancia para a base e ausencia dos bacilos de Koch no escárro, a distingue duma certa fórma de tuberculose pulmonar da qual ela se aproxima pela sua marcha lenta, pelo aspéto da expectoração, pelo emagrecimento do paciente (Lancereaux).

As bronquites agúdas de repetição e as bronquites crónicas condensam a tuberculisacão pulmonar, não dirétamente, mas indiretamente por inanición respiratória segundo Peter e Constantino Paul.

Greene afirma que o numero dos casos diagnosticados de "bronquite crónica" diminuiu, á medida que o emprego de processos mais exactos têm demonstrado que muitos deles eram, em realidade, casos de tuberculose pulmonar, de afecções cardiacas, de insuficiencia cardiorenal ou de **bronquiectasia**.

BRONQUITE

Na creança é preciso assinalar a frequencia das bronquites crônicas, em parte de origem rino-faringéa, a maior parte das vezes em relação com a tuberculose ganglio-pulmonar.

Na tuberculose ganglio-pulmonar da creança, as bronquites hilares se acompanham de roncos e sibilagões (fortes roncos Rilliet e Barthez) que se ouvem no espaço inter-escapulo vertebral.

Martinez em seu livro — Diagnostico clinico — quando se refere aos estertores roncantes e sibilantes, escreve:

Estertores roncantes — valor semiologico — bronquite.

Estertores sibilantes — valor semiologico — bronquite.

Leube faz constar que a bronquite capilar pôde simular, nas creanças, uma tuberculose miliar aguda.

Leon Bernard, escrevendo sobre “Os sináis estetacusticos da tuberculose pulmonar”, torna-se em determinado ponto bastante severo, como podemos verificar no periodo seguinte: “Muitas vezes mesmo, esquecidos dos sabios ensinamentos dos mestres, e deformando suas idéias, conforme sua inércia de espirito, bastava-lhes, pouco mais ou menos, na presença de anomalias respiratorias, catalogá-las sob o nome de bronquite do apice, bronquite suspeita, congestão do apice etc.; isto não são diagnósticos e esses termos não deveriam nunca aparecer em nossa linguagem

TUBERCULOSE PULMONAR — FÓRMA BRONQUITICA

Fórma clinica — Emilio Sergent, falando sobre bronquite crônica e enfisema pulmonar, diz: — um sindrome clinico identico pôde ser realizado por certas fórmãs de tuberculose fibrósa, a analogia de sintomas e de evolução é tão completa e tão frequente nesta fórma de tuberculose, a ponto de alguns autores tenderem a considerar o sindrome “bronquite crônica e enfisema”, escondem quasi sempre a tuberculose.

a) Na tuberculose, fórma bronquica, as lesões obedecem, desde logo á causa especifica da tuberculose.

A maioria das lesões bronquicas se dirigem de fóra para dentro do bronquio, mereê da extensão de um fóco visinho, estas lesões, além de ser bronquicas e peri-bronquicas são nitidamente acinosas e alveolares. Sob o ponto de vista anatomico, as lesões são muito variaveis: observa-se o desaparecimento do epitelio cilindrico, ou sua substituição por um epitelio de celulas poliedricas, infiltração da parede e, si o processo se estende, ulceração da mesma, etc., dependendo da fórma clinica.

b) Na bronquite que surge no curso de uma tuberculose pulmonar, observam-se as lesões comuns á bronquite crônica banal: capilares dilatados, rodeados de uma camada de celulas embrionarias, infiltração do tecido conjuntivo, dilatação dos bronquios, esclerose peribronquica, são as mais salientes alterações.

Todos nós sabemos que nem todas as bronquites são de natureza

tuberculosa, mas, entretanto, devemos conhecer e bem, a fôrma clínica, bronquítica da tuberculose pulmonar.

Bard afirma que as fôrmas bronquíticas de tuberculose pulmonar apresentam, tanto quanto as outras fôrmas clínicas um alto interesse. O mesmo autor lembra que não devemos entender por fôrmas bronquíticas a participação mais ou menos aparente e mais ou menos marcada, dos bronquios no quadro ordinaria das tuberculosas parenquimatosas, mas bem ao contrario, a localização das lesões tuberculosas sobre o aparelho bronquico.

Por isto, é necessario saber que as bronquites tuberculosas afêtam uma sintomatologia e uma evolução, todavia comparavel á das bronquites ligadas a outras causas infecciosas.

Bard divide em quatro categorias a tuberculose pulmonar: Fôrma bronquítica, bronquite capilar tuberculosa, bronco-pneumonia tuberculosa, bronquite crónica superficial e bronquite crónica profunda. Desses quatro tipos, as mais frequentes e as mais importantes a conhecer são as fôrmas de bronquite crónica tuberculosa superficial e profunda pelo motivo de apresentarem elas um prognostico mais favoravel do que a maior parte das outras modalidades da tuberculose.

Outros autores, entre os quais Burnand, Marotte acham que esta classificação está sujeita a discussão: a bronquite capilar tuberculosa parece estar reunida á granulia, a bronco-pneumonia tuberculosa colocada na fôrma caseosa extensiva, a bronquite crónica superficial, muito visinha da tuberculosa fibrosa difusa com enfisema e a bronquite tuberculosa profunda muito visinha da tuberculosa fibrosa densa.

Embóra todos esses autores estejam com razão, sabemos que existem dessas fôrmas clínicas que se mostram ao clinico com o aspêto de bronquites na sua maioria banais, que nos levarão ao erro si não formos cautelosos e experimentados, quando estivermos face a face á essas duas entidades mórbidas — Bronquite e Tuberculose pulmonar.

Muito bem escreve Barlaro — Clinicamente se trata de bronquíticos e enfisematosos, habitualmente com crises ásmaticas, estando o quadro clinico em concordancia com estes sintomas: facies vultuosa, ás vezes cianotica, opressão, ortopnéa, torax globuloso, de enfisematoso, diminuição das vibrações, aumento da sonoridade toracica misturada com zonas de massicês, respiração visicular débil, estertores, etc., o quadro de um bronquítico enfisematoso e mais ou menos ásmatico.

A radiografia nos dá uma imagem muito caracteristica com lesões tipicas de tuberculose e de peri-bronquite difusa.

Em certos casos, a auscultação encontra nas granulias, sináis que “mudam mais ou menos completamente a fisionomia do doente”. O problema do diagnóstico é, então, encarado de modo diverso. Os sináis pulmonares são os de uma bronquite: respiração geralmente rude e prolongada, com estertores roncantes e sibilações desiguais, geralmente numerosos, cerrados, verdadeiro ruido de fempestade de **Reca-**
mier, pouco modificados pela tosse. Os estertores “de bronquite” são disseminados até ás extremas bases, porém, predominam por vezee aos apices e isto atrai a atençaõ

ASSOCIAÇÃO DA BRONQUITE A' TUBERCULOSE E DA TUBERCULOSE A' BRONQUITE

Os sináís estetacusticos da bronquite observam-se correlativamente nos tuberculosos: estertores roncantes e sibilantes, sejam discriminados, sejam mais comumente, em fôcos, com muita frequencia esses fôcos estão localizados no apice.

Porém, devemos pensar que os fôcos de estertores bulhosos que se encontram frequentemente, e de fórmula transitoria, nos tuberculosos, são devidos muitas vezes, eles tambem, a lesões bronquicas.

Esses fôcos são de uma intensidade constante; observam-se em crises bronquíticas, que se caracterizam pelo aparecimento ou pela exaggeração dos sináís de bronquite.

Essas crises bronquíticas são mais frequentes na tuberculose ulcero-fibrosa que na tuberculose ulcero-caseosa.

Quando, nos adultos, uma bronquite capilar invade uma grande extensão pulmonar, não devemos esquecer nunca a possibilidade de uma disseminação sub-agúda de uma tuberculose pulmonar. Ainda que a bronquite dos bronquíos finos seja uma afecção grave e cause bastante victimas, o seu perigo não é nem remotamente igual ao da tuberculose miliar sub-agúda. (Schlesinger).

Quando se ouve durante muito tempo, diz Baemeister, um ruido sêco localizado sempre no mesmo sitio, deve-se pensar na existencia de uma afecção crónica local e principalmente na tuberculose.

Geralmente se percebem melhor os estertores sêcos durante a fase expiratoria.

M. Marfan insiste sobre o carater de relativa fixidês dos estertores sêcos; eles se modificam pouco dum dia para outro. A esses estertores de bronquite se associam frequentemente sopros e estertores muito finos, nos apices, ou nas bases, condensados em pequenos fôcos moveis, fugazes e variaveis.

Morelli e Perin declaram que na tuberculose do pulmão existe sempre um certo gráu de participação dos bronquíos, podendo entre tanto, existir sómente uma bronquite tuberculosa.

Ao lado dessa fórmula pura e simplesmente bronquial, sem alterações pulmonares, existe ainda outra, cujo parenquima pulmonar mostra-se alterado.

AUSCULTAÇÃO, RADIOLOGIA, EXAMES DE LABORATORIOS

Em 1.000 tuberculosos pulmonares de um **bureau** de assistencia, encontram-se 26, cujos sináís auscultatorios eram inteiramente negativos ou muito duvidosos. Neste numero haviam 24 homens e 2 mulheres.

Entre esses doentes, havia 15 fórmulas fibrosas, 4 cavernosas; outros 12 doentes tinham bacilos na expectoração.

Esses casos, que só pôdem ser descobertos pelos exames de raios X ou pela análise da expectoração, têm uma grande importancia sob o ponto de vista social e mostram o interesse que se prende a esses exames.

Devemos sempre fazer o exame radiográfico em toda pessoa suspeita de tuberculose. Muitas vezes o diagnóstico é difícil e a radiografia põe em foco lesões que permaneciam desconhecidas.

Martos, em seu trabalho "Os erros da auscultação no diagnóstico da tuberculose pulmonar", apresenta belas radiografias que estabelecem o contraste entre a presença de lesões positivas descobertas por esse processo, enquanto os sinais clínicos, que deveriam ter sido revelados pela auscultação, permanecem negativos.

Lafont, em seu trabalho "A crise do diagnóstico fisiológico", diz: a fisiologia beneficia de muitos métodos de investigação, preciosos: auscultação, radiologia, exame de escarros. Os erros na prática corrente são, entretanto, inumeráveis, seja pelo fato do clínico geral não pensar bastante na tuberculose ou proceder a exame incompleto, seja pelo fato do especialista, que vê a tuberculose em toda a parte, ser incapaz de identificar as múltiplas afecções que simulam a tuberculose.

Nós só podemos nos associar de todo coração às conclusões dos autores que pensam que uma boa técnica radiográfica é indispensável, que não devemos jamais tirar conclusões da leitura das radiografias, si não aprendermos a lê-las e que o valor da radiografia não deve fazer esquecer o dos sinais clínicos (Hervé e Legund).

Palacios y Olivedo, falando sobre "O laboratório no diagnóstico da tuberculose pulmonar", diz que nele residem bastantes vezes as soluções dos problemas diagnósticos, constituindo um elemento auxiliar de primeira ordem, cujos dados diagnósticos podem não ter importância decisiva, porém, sim os positivos.

Após estas breves considerações, encontramos razão bastante suficiente para discordarmos de alguns autores, que dão aos estertores roncantes e sibilantes, somente um valor semiológico — "bronquite" — sem precisarem melhor a sua significação anatomo-clínica.

Sempre que ao nosso ouvido chegue o som característico dos estertores roncantes e sibilantes, devem, em nossa mente, associar-se todas as entidades morbidas capazes de produzir aqueles ruídos adventícios.

Não devemos, sob pena de errarmos, pensar somente numa bronquite aguda ou crônica e abandonar todas as outras (Sífilis, tuberculose, etc).

É um erro imperdoável, pelas consequências graves que dele podem advir, tratar como portador de uma bronquite crônica um indivíduo que elimina bacilos de Koch no esputo.

Algumas vezes o produto desses "descuidos do policlinico" chega às nossas mãos e temos ocasião de verificar que se trata, não de uma bronquite, mas de uma tuberculose pulmonar, forma bronquítica, ou uma bronquite num terreno tuberculoso.

Extraordinárias dificuldades surgem ao clínico, impedindo-o sobremodo de externar-se ao paciente sobre sua doença.

Exgotados todos os processos e métodos de exame, vê-se ele obrigado a ir procurar uma explicação satisfatória no âmbito do laboratório ou no do Raio X.

Todos nós muito bem conhecemos o numero elevado de exames laboratoriais capazes de nos auxiliar no diagnóstico diferencial.

O valor do Raio X é bem conhecido, mas é necessario pô-lo em evidencia, lembrando que é ele que muitas vezes vêm mostrar ou elucidar uma duvida existente ou argumentar de modo definitivo o nosso diagnóstico

CONCLUSÕES

1) Estertores roncantes e sibilantes por si só não são suficientes para afirmar o tipo clinico da bronquite.

2) Não devemos instituir o tratamento de uma bronquite sem conhecer a sua etiologia.

3) E' muito comum ouvirmos estertores roncantes e sibilantes no torax dum tuberculoso.

4) Temos observado que os estertores roncantes e sibilantes cedem mais facilmente do que os outros estertores.

5) Imprescindiveis são os exames de laboratorio e radiologicos no individuo portador de uma bronquite ou melhor de uma afecção laringo-traquéo-bronquica.

6) Estertores roncantes e sibilantes temos encontrado em individuos portadores de tuberculose pulmonar, nas seguintes fórmulas clinicas: fibrose pulmonar, fibrose-cascosa, fibrose intersticial e ulcero-fibrosa.
