

TUBERCULOSE GANGLIONAR

169/4 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

TRABALHO DA 2.<sup>a</sup> CLÍNICA MÉDICA

---

(3)(4)

# Tuberculose Ganglionar

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

DE

CARLOS PINTO LOPES DE OLIVEIRA

Outubro — 1917



169/4 FMP

PORTO  
TIPOGRAFIA SOUSA & C.<sup>a</sup>

13, Rua da Trindade, 15

1917

# Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

## CORPO DOCENTE

### Professores Ordinários e Extraordinários

1. <sup>a</sup> classe — Anatomia . . . . .	{ Luís de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2. <sup>a</sup> classe — Fisiologia e Histologia . . . . .	{ Álvaro Teixeira Bastos Abel de Lima Salazar
3. <sup>a</sup> classe — Farmacologia. . . . .	{ José de Oliveira Lima
4. <sup>a</sup> classe — Medicina legal e Anatomia Patológica . . . . .	{ Augusto Henrique de Almeida Brandão Manoel Lourenço Gomes João Lopes da Silva Martins Júnior
5. <sup>a</sup> classe — Higiene e Bacteriologia. . . . .	{ Alberto Pereira Pinto de Aguiar António de Almeida Garrett
6. <sup>a</sup> classe — Obstetrícia e Ginecologia. . . . .	{ Cândido Augusto Correia de Pinho Vaga
7. <sup>a</sup> classe — Cirurgia . . . . .	{ Roberto Belarmino do Rosário Frias Carlos Alberto de Lima António Joaquim de Sousa Júnior
8. <sup>a</sup> classe — Medicina . . . . .	{ José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida Alfredo da Rocha Pereira
Psiquiatria . . . . .	{ António de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria . . . . .	{ José Dias de Almeida Júnior

### Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

# Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

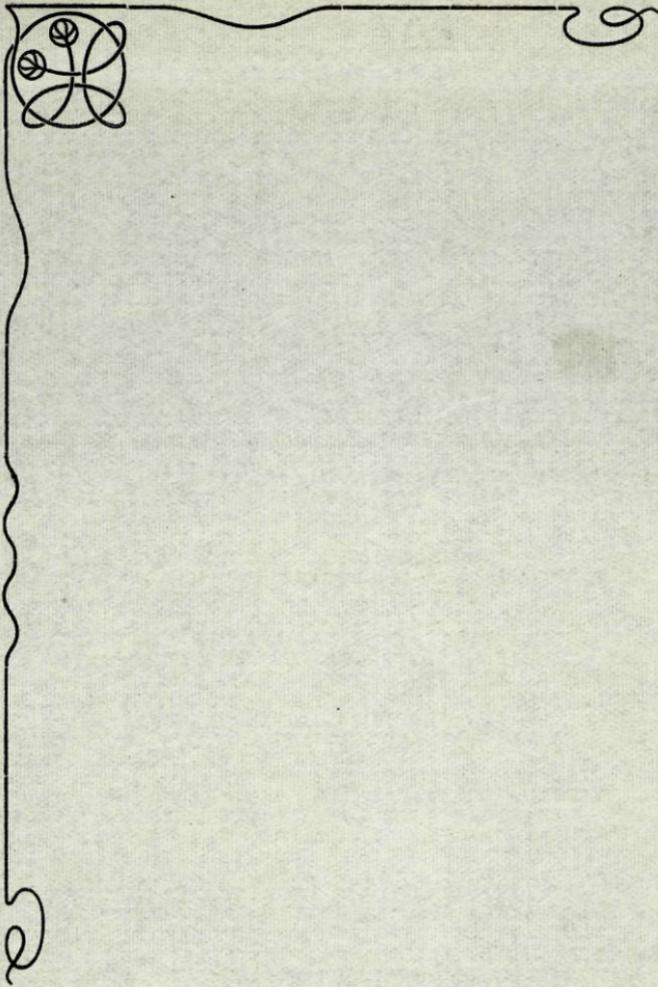
Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETARIO

Alvaro Teixeira Barros

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º).



## PROLOGO

---

*Impressionado pela linguagem rude e franca das estatísticas e atraído pela observação de numerosos casos no serviço de 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, escolhi para tema da minha dissertação, a tuberculose ganglionar. Nada adianta e pouco interesse poderá merecer um trabalho tão simples e tão modesto. Eu também não me propuz nunca apresentar estudos novos, nem, positivamente, isso se poderia esperar duma pena débil e duma experiência em comêço. Apesar, porém, de ser singela e banal a descrição, de reproduzir, apenas, os ensinamentos e noções clínicas que são, por assim dizer, dum uso habitual, nem por isso deixei de dispender energia e, para vencer e atingir o fim, numerosos foram os obstáculos a desfazer.*

*Não quiz o destino que a fortuna sorrisse a*

PROLOGO

*meus pais, para que eu tivesse, durante a longa jornada académica, sómente o cumprimento dos deveres escolares e assim deixasse, como seria meu desejo, nos anais da Faculdade, traços dum melhor curso.*

*Ao contrário, forçado a lutar hoje para assegurar a subsistencia de amanhã, nunca pude ter uma vida escolar verdadeiramente assídua. Ela foi apenas o incentivo, o recurso de que lançava mão nos momentos tormentosos, para melhor chegar à vitória, balsamo consolador das desilusões freqüêntes daqueles que só podem contar consigo mesmo para vencer.*

*Académico só numa última parte do meu quinto ano, pude então ter a preocupação séria de apresentar um trabalho capaz de corresponder ao*

*esforço em que se empenharam todos os meus distintos professores, iluminando as trévas do meu espírito com o fulgôr do seu talento e erudição.*

*Não me foi, porém, possível executar à risca, como era meu desejo, o pragrama que a mim mesmo tinha traçado.*

*Reconheço que é deficiente a dissertação e que este trabalho é excessivamente vulneravel aos golpes da crítica, mas também por outro lado, alenta-me a esperança de que o júri que tiver de julgar-me, comutará a pena diante de tantas razões atenuantes. E' com ela que me anímo a assistir ao seu julgamento.*

\*

\*

\*

Não devo, entretanto, abandonar os meus trabalhos na Faculdade, sem primeiro expressar o meu agradecimento a todos os professores e assistentes que souberam inspirar-me o amôr pela mais nobre das profissões humanas, com o seu esforço, estímulo e exemplo, o mais soberano dos métodos, durante todo o meu curso médico.

E ao Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Tiágo d'Almeida, professor de elevado critério clínico, que me guiou na escolha do tema e pôz à minha disposição toda a sua proficiencia e saber, pela honra que me concedeu em acompanhar-me como presidente de tése, neste acto final da minha vida de estudante, a minha eterna gratidão.

# Tuberculose Ganglionar

## Importância clínica das tuberculoses ganglionares

Não é preciso possuir conhecimentos especiais para adivinhar a importância clínica das adenopatias tuberculosas; basta freqüentar uma consulta de crianças até com relativa despreocupação, para vêr todos os dias dezenas de doentes portadores de ganglios alterados desde a hipertrofia simples até aos trajectos fistulosos ou às cicatrizes irregulares. Em alguns casos não são sómente as tuberculoses ganglionares que nos interessam, visto que, ao lado destas localizações bacilares, possuem os doentes outros padecimentos da mesma natureza, a complicar profundamente o estado geral dos pequenos enfêrmos.

Nas crianças de temperamento linfático, isto é, predispostas para as infecções ganglionares, que se nos apresentam com um facies característico na clínica, significando decadência, inferioridade orgânica e miseria fisiológica, então o quadro mórbido pode completar-se de uma maneira assustadora, não porque haja exclusivamente localizações ganglionares, mas porque daqui, como ponto de partida e num terreno tão propício à

pululação do agente específico, o bacilo se propague e dissemine com notavel intensidade.

O comum, contudo, é assistir e prestar socorros a doentes com volumosos ou pelo menos numerosos ganglios infectados que hoje, graças aos meios therapeuticos de que dispomos, se modificam inteiramente na sua evolução.

Nem todos os ganglios alterados são a consequência directa da acção patogenea do bacilo de Koch, porque, como a seu tempo veremos, em capítulo especial, algumas vezes as hipertrofias ganglionares podem ser absolutamente indifferentes, isto é, dependentes de infecções banais a que a natureza do terreno imprimiu feição especial.

Em todos os tratados de patologia e nomeadamente naqueles que se occupam das doenças das crianças, se faz um estudo, acompanhado de algumas considerações que só teem valor histórico, da velha escrófula que a clínica antiga definia como doença diatesica congenita ou adquirida, distrofia constitucional cujas manifestações occupavam de preferéncia os ganglios linfáticos, a pele e as mucosas.

O termo "escrófula," ainda tem curso nos tratados modernos de patologia, mas com significação diferente, isto é, para nós, hoje, que novas investigações e novos trabalhos experimentais teem enriquecido os nossos conhecimentos médicos, é escrofuloso todo o individuo de temperamento linfático com infecções ganglionares de natureza tuberculosa ou indifferente. E' certo que, na grande maioria dos casos, como tem sido demonstrado pelo exame anatomo-patológico, pela inoculação e reacção tuberculínica, trata-se de um processo tuberculoso, mas algumas vezes o agente é qualquer micro-organismo da supuração que ali desenvolve um trabalho reduzido, em virtude da hiperactividade do ganglio atacado.

Mas a importância das tuberculoses ganglionares

não resulta apenas da sua frequência, como ressalta da leitura dêste singelo trabalho; outros factores imperam a individualizar-lhe o valor.

Segundo a séde do grupo ganglionar infectado e da virulencia do processo, assim os sintomas são diferentes e às vezes até muito complexos, como succede na tuberculose do mediastino; mas outras vezes reduzem-se os sinais clínicos e por tal sorte que não é possível medir a intensidade das adenopatias, de forma que, pelo silencio das reacções, nem sempre é possível fazer um diagnostico precoce. E este facto não é de somenos importância, porquanto aqui como em qualquer outro caso de tuberculose, os efeitos terapeuticos estão na razão directa da precocidade do diagnostico. Depois, à medida que as lesões ganglionares se adiantam, as perturbações funcionais multiplicam-se e por forma que se tornam profundamente incómodas para o doente.

Uma tuberculose ganglionar não marcha sempre da mesma maneira como se deduz facilmente de posse de noções bastantes sobre a anatomia patológica; segundo predomina a tendência para a esclerose ou caseificação, assim as conseqüências são diferentes e o prognóstico é variável. Nos casos em que a tendência para a esclerose se inicia, naturalmente que se reduzem as complicações e o doente curará clinicamente para ser depois um ex-tuberculoso, ao passo que quando o processo caminha para a caseificação, então todas as complicações se podem produzir e algumas até rapidamente mortais. No pescôço ou em qualquer outra tuberculose ganglionar cirúrgica, ha as cicatrizes que tanto repugnam aos doentes; no torax podemos assistir localmente a tais e tão numerosos accidentes que, a fazermos depender dêles o prognostico, a tuberculose ganglionar do mediastino seria sempre fatal. Felizmente que êles são raros, não só porque o processo da caseificação não predomina sempre, como, tambem, porque

hoje, com a terapeutica actual, se modifica a marcha das lesões em bom sentido. Assim, pode succeder: a perfuração da traqueia, dos bronquios, da arteria pulmonar, do esofago e o processo propagar-se aos pulmões dum modo franco para se realizarem largas cavernas ganglio-pulmonares que significam ou comportam um prognostico reservadissimo.

No abdomen raras vezes se desenrolam complicações locais tão alarmantes, mas daqui, como de qualquer outro ponto, a tuberculose pode, quando uma causa minima, ocasional, intervenha, embora ao de leve, generalizar-se sob a forma de granulia, ou de outra tuberculose localizada, como a meningite, por exemplo.

Ainda não termina aqui o interesse clínico das tuberculoses ganglionares; ha, no ponto de vista da diagnose, mais algumas considerações a desenvolver. As doenças do sangue simulam muito de perto uma adenopatia tuberculosa, nomeadamente o linfoma tuberculoso, tão vizinho da adenia de Trousseau.

Este facto não constitue uma banalidade clínica, porque, enquanto o médico perde o seu tempo em definir a natureza exacta duma hipertrofia ou lesão ganglionar, deixa passar o período inicial da afecção, que convém surpreender tão precocemente quanto possível, para o feliz successo da terapeutica.

Na verdade, a tuberculose, que vem, atravez dos tempos, a fazer o flagelo da humanidade e que durante muito tempo passou por ser uma doença absolutamente incuravel, tem hoje uma terapeutica eficaz quando o diagnóstico é feito no seu início e o doente se submete, segundo os preceitos estabelecidos pelo médico, a um tratamento geral e específico aturado. A tuberculoterapia ainda, positivamente, vai em progresso, e talvez aos preparados laboratoriais de tuberculinas se venham a preferir os proprios produtos do organismo doente. Isto já não é inteiramente novo em clínica, e a

auto-seroterapia tem-se praticado com resultados desiguais é verdade, mas algumas vezes com averiguado proveito para o doente. Se os resultados em todos os casos se não homogenizam é porque, provavelmente, ainda não estão definidas todas as condições da sua aplicação. A tuberculose peritoneal, forma ascitica, é um exemplo eloquente, de entre outros, que prova a eficacia da auto-seroterapia.

Hoje mesmo, contudo, apesar de vir longe a coroação dos resultados obtidos por esta forma, não estamos inteiramente desarmados, e desde os trabalhos do eminente professor Roberto Koch, possuímos para a tuberculose em geral e para a bacilose ganglionar em especial, mais um precioso medicamento, representado pelas tuberculinas, que, convenientemente aplicadas, são de efeitos excelentes como tratamento específico. E' claro que a esta medicação é indispensavel associar um regimen tónico-estimulante apropriado, porque combater a tuberculose ganglionar não é sómente atacar o bacilo, é tambem tonificar o terreno, levantar-lhe a resistencia, multiplicando-lhe os meios de defesa.

De sorte que, num resumo terminal, a importância da tuberculose ganglionar é notavel e resulta principalmente:

1.º Da sua freqüência nomeadamente nas primeiras idades.

2.º Da evolução silenciosa do processo, que escapa, pelo menos durante o seu periodo inicial, a todos os meios de exploração clínica.

3.º Da atenuação dos sintomas gerais, que por via de regra se reduzem notavelmente.

4.º Da facilidade com que pode simular outras doenças, mesmo a despeito duma observação cuidadosa.

5.º Da sua desigual evolução nos diferentes indivíduos, o que deve depender umas vezes da raça do agente, outras da natureza do terreno e em alguns casos destas duas condições conjuntamente.

6.º Das complicações locais, que são variáveis com a séde da infecção, podendo por si só produzir a morte fulminante.

7.º Da possível generalização sôb a fórmula de granulía, com um prognóstico fatal, ou pelo menos da sua generalização, não menos grave, a outro órgão.

8.º Da eficacia do tratamento geral e específico que tem, sobre as localizações ganglionares, uma acção verdadeiramente útil e demonstrada pela experiência clínica dum modo inconfundível.

As tuberculoses ganglionares podem classificar-se, segundo os grupos de ganglios interessados, em externas e internas.

No primeiro caso, considero todas as tuberculoses que ocupam os ganglios mais facilmente acessíveis ao bisturi do cirurgião e são naturalmente os que se distribuem no tecido celular sub-cutaneo, ou estão situados abaixo da aponevrose de envolucro dos membros.

No segundo caso, considero todas as tuberculoses dos ganglios das cavidades que só excepcionalmente são susceptíveis de tratamento cirúrgico.

No estudo que fiz da tuberculose ganglionar, tratei como tipo das tuberculoses internas, a tuberculose mesenterica e a adenopatia traquio-bronquica, e como tipo de tuberculoses externas, referi-me principalmente às adenopatias cervicais cujos caracteres pertencem, com ligeiras modificações, a todos os outros casos.

Comecei tambem pela tuberculose mesenterica, passei depois à adenopatia traquio-bronquica, para estudar, em ultimo logar, a tuberculose dos ganglios cervicais.

Ora sendo certo que pela ordem da sua frequência aparecem:

- 1.º As adenopatias cervicais
- 2.º As adenopatias traquio-bronquicas
- 3.º A tuberculose mesenterica

é para estranhar que não fizesse o meu estudo segundo esta ordem de frequência e seguisse antes uma orientação inteiramente diversa. E' que eu tive em vista apresentar as adenopatias segundo as dificuldades inerentes ao seu diagnóstico.

## Noções anátomo-topográficas

A tuberculose não tem a mesma predilecção por todos os ganglios da economia. São os ganglios cervicais de todos os mais correntemente invadidos pelo bacilo de Koch. Mas as adenopatias traquio-bronquicas e as tuberculoses do mesenterio, apesar de menos freqüentes, não deixam porém de ter interesse sôb o ponto de vista clínico, já pelos sintomas que desenvolvem, já pela natureza do prognóstico. Esta predilecção dos agentes patogeneos sôbre um ou outro grupo ganglionar, é muito provavelmente uma questão de porta de entrada. Assim, como veremos oportunamente, a cavidade bucal, sendo povoada por agentes microbianos muito variados, que estão constantemente em contacto com os diferentes movimentos congestivos e ulcerações das mucosas, principalmente das amígdalas, ameaça mais seguramente o sistema linfático da sua dependencia, que a via pulmonar notavelmente defendida pela actividade dos cilios vibratéis dos condutos aereos. Mas não é êste ponto que nos interessa presentemente.

As tuberculosas ganglionares podem, pela ordem da sua frequência, classificar-se em :

- Adenopatias cervicais
- Adenopatias traquio-bronquicas
- e Tuberculosas mesentericas.

Isto não quer dizer que um ou outro grupo da economia não possa ser invadido pela tuberculose, e até mesmo no exame de qualquer doente suspeito, convém explorar convenientemente neste sentido para que não escape um ganglio inguinal, axilar ou outro.

Se, porém, faço apenas um capítulo de anatomia, relativo aos ganglios cervicais, traquio-bronquicos ou abdominais, é porque uns pela frequência das suas alterações e outros pelo caracter que imprimem à sintomatologia, merecem um estudo especial.

### **Ganglios abdominais**

Os ganglios do abdomen, que dentro do quadro das adenopatias mais interessa estudar e que na mesma ordem de ideias podem acarretar complicações de séria gravidade, dispõem-se uns ao longo dos grossos vasos, desde a arcada crural ao diafragma, e outros, com o nome de viscerais, vão distribuir-se à periferia e, principalmente, no hilo dos diferentes órgãos.

Os primeiros constituem, segundo a sua séde:

Os ganglios iliacos externos

Os ganglios iliacos primitivos

Os ganglios lombo-aorticos.

Os ganglios iliacos externos, em numero de 8 a 10, rodeiam os vasos do mesmo nome.

Os ganglios iliacos primitivos, 5 ou 7, dispõem-se ao longo dos vasos iliacos primitivos.

E, finalmente, o grupo lombo-aortico, compreende:

Ganglios superficiais e

Ganglios profundos.

Os superficiais dispõem-se dum e outro lado da aorta (e portanto à direita entre este vaso e a veia cava inferior) e na face anterior do vaso arterial para constituir o sub-grupo pre-aortico.

Os profundos ou retro-vasculares reúnem-se, em numero de 4 ou 5, entre a terceira e quarta vertebrae lombares e a aorta abdominal.

O segundo grupo ou visceral compreende:

Os ganglios gastricos, situados ao longo da grande e pequena curvatura do estomago;

Os ganglios esplenicos, situados na face interna do baço;

Os ganglios pancreaticos, situados ao longo do bordo superior do pancreas; os ganglios hepaticos, situados nas vizinhanças do hilo do figado;

Os ganglios mesentericos, em numero de 150, situados entre os dois folhetos do mesenterio, e destes, uns ocupam o bordo posterior do mesenterio e outros as proximidades do intestino delgado;

Os ganglios mesocolicos, situados desde o cecum até à origem do recto, no bordo posterior do intestino grosso.

### **Ganglios toracicos**

Julgando indispensável fazer um estudo, embora sucinto, da distribuição dos ganglios do torax, cujas relações é tambem preciso conhecer para uma boa interpretação dos sintomas dependentes da sua hipertrofia, tratarei, no que ha de mais essencial, este ponto de anatomia topográfica, principalmente no que diz respeito aos ganglios do mediastino posterior, não deixando, contudo, de fazer algumas referencias, dum modo muito superficial, áqueles ganglios que tambem possam, uma vez ou outra, enriquecer ou modificar os

quadros sintomáticos habituais nas adenopatias traquio-bronquicas.

Barety na sua tésé *Adenopatia Traquio-Bronquica*, Rilliet e Barthez no *Tratado clínico e prático das doenças das crianças* e Testut no seu *Tratado de Anatomia Humana*, adotam com ligeiras modificações, na descrição dos ganglios do torax, a orientação e classificação de Becher, medico alemão, que é tornada clássica e eu procuro reproduzir na elaboração dêste capítulo.

Assim procedendo, dividirei os ganglios do torax, segundo a sua situação, em :

Ganglios parietais e

Ganglios viscerais.

Os primeiros, situados nas paredes toracicas, constituem, de acordo com a sua distribuição :

Os ganglios diafragmaticos

Os ganglios intercostais e

Os ganglios mamarios internos.

Os segundos agrupam-se e por tal sorte na caixa toracica que os podemos classificar em :

Ganglios do mediastino anterior

Ganglios do mediastino posterior e

Ganglios cardiacos.

E' sobre os ganglios viscerais que me deterei mais em pormenores, porque são êles que, aumentados no seu volume, vão modificar o funcionamento dos diferentes órgãos intra-toracicos e originar assim grupos de sinais clínicos que estudarei oportunamente.

Na verdade, libertando-nos por momentos da intoxicação tuberculosa, que é, de resto, comum a várias outras localizações bacilares, a sintomatologia das adenopatias traquio-bronquicas está, na sua maior parte, em relação com fenómenos de compressão.

Por isso eu considero, antes mesmo de desenvolver algumas considerações sobre a anatomia patologica que a seu tempo me interessará, de toda a utilidade

recordar e precisar a séde e relações dos ganglios em questão.

Os ganglios do mediastino posterior, pelo seu número e relações, teem, sob o ponto de vista da patologia, uma importância consideravel. Nós vamos com Barety reparti-los em dois grandes grupos:

Um grupo anterior ou traquio-bronquico e

Um grupo posterior ou aortico-esofagico.

1.º O grupo traquio-bronquico, que é tambem o mais importante do mediastino, compreende todos os ganglios que da extremidade inferior da traqueia se estendem, seguindo os bronquios, até ao hilo dos pulmões; podemos dividi-los em quatro sub-grupos:

Os ganglios pre-traquio bronquicos direitos

Os ganglios pre-traquio bronquicos esquerdos

Os ganglios inter-traquio bronquicos e

Os ganglios inter-bronquicos.

a) Os ganglios pre-traquio bronquicos direitos, em número de quatro a cinco, occupam no ângulo que forma a terminação da traqueia e a origem do bronquio correspondente, a parte antero-lateral destes dois condutos aereos.

Estes ganglios estão em relação: adiante com a veia cava superior, atraz com o pneumogástrico direito; para fora com a pleura e face interna do pulmão; para dentro com a traqueia, para baixo com o bronquio direito, a crossa da ázigos e o ramo direito da artéria pulmonar; para cima com a artéria sub-clavia direita e o nervo recorrente do mesmo nome que a contorna a êste nivel.

b) Os ganglios pre-traquio bronquicos esquerdos, em número de três ou quatro, occupam, muito exactamente, o ângulo formado pela união da traqueia e bronquio esquerdo. As suas relações são: adiante com a crossa aorta; atraz com o pneumogástrico e o bordo esquerdo do esofago; para fora com a pleura e face

interna do pulmão; para dentro com a traqueia; para baixo com o bronquio esquerdo e o ramo correspondente da artéria pulmonar; para cima com a crossa da aorta e o recorrente esquerdo.

c) Os ganglios inter-traquio bronquicos, em número de dez a doze, ocupam o espaço triangular definido pelos dois bronquios quando se afastam um do outro. As suas relações são: adiante com a face posterior do pericardio que os separa da auricula esquerda; atraz com as ramificações e anastomoses dos pneumogástricos (plexo pulmonar), face anterior do esofago e da aorta.

d) Finalmente, temos os ganglios inter-bronquicos que ocupam as divisões bronquicas, chegando a penetrar na espessura do parenquima pulmonar, aproximadamente até quatro centímetros do hilo.

E' freqüente encontrar nos ganglios dêste grupo partículas estranhas que lhe modificam a côr e são, possivelmente, arrastadas até êles pelos linfáticos afe-rentes.

2.º O grupo posterior ou aortico, menos numeroso e menos importante sob o ponto de vista clínico, compreende todos os ganglios que, disseminados ao longo do esofago dum modo irregular, contrõem tambem relações mais ou menos íntimas com a aorta.

\*

\* \*

Para completar êste capítulo de anatomía, que encerra tudo quanto ha de mais essencial para o estudo subsequente, vou agora ocupar-me dos ganglios marmarios internos, da cabeça e do pesçoço, fazendo a seguir algumas considerações sobre as formações ganglionares da região supra-clavicular, cujas relações

com o sistema linfático intra-torácico, convem definir de acordo com os conhecimentos atuais.

a) Os ganglios mamários internos, em número de seis a dez de cada lado, dispõem-se ao longo das artérias do mesmo nome, desde o apêndice xifoide até às articulações esterno-claviculares. A este nível, os ganglios multiplicam-se em número, constituindo assim dois grupos notáveis: o direito, que pela sua situação em frente da origem da veia cava superior concorre para a sua compressão quando tomado de hipertrofia; e o esquerdo, que está em relação com a face anterior da aorta.

b) Os ganglios da cabeça dispõem-se por grupos, num círculo completo, na zona de separação entre a cabeça e o pescoço. Os diferentes tratados de anatomia repartem-nos e classificam-nos em:

I. Ganglios sub-occipitais, em número de dois ou três, imediatamente abaixo da linha curva superior do occipital.

II. Ganglios mastoideos, em número de quatro a cinco de cada lado e situados sobre a face externa da apófise mastoide.

III. Ganglios parotídeos que, debaixo da aponevrose parotídea, ocupam a face externa e a espessura da glandula.

IV. Ganglios sub-maxilares, em número de doze a quinze, dispõem-se, abaixo da aponevrose cervical superficial, ao longo do bordo inferior do maxilar inferior.

V. Os ganglios supra-hioideos que, em número de dois ou três, ocupam entre os ventres anteriores dos dois musculos digastricos, a face inferior do musculo milo-hioide.

c) Os ganglios do pescoço, muito numerosos, que se desenvolvem, principalmente, na parte pre-vertebral, podem repartir-se em dois grandes grupos:

Um superficial e

Outro profundo.

O superficial é representado por uns quatro a seis ganglios que povoam a face externa e o bordo posterior do esterno-cleido-mastoideo, perdendo-se alguns no limite inferior do triângulo supra-clavicular.

O profundo, que merece uma descrição mais detalhada, é constituído por um maior número de elementos e tem, pelas suas relações muito directas com os ganglios do torax, uma importância especial nos dominios da patologia.

Tomando como eixo de referencia o feixe vasculo-nervoso do pescoço, os ganglios profundos dispõem-se de modo a constituir duas cadeias situadas aos lados da traqueia, uma pré e outra retro-vascular, que no torax procuram abraçar, contornando, a da esquerda a crossa da aorta e a da direita a artéria sub-clavia. No ponto de união destas cadeias veem lançar-se adiante e em baixo os linfáticos eferentes dos ganglios mamaris internos, mais atraz os dos ganglios traquio-bronquicos e num plano mais posterior os linfáticos eferentes dos ganglios que constituem o sub-grupo-aorto-esofagico.

c) Relativamente aos ganglios supra-claviculares, em poucas palavras reunirei o que se conhece de mais exacto sobre as suas relações com os pulmões. E' frequente assistir ao aumento de volume dêstes ganglios, nos casos de alterações patológicas dos pulmões, e assim poderia concluir-se, erradamente, que alguns linfáticos pulmonares se vão lançar directamente nesta região; mas o que parece agora demonstrado é que esta hipertrofia depende antes de lesões concomitantes da pleura parietal.

\*

\*

\*

Desde a sua origem, os diferentes vasos linfáticos vão-se encaminhando e todos no mesmo sentido, para

os respectivos grupos ganglionares que atingem e atravessam com o nome de vasos aferentes para os abandonarem com o nome de vasos eferentes, e depois de grupo em grupo, de ganglio em ganglio, conseguem levar a linfa até aos colectores comuns, que por sua vez a lançam no sistema vascular sanguineo. Algumas vezes terei de referir-me às vias aferentes e eferentes dos ganglios tuberculosos e nessa altura precisarei as noções que julgar uteis para a interpretação clara das questões.

## Etiologia e patogenia

O sistema linfático não se apresenta com o mesmo desenvolvimento em todas as idades. E' nas crianças que êle dispõe o máximo da sua actividade. Nos adultos, e principalmente nos velhos, a esclerose e a degenerescencia adiposa combinam-se para gradualmente produzir a sua atrofia.

Não é esteril em patologia este conhecimento, porque sem ele difficilmente se explicaria a predisposição do sistema linfático, nas primeiras idades, para as infecções e o seu ingurgitamento facil nas afecções de vizinhança.

Algumas vezes, porém, acontece, principalmente nas crianças de pais tuberculosos, que a actividade funcional do sistema linfático se exagera e ultrapassa os limites do desenvolvimento normal. Este exagêro, esta preponderancia, enfim, do aparelho linfático sôbre todos os outros da economia, que imprime às doenças uma feição especial, corresponde em patologia "ao temperamento linfático". O aspecto de uma criança de temperamento linfático é característico: os lábios são es-

pêssos, o nariz tumefacto, ha conjuntivites, blefarites, as amígdalas são exuberantes e, por via de regra, são louros os cabelos e palidos os tegumentos.

Em patologia está hoje estabelecido que os agentes infecciosos, de posse do organismo, vão de preferência localizar-se nos órgãos ou aparelhos cuja actividade funcional se exagera. Não admira, pois, que em todas as crianças, e dum modo especial nos casos de linfatisimo, haja uma verdadeira electividade pelos ganglios em excesso de função. Mas se por um lado ha, nestas condições, uma predilecção especial pelo sistema linfático, por outro lado acontece, quasi a título de compensação, que as infecções ganglionares são de reacção lenta e silenciosa, sem grande repercussão sobre o estado geral.

Quasi todas as afecções do sistema linfático nas crianças são silenciosas e arrastadas, mas quando este sistema se desenvolve excessivamente, como succede nos casos de linfatisimo, então este caracter de lentidão e persistencia acentua-se notavelmente e a doença atravessa um periodo de longa duração, a resistir ou pelo menos a obedecer muito gradualmente a todos os meios de tratamento aconselhados. E' um facto que a clínica conhece e o médico deve ter presente, para, no acto da elaboração do seu prognostico, estabelecer e definir em termos precisos a marcha da doença, afoitando a familia a intensificar os seus cuidados pelo doente, a aproveitar todas as condições higienicas que possam beneficiar o terreno decadente e a utilizar, dum modo conveniente, a acção tónico-estimulante dos agentes físicos, que desde longe teem, nestes casos, indicações absolutas.

Nem todas as adenopatias de natureza tuberculosa correspondem a um temperamento linfático, porque, como veremos a seguir, muitas vezes a incidencia do agente específico sobre os ganglios é a consequência de localizações nos órgãos de que eles recebem a linfa,

quando até já o sistema linfático iniciou a sua regressão.

Nestes casos o que predomina são as condições do terreno, que um certo numero de causas predisponentes pode preparar para a tuberculose. Assim, um indivíduo que foi sempre robusto e teve uma vida cheia de actividade, pode, após uma febre tifoide, causa predisponente, e no seu período de convalescença, por um contágio infeliz, contrair uma tuberculose pulmonar, que mais tarde irá ter a sua repercussão sobre os ganglios traquio-bronquicos. Naturalmente que esta "adenopatia similar de Parrot," pode nada ter que vêr com o temperamento linfático, mas nem por isso perde interesse sôb o ponto de vista clínico.

Não as separo, porém, umas das outras e farei antes um estudo de conjunto de todas as adenopatias tuberculosas, quer elas sejam primitivas, quer sejam secundárias.

A invasão do organismo pelo bacilo de Koch, não se realiza da mesma maneira em todos os casos, e se algumas vezes é fácil surpreênder e precisar com rigor o ponto de penetração do agente patogeneo, no geral a porta de entrada à infecção oculta-se e por tal fórma que, apesar de todas as tentativas, nada se consegue determinar.

A penetração dos bacilos pôde algumas vezes efectuar-se por pequenas soluções de continuidade da pele ou das mucosas, mas o comum é que a difusão do agente na economia se faça doutra sorte, através das mucosas de revestimento das diferentes cavidades naturais. Na invasão do organismo pelo bacilo de Koch e em particular nos casos de tuberculose pulmo-

nar, aceitava-se sem discussão a via aerea como porta de entrada habitual. Era, pois, o ar da respiração quem transportava até aos alveolos pulmonares o micróbio, que passava a edificar as lesões características que a anatomia patológica estuda. Ultimamente, a questão parece querer complicar-se, apresentando-se sôb uma fôrma um pouco mais complexa que convém estudar em todas as suas modalidades. Os trabalhos dêstes últimos anos, em que se envolve tambem a opinião de Calmette, pretendem vêr no intestino o ponto habitual de penetração do bacilo de Koch. Segundo este critério, o agente patogeneo, absorvido ao nível do intestino cujo epitelio transpõe sem deixar vestígios, é arrastado por via sanguínea umas vezes e outras por via linfática, para os diferentes territorios orgânicos que ocupa com mais ou menos virulencia.

Não podemos, porém, ser exclusivistas, tanto mais que a questão inicia-se no campo experimental e por isso admitindo uma e outra via como portas de entrada à infecção, vejamos como se exprime Calmette relativamente à tuberculose pulmonar:

"Quando a penetração dos bacilos se efectua pelo ar da respiração, como acontece algumas vezes, produzem-se fôcos primitivos intra-alveolares cuja evolução rápida chega depressa à caseificação e fusão purulenta.

Sacrificando animais em épocas diferentes depois duma única inalação, é fácil verificar que os bacilos que teem penetrado num alveolo aí determinam imediatamente um afluxo de leucocitos polinucleares, depois uma verdadeira descamação das células epiteliais da parede e o todo fôrma a seguir, no centro do alveolo, um conjunto que se organisa em folículo tuberculoso.

Ora estas lesões não lembram em nada as que se observam, quer depois da infecção experimental por via intra-venosa, quer depois da infecção experimental por ingestão que são identicas às realizadas pela infe-

ção natural. O seu ponto de partida é, em geral, um dos finos capilares que rodeiam os bronquiolos terminais ou que se perdem no tecido elastico peri-lobular. Aqui se edifica a lesão tuberculosa que no caso de evolucionar para a caseificação, vem abrir-se ou no alveolo cuja parede acaba por abrir, ou nos bronquiolos terminais, ou nos capilares sanguíneos, ou nos vasos linfáticos que agora transportam para longe o agente da tuberculose.

Ora sendo assente que os focos primitivamente intra-alveolares são raros, relativamente às lesões interlobulares, correspondendo os primeiros à infecção pelas vias aéreas, parece que a mucosa intestinal é a porta mais freqüentemente atravessada pelo bacilo para a invasão do organismo.

Calmette não sómente defende esta teoria, como até por esta fórmula quer explicar a antracosis pulmonar. Mas ha um ponto obscuro que lhe tira algum valor: é a raridade da tuberculose intestinal, ou pelo menos mesentérica, apesar da freqüência das localizações pulmonares.

Se sôb o ponto de vista da difusão do bacilo de Koch na economia tem interesse clínico, pelo menos no que diz respeito à profilaxia, a mucosa pulmonar e digestiva, não limitemos, contudo, aqui o nosso estudo, porque por outros pontos se póde fazer a infecção tuberculosa e até com notavel freqüência. Refiro-me à tuberculose das amígdalas, tão detalhadamente estudadas por Dieulafoy, com numerosas experiencias no seu *Manual de Patologia Interna*. Daqui a infecção propaga-se fácilmente, desde que o processo seja de uma certa intensidade, primeiramente aos ganglios sub-maxilares e depois, de camada em camada, a toda a rêde linfática superficial e profunda do pescoço.

Os ganglios traquio-bronquicos e pulmões estão ameaçados desde que a tuberculose atinja os ganglios do pescoço. Com efeito, de ganglio em ganglio, de

rêde em rêde, lá vai a tuberculose, umas vezes até ao sistema ganglionar do mediastino por via ascendente, outras vezes até à grande veia linfática ou canal torácico e por intermédio da pequena circulação, passa até ao aparelho respiratorio. Mas um factor de primeira ordem, aqui nas tuberculoses ganglionares, como de um modo geral em qualquer caso de tuberculose, impera e dirige a marcha da infecção: é o terreno cuja resistencia pôde estar enfraquecida por qualquer causa predisponente.

Para os ganglios do abdomen, a questão da porta de entrada oferece apenas uma ligeira discussão, porque quási sempre a tuberculose mesentérica tem por porta de entrada a mucosa intestinal. Relativamente à relação que existe entre as localizações ganglionares do abdomen e a tuberculose intestinal, ha a considerar os seguintes casos.

1.º São evidentes e mais adiantadas as lesões do intestino, que parecem ter precedido a tuberculose mesentérica; neste caso trata-se de uma verdadeira adenopatia similar de Parrot.

2.º As lesões do intestino são em estado de evolução tal que é preciso admiti-las como secundárias, impôndo-se a tuberculose ganglionar como primitiva.

3.º Ha apenas localizações bacilares nos ganglios abdominais, sendo nestas condições forçoso admitir, o que de resto parece estar assente pela experiencia, a transposição das tunicas do intestino, sem vestigios, pelo bacilo de Koch.

Os ganglios traquio-bronquicos recebem os linfáticos das pleuras, pulmões e divisões bronquicas, como ensina a anatomia. Também qualquer alteração patológica de natureza inflamatória ou tumoral daqueles órgãos se repercute com mais ou menos intensidade no sistema linfático da região. Sendo assim, uma adenopatia traquio-bronquica de natureza tuberculosa, tinha de corresponder sempre a um processo análogo do sistema pleuro-pulmonar, como pela primeira vez o entendeu Parrot na sua lei da "adenopatia similar,,.

Na maior parte dos casos, as lesões pulmonares são evidentes, e pelo estado dos ganglios não repugna admitir que seja o pulmão a séde inicial do processo tuberculoso, mas outras vezes acontece exactamente o contrário, isto é, as alterações ganglionares predominam e por tal sorte que é preciso admiti-las como primitivas. Rilliet e Barthez dizem mesmo ter encontrado lesões puramente ganglionares em 18 % dos casos. E' verdade que hoje parece assentar-se em que os bacilos tuberculosos podem, depositados à superficie da mucosa pulmonar, passar aos ganglios sem deixar sinais da sua porta de entrada; mas este modo de vêr não abrange com certeza todos os casos, e por isso é preciso admitir ainda aqui a via digestiva, como ponto de penetração freqüente, e ainda a mucosa das amígdalas que, povoadas de criptas, podem albergar verdadeiras colónias bacilares, prontas a penetrar na intimidade, mesmo sem prévia ulceração do epitelio de revestimento. Depois, daqui, como já foi dito, a infecção lá se vai estendendo com mais ou menos prontidão, segundo um sem numero de circunstâncias referentes ao agente e ao terreno.

Nos casos das minhas observações, direi apenas e no campo das probabilidades que: a 1.<sup>a</sup> doente, predisposta por herança a infecções do sistema ganglionar, era portadora de adenopatias tuberculosas cuja porta de entrada se ocultou inteiramente. O segundo doente

adquiriu, após um movimento febril que na ocasião foi classificado de gripe, talvez uma tuberculose pulmonar a que se sucedeu adenopatia traquio-bronquica, não repugnando, porém, aceitar que a sua diagnosticada gripe fosse antes o período inicial e de invasão da bacilose de hoje; a terceira doente, de pais tuberculosos e de temperamento decididamente linfático, está sujeita a infecções ganglionares teimosas e persistentes que só um tratamento intenso e completo conseguirá debelar.

## Anatomia patológica

A tuberculose pode localizar-se num número maior ou menor de ganglios e dar origem a formações anatómicas em graus diferentes de evolução. Mas qualquer que seja o grupo ganglionar infectado, as lesões constituídas evoluem sempre segundo um mesmo tipo geral, que pode, contudo, modificar-se, mais ou menos, de acôrdo com a virulencia do agente ou predomínio de toxinas dum ou outro poder. Mas nem sempre à invasão dos ganglios pelo bacilo de Koch correspondem lesões nodulares de que me ocuparei a seguir, porque o bacilo de per si só ou a distancia, pelas suas toxinas, é capaz de realizar simples hipertrofias, verdadeiras tuberculosas inflamatórias de Poncet.

Estudaremos, pois, neste capitulo de anatomia patológica:

As hipertrofias ganglionares simples

As granulações tuberculosas e

A infiltração tuberculosa.

### **Hipertrofia ganglionar simples**

O exame microscópico dos córtex feitos em ganglios simplesmente hipertrofiados, revela lesões de hiperplasia geral que só a inoculação positiva pode relacionar com a sua verdadeira causa.

Com efeito, observa-se o espessamento da capsula e septos intra-ganglionares que dela partem; o espessamento das paredes dos vasos e, dum modo geral, o processo de hiperplasia estendeu-se, indistintamente, a toda a massa do ganglio.

Se a inoculação em tais condições é negativa, ou a alteração observada não é de natureza tuberculosa ou, então, todo o trabalho hiperplásico é função simplesmente das toxinas bacilares, edificando o agente específico, as suas lesões a distancia, num órgão vizinho.

### **Granulações tuberculosas**

A lesão mais elementar que pode estudar-se no campo do microscópio é o foliculo de Köster, constituído, na sua maior simplicidade, pela celula gigante, celulas epitelioides e linfoides.

Estes foliculos associam-se em número variavel para dar a granulação cinzenta, no tecido reticulado dos ganglios, sôb a forma de pequenos nodulos apenas visiveis que mais tarde vão dar, pela sua confluenca, os tubérculos propriamente ditos, com proporções mais notaveis e que se levantam em relêvos característicos sôbre a superficie de secção.

*Evolução dos tuberculos* — Os tuberculos, uma vez constituídos, seguem nos ganglios a sua evolução de sempre: a parte central sofre a degenerescencia caseosa e a parte periférica começa a iniciar um trabalho de esclerose. Se a reacção periférica é duma certa intensidade e se predomina, na evolução do

tubérculo, a barreira fibrosa assim constituída que se vai estendendo gradualmente a todo o esqueleto ganglionar, enquista a massa caseosa duma maneira absoluta.

E' freqüente no pescoço, sobretudo, encontrar ganglios de capsula espessa e dura, adherentes aos visinhos e esclerosados tambem, em que se produziu êste benéfico trabalho de enquistamento. Se êste trabalho de esclerose periférica é insufficiente e se o processo degenerativo continúa, o fóco, na sua tendencia progressiva, vai pouco a pouco avançando até abrir caminho para o exterior do ganglio. Por fenómenos de periadenite, vê-se muitas vezes os ganglios tuberculosos adherirem e fundirem-se numa massa só, ou então contrair adherencias com os órgãos visinhos: no abdomen, os ganglios podem abrir-se no intestino e succeder, a seguir, uma peritonite aguda mortal em poucos dias. No torax, as adherencias pódem fazer-se com o pulmão, pleura, bronquios, etc. Se os quistos purulentos são rodeados pelo tecido pulmonar, poderia pensar-se à primeira vista em verdadeiras cavernas pulmonares. Segundo Billiet e Barthez, as cavernas ganglionares são de paredes lisas e uniformes, occupam de preferencia o hilo do pulmão, ao passo que as cavernas pulmonares teem, ao contrário, paredes anfractuosas, são atravessadas por septos irregulares e, situadas correntemente nos vértices pulmonares, estão quasi sempre em relação com uma extremidade bronquica. Quando estão situados fóra do pulmão, podem ulcerar os órgãos visinhos, o pus e a materia caseosa esvasia-se então, seja nos bronquios, seja, o que é mais raro, na artéria pulmonar ou esofago. As massas ganglionares tuberculosas podem associar-se algumas vezes a massas semelhantes desenvolvidas nos pulmões e pleuras e resultar, então, desta sorte um extenso fóco tuberculoso. Quando esta massa se amolece e supura, formam-se, então, cavernas mixtas ganglio-

pulmonares que podem abrir-se seja nos bronquios, seja na cavidade pleural, e dar assim origem a uma pneumo-torax (Rilliet e Barthez).

No pescoço é freqüente assitir a ulcerações da pele, consecutivas às adenopatias tuberculosas, que dão assim logar a fistulas de bordos irregulares e de côr violacea, a que se sucederão cicatrizes verdadeiramente indeléveis.

### **Infiltração tuberculosa**

Aqui os foliculos tuberculosos, em vez de procurarem reunir-se para a edificação das granulações e tuberculos, disseminam-se por toda a massa ganglionar e sofrem, da mesma sorte, a degenerescencia caseosa habitual.

Não é só a transformação fibrosa dos ganglios, o único meio de defesa do organismo, porque ao lado dêste trabalho de esclerose ha tambem, se bem que mais raras vezes, a consideração a deposição de massas calcáreas na área da lesão, que passa por ser o processo de cura definitivo da lesão tuberculosa. Estes depósitos calcáreos occupam às vezes todo o lugar do foliculo destruido e dispõem-se no geral em lâminas concentricas.

## **Tuberculose mesentérica**

### **Sintomatologia**

Quando o bacilo de Koch se apodera dos ganglios do abdomen, constitue-se a tuberculose mesentérica. E' um termo geral por meio do qual pretendemos não só definir as localizações bacilares nos ganglios da espessura do mesentério, como em todos os que ao longo dos grossos vasos se estendem desde a arcada crural até às inserções do diafragma. A rêde linfática intra-abdominal, pela multiplicidade das suas anastomoses, não poupa, quando o processo é de tendência invasora, nem mesmo os ganglios do hilo do figado ou de qualquer outro órgão. Na verdade, parece que a este nível a propagação tuberculosa só se poderia realizar, segundo a classica lei de Parrot, quando nos órgãos se desenvolvesse qualquer lesão da mesma natureza. Não succede, porém, assim, e pelos dois mecanismos, isto é, quer descendo a infecção dos órgãos até aos ganglios do seu hilo, quer subindo por via linfática ascendente, a tuberculose pode tomar um maior ou menor número de elementos que no seu conjunto definem a tísica mesentérica. Recordo, de passagem,

o que já foi discutido no capítulo da etiologia, que o intestino é a porta de entrada habitual para a tuberculose mesentérica.

Duma notável freqüência, a tuberculose mesentérica é, ao contrário, dum diagnóstico difícil, principalmente no comêço do seu desenvolvimento.

A não ser a sintomatologia geral, que quer corresponder a um esbôço de intoxicação tuberculosa, os sinais puramente abdominais reduzem-se a muito pouco e nem mesmo assim aparecem duma forma decisiva.

Um bom diagnóstico de uma bacilose mesentérica só se pode basear, dum lado nas perturbações funcionais que o aumento de volume dos ganglios possa ocasionar, de outro lado no processo de exploração: a palpação.

Não é preciso ser profundo em anatomia para antecipar a opinião dos clássicos relativamente à insuficiência dêstes meios de diagnose. E' na verdade indispensavel que os ganglios tomem proporções muito consideraveis, numa cavidade de paredes notavelmente extensíveis, para que se façam sentir efeitos compressivos sobre órgãos tão moveis como o intestino. A palpação, essa mesmo só pode dar algumas indicações em abdomens de paredes flácidas que se deixem facilmente deprimir até coluna, quando as hipertrofias ganglionares forem de uma certa intensidade.

Estas considerações gerais, que deixam transparecer as dificuldades dum diagnóstico principalmente precoce, applicam-se à maior parte dos casos, podendo contudo, uma vez ou outra, succeder que a questão se apresente clara e o clínico não hesite.

Examinemos, pois, agora, com algum detalhe, o quadro sintomático da tuberculose mesentérica, começando pelos:

### Sinais físicos

*Inspecção.* — É freqüente encontrar, nas consultas de pediatria, crianças de abdomen volumoso, e se em alguns casos se impõe o diagnóstico de tuberculose mesentérica associada ou não a localizações intestinais da mesma natureza, por via de regra trata-se de enterites, de ventres raquíticos ou de meteorismo dependente duma alimentação viciosa, que distende e endurece notavelmente as paredes abdominais. Ao contrário, porém, em frente de casos averiguadamente típicos, em que o processo tuberculoso se desenvolveu às vezes duma maneira intensa, o abdomen conservou não sómente o seu volume normal, como até se apresentou deprimido. Por aqui se vê como é indiferente e não ha relação fixa entre o desenvolvimento das adenopatias mesentericas e o abaúlamento do ventre, principalmente no comêço da doença. Mais tarde, quando o número e volume dos ganglios se excede e ultrapassa certos limites, pode ser que se correspondam, em desenvolvimento, ganglios e abdomen. Mas esta correspondencia é sempre um elemento precario para a elaboração dum diagnóstico.

*Palpação.* — Por este processo, palpando suavemente e com mestria, pode-se mais certamente caír sôbre as formações nodulares do abdomen, que convém medir, relacionar e situar com a maior precisão para evitar no máximo erradas interpretações. É um excelente meio de exploração que interessa praticar incondicionalmente, mas que nem sempre satisfaz, como sucede nos casos de tensão abdominal. Nas crianças constipadas de ventre, a acumulação das fézes em "scybales," no colon ascendente, transverso e descendente, pode dar a impressão de verdadeiros tumores ganglionares. O diagnóstico diferencial, que nem sempre se estabelece dum modo decisivo, baseia-se na séde e mobilidade dos nodulos e no seu desapareci-

mento pela acção dos purgantes. Os nodulos fecais occupam com effeito o tracto do intestino grosso e deslocam-se, naturalmente, pela acção dos movimentos peristalticos; ao passo que em casos de tuberculose mesentérica, o tumor, no geral mediano e infra-umbilical, persiste na mesma situação com poucas alterações. De resto, os purgantes que desfazem os tumores produzidos por fézes accumuladas, não tem influencia nenhuma sobre os outros, como se pode prevêr.

A percussão poderá muitas vezes auxiliar e consolidar o nosso juizo, mas não tem isoladamente o mesmo valor que a palpação.

### Sintomas funcionais

Os ganglios, que no torax tão correntemente produzem compressões multiplas, aqui raras vezes realizam acções desta natureza. Já, e neste mesmo capítulo, eu puz em destaque, num pequeno número de considerações, êste facto, que de resto os mais elementares conhecimentos de anatomia explicam inteiramente.

*Compressão de vasos.* — De todos os órgãos, aquelles que pelas relações mais íntimas com os ganglios, podem sofrer com a sua hipertrofia, são os grossos vasos, representados pela aorta abdominal e veia cava inferior. A compressão da veia cava inferior é ainda de relativa freqüência e traduz-se, clinicamente, por edema dos membros inferiores e rêde venosa das paredes abdominais. Se o obstaculo à circulação venosa se faz a uma certa altura, pode até produzir-se um derrame seroso no peritoneo. Mas é mais freqüente que esta ascite dependa antes da infecção bacilar dos ganglios do hilo do figado, que hipertrofiados comprimem a veia porta. Nas crianças, tendo de attribuir uma ascite a um tumor, é preciso pensar desde logo na tuberculose mesentérica. Contudo, só o exame cuidadoso do doente pode eliminar a ideia de uma peritonite croni-

ca, afecção do figado ou neoplasia abdominal para, por exclusão, assentar numa ascite de origem mesentérica.

Relativamente à aorta e outros vasos arteriais, a clínica ainda não apurou nada de notavel.

*Compressão intestinal.*—O intestino, pela sua extensa mobilidade, defende-se notavelmente das massas ganglionares, e por isso é muito raro, em casos de adenopatia mesentérica, assistir à sua compressão. Pode acontecer que os fenómenos de periadenite provoquem, no peritoneo vizinho, a formação de exsudações suficientes para se estabelecerem adherencias e produzirem, assim, estrangulamentos intestinais, e até, se a evolução caseosa predomina, o ganglio perfurará o intestino. Mas todos estes accidentes são rarissimos e, dum modo geral, a tuberculose mesentérica, como doença local, não tem sintomas próprios.

Todos os sintomas de ordem geral são, quando a infecção é puramente mesentérica, muito atenuados, de sorte que, se a par de uma averiguada tuberculose dos ganglios do abdomen, ha sinais de intoxicação e decadencia organica, não se deve abandonar o doente sem um exame completo, porque, no geral, ha localizações tuberculosas em outros órgãos.

*Diagnóstico.*— Não é minha intenção discutir aqui se a hipertrofia ganglionar é ou não é de natureza tuberculosa, nem mesmo estudar as perturbações e alterações ganglionares que podiam confundir-se com a bacilose, porque tudo isso será tratado, num capítulo à parte, com algum desenvolvimento.

O meu interesse, ao propôr-me escrever sôbre este título, é mostrar como na palpação dum abdomen, nem todos os tumores se devem attribuir a ganglios hipertrofiados.

Uma neoplasia pancreatica, gastrica, intestinal ou de qualquer outro órgão, não me interessa tambem neste momento, porque lá estavam as perturbações dos

órgãos, séde do tumor, para auxiliarem o diagnóstico. E' principalmente em casos de peritonite tuberculosa que a questão se pode apresentar um pouco mais obscura. Assim, quando ha tuberculos situados no peritoneo e sobretudo no epiplon, envoltos de falsas membranas, a palpação nem sempre sabe fazer o diagnóstico diferencial, principalmente quando o tumor corresponde à região infra-umbilical. Mas uma vez ou outra a lei de Godelier, as alternativas de diarreia e constipação, etc., podem auxiliar o diagnóstico.

Relativamente aos tumores resultantes da acumulação de fêzes, a acção evacuante dos purgantes resolveria o problema se porventura ele se apresentasse obscuro.

## Adenopatia Traquio-Bronquica

### Sintomatologia

A hipertrofia dos ganglios do mediastino dá lugar a um certo número de sintomas que estão, na sua maior parte, dependentes de fenómenos compressivos. Em comêço nem sempre é facil diagnosticar uma adenopatia traquio-bronquica, porque as perturbações funcionais são mínimas nos primeiros tempos, mas à medida que os ganglios se vão exagerando em volume, os órgãos situados na sua vizinhança ressentem-se e alteram o seu funcionamento, esboçando-se assim um quadro sintomático que gradualmente se acentua e completa.

Não é preciso, agora, fazer um estudo dos diferentes e numerosos órgãos que atravessam o mediastino, porque, no capítulo de anatomia normal, eu fiz, implicitamente, a sua enumeração.

Por isso não me demoro mais em considerações de ordem anatômica, entrando desde já na descrição dos sintomas clínicos.

Dieulafoy diz no seu *Manual de Patologia Interna*: "... il existe un certain nombre de signes qui

sont communs á toutes les tumeurs et qui permettent de resumer en une vue d'ensemble la pathologie de la region médiastine. C'est ce que j'ai nommé le syndrome médiastinal,,.

Posto isto, vamos, com a maior parte dos tratadistas, dividir o sindroma do mediastino de Dieulafoy em :

Sintomas funcionaes e  
Sinais físicos.

Convém examinar com atenção os sintomas funcionais, porque o seu estudo pode definir a séde dum ou outro grupo ganglionar hipertrofiado e bem assim indicar, com muita exactidão, quais são os órgãos interessados.

A sintomatologia das adenopatias traquio-bronquicas é muito variada, como vamos vêr, mas raras vezes se apresenta completa. Nuns casos predominam os sintomas funcionais e noutros os sinais físicos ou directos, dados pelos proprios ganglios alterados; o corrente, porém, é combinarem-se os sinais físicos e funcionais de modo diverso. Algumas vezes acontece que a adenopatia é latente, não se revelando senão pelos sinais físicos.

Para conseguir uma descrição completa, estudarei sistematicamente todos os sinais e sintomas que podem encontrar-se nos diferentes casos, e os que lógicamente se deduzem da compressão que os ganglios hipertrofiados produzem sobre os órgãos vizinhos.

A compressão pode incidir sôbre a traqueia, os bronquios, o esofago, as arterias, as veias e os nervos.

### **Sinais funcionais**

*Compressão da traqueia e dos bronquios.* — A acção dum ganglio ou grupo de ganglios alterados, pode incidir separadamente sôbre a traqueia ou sôbre cada um dos bronquios primitivos. Mas se a adenopa-

tia fôr dumã certa extensão, a cõmpressão far-se-ha, simultaneamente, sôbre estes dois condutos aereos, e assim obteremos um cõnjunto de sinais clínicos, cuja análise desdobrará de acôrdo com a sua significação. Estudemos, pois, e em primeiro logar, os sintomas relativos à compressão da traqueia, e analisemos, a seguir, os correspondentes à compressão dos bronquios.

A' diminuição do calibre da traqueia por efeito da hipertrofia ganglionar, corresponde, como mais importante perturbação funcional, uma dispnea cuja gravidade é directamente proporcional à extensão e rapidez do aperto traqueal; à auscultação observa-se uma diminuição ou quasi ausencia do murmúrio vesicular nos dois pulmões, e a passagem do ar, através da traqueia apertada, produz um ruido sonoro, mais intenso na inspiração do que na expiração, que é conhecido em clínica por "cornage,,. Nas compressões dumã certa intensidade observa-se tambem, no momento da inspiração, uma depressão toracica, fãcilmente apreciavel na região supra-esternal, espaços supra-claviculares e epigãstrico -- : é a tiragem.

Quando a modificação de calibre interessa apenas um bronquio, temos, ao lado da diminuição do murmúrio vesicular no pulmão correspondente, um sinal de grande importancia para o diagnóstico das lesões mediastinais: é o sopro inter-escapulo-vertebral de Gueneau de Mussy, que se póde apreciar à auscultação, entre o bordo espinal do omoplata e a coluna vertebral.

*Compressão do esofago.* — Quando se hipertrofiam os ganglios inter-traquio-bronquicos, o esofago, que está na sua vizinhança, póde ser comprimido, e desta sorte a deglutição comprometida. Contudo, é raro que assim suceda, porque este órgão, pela sua mobilidade, escapa quasi sempre à compressão. Mas nem todos os casos de disfagia se podem fazer depender de uma incidencia directa sôbre o esofago, porque algumas ve-

zes eles são a consequência dum verdadeiro espasmo esofágico de origem recorrential.

**Compressão dos vasos.** — Os fenómenos que resultam da compressão dos vasos, nos casos de tumores do mediastino, merecem interesse, pelo seu valor, no diagnóstico das adenopatias. Compreendemos neste estudo: 1.º Sinais de compressão das artérias; 2.º Sinais de compressão das veias.

**Arterias.** — Os vasos arteriaes, pela espessura, resistencia e elasticidade das suas paredes, difficilmente se deixam comprimir. Contudo, compreende-se muito bem, e de resto Barety e outros descrevem casos desta natureza, que as alterações dos ganglios pre-traquio-bronquicos direitos ou esquerdos, associados ou não á hipertrofia do grupo inter-traquio-bronquico, possam produzir a compressão das artérias bronquicas ou pulmonares. Casos ha, até, em que se tem realizado uma verdadeira ulceração da arteria pulmonar com hemorragia fulminante. Tem-se notado tambem desigualdades de pulso, o que se explica umas vezes por compressão do tronco braquio-cefálico, outras vezes por compressão da aorta entre o tronco braquio-cefálico e a arteria sub-clavia esquerda; no primeiro caso será diminuida a amplitude na radial direita, e no segundo na radial esquerda.

**Veias.** — Segundo a séde e extensão do grupo ganglionar hipertrofiado, assim pode fazer-se a compressão directamente sôbre a veia cava superior ou sôbre um ou outro dos troncos venosos braquio-cefálicos. São os ganglios pre-traquio-bronquicos os que no geral alteram o calibre da via venosa, e é tambem o sistema da veia cava superior o que mais habitualmente sofre com as alterações ganglionares. A veia cava superior pode ser comprimida em graus variaveis, e assim, desde um leve contacto até à sua obstrução completa, ha todos os estados intermediários. Eu vou referir-me ao caso extremo da obstrução total. Prevê-

se o que poderá succeder em tais condições, mas na falta dum caso clínico a dar-me eloquência, eu reproduzo a descrição breve mas bastante de Dieulafoy: "Em virtude da estase sanguinea, vê-se apparecer a dilatação da rêde sub-cutanea do torax, espáduas e membros superiores que, normalmente, é apenas aparente; as veias jugulares, por sua vez, dilatam-se também. Esta estase venosa é seguida da formação duma circulação colateral ou complementar, isto quer dizer que o sangue, que regularmente se lança na auricula direita pela veia cava superior, segue agora uma outra via, e atravessando as anastomoses que ligam o sistema cava superior ao inferior, sóbe pela veia cava inferior. Quando a circulação colateral é sufficiente, a symptomatologia reduz-se a pouco; no caso contrario, vê-se apparecer o edema das mãos e da face, os lábios são violáceos e os olhos injectados, o doente experimenta vertigens, epistaxis, cefalalgias, numa palavra, os sinais da congestão cefálica por estase venosa,„

A compressão dum tronco venoso braquio-cefálico dá sintomas que se limitam à face, pescoço e membros do mesmo lado.

A circulação colateral tem por fim derivar para a veia cava inferior o sangue venoso que não pôde transpôr o obstaculo que lhe oferece a compressão. E' agora uma questão de anatomia: o sistema da veia cava superior pôde comunicar com o inferior: 1.º, por intermedio das veias sub-claveas, mamarias internas e epigastricas; 2.º, por intermedio da grande e pequena ázigos, e intercostais inferiores, etc.

*Compressões nervosas.* — O pneumogastrico distribue-se e muito principalmente, segundo ensina a anatomia, ao coração, pulmões e aparelho digestivo. Todas as perturbações funcionais dêste nervo devem, pois, repercutir-se, com mais ou menos intensidade, na circulação, respiração e digestão. E' o que vamos estudar a seguir.

Quando um grupo ganglionar hipertrofiado fizer a compressão daqueles filetes nervosos que mais certamente se dirigem ao coração, podemos observar numa primeira fase, que corresponde, possivelmente, a um periodo de excitação, um exagero da acção frenadora do nervo sôbre o miocardio, que se revela pela bradicardia.

Mais tarde, numa segunda fase, à paralisia do pneumogastrico, por destruição, corresponde a taquicardia, que às vezes é notavel.

Mas o sinal mais importante da compressão do vago é a tosse coqueluchoide de Gueneau de Mussy. Esta tosse, quando apreciada superficialmente, pôde confundir-se com a verdadeira tosse da coqueluche, da qual difere, contudo, pela ausencia do sibilo inspiratório e dos vomitos no fim do acesso.

E' tambem de uma certa frequênciã, nas adenopatias traquio-bronquicas, assistir-se a verdadeiros acessos de asma que podem surgir a qualquer hora do dia ou da noite. Umas vezes esses acessos são de origem recurrenciã e podem explicar-se por espasmos da glote, outras vezes dependem dum acto reflexo, sendo a via centripeta representada por filetes do pneumogastrico irritado, e a via centrifuga pelos nervos que se distribuem aos músculos da respiração tomados de contracções espasmodicas.

*Compressão do recurrente.* — Na dependencia deste nervo está a parte inicial do esofago, o constritor inferior da faringe e todos os músculos da laringe, excepto o crico-tiroideo. Quando um tumor do mediastino, pelo exagero das suas proporções, consegue fazer a compressão do recurrente, ha primeiro um periodo de excitação e depois uma fase de paralisia.

No primeiro caso, produz-se o espasmo da glote e a respiração fica desta sorte sériamente comprometida, e no segundo, em virtude dos accidentes de paralisia dos musculos de glote, surgem perturbações

da voz que se perpétua. A oclusão da glote, por efeito de espasmo, dá-se simplesmente com a excitação dum só recorrente, graças á acção do músculo aritenóide, que fazendo a aproximação das cartilagens aritenoides, impede a entrada do ar, convenientemente. Também a compressão é mais freqüente do lado esquerdo que do lado direito, por uma questão de relações anatómicas que tornam o recorrente esquerdo mais acessível aos ganglios hipertrofiados.

O espasmo do constritor inferior da faringe e dos elementos musculares da primeira parte do esofago, pode produzir uma disfagia mais ou menos completa, como já dissemos quando da compressão do esofago.

As compressões do simpatico poderão dar desigualdade pupilar; as do frenico, no periodo de excitação, denunciam-se pelos seus pontos dolorosos especiais, e no segundo periodo surgem accidentes dispepticos e dependentes da paralisia uni-lateral do diafragma. São, porém, accidentes pouco vulgares nas adenopatias traquio-bronquicas.

### **Sinais fisicos**

Tenho-me occupado até agora dos sintomas funcionaes porque se pode denunciar a adenopatia traquio-bronquica. Eles são, na verdade, muito numerosos e se, em todos os casos de hipertrofia ganglionar, apparecessem em toda a sua extensão, nunca soffreria dúvidas e seria sempre fácil o diagnóstico. Não succede, porém, assim, e se às vezes a afecção se exterioriza claramente por uma combinação quasi patognomonica de sinais funcionais, acontece que, num grande numero de casos, é preciso lançar mão dos meios fisicos, a começar pela inspecção, que só em casos restritos pode dar ensinamentos fertes. No geral, é a percussão que, associada à auscultação, o grande processo de explo-

ração torácica, convém praticar em todos os casos e principalmente nos duvidosos.

**Percussão.** — Podemos definir no torax duas zonas de percussão: uma anterior que corresponde ao manubrio, articulações esterno-claviculares e parte mais interna dos dois primeiros espaços intercostais; outra posterior e limitada para fóra pelos bordos espinais dos omoplatas, em cima e em baixo por horizontais conduzidas, respectivamente, pelas 1.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> vertebrae dorsais. A linha das afofises espinhosas divide esta zona em duas regiões: a inter-escapulo vertebral direita e a inter-escapulo vertebral esquerda.

São os ganglios pre-traquio-bronquicos e inter-traquio-bronquicos os que podem tornar-se acessíveis à exploração por êste processo, visto que os inter-bronquicos nunca veem ao contacto com a parede torácica. A's hipertrofias ganglionares corresponde um som sub-baço ou mesmo decididamente baço.

**Auscultação** — Ao estudar os sintomas funcionais, já falei na diminuição do murmúrio vesicular por efeito da compressão da traqueia e dos bronquios, e por isso aqui e sôbre êste ponto, nada mais acrescentarei.

Na auscultação, contudo, mais alguma coisa ha a observar e de valor quasi patognomônico para a edificação do nosso diagnóstico: é o sopro inter-escapulo vertebral ou sinal de Gueneau de Mussy, o sinal d'Espine e o sinal de Smith.

O sopro inter-escapulo-vertebral, que se define a si mesmo e dê que eu já me ocupei num outro ponto, significa a propagação fácil, através das massas ganglionares hipertrofiadas, do ruido produzido pelo ar ao atravessar a parte terminal da traqueia e bronquios primitivos. O sinal d'Espine é de notavel interesse e deve ser sistematicamente investigado em todos os casos suspeitos de afecções ganglionares. Explora-se auscultando no espaço inter-escapulo-vertebral a voz

segredada do doente. Nos casos de adenopatias traquió-bronquicas, ouve-se distintamente a voz do doente, que parece nascer debaixo do fonendoscópio. Normalmente, êste sinal é negativo, o que lhe dá e intensifica o valor.

O sinal de Smith observa-se, adiante, auscultando por meio do estetoscópio colocado ao nível do manúbrio, enquanto se mantém a cabeça do doente numa extensão forçada. Nestas condições, percebe-se um sôpro venoso que começa a desaparecer à medida que a extensão da cabeça se vai desfazendo.

Apesar de todos estes meios de exploração, os ganglios nem sempre são tão volumosos que possam revelar-se durante a vida, e muitas vezes as tuberculosas ganglionares do mediastino são verdadeiras descobertas das autopsias.

Uma criança pode com efeito succumbir a uma afecção banal do aparelho digestivo, por exemplo, e na autopsia o médico descobre, até com bastante surpresa, um ganglio tuberculoso que nunca tinha suposto.

\*

\* \*

Nos casos das minhas observações, a inspecção revelou sempre, em grau variavel, uma rãde venosa sub-cutanea, a traduzir um embaraço à circulação profunda. Em todas elas notei, pelo som baço das regiões anterior e posterior, que havia hipertrofia dos ganglios pre-traquió-bronquicos, umas vezes mais à direita e outras vezes mais à esquerda.

Com muita nitidez, verifiquei nas minhas observações II e III, o sinal d'Espine, nomeadamente no caso da observação II. Na observação I, este sinal esboçava-se mas não era absolutamente ausente.

No grupo dos fenómenos compressivos, tem inte-

resse estudar o gráfico do pulso da observação III, que revela uma arritmia notavelmente acentuada.

A radiografia revelou sombras de adenopatias do mediastino, nos casos das observações I e II, não sendo preciso depois recorrer a este meio de diagnóstico na observação III, porque, ao lado dos sinais já indicados, a diminuição do murmúrio vesicular em todo o pulmão direito, o sinal d'Espine, o sôpro inter-escapulo-vertebral de Gueneau de Mussy também à direita, a bacidez anterior e posterior, a rêde venosa sub-cutanea e as alterações do ritmo do pulso, fazem um conjunto inteiramente patnognomico. Depois a reacção à tuberculina, fortemente positiva, ao lado dos ganglios cervicais em estado de hipertrofia, não deixavam dúvidas absolutamente nenhuma.

caracter agudo. A seguir, os tuberculosos verificam-se  
 agudas, e com um período de incubação de  
 na forma e atitudes, e a seguir, a  
 A forma aguda, mais frequente, que a  
 pode apresentar-se em indivíduos portadores de  
 lesões tuberculosas, e neste caso, se as células locais  
 são predominantemente, o seu estudo não tem o mesmo in-  
 teresse que quando elas são de natureza exclusivamente  
 glandular (infomatogias). Tratamos, pois, especial-  
 mente das adenopatias agudas que apresentam como  
 uma doença local, e cuja natureza é construída a  
 longa

**Das adenopatias externas e em especial da região cervical**

Quer possa verificar-se ou não a porta de entrada, as adenopatias externas oferecem uma série de sintomas comuns mas de marcha diferente, segundo a idade do doente, a virulencia do agente, as doenças anteriores que operam modificando o terreno sobre o qual se instala o bacilo, sendo contudo, e em primeiro lugar, necessário descrever uma forma aguda da tuberculose ganglionar, que, apesar de rara, não deixa por isso de ter interesse clínico.

A forma aguda, que se observa mais freqüentemente nos adultos que nas crianças e ocupa de preferencia a região cervical, inicia-se, bruscamente, por dôr intensa e vermelhidão, com tendencia rápida a supuração intra e extra-ganglionar, evoluçionando em um número muito limitado de dias. Correntemente aparece febre e sinais de compressão que impõem a evacuação precoce do pus, com o fim de pôr termo aos fenômenos mais alarmantes. E' preciso não confundir estas adenopatias agudas com as crônicas, que, sob a influencia de infecções secundarias, podem adquirir um

caracter agudo. A seguir às formas verdadeiramente agudas, é comum vêr succeder a tuberculose ganglionar crónica e arrastada.

A forma crónica, mais frequênte que a anterior, pode apresentar-se em indivíduos portadores de outras lesões tuberculosas, e neste caso, se as outras localizações predominam, o seu estudo não tem o mesmo interesse que quando elas edificam exclusivamente o quadro sintomatológico. Trataremos, pois, especialmente, daquelas adenopatias que se apresentam como uma bacilose local a dominar e a constituir toda a doença.

O quadro clinico é variavel segundo a infecção se limita a um só ganglio ou se estende a vários, o que permite considerar desde já duas formas: a monoganglionar e a poliganglionar, com as variedades bem diferenciadas: o linfoma tuberculoso e a micropoliadenia de Legroux.

Por efeito de condições etiologicas já enunciadas e outras vezes sem causa evidente, um ganglio aumenta de volume com uma forma mais ou menos regular, podendo chegar a atingir as dimensões dum ovo de galinha. Duro à palpação, movel debaixo da pele que não se modifica ainda, indolor, o ganglio apresenta-se como se tivesse emergido da profundidade dos tecidos. Neste estado pode permanecer meses e até anos, sem se tornar incómodo para o doente; o que costuma succeder, porém, é a esclerose ou a caseificação do ganglio. No primeiro caso, o orgão diminue de volume e endurece, e no segundo adere à pele, que começa a tornar-se violácea, adelgaçando-se cada vez mais até à ruptura, dando assim safda a um pus amarello e grumoso.

A ulceração pode depois cicatrizar, sendo a cicatriz indelevel, aderente, de bordos irregulares e de côr violácea. No caso de não curar, então estabelece-se um trajecto fistuloso de tratamento difficil. E' raro que só

um ganglio se hipertrofie; o comum é que os ganglios duma mesma região se infectem, e desta sorte sucede que, em virtude dos estados diferentes da lesão tuberculosa, se encontra, pela palpação, ao lado de ganglios volumosos e aderentes, outros ainda moveis debaixo da pele e tanto menos alterados quanto mais nos afastamos do foco principal. O periodo da hipertrofia, aqui como na forma monoganglionar, pode durar anos ou iniciar-se em breve um trabalho de esclerose; mas o vulgar é continuar o aumento de volume, em massa, da região, os contornos perderem a nitidez, a consistencia modificar-se, fazer-se a adherencia da pele e o conjunto dar uma sensação de renitencia inteiramente caracteristica; posteriormente, percebem-se focos de flutuação, até que, através de uma ulceração dos tegumentos, se derrama no exterior pus grumoso, ficando constituido um tracto fistuloso.

Esta supuração, este pus, se algumas vezes pode depender exclusivamente do bacilo de Koch, na maioria dos casos resulta de associações microbianas que dão à doença um grau de agudeza variavel.

Dentro das adenopatias poliganglionares, é necessario descrever duas formas bastante individualizadas: o chamado linfoma tuberculoso e a micropoliadenia de Legroux.

O linfoma tuberculoso é uma verdadeira adenopatia tuberculosa hipertrófica com pouca tendencia à supuração. A sua natureza bacilar tem sido, na maioria dos casos, demonstrada, já pelo exame histologico, já pela inoculação, já pela tuberculina. Desenvolve-se esta poliadenopatia nas regiões axilares e inguinais, mas ocupa de preferencia o pescoço, principalmente na região carotidea. Inicia-se muito silenciosamente por um ou mais ganglios que aumentam lentamente de volume, para, estendendo-se o processo a varios outros ganglios, se realisarem formações do tamanho duma cabeça fetal com um peso de 100 a 600 gramas. A infecção

passa em geral dos ganglios profundos aos superficiais e duma região à outra, edificando-se assim lesões bilaterais e simetricas, inteiramente caracteristicas, que definem o pescoço pro-consular. O linfoma tuberculoso pode, muito bem, passar por uma linfadenia aleucemica e quantas vezes o diagnóstico não será duvidoso.

Outra forma interessante é a polimicroadenopatia de Legroux: as crianças oferecem o aspecto de velhos enfraquecidos, com palidez dos tegumentos e tosse coqueluchoide, sinal de adenopatia traquio-bronquica; palpando as diferentes regiões ganglionares, notam-se pequenos tumores arredondados, indolores e livres, sem adherencias nem manifestações inflamatórias. Esta forma de adenopatia pode observar-se tambem na sifilis herdada, e às vezes, associada a outros elementos, é um sinal a ponderar na elaboração do diagnóstico.

As perturbações funcionais que originam as adenopatias externas são raras; a dôr observa-se unicamente quando se associam infecções secundarias ou quando o bacilo se instala em ganglios já colonizados por outros microorganismos.

Excepcionalmente, na região cervical podem verificar-se perturbações laringeas que, na maior parte dos casos, dependem antes dos ganglios do mediastino. Na região axilar, se bem que raras vezes, pode, como succede no linfoma tuberculoso, a hipertrofia atingir um tal desenvolvimento que fiquem prejudicados alguns movimentos dos membros superiores.

## Diagnóstico

A tuberculose ganglionar, como vimos ao descrever os sintomas da sua dependencia, exteriorisa-se dum modo diverso segundo a séde principal do fóco de infecção. E para um mesmo grupo interessado, ainda o quadro clínico varia segundo a virulencia do agente e a fragilidade do terreno, isto não contando, claramente, com as localizações em outros órgãos, porque então mais se complica o problema do diagnóstico. Eu vou, porém, limitar-me aos casos de tuberculose exclusivamente ganglionar ou pelo menos dominante, que me interessa em especial, esperando que um bom criterio clínico ajude sempre o médico na pesquisa dos sinais que pertencem às infecções tuberculosas dos outros órgãos.

No decurso dêste meu resumido trabalho, já dei transparecer as dificuldades que poderia oferecer o diagnóstico duma tuberculose mesentérica que é, com certeza, a que menos se pode surpreender em início, e às vezes, até, num estado adiantado do seu desenvolvimento, poucos elementos se podem colher que de seguro nos autorizem a supô-la.

As adenopatias tuberculosas traquio-bronquicas, já mais precocemente se denunciam, porque os ganglios do torax, tendo de hipertrofiar-se num espaço limitado por paredes resistentes, necessariamente teem de ir comprimir um ou outro órgão. Nunca, como de resto se compreende (e basta recordar as noções de anatomia topografica no capítulo correspondente), os sintomas se apresentam com a extensão e variedade que acima descrevi, e por isso, se uma vez ou outra se pode desenrolar um grupo sintomatico por assim dizer patognomônico, na maior parte dos casos, é preciso observar muito demorada e minuciosamente para atingir o fim desejado. De resto, em comêço, já o bacilo da tuberculose se multiplica em alguns ganglios toracicos, já o organismo está infectado e ameaçado por uma generalização bacilar e, contudo, ainda as perturbações funcionais dos órgãos do mediastino são nulas ou, pelo menos, tão reduzidas, que nem sequer é possível suspeitar duma adenopatia traquio-bronquica. E' que mesmo aqui é necessario que os ganglios atinjam determinadas proporções para que se façam sentir os efeitos compressivos.

Já as infecções tuberculosas dos ganglios cervicais se diagnosticam com notavel precocidade, porque ao aumento dum ganglio ou grupos de ganglios pode, por assim dizer, assistir o medico ou o proprio doente. E' verdade, tambem, que na grande maioria dos casos, nas consultas, aparecem já os doentes com os seus ganglios em plena caseificação, ou até num período de supuração iminente, mas isto nada significa, porquanto a hipertrofia ganglionar tinha já sido suprendida certamente; o enfermo é que esperava a cada instante, com a aplicação continuada de medicamentos caseiros, a cura e regressão, até que se resolve mais tarde, em frente do crescimento progressivo dos seus tumores, ou depois duma complicação, vir aos consultorios em busca de remedio.

Será necessário ter presente o grupo e caracter dos sintomas relativos às adenopatias tuberculosas, para no acto do exame dum doente, fazer um juizo exacto da natureza e séde do processo tuberculoso. São sempre aqui, como em todos os assuntos de patologia, os sinais clínicos que devem presidir e prevalecer na elaboração dum diagnóstico que o laboratorio depois confirmará ou infirmará.

Até ao presente, tenho pensado, apenas, em diagnosticar a séde duma lesão ganglionar tuberculosa, isto é, partindo da hipótese que um determinado doente era portador duma tuberculose ganglionar, procurei pôr em destaque os elementos uteis para determinar a região da economia em que se alteravam os ganglios suspeitos.

Se este diagnóstico não é sempre fácil, contudo não encerra toda a questão do diagnóstico diferencial. Efectivamente nem todas as adenopatias são de natureza tuberculosa, nem todas as perturbações funcionais dependentes de acções compressivas estão relacionadas com ganglios hipertrofiados. Por isso, nesta altura, convém iniciar um novo estudo sôbre as formações que no abdomen e torax podem produzir compressões e simular as adenopatias, e depois, num trabalho breve, tratar das afecções ganglionares que podem confundir-se com a tuberculose.

Ao ocupar-me da tuberculose mesentérica, desenvolvi algumas considerações sôbre as causas de êrro a ponderar no exame das crianças suspeitas de adenopatias bacilares. Aqui pouco ou nada acrescentarei, por isso que é em volta da tuberculose mesentérica que devem, na maior parte dos casos, oscilar as hesitações

clínicas. Os nódulos situados no grande epiplon, podem muito facilmente iludir o nosso espírito a ponto de passarem por verdadeiros ganglios hipertrofiados. Em favor da tuberculose peritoneal estão, contudo, as perturbações de ordem geral mais acentuadas e as alternativas de constipação e diarreia, havendo mais a investigar as propagações às pleuras, que, segundo Godelier, se fazem e verificam quasi sempre em clínica.

Relativamente às concreções fecais, insisto na acção eficaz dos purgantes, que levantam todas as dúvidas quando antes, as variantes de posição do tumor por efeito dos movimentos peristalticos do intestino, não bastem para assentar num diagnóstico.

Em todos os órgãos abdominaes se podem desenvolver neoplasias, quer nas crianças quer nos adultos, mas este ponto não deverá occupar-me em especial, porquanto, na patologia respectiva, estão bem estudadas as perturbações funcionais a denunciá-los, com predomínio sôbre as indicações fornecidas pela palpação. De resto, a decadência orgânica, a evolução rápida do tumor e a sua propagação fácil, são muitas vezes decisivas.

No torax, a freqüência dos aneurismas que a sifilis provoca, como causa etiológica fundamental, concorre notavelmente para a realização do syndroma do mediastino de Dieulafoy. E' verdade que as ectasias da aorta teem sintomas proprios que lhe definem a individualidade, e é em volta dêles que joga o diagnóstico diferencial, mas em todo o caso não é absolutamente esteril pensar, no momento da observação dum doente, na possibilidade dum aneurisma, tanto mais que nem sempre êle se apresenta com a mesma clareza. Um novo centro de pulsações, o abaúlamento em um ponto determinado da parede toracica, o duplo sôpro percebido à auscultação, os movimentos de expansão e retracção apreciados ao raios X, o aumento da area cardiaca, a palidez branca dos tegumentos, o

estado vertiginoso freqüente, etc., são outros tantos elementos que militam em favor dum saco aneurismal.

O diagnóstico diferencial com a hipertrofia do timo é difficil. A bacidez da região ganglionar anterior pode ser tambem devida à presença do timo. Contudo, podemos, segundo a opinião de autorizados, estabelecer que o timo é perceptivel, à percussão, por uma bacidez de forma triangular e base superior, a corresponder ao bordo superior do manubrio e às articulações esterno-claviculares, sendo o vértice situado para baixo e atraz do esterno, aí pela altura da articulação da segunda costéla. Os ganglios do mediastino não dão uma bacidez de forma tão regularmente triangular. O diagnóstico mais preciso é estabelecido e com certo rigor, pela radiografia, que descobre, na hipertrofia do timo, uma sombra larga na parte superior do torax, de bordos regulares e fundo homogeneo, ao passo que nas adenopatias traquio-bronquicas, as sombras occupam posições várias, são de bordos policiclicos e o fundo é desigual. Além disto, a hipertrofia do timo que se observa em crianças de 4 a 6 meses, é principalmente caracterizada por perturbações respiratórias que evolucionam com lentidão e gradualmente. Contudo, o diagnóstico é sempre obscuro e, na maior parte dos casos, só pode ser feito por exclusão.

Resta-me, finalmente, falar do cancro do esofago, que por si e pela repercussão nos ganglios aortico-esofagicos, pode dar os sintomas dos tumores do mediastino. A disfagia é nêstes casos o principal sintoma, depois as compressões do frenico com soluços e do recorrente com sinais sucessivamente de excitação e paralisia, estão muito provavelmente em relação com a propagação ao sistema linfático da neuplasia esofagica. Nos casos duvidosos, o caletismo, conduzido com suavidade, arrasta até ao exterior produtos cancerosos cuja natureza o microscópio definira.

Mas as adenopatias traquio-bronquicas de natureza

tuberculosa não podem, pôndo por enquanto de parte outras afecções do sistema ganglionar, sómente confundir-se com o aneurisma da aorta, hipertrofia do timo e cancro do esofago, porque muitas vezes, segundo o predomínio dum ou outro sintoma, realiza-se perfeitamente, à primeira vista, o quadro clínico dum acesso de asma ou duma verdadeira coqueluche.

Com a asma podem confundir-se os acessos dispneicos que se produzem de pronto no meio duma saúde perfeita; mas o diagnóstico não oferecerá dúvidas se dum lado recordamos que a asma nervosa essencial é muito rara nas crianças, e se de outro lado, por um exame minucioso, soubermos encontrar os sinais próprios, e alguns até bastante específicos, da adenopatia traquio-bronquica: sinal d'Espine, sôpro inter-escapulo vertebral de Gueneau de Mussy, som baço no espaço inter-escapulo vertebral e na região esternal.

A coqueluche, como em outro ponto já fiz sentir, poderia ser simulada por uma adenopatia traquio-bronquica se tivéssemos em atenção apenas a natureza da tosse coqueluchoide.

Mas nestes casos, quando a tosse depende dos ganglios do mediastino infectados pela tuberculose, não se verifica o sibilo inspiratorio a preceder o ataque, nem o vomito terminal, como sucede na coqueluche, nem mesmo a doença vai decrescendo em intensidade, conservando-se, pelo contrário, no mesmo tom através de largos meses.

Como se vê das resumidas considerações feitas a propósito, o diagnóstico diferencial, envolve ainda um grupo de conhecimentos que só a prática clínica saberá moldar aos diferentes casos com a maleabilidade e habilidade requerida pelas circunstâncias de ocasião.

Resta-me agora, para finalizar este capítulo no que êle tem de mais essencial e prático, abordar uma outra questão não menos importante e que, sob o ponto de vista do diagnóstico, merece talvez mais interesse, se bem que nem sempre seja fácil resolver os problemas que lhe dizem respeito, não obstante muito se ter trabalhado nesse sentido.

Não é só a tuberculose que pode hipertrofiar os ganglios linfáticos, como vamos vêr seguidamente; muitos outros processos mórbidos primitivos ou secundários, de natureza conhecida e desconhecida, podem provocar alterações ganglionares de gravidade diferente.

Ao descrever os sintomas das adenopatias tuberculosas, admitti uma forma aguda e uma forma crónica; a forma aguda é dum diagnóstico difficil, para não dizer impossivel: a iniciação brusca, a adherencia precoce da pele edemaciada, a flutuação rápida e tanto mais quanto mais exaltada fôr a virulencia do bacilo, a supuração pronta que impõe às vezes um tratamento de urgencia, são estados que difficultam notavelmente o diagnóstico das adenopatias bacilares. Nos casos mais favoraveis, em que os fenómenos locais se dissipam, e à forma aguda succede a forma crónica com a sua marcha habitualmente arrastada, então o problema simplifica-se um pouco mais.

Os ganglios tuberculosos apresentam-se, nos casos de adenopatias crónicas, hipertrofiados, indolores e persistentes, até que, por um trabalho de esclerose ou caseificação, dão: no primeiro caso, tumores duros e menos volumosos, que se eternizam, e, no segundo, fistulas ou cicatrizes indeleveis e verdadeiramente características. Mas nem sempre, principalmente quando predomina o endurecimento do ganglio, podemos e devemos pensar em tuberculose, porque ha adenites crónicas simples com todos os caracteres das bacilares. Nestes casos é preciso recorrer aos antecedentes

hereditarios do doente e até às reacções pela tuberculina, com o fim de atingir o diagnóstico.

Nos grupos das doenças do sangue, ha tipos de doenças que, pela sua analogia com as tuberculoses ganglionares e nomeadamente o linfoma tuberculoso, embaraçam sériamente o diagnóstico. Não me pertence a mim fazer o estudo em especial de cada uma, porque a proceder assim, desviava-me do meu objectivo, mas no que ha de mais essencial vou pôr, dum lado, em destaque, os meios de diagnose a aproveitar, e de outro lado as dificuldades que podem aparecer.

A leucemia mielogenica e principalmente linfática, lá tem, quando clinicamente o diagnóstico se complica, o exame do sangue para base. Outro tanto não acontece com a pseudo-leucemia linfática ou adenia de Trousseau, que, de etiologia ainda desconhecida, não dá alterações na fórmula leucocitaria, tão decisivas nas leucemias verdadeiras. E' verdade que na adenia de Trousseau, como bem descreve o seu autor, o desenvolvimento dos ganglios é rapido e consideravel, começando pelo pescoço cuja deformação é notavel, dando a impressão de que a cabeça repousa sobre as massas ganglionares, para depois se estenderem às regiões axilares, prejudicando os movimentos dos membros superiores, inguinais, etc. E', segundo a expressão feliz de Trousseau, uma verdadeira explosão de tumores que dá ao doente um aspecto inteiramente particular, podendo, na cavidade abdominal e caixa toracica, constituir-se o quadro sintomático das tuberculoses mesentéricas e traquio-bronquicas. Nos casos de tuberculose ganglionar, só o linfoma tuberculoso se pode apresentar com esta feição tão especial, e quando isto succeder, se o doente não faz nenhum movimento febril, então só a cuti-reacção poderá resolver e precisar o diagnóstico.

A micropoliadenia de Legroux, tanto pode indicar um processo tuberculoso como um estado sifilitico

que é indispensavel apurar duma maneira segura para exito da terapeutica.

Um outro ponto a considerar mas que não envolve positivamente grandes dificuldades, são as formações neoplasticas dos ganglios, que podem ser primitivas ou secundárias. No primeiro caso, digo, reproduzindo a opinião geral de todos os clínicos, que é muito difficil confundir uma tuberculose ganglionar com um sarcoma primitivo dos ganglios, que sôbre ser uma afecção rara e de grande malignidade, oferece caracteres clínicos muito nitidos. O ganglio, uma vez constituido o tumor, aumenta rápidamente de volume, produz dores e fenómenos de compressão, estabelecem-se adherencias, generalisa-se o neoplasma e o doente não tarda a cair na caquexia final. No segundo caso, ha, a par das perturbações de compressão, sinais em relação com o desvio funcional dos órgãos em que se originou e desenvolveu o processo. Quasi sempre se trata de um sarcoma ou carcinoma do seio, pulmão, esofago, estomago, etc., que se propagou com mais ou menos prontidão, e nestes casos vemos que o neoplasmo secundário é sempre do tipo histológico do neoplasma primitivo (tipo conjuntivo ou epitelial).

Nos casos em que, apesar de um minucioso exame, não seja possivel estabelecer o diagnóstico da adenopatia tuberculosa, pelos sinais clínicos, é necessario recorrer ao diagnóstico especifico, baseado no emprêgo da tuberculina, cuja propriedade é denunciar a tuberculose por uma reacção organica devida sem dúvida a uma hipersensibilidade das celulas e dos humores.

Podem empregar-se os três métodos: o cutaneo, o conjuntival e o sub-cutaneo, sôbre a descrição dos quais não me detenho, porque isso levar-me-hia muito longe, recordando-os apenas porque na verdade eles teem, praticamente, uma larga significação.

Parece tambem querer assentar-se em que os

doentes atacados de tuberculoses cirúrgicas reagem com mais intensidade do que os indivíduos portadores de tuberculoses internas.

## **Tratamento**

Tarefa difícil é uniformizar e reunir num conjunto útil os diferentes meios de tratamento das adenopatias tuberculosas; contudo, na intenção que tenho de dar a esta parte do meu trabalho uma feição puramente prática, aproveitarei tudo o que se conhece de mais eficaz para a terapeutica da tuberculose ganglionar, baseando-me sobretudo nas publicações estrangeiras.

O tratamento da tuberculose ganglionar pode dividir-se em médico e cirúrgico. Devemos dar preferencia ao primeiro, sempre que as circunstâncias o permitam, baseados em que por esta forma vamos fazer dos tecidos e dos humores um meio impróprio ao desenvolvimento do bacilo, e isto tanto mais se impõe, quanto é certo que as adenopatias tuberculosas são infecções gerais com manifestações locais.

O *tratamento médico* compreende uma terapeutica higienica e uma terapeutica medicamentosa.

1.º *Terapeutica higienica.* — Um dos princípios higienicos para tratar as adenopatias tuberculosas é a

cura do ar. O tuberculoso ganglionar, especialmente aquele cuja adenite se encontra em plena evolução, deve viver num ar puro, num clima estimulante, regular e adequado. A vida ao ar livre no campo, já dá alguns resultados, mas é preferível, como tem demonstrado a experiencia, ir respirar o ar puro da beira-mar, numa região temperada e abrigada contra os ventos. O ar das costas marítimas é pobre em bacterias, ao passo que nas cidades o número delas eleva-se duma forma assustadora. Além disso, a quantidade de oxigênio e ozono que entra em cada inspiração, é superior à do ar do campo, e por conseguinte à do ar das cidades. O ar das praias contém, por outro lado, princípios salinos provenientes das gôtas de água pulverizadas pelos ventos, e a temperatura à beira-mar é mais regular e constante. E se, ao mesmo tempo, os doentes se submeterem a séries prolongadas de banhos de mar na estação de verão, que podem ser substituídos, durante o inverno, por banhos de água do mar temperada, mais vantagens e proveitos tiram da sua permanencia e instalação à beira-mar.

No *Tratado Prático de Therapeutica Moderna*, escrevem Oliveira Castro e Cardia Pires, sôbre os efeitos duma mudança de ar nos organismos debilitados:

"Os climas marítimos e climas de altitude são aqueles que mais notavel acção exercem sôbre a nutrição.

Dum modo geral, o ar marinho, puro, tónico, duma grande intensidade luminosa, rico em ozono, cloro, bromo e iodo, é o que mais convém ao linfático.

Todavia, os indivíduos nervosos, irritaveis, muito sensiveis, perdendo fácilmente o sôno, excitando-se até à febre, quando os pretendemos estimular, passam mal, por vezes, nos climas marítimos. Para estes, o clima de montanha, ao mesmo tempo tónico e sedativo, será um recurso therapeutico do mais alto valor.

A residencia marítima não é, porém, em regra, acon-

selhada na primeira infância. Em geral, recorre-se a ela depois dos três anos. Todavia, logo desde o nascimento, é um dever afastar a criança linfática, cuja resistencia vital é pequena, dum ar cuja pureza e salubridade deixem a desejar. Uma das principais preocupações do clínico deve ser procurar para o linfático um quarto sêco, quente, bem iluminado e bem arejado. E, a partir do segundo ano, será tempo de ir pondo em prática o excelente preceito higienico que o professor Peter formulou assim: Trocar a vida dos quartos pela vida ao ar livre, a privação do sol pela exposição ao sol, o repouso pela actividade; em uma palavra, viver a vida natural,,.

A luz sôb a forma de banhos de sol, tem tambem sôbre as tuberculoses ganglionares uma acção verdadeiramente electiva. A helioterapia deve ser o tratamento de escôlha, como o entendem todos os clínicos, porque a irradiação solar tem uma acção nitidamente resolutiva sôbre as adenopatias bacilares, além de que beneficia notavelmente o estado geral dos doentes, modificando-lhes a nutrição e multiplicando-lhes a hemoglobina, como se multiplica nos vegetais a clorofila.

Não me preocupa agora a ideia de saber se o que predomina na acção util da helioterapia, sôbre as tuberculoses ganglionares, é o poder bactericida das irradiações que atravessam os tecidos até ao agente, ou as modificações de ordem geral que o organismo experimenta de forma a aumentar-lhe os seus meios de defesa. Aproveito o facto da cura sôb a acção da luz e desligo-me das muitas considerações que poderia envolver sôbre o mecânismo da sua acção.

Na helioterapia aconselha-se o seguinte método: as exposições ao sol devem começar pelas extremidades durante 5 a 10 minutos a princípio. Este tempo será aumentado progressivamente, até que, depois, o doente pode suportar 4 a 6 horas diarias de exposição,

não só para a região affectada, mas também para todo o corpo. Se a par desta acção tónico-estimulante dos agentes naturais, estabelecermos um regimen alimentar conveniente, levaremos ao máximo a resistencia do doente e auxiliaremos o organismo a reagir, contra a infecção, dum modo absolutamente seguro. Não se deve insistir na superalimentação, que em lugar de beneficiar o terreno, vai antes agravar o estado geral, pelas perturbações digestivas que acarreta. E', pois, necessário prescrever aos tuberculosos, em geral, uma alimentação regular, abundante e suficientemente nutritiva, sem excessos. A ração, contudo, será um pouco superior à de um individuo normal da mesma idade, devendo escolher-se alimentos de fácil digestão e variados, para prevenir a anorexia.

**2.º Therapeutica medicamentosa.**— E' principalmente o oleo de fígado de bacalhau e o iodo sôbre a fórmula de xarope-iodo-tánico, que domina e representa por assim dizer todo o tratamento das tuberculoses ganglionares. Estes medicamentos conservam hoje a mesma reputação de sempre e são de efeitos tão constantes, que se impõem na cura das adenopatias bacilares.

Ao lado destes dois medicamentos, convém colocar agora as tuberculinas a que dedico algumas páginas, com decidido entusiasmo, por ter acompanhado os seus efeitos em doentes, averiguadamente tuberculosos, cujas lesões melhoraram e cicatrizaram inteiramente. Depois, em todos os classicos que tenho consultado, vejo estatísticas em favor da tuberculinoterapia, tão eloquêntes que no meu espirito edificou-se a ideia de que a tuberculose ha-de, num futuro próximo, obedecer em absoluto ao tratamento.

O oleo de fígado de bacalhau, cujo emprêgo data de muitos anos, constitue ainda um precioso medi-

camento. Os resultados obtidos são realmente satisfatórios e justificam assim plenamente a preferéncia e predilecção que por ele teem alguns autores. A dóse a administrar varia segundo a tolerancia dos indivíduos, devendo, porém, principiarse sempre por pequenas doses que serão elevadas progressivamente, até chegar a fazer ingerir várias colheres de sopa por dia.

O xarope iodo-tánico, também muito vulgarizado, parece ser um precioso medicamento na cura das adenopatias, pela sua acção excitante, por excellencia, sobre o tecido linfoide; emprega-se na dóse de 1 a 5 colheres de sopa por 24 horas, encerrando cada colher ou vinte gramas de xarope, quatro centigramas de iodo (base da preparação).

Como adjuvantes, convém ainda utilizar: a estricnina, os ferruginosos, os arsenicais, os fosfatos ou glicero-fosfatos de calcio que procuram atender à desmineralização própria dos tuberculosos e, finalmente, porque seja preciso atacar de pronto um ou outro symptoma, como a tosse e acéssos de asma, temos então de recorrer aos calmantes representados pelo ópio, belladona, antipirina e brometo de potassio.

### **Tuberculino-terapia**

Desde 1890, se vem experimentando a tuberculina sob o ponto de vista de diagnóstico e de terapeutica, e hoje são numerosissimos os casos de bacilose que teem sido beneficiados pela tuberculino-terapia.

Eu mesmo vi e observei eloquêntes exemplos de tuberculose, no decurso do meu quinto anno, que se repararam excellentemente por este processo terapeutico. Por isso, e pelo que referem todas as estatísticas, eu considéro a tuberculina, no arsenal anti-tuberculoso, um precioso remédio que todo o médico deve conhe-

cer, pelo menos sôb o ponto de vista prático, isto é, do seu emprêgo, indicações e contra-indicações. E' preciso, na verdade, conhecer de perto os efeitos dêste enérgico medicamento, para prevenir todos os accidentes que uma imperícia desastrada poderia ocasionar. Não desenvolvo, porém, este ponto em especial porque me não pertence, e ele de per si só ocuparia todas as páginas duma longa tése, mas se lhe dedico algumas palavras e se o abordo, embora ao de leve, é porque, pelas suas applicações e resultados, a tuberculina precisa ser conhecida como qualquer outro medicamento usual.

Liberto-me das múltiplas teorias que se teem imaginado e apresentado para explicar os efeitos da tuberculina, porque aqui, como sempre, as teorias vão-se substituindo à medida que novos estudos fundamentam novas interpretações, para aproveitar e reunir os factos, unica coisa que fica e permanece através dos tempos e oferece interesse nas applicações.

A applicação das tuberculinas não se fez sempre com o mesmo entusiasmo, e desde o ano de 1890, em que o illustre professor Roberto Koch, annunciou ao Congresso Internacional de Medicina, efectuado em Berlim, a descoberta duma substância capaz de curar a tuberculose, houve um primeiro período de desalento. A tuberculina que começou e desde logo a ser experimentada, teve, na verdade, nos primeiros tempos da sua applicação, efeitos inteiramente contrários a toda a expectativa, e só mais tarde, quando se definiram todas as regras relativas à sua conveniente utilização, que é preciso observar religiosamente, é que de novo entrou na prática clínica a prestar relevantes serviços contra a tuberculose. Eu não quero significar que a tuberculina detenha, na sua marcha, todos os casos de tuberculose, porque isso tambem não é exacto, mas, como deixarei transparecer através das resumidas considerações que a propósito desenvolverei, bem defini-

das as condições da sua aplicação, ela presta soberbos serviços, no combate da bacilose, muito principalmente se o médico a utiliza num momento ótimo que é o do início da doença.

As tuberculinas são substâncias extrahidas do bacilo de Koch ou das suas culturas, de natureza química desconhecida, que se utilizam em clínica quer como meio de diagnóstico, quer como meio terapeutico.

Koch preparou a sua primeira tuberculina, cultivando em caldo glicerinado a 5 ‰, durante seis semanas, à temperatura de 37°, bacilos tuberculosos. A seguir esterilizou o produto em auto-clave a 110°, e concentrou-o por evaporação a banho maria, até ao décimo do seu volume. Assim ficou constituído um liquido escuro e xaroposo, que o comércio vende com o nome de tuberculina antiga de Koch.

Em 1897, isto é, uns 7 anos apróximadamente depois, Koch, proseguindo nos seus trabalhos, pensou em provocar a difusão das toxinas aderentes ao bacilo, que a sua cápsula não deixava libertar.

Na verdade, o que ele tinha obtido, quando da preparação da sua primeira tuberculina, era um produto essencialmente constituído pelas toxinas solúveis do bacilo ou exotoxinas. Então, orientado por esta ideia, atuou sobre os bacilos de dois modos diferentes: primeiro pela acção da soda caustica, obtendo assim a tuberculina alcalina ou T. A; depois utilizando a trituração como se segue: cultivou em caldo ordinário os bacilos da tuberculose e depois dissecou esta cultura no vazio, procedendo, seguidamente, à trituração mecânica do resíduo. Obteve desta sorte uma massa pulposa que procurou emulsionar em água destilada, sub-

metendo-a depois à centrifugação, durante um tempo conveniente.

É com esta operação consegue, o ilustre professor, desdobrar a massa centrifugada em duas camadas, uma superior e líquida, com as mesmas propriedades da tuberculina antiga que é conhecida por T. O, e outra inferior, mais pastosa, aderente às paredes do vaso, que sujeitou de novo à dissecação, trituração, emulsão e centrifugação, e um número de vezes suficiente para que não fique quasi mais nenhum precipitado. Todos os líquidos obtidos, desde a segunda centrifugação, teem quasi as mesmas propriedades e constituem a nova tuberculina que é conhecida desde Koch por: T. R.

Para garantir a sua conservação, adiciona-se-lhe glicerina na proporção de 20 %.

As primeiras tuberculinas de Koch foram, pois, sucessivamente: Tuberculina antiga; Tuberculina alcalina ou T. A.; T. O. e T. R.

Depois de Koch, muitas outras tuberculinas teem sido preparadas, já para corrigir a nocividade de algumas, já para as tornar mais eficazes. Mas não me pertence a mim, pela feição prática que quero dar a esta parte do meu trabalho, fazer a descrição de cada uma delas, e por isso tomo, apenas, para definir as regras da sua aplicação, como tipo, a de Calmette, com que me familiarizei no meu curso de 2.<sup>a</sup> clínica médica, sôb a orientação muito ponderada do nosso professor Snr. Dr. Tiago d'Almeida.

De resto, todas as tuberculinas são boas, porque as suas propriedades são semelhantes, desde que sejam preparadas escrupulosamente, num laboratório de confiança.

A tuberculina Calmette oferece, porém, a vantagem de se encontrar no comércio em caixas de empôlas, doseadas progressivamente, não sendo tambem necessário fazer as diluições convenientes em sôro fisio-

lógico, porque já veem feitas, como acontece e é preciso em outros casos. Na prática, é fácil utilizar uma ou outra tuberculina, desde que se procure, nas indicações que a acompanham, a posologia previamente determinada no laboratório.

Todas as localizações bacilares podem ser tratadas pelas tuberculinas, mas de todas as tuberculoses, as que aproveitam mais com a tuberculinoterapia são, positivamente, as baciloses pulmonares. Este método terapêutico tem, porém, sido instituído sem restrições, por assim dizer, por todos os tuberculosistas, e hoje, de um modo geral, o médico pode sempre contar com este medicamento para auxiliar a reacção orgânica dos tuberculosos, no combate contra a sua doença. Isto no que diz respeito à séde principal da localização morbida, porque se atendermos à forma, extensão e intensidade do processo tuberculoso, então temos de separar os doentes e estudar a sua enfermidade sob o ponto de vista das indicações e contra-indicações das tuberculinas.

As condições de emprêgo e as principais indicações das tuberculinas às diferentes tuberculoses, e nomeadamente à bacilose pulmonar, estão definidas pelos tuberculosistas em termos claros, e a experiencia de todos os dias tem demonstrado, de sobra, a eficacia do tratamento. Por isso, e sem discussão, resumirei a seguir as indicações das tuberculinas, que, de resto, veem formuladas em todos os trabalhos da especialidade.

1.º A tuberculinoterapia é uma ótima medicação em que se deve pensar, sempre, nos diferentes casos de tuberculose.

2.º O uso da tuberculina está na razão inversa da intoxicação geral e da extensão das lesões.

3.º A eficacia do tratamento pelas tuberculinas é directamente proporcional à precocidade do diagnóstico da doença.

4.º As tuberculoses pulmonares incipientes, as tuberculoses pulmonares latentes, e, dum modo geral, todas as baciloses de marcha arrastada e apiereticas, do 1.º, 2.º ou 3.º grau de Turban, são as que aproveitam mais com o tratamento.

5.º Convém preceder o uso das tuberculinas duma preparação higieno-dietetica que levante o estado geral do doente.

Ao contrário, o uso das tuberculinas está contraindicado, nas formas agudas, hemoptoicas, febrís e com tendencia para a extensão e caseificação.

Resta-nos agora falar da posologia e tecnica do tratamento.

a) A tuberculina de Calmette applica-se, como todas as outras, em inecções hipodermicas, tal como se encontra no comércio.

b) As horas mais convenientes para injectar o medicamento são as da manhã, porque umas 5 horas depois surgem os sintomas reaccionais a que o médico pode e deve assistir, sem que por outro lado passem despercebidos ao doente.

c) Durante todo o tratamento deve-se tomar, duas vezes no dia, a temperatura ao doente (às 9 da manhã e 5 da tarde).

d) E' indispensavel vigiar de perto, após a applicação das tuberculinas, a reacção geral que deve ser nula, e a local que deve ser mínima.

e) A dóse inicial deve ser tal que sejam mínimas a reacção geral e local.

f) O medicamento deve ser ministrado em dóses progressivamente crescentes e separadas por interva-

los convenientes, segundo as indicações do laboratório.

E' este o critério que serve de base na 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, à aplicação das tuberculinas.

Calmette aconselha o tratamento como se segue :

Primeira injeccão,	1 milésimo	de miligrama	(0,000001)
12 dias depois,	2	" " "	(0,000002)
" " "	5	" " "	(0,000005)
" " "	8	" " "	(0,000008)
" " "	1 centésimo	de miligrama	(0,00001)
" " "	2	" " "	(0,00002)
" " "	5	" " "	(0,00005)
" " "	8	" " "	(0,00008)
" " "	1 décimo	de miligrama	(0,0001)
" " "	2	" " "	(0,0002)
" " "	5	" " "	(0,0005)
" " "	8	" " "	(0,0008)

Daqui passa-se para a dóse de 1 miligrama, que se injecta todos os doze dias, durante muitos meses se fôr preciso, conforme as indicações.

E se obedecermos a todas estas considerações relativas à dóse inicial, crescimento progressivo das doses e dias de intervalo entre as injeccões, obteremos, com boas indicações tiradas do doente, efeitos gerais e locais que contrariam a marcha da doença, isto qualquer que seja a séde da lesão.

Os efeitos terapêuticos da tuberculina traduzem-se mais tarde, como tivemos ocasião de observar em dois casos, durante o nosso curso de 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, por : aumento de appetite, aumento de peso, aumento de forças, regularização da temperatura, etc.; e localmente por: redução das lesões, diminuição dos escarros e desaparecimento dos bacilos para a tuberculose pulmonar.

Relativamente às adenopatias tuberculosas, que

mais de perto me interessam neste capítulo de terapêutica, as tuberculinas tem dado nas mãos dos médicos alemães que mais tem experimentado neste sentido, brilhantes resultados, e, segundo as suas estatísticas, que são na verdade sedutoras, impõe-se sempre que as indicações o aconselhem, o tratamento sistemático pelas tuberculinas.

(500) NOTA. — Aprecia-se a reacção geral do organismo, à tuberculina, principalmente por: febre, inquietação e insónias. As reacções locais consistem em: hiperemia, afluxo sero-leucocitário e congestão nos tecidos são peri-lesionais.

(600) *Tratamento cirúrgico.* — A terapêutica cirúrgica compreende as intervenções sangrentas e os métodos conservadores. No primeiro caso ha a praticar incisão, enucleação e extirpação, e no segundo a punção e injeção intra-ganglionar de substâncias modificadoras.

A extirpação dos gânglios tuberculosos é uma operação simples, principalmente, se se trata de gânglios hipertrofiados sem periadenites acentuadas, mas reclama a prática de um cirurgião experimentado, se, como succede no pescoço, é preciso enuclear gânglios já notavelmente aderentes aos vasos vizinhos. E' também para as tuberculosos ganglionares do pescoço que os processos operatórios variam segundo os cirurgiões. Alguns ha que praticam incisões transversais nas dobras da região cervical com o fim de obterem cicatrizes invisíveis ou estéticas. Outros fazem, sempre que podem, uma incisão atraz da orelha com o fim de ocultar a linha de incisão.

Estes processos tem todos dado bons resultados aos seus autores; porém, exigem uma grande habilidade do operador.

Habitualmente, os cirurgiões praticam uma longa incisão que vai da mastoide á clavícula, acompanhando o bordo anterior do esterno-cleido-mastoideo. Cortam

a pele e o cuticular, abrem a aponevrose superficial do pescoço, laqueiam a jugular externa se aparece no campo operatório, e descolam o esterno-cleido-mastoi-deo até ao seu bordo posterior. A' medida que se faz a disseccção, pinçam-se os pequenos vasos musculares e rompem-se com cuidado as aderências dos gânglios. Por esta forma o cirurgião descobre, largamente, a região ocupada pelos gânglios cuja ablação se torna facil pela applicação do bisturi ou da tesoura.

Nas regiões ocultas, as incisões variam em cada caso segundo a séde e extensão da lesão, mas devem reunir-se sempre duas condições essenciais: permitir um acesso facil ao tumor e respeitar no máximo os tecidos sãos.

As enucleações parecem estar mais indicadas nos casos de adenites multiganglionares, uni-laterais, no período da hipertrofia, sem grandes fenómenos de peri-adenites, estacionárias e em doentes que não podem submeter-se a um tratamento higieno-medicamentoso demorado.

No método conservador, ardentemente sustentado e defendido por Calot, útil principalmente nas adenopatii supuradas, cujas aderências e esclerose impossibilitam a operação da enucleação, empregam-se várias substâncias que gozam a propriedade de, depositadas na intimidade do tecido ganglionar, favorecer a formação de tecidos fibrosos.

De entre as numerosas substâncias propostas como modificadores, apenas me vou ocupar aqui do iodofórmio e naftol canforado, cujo emprêgo é menos dispendioso e talvez mais vantajoso. De resto, querendo desenvolver com detalhe o que se conhece sôbre este ponto de terapêutica, occuparia, como já disse a propósito de tuberculinoterapia, todas as páginas de uma longa tése. Não me alongarei por conseguinte neste estudo, limitando as minhas considerações ao que ha de mais corrente, prático e eficaz.

O iodofórmio, excelente agente esclerosante, emprega-se em solução numa mistura de éter e azeite, sendo freqüente associar-lhe também outros medicamentos que, pela sua acção terapêutica, tem sido preconizados contra a tuberculose (creosota). O iodofórmio emprega-se, pois, numa fórmula complexa, sendo, de todas, a aconselhar a conhecida mistura de Calot:

Iodofórmio . . . . .	dez gramas
Eter sulfúrico . . . . .	trinta gramas
Creosota . . . . .	} ãã—cinco gramas
Gaiacol . . . . .	
Azeite puro e esterilizado . . . . .	setenta gramas.

O naftol canforado é um líquido que resulta da associação de uma parte de naftol  $\beta$ , a duas partes de cânfora. Foi considerado por muito tempo como um específico das adenopatias, mas recentemente, porque se tem reconhecido que é um tanto tóxico, procura aplicar-se sôb uma outra forma que goza a propriedade de ser mais inocente. Na verdade, parece atenuar-se a sua toxicidade adicionando-lhe alguns volumes de glicerina (5 a 10). A preparação do naftol canforado deve conservar-se ao abrigo da luz que a altera facilmente.

### **Técnica das injeções modificadoras**

**MATERIAL ESTERILIZADO:** uma agulha de injeções hipodérmicas ou uma agulha n.º 6 ou 7 do aparelho de Calot; um aspirador de Calot.

**SÉDE DA PUNÇÃO:** o ponto de maior flutuação no caso de adenopatias supuradas; o mais acessível no caso de hipertrofias simples.

**PREPARAÇÃO DO DOENTE:** desinfectar a pele no campo operatório; anestesia local pelo cloreto de etilo.

**DIFICULDADES A VENCER:** resistência oferecida á agulha pelo envólucro fibroso dos gânglios, que se vence com uma pressão conveniente; obstrução da agulha pelo pus grumoso que o mandril ou melhor, a injecção de uma pequena quantidade do líquido modificador, desfaz prontamente, servindo também para diluir o pus espesso e facilitar a sua evacuação ulterior.

**SINAIS DE PENETRAÇÃO DA AGULHA:** no caso de adenopatia supurada, colhe-se a sensação especial de liberdade; no caso de um gânglio simplesmente hipertrofiado, desde que a agulha penetra, fixando com os dedos da mão esquerda o gânglio, fica fixada também a agulha.

A quantidade de pus a extrair é variável para cada caso e depende do tamanho do abcesso, sendo, contudo, da boa técnica, suspender a aspiração quando o pus vier tingido de sangue.

**POZOLOGIA DAS SUBSTANCIAS A INJECTAR:** é prudente começar sempre por doses pequenas, de centímetro cúbico, com o fim de explorar a tolerância do doente, não se devendo ultrapassar a dose de 8 centímetros cúbicos para a mistura de Calot, e a de 4 centímetros cúbicos para o naftol canforado. Dentro de estas doses as injecções podem praticar-se em vários pontos.

**INTERVALO DAS INJEÇÕES:** entre duas injecções devem mediar, pelo menos, de dois a três dias, durante os quais se praticam punções com o fim de extrair o pus se fôr necessário.

E com êstes meios médicos e cirúrgicos, podemos nós tratar as adenopatias tuberculosas, sendo, contudo, de bôa norma, esgotar, sempre que seja possível, os meios médicos e só em casos extremos recorrer ao tratamento cirúrgico. A intervenção do cirurgião, nos casos de tuberculose ganglionar, pode realizar-se em tipos diferentes e por processos variados, mas a extirpação dá melhor resultado no linfoma tuberculoso, conquanto a punção com injeccção modificadora convenha mais nos casos de caseificação com supuração.

A todos os doentes que, no serviço da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, entraram com adenopatias tuberculosas, foi feito um tratamento exclusivamente médico e, a despeito da atmosfera duma enfermaria não possuir as propriedades e a pureza do ar da beira-mar, nem mesmo ser facil num meio hospitalar praticar a helioterapia, a verdade é que sôb a acção da estricnina, cacodilato de soda e tuberculinas, os gânglios reduziram-se sempre no seu volume e, em alguns casos, realizou-se uma franca regressão do processo. Assim sucedeu à doente da minha primeira observação.

No caso da observação II, pouco se obteve com o tratamento médico e só uma verdadeira auto-seroterapia, melhorou o estado geral do doente e diminuiu o volume dos gânglios do pescoço.

Na doente da observação III, que deveria viver a vida livre do campo, aproveitando todo o benefício estimulante dos agentes naturais, abandonando a sala confinada dum hospital, e sôb a acção específica das tuberculinas, com certeza obteria outras e mais rápidas melhoras.

Assim, se é verdade que hoje tem um outro aspecto, será mais demorado o seu tratamento e os resultados não serão tão prontos como sucederia naquelas condições.

Atendendo, porém, às condições de vida da doente, que só pode contar com os cuidados prestados num meio hospitalar, demorado que seja o tratamento, ha-de, sucessivamente, associar às melhoras de hoje, outras que, pouco a pouco, conquistará, embora lentamente.

A todos os doentes que, no serviço da 2.ª Clínica Médica, entraram com febres e sintomas gripais, foi feita uma análise retrospectiva, especialmente em relação às condições de vida, e a seguir, de acordo com as indicações, foram encaminhados para o tratamento adequado. Assim, alguns foram encaminhados para o tratamento domiciliar, outros para o tratamento hospitalar, e outros para o tratamento em casa, com a finalidade de serem acompanhados e tratados de acordo com as condições de vida e de trabalho.

No caso da doente, H. houve se resolveu com o tratamento médico e os cuidados de enfermagem, e assim, após o período de tratamento, a doente encontra-se em condições de ser encaminhada para o tratamento domiciliar, com a finalidade de ser acompanhada e tratada de acordo com as condições de vida e de trabalho.

De acordo com o observado, a doente deve viver a vida normal, com os cuidados de higiene pessoal e de ambiente, e com o acompanhamento médico e de enfermagem, de acordo com as condições de vida e de trabalho.

## Observações

### I

M. B., de 15 anos de idade, natural do Pôrto, entrou para a enfermaria 7, sala do Espírito Santo, da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, a 25 de Setembro de 1916.

**Estado atual:** Gânglios cervicais aumentados de volume, ao longo do bordo posterior do esterno-cleido-mastoideo, tanto dum lado como do outro, contudo um pouco mais desenvolvidos à direita. Temperatura (39°), anorexia e tosse sem expectoração.

Do lado do aparelho respiratório, rêde venosa sub-cutânea a significar embaraço à circulação profunda. Som baço adiante, na área das articulações condro-esternais e das primeiras costelas, e atrás, no espaço inter-escapulo-vertebral, principalmente à direita.

Respiração rude nestas zonas de bacidez, notando-se a propagação fácil da voz segredada, à parede do espaço inter-escapulo-vertebral. A expiração é prolongada nos dois pulmões.

O pulso era depressível e taquicárdico (120).

*História da doença* — Em meados de agosto iniciou-se a sua doença por arrepios com febre, anorexia e cefaleias. Este estado manteve-se, com variantes ligeiras, até 15 de novembro, em que a temperatura desceu ao normal, permitindo o tratamento pelas tuberculinas que, associadas à acção tónico-estimulante de outros medicamentos, modificaram em bom sentido o estado geral, produzindo-se a redução dos ganglios tumefactos.

*Antecedentes pessoais* — Aos seis anos teve uma erisipela de face. Aos 7 anos apareceram-lhe com rapido desenvolvimento e temperatura, nas mesmas regiões que hoje ainda são a séde dos ganglios alterados, mas em melhor estado, grandes e volumosos ganglios que a deformavam inteiramente. Com a "cura de ar," que aqui no nosso hospital não podemos praticar, numa aldeia distante do Pôrto, todos os seus tumores se reduziram, passando depois bem até meados de agosto de 1916.

*Antecedentes hereditários* — Pai saudável e robusto, mãe linfática.

O exame radiográfico, feito a 15 de setembro de 1916, revelou sombras, fortemente acentuadas, ao longo dos bordos do esterno.

*Diagnóstico:* Adenopatia tuberculosa do pescoço com ganglios traquio-brônquicos.

*Tratamento:* Foi submetida por duas vezes e durante 10 dias de cada vez, à acção tónico-estimulante da estricnina sôb a fórma de poção: uma em fins de setembro e outra em princípios de novembro. Nos ultimos dias de janeiro de 1917, que precederam a sua saída do hospital, fez uma série de dez injecções de cacodilato de soda.

De 1 a 8 de outubro, usou a criogenina sem grande resultado, como antitermico, permanecendo, contudo, a temperatura sempre vizinha de 38°, até que, e principalmente, pela acção demorada do repouso no

leito, a temperatura desapareceu inteiramente e por tal forma que se iniciou o tratamento pelas tuberculinas, sem a mais leve contra-indicação, fazendo-se as injeções a 1, 15 e 30 de Dezembro, 16 e 30 de Janeiro.

*Resultado* — Reapareceu o apetite, a temperatura desceu em absoluto, os ganglios reduziram-se em volume, e a doente, que recuperou fôrças, aumentava gradualmente de pezo como se conclue das pezagens feitas com intervalos, aproximadamente, de 8 dias, em que se obtiveram respectiva e sucessivamente os números:

52,700; 54,700; 56; 56,400; 57,100; 57,700; 57,800;  
58,500; 58,500; 59,900; 60,500.

## II

M. A. F., de 33 anos de idade, solteiro, serrador e natural de Fimalição; entrou para a enfermaria 4, sala da Senhora da Conceição, da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, a 20 de Janeiro de 1917.

*Estado atual* — Nêste doente havia dois factos que desde logo chamaram a minha atenção; eram: a palidez acentuada dos tegumentos e das mucosas, e a hipertrofia ganglionar. Na região cervical anterior e supra-clavicular esquerda, apresentava o doente um grupo de 7 ganglios desigualmente tumefactos e perfeitamente moveis debaixo da pele, que, pela maneira como decresciam em volume, pareciam querer denunciar um trabalho de reacção a desenvolver-se de cima para baixo. Este grupo era isolado porque em mais nenhuma outra região externa se encontraram ganglios alterados.

Sôb o ponto de vista geral, o doentê, que se quei-

xava de emagrecimento e perda de forças, fazia temperatura (38° de manhã e 38°,5 à tarde) com transpirações nocturnas.

*Exame do aparelho respiratório* — O doente tinha uma média de 16 movimentos respiratórios por minuto, e no peito havia do lado esquerdo uma circulação venosa toracica que se estendia ao braço do mesmo nome. Os músculos inter-costais estavam atrofiados, e as costelas reconheciam-se facilmente atravez da pele.

Pela percussão, limitava-se adiante uma zona de bacidez correspondente ao manubrio e articulações condro-esternais, e atraz, no espaço inter-escupulo vertebral, de igual modo se tirava um som baço.

Auscultando estas zonas de bacidez, percebia-se uma respiração rude e a expiração prolongada.

Nos dois vertices, e nomeadamente à direita, notava-se uma respiração intercisa com uma ou outra rala de fusão.

Atraz, no espaço inter-escapulo-vertebral, era nido o sinal d'Espine ou cochichar bronquico.

*Exame do aparelho cardio-vascular* — O pulso é freqüente (100) e a radial deprime-se com facilidade.

*História da doença* — Desde ha dois anos e meio que o doente, depois de um ataque de gripe, forma nervosa, vem perdendo forças, o apetite e emagrecendo. Seis mezes depois da gripe, começaram a aparecer e a desenvolver-se os ganglios cervicais e, finalmente, como o seu abatimento se acentuasse notavelmente, procurou internar-se no hospital.

*Antecedentes pessoais* — Foi sempre saudavel, tendo apenas o sarampo em criança.

*Antecedentes hereditarios* — Em toda a sua familia ha saude e robustez, morrendo apenas um irmão em criança por doença que desconhece.

*Exames auxiliares* — A 27 de janeiro verificou-se ao raio X que os ganglios do hilo do pulmão estavam hipertrofiados.

A análise do sangue deu o seguinte resultado:

Globulos vermelhos — 2.820.000 por mil. cúbico.

Globulos brancos — 3.600 por mil. cúbico.

F. leucocitaria.	}	Polinucleares neutrofilos . . . . .	48,1 %/o
		Eosinofilos . . . . .	0,3 %/o
		Grande mononuclear . . . . .	43,7 %/o
		Linfocitos . . . . .	79 %/o

A reacção de Wassermann foi negativa.

*Diagnostico* — Tuberculose pulmonar com adenopatia traquio-bronquica e cervical da mesma natureza.

*Evolução* — A despeito do tratamento, a doença manteve-se sempre sensivelmente no mesmo estado, até que a 13 de março a auscultação revelou, na região posterior da base pulmonar direita, ligeiros atritos que foram desaparecendo para 19 do mesmo mês, isto é, seis depois se diagnosticar um derrame pleural com reacção de Rivalta positiva. Desde essa data, normalizou-se a temperatura, melhorou o apetite e o doente começou a abandonar o leito, saíndo, depois, e a seu pedido, a 5 de maio, relativamente melhorado, mas com prognóstico reservado, por isso que naquele terreno enfraquecido, profundamente anemiado, ha não sómente adenopatia tuberculosa, como tuberculose pulmonar.

*Tratamento* — A despeito da terapeutica aplicada, o doente não obteve melhoras senão no acto do seu derrame pleural e até ascitico. Fez-se então um verdadeiro auto-tratamento. Contudo, durante todo o seu internato, recebeu 14 injeccões de cacodilato de ferro, vinte injeccões de cacodilato de soda, tomou durante 14 dias, duas colheres de sopa da poção de estricnina do nosso hospital e, durante 8 dias, foi medicado pelo glicero-fosfato de calcio (2 H), sendo preciso, por umas duas vezes, formular o fosfato de cal associado ao tanigeneo como anti-diarreico.

## III

M. A. J., de doze anos de idade, natural do Pôrto ; entrou para a enfermaria 7, sala de Jesus, da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica, a 20 de maio de 1917.

*Estado actual*—Os ganglios das regiões mastoidea, parotidia e sub-maxilar, estão aumentados de volume, dos dois lados, sendo contudo o número e tumefacção ganglionar, mais notavel à esquerda que à direita. Todos os ganglios são moveis debaixo da pele, indolores, de superficie regular e livres, havendo, apenas, uma vez ou outra, aderencias mútuas mas pouco notaveis. O volume dos ganglios é variavel, sendo os maiores talvez do tamanho duma noz.

Conjuntivites, blefarites, corizas repetidas e rebeldes que dão à criança um aspecto característico. O nariz é tumefacto, as amígdalas um pouco exuberantes e os cabelos são louros.

*Exame do aparelho respiratório*—Rêde venosa sub-cutanea da face anterior e superior do torax.

A' percussão—som baço adiante; ao nivel da articulação esterno-clavicular e da primeira costela direitas; um zona de som baço no espaço inter-escápulo vertebral direito pela altura da 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>as</sup> vertebrae dorsais.

A' auscultação—sopro-inter-escapulo vertebral de Gueneau de Mussy e sinal d'Espine.

Murmúrio vesicular diminuido em todo o pulmão direito. Respiração rude no pulmão esquerdo, nomeadamente no vértice. Numerosos sarridos sub-crepitantes, dispersos pelos dois pulmões, que Barety attribue à compressão do pneumogastrico.

*Aparelho cardio-vascular*—Pulso tequicardico (100), pequeno, depressivel e arritmia como se vê pelo gráfico da página seguinte.

Do lado do coração confirma-se a arritmia denunciada pelo exame do pulso.

em CA 9-105- A-28 E-7; 6-8-917

*História da doença*—Começaram a perceber-se-lhe os ganglios sôb a forma de caroços de azeitona, ha, aproximadamente, uns 18 mezes.

*Antecedentes pessoais*—Foi sempre debil, sofrendo várias vezes de conjuntivites e corizas, não tendo, contudo, nunca nenhuma doença grave ou prolongada.

*Antecedentes hereditarios*—Seu pai faleceu tuberculoso, de tres irmãos dois morreram tuberculosos e o terceiro de vinte anos, possui cicatrizes de tuberculose ganglionar cervical.

*Exames auxiliares*—A dermo-reacção ou reacção de Moro foi francamente positiva.

O exame do sangue deu o seguinte resultado:

Hemoglobina . . . . .	70 %	} por milimetro cúbico
Globulos rubros . . . . .	4.600.000	
Globulos brancos . . . . .	9.500	
F. leucocitaria.	{ Polinucleares neutrofilos . . . . .	58,5 %
	{ Eosinofilos . . . . .	4,7 %
	{ Grande mononucleares . . . . .	12,3 %
	{ Linfocitos . . . . .	24,5 %

*Diagnóstico*—Adenopatia tuberculosa cervical e traquio-bronquica com fenómenos de compressão sôbre o bronquio direito, a explicar a diminuição do murmúrio vesicular no pulmão correspondente, sôbre o pneumogastrico a explicar os roncos, sarridos subcrepitanes, por excesso de secreção, e a taquicardia permanente.

*Tratamento*—Foi submetida ao tratamento pelas tuberculinas sem contra-indicações, não só porque a doente não fazia temperatura, como tambem porque os sintomas locais e gerais eram atenuadissimos. Quarenta dias depois do meu primeiro exame, verifiquei já uma redução dos ganglios cervicais, que, embora muito pequena, era, contudo, apreciavel.

Entrou a pezar 23 quilos e hoje peza 24.

## Proposições

**Anatomia** — A disposição e relação dos ganglios do torax, explica a maior parte dos sintomas nas adenopatias traqueo-bronquicas.

**Histologia** — O exame histologico do sangue é muitas vezes a base do diagnóstico diferencial entre as leucemias mielogenicas e linfáticas.

**Fisiologia** — A actividade do sistema linfático nas crianças é correlativa do seu desenvolvimento anatómico.

**Patologia geral** — O papel do leucocito na inflamação não se reduz á fagocitose e esta não é senão um elemento da inflamação.

**Terapeutica** — A tuberculinoterapia é uma medicação útil na tuberculose ganglionar, mas convém vigiar a sua applicação.

**Medicina operatória** — Nem todos os ganglios tuberculosos são susceptiveis de tratamento cirúrgico.

**Anatomia patológica** — Na bacilose ganglionar os tuberculos evoluem dum modo geral, como em qualquer outro órgão da economia.

**Clínica médica** — A adenopatia traquio-bronquica de natureza tuberculosa é muitas vezes dependente de lesões análogas nos pulmões.

**Clínica cirúrgica** — O linfoma tuberculoso é de todas as tuberculoses ganglionares a que mais se pode confundir com a adenia de Trousseau.

**Medicina legal** — O aborto medicamentoso é um corolario de intoxicações gerais, quasi sempre graves.

**Higiene** — Na profilaxia da tuberculose a luta deve visar o terreno e o agente.

**Obstetricia** — A tuberculose numa gravida, é sempre nociva para a mãe, mas pode sêr útil ao filho.

Visto.

Imprima-se.

**Thiago d'Almeida,**  
Presidente.

**Candido de Pinho,**  
Director.