

PRIMEIROS RESULTADOS DO LAVADO PULMONAR NO DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DA TUBERCULOSE*

Pelo Dr. MANOEL DE ABREU

*Professor de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade
Nacional do Rio de Janeiro, Brasil*

A aplicação do lavado traqueo-bronco-pulmonar, iniciada pelo A. no Hospital São Sebastião, Rio de Janeiro, Brasil, começa a colher os primeiros resultados e o autorisa a continuar nesse novo caminho do diagnóstico bacteriológico. Nos 40 casos iniciais foi utilizada o método de punção inter-crico-tiroidea, que se mostrou deficiente por várias razões. Também na broncografia, a referida técnica havia sido substituída pela via supra-glótica, mais fácil e mais segura.

Até o presente só se emprega o lavado nos casos de indivíduos com sombras pulmonares, reveladas ao exame radiológico, suspeitos de tuberculose evolutiva, sem expectoração ou com esta negativa para o bacilo de Koch, dividindo-se os referidos suspeitos em 4 categorias: casos de tuberculose inaparente, descobertos pelo exame sistemático; casos de doentes clinicamente curados; casos de doentes com expectoração repetidamente negativa ou sem expectoração; e casos de infecção pulmonar não tuberculosa.

Técnica.—A técnica supraglótica ou transglótica do lavado, agora em uso no Hospital São Sebastião, pode ser assim resumida: anestesia dos pilares, úvula e do faringe, por meio de 1 a 2 cc. de solução de novotutocaína a 0.5%. Lançar o anestésico com uma pequena siringa de 2 cc., lentamente; esperar 3 a 4 minutos, até o paciente acusar a sensação especial do efeito anestésico; ligeira tração e fixação da língua com a mão, protegida por um curativo de gaze. Anestesia do faringe, laringe e canal traqueo-brônquico, durante a inspiração (1 a 2 cc. da mesma solução de novotutocaína a 0.5%). Proceder lentamente, enquanto o paciente inspira; esperar cerca de 5 minutos para obter o efeito anestésico, empregando a menor dose de novotutocaína; introduzir nas mesmas condições de 20 a 40 cc. de soro fisiológico, durante a inspiração; tosse provocada e colheita da secreção ou material de exame.

Estatística.—Até então foram realizados 170 lavados pulmonares, dos quais 80 completaram o prazo necessário para a obtenção das culturas e dados parciais das inoculações em cobaios. Lavado pulmonar em 80 indivíduos sem expectoração ou tendo esta negativa, resultou em 19 com resultado positivo; 3 por exame direto: 12 por cultura; e 4 por inoculações em cobaios.

Conclusão.—O lavado pulmonar se encontra apenas no início da sua aplicação. É um método novo que precisa de uma longa observação para esclarecer definitivamente a sua inocuidade e eficiência. Desde já pode-se dizer que a via supra ou transglótica não oferece perigo (120

* Ver *Bol. Of. San. Pan.*, p. 974, nbro. 1944.

casos), embora deva ser feita com todo o rigor, usando anestésicos de boa qualidade e em dose mínima. Parece que o lavado pulmonar supera de muito em eficiência o gástrico, sendo êste positivo em 10% dos casos e o primeiro em cêrca de 25%. Os resultados negativos correspondem radiograficamente a lesões fibro-calcáreas e fibrosas; os positivos, a lesões exsudativas, fibro-exsudativas e cavitárias. Está o A. à luz das informações da tomografia e do lavado pulmonar, revendo a interpretação radiológica. Não há dúvida que o referido método, estabelecendo mais precisamente a presença ou não do bacilo, contribue de modo até então desconhecido para fazer o diagnóstico de tuberculose evolutiva, aberta e contageante, o qual se torna indispensável para a realização do tratamento, profilaxia e medidas de ordem social e administrativas.

PULMONARY LAVAGE

Summary.—The A. believes that the results already obtained at the São Sebastião Hospital, Rio de Janeiro, with his new method of pulmonary lavage for the diagnosis of active tuberculosis, (see *Bol. Of. San. Pan.*, 877, Nov. 1944) justify continuation of its use. The original method of puncturing the trachea through the crico-thyroid interspace has been abandoned and a supra-glottic access substituted. The lavage has been used up to the present time only in individuals showing shadows suggesting active tuberculosis, without discharge or with negative sputum, the suspect cases being divided into 4 classes: cases of non-apparent tuberculosis, found during routine examination; cases clinically cured; cases with negative sputum or without discharge; and cases of non tubercular pulmonary disease. Up to the present time 170 pulmonary lavages have been performed and in 80 sufficient time has elapsed to obtain cultures and partial data through guinea-pig inoculation. Out of 80 individuals either without discharge or with negative sputum, 19 proved positive. This method requires further study in order to define its efficiency. It has so far proved more efficient than gastric lavage, 25% and 10% positive results, respectively. The results were negative in fibro-calcified and fibrous lesions and positive in exudative fibro-exudative and cavitary cases.

Participación de las amígdalas en las enfermedades infecciosas.—F. Biel Cascante ("La Participación de las Tonsilas palatinas y Faríngea en las Enfermedades Infecciosas," Tesis, Univ. Chile, 1944) estudió microscópicamente 200 amígdalas palatinas, 150 pertenecientes a 75 autopsias, 50 a biopsias, y además 21 amígdalas faríngeas de necropsias. De las autopsias 40 corresponden a individuos cuya causa de muerte fué una enfermedad infecciosa. Se encontró participación aguda de las amígdalas palatinas en más de 50%. En la endocarditis aguda y la glomérulonefritis se encontró siempre amigdalitis aguda, y en la meningitis meningocócica en más de 50%. En las septicemias siempre participaron las amígdalas. En las otras enfermedades infecciosas la proporción fué variable. Casi nunca se puede precisar si la amigdalitis fué primaria o secundaria. La tuberculosis amigdalina es más frecuente en casos de tuberculosis abierta, habiendo más en las palatinas que en la faríngea (6 por 1). En las biopsias se encontró un 72% de amigdalitis crónica y 24% de hiperplasia sin amigdalitis.