

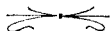
159 /

FRANCISCO JOAQUIM CORRÊA

N.º 9

CANCRO PLEURO-PULMONAR PRIMITIVO

(OBSERVAÇÃO CLÍNICA)



Dissertação Inaugural

Apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

80 — Rua da Fabrica — 80

1904

217/9 E.H.

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Secretario — CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES



Corpo docente

Lentes cathedratricos

1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas
2. ^a Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle
4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas
5. ^a Cadeira — Medicina operatoria	Clemente Joaquim dos Santos Pinto
6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido Augusto Corrêa de Pinho
7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior
8. ^a Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias
10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão
11. ^a Cadeira — Medicina legal	Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos
12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguar
13. ^a Cadeira — Hygiene publica e privada	João Lopes da Silva Martins Junior
14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral	José Alfredo Mendes de Magalhães
15. ^a Cadeira — Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias
	Dr. Agostinho Antonio do Souto

Lentes substitutos

Secção medica	Vaga
	Vaga
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Souza Junior
	Vaga

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Vaga
----------------------------	------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas nas dissertações e enuncíadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840. art. 155.º)

A' saudosa memoria

de meu Pae

A minha querida Mãe

A meu irmão Antonio

A meus irmãos

MANOEL

e

JOSÉ

A minha cunhada IGNEZIA

A' memoria da Benemerita

D. Rita d'Assis

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS AMIGOS

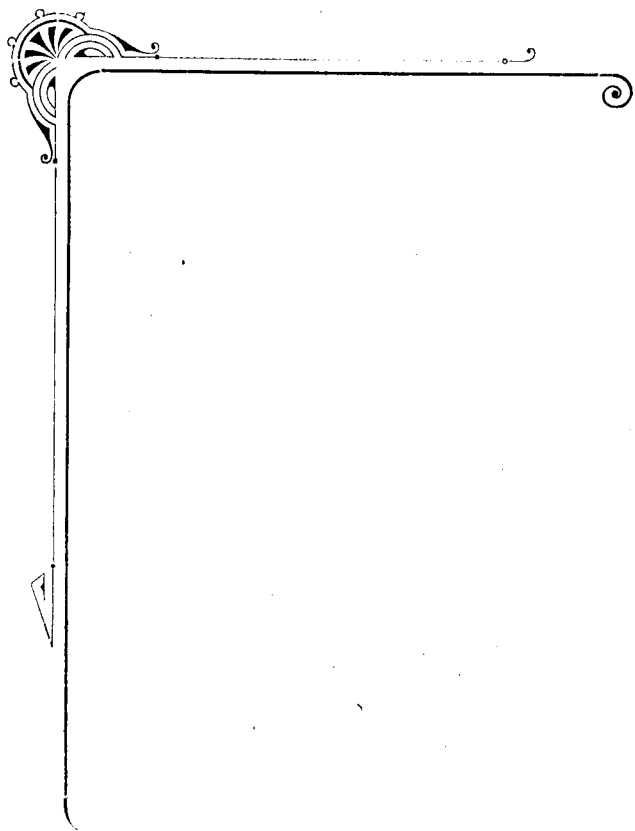
Ao Ill.^{mo} Ex.^{mo} Sm.

Dr. José Augusto Pinto da Silva

AO MEU PRESIDENTE

Ill.^{mo} Ex.^{mo} Sm.

Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas



Forçados a apresentar um trabalho escrito para podermos, ao fim de cinco longos annos, exercer a clinica e por consequencia agenciar «o pão nosso de cada dia», hesitamos durante algum tempo na escolha do assumpto; dissertar sobre um caso dos que se dizem da «actualidade», ou sobre um caso de observação clinica.

A hesitação foi curta e enveredamos resolutamente no caminho da observação clinica, pois que é o que nos parece mais consentaneo com os conhecimentos adquiridos durante a frequencia dos cinco annos do curso; e de mais, só n'um trabalho d'essa natureza é que se póde apresentar qualquer coisa que é nossa, propriamente nossa, a observação.

Parece-nos que não fomos muito felizes na escolha do nosso assumpto; mas devemos tambem dizer que é extremamente difficil, para quem como nós é inexperiente, a escolha do assumpto entre os muitos que se lhe possam offerecer.

Ha comtudo uma qualidade que nos absolve, a nosso vêr, d'essa má escolha; é a raridade.

Tão raro é o assumpto que escolhemos, que clinicos antigos do nosso hospital nos dizem não ter visto caso algum, a não ser este que nos serve d'observação.

Demos uma disposição á nossa these que parecerá bizarra, mas devemos dizer que se tal fizemos foi por nos parecer que melhor se poderia assim fazer uma comparação segura dos signaes e symptomas que podemos observar na nossa doente, com os que os tratados descrevem.

Apresentamos primeiro a historia dos antecedentes morbidos pessoas e hereditarios da nossa observada e depois a par e passo que vamos descrevendo o caso clinico typico, vamos apresentando tudo o que vimos na nossa observada.

Ha tambem, por certo, defeitos de portuguez, para os quaes pedimos a benevolencia

do illustrado jury que ha-de julgar o nosso trabalho e dos que tiverem a sensaboria de o ler.

Aproveitamos o ensejo para endereçar os nossos calorosos agradecimentos ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr. Dr. Tito Fontes, que não só nos facultou, da melhor vontade, a sua enfermaria, mas tambem nos guiou com o seu muito saber e proficiencia.



OBSERVAÇÃO

R. F., doente n.º 1571, da enfermaria n.º 10, de 63 annos d'edade, casada, foi internada n'esta enfermaria em 31 de janeiro de 1904.

A sua entrada no Hospital de Santo Antonio foi motivada por uma sensação de peso e dores violentas no lado direito do thorax, na sua base, e que irradiavam para a espadua, seio, epigastro, tendo-lhe estes soffrimentos começado em setembro proximo passado, sendo de tal maneira intensos que lhe era difficil conciliar o somno.

Por essa occasião juntou-se ás dores e peso que referiu, uma ligeira suffocação que foi augmentando de tal maneira que não podia estar senão sentada ou ligeiramente encostada.

Disse-nos que seu pae era homem muito sadio e robusto, não se lembrando que tivesse doenças e não sabendo se é vivo ou morto, por se ter retirado ha muito para o Brazil; sua mãe foi tambem muito sadia até ao ultimo parto que teve, ficando depois d'isso sempre adoentada, vindo a fallecer dez annos mais tarde, mas sem nunca ter recolhido ao leito.

Não sabe do que sua mãe falleceu, sabendo comtudo, que conservou até á occasião da sua morte uma côr muito branca e rosada.

Que durante o decorrer d'essa longa doença sua mãe não tinha emmagrecido sensivelmente.

Seus tios foram saudaveis, tendo tido filhos saudaveis tambem.

De suas irmãs uma morreu com uma pneumonia; as outras são ainda vivas e gozam saúde regular.

Nunca teve doenças anteriores que a fizessem recolher ao leito, tendo tido apenas um ligeiro catarrho bronchico.

Do seu casamento não teve filhos, se bem que gravidasse por quatro vezes, tendo tido quatro abortos successivos.

Não vemos, para explicar estes abortos, senão a profissão que a doente exercia n'essa epocha, tecedeira de tear manual, pois que além da doente nos parecer bem constituida, não nos foi possível averiguar a existencia de syphilis tanto do lado da doente como de seu marido.

Definição. — Definiremos: *Cancro pleuro-pulmonar primitivo*, todas as localizações primitivas, n'estes órgãos, d'onchophasias malignas, propondo-nos nós, n'esta breve monographia estudar o *carcinoma pleuro-pulmonar primitivo*.

HISTORIA

E' a Bayle que devemos a primeira descripção systematica do cancro do pulmão, que por elle era apresentado como uma fôrma muito rara de phtisica pulmonar, se bem que antes Van Swieten, Morgagni e Ledran se tivessem occupado do assumpto.

Assignala como symptomas, dispnêa, tosse, expectoração abundante, assignalando tambem o apparecimento de tumores cancerosos externos.

Pelas suas descripções, vê-se que não distingue o cancro primitivo do cancro secundario.

Deve-se a este auctor a affirmação da co-existencia do cancro e da phtisica pulmonar, combatendo assim o antagonismo que se dizia existir entre estas duas affecções.

Laeenec tambem apresentou varias observações sobre cancros pleuro-pulmonares.

Stokes fez do cancro pulmonar uma descripção notavel, se bem que confunda os cancros primitivos com cancros secundarios, pois diz ter encontrado geralmente «uma disposi-

ção quasi igual dos depositos cancerosos nos dous pulmões».

Assignala como symptomas de valor: «uma dôr continua no peito, estado varicoso das veias do pescoço, do thorax e do abdomen; œdema d'um dos membros superiores, a formação mais ou menos rapida de tumores cancerosos externos e expectoração abundante.

N'uma das conclusões do seu notavel artigo sobre cancro do pulmão, dizia: «Póde suspeitar-se da existencia d'uma doença cancerosa, quando ha signaes evidentes de solidificação simples, sem signaes de pneumonia ou tuberculos».

A noção, que temos da esclerose pulmonar, introduz uma terceira restricção n'esta proposição, apesar de tudo muito justa, do celebre professor de Dublin.

Vem depois Behier que proficientemente estudou o assumpto e que contribuiu bastante para precisar os signaes que permitem o diagnostico exacto da doença, notadamente as perturbações da respiração, a cornagem por compressão dos bronchios e da trachêa e sobretudo as adenopathias supra-claviculares, especialmente as desenvolvidas no angulo interno da clavicula.

Por ultimo Jaccoud que pelas suas admiraveis observações nos vem mostrar a confusão possivel entre estas adenopathias e as tuberculosas.

Devemos por ultimo citar os trabalhos d'auctores modernos como Bouygues, Mene-

trier, Leplat, Darolles, Fuchs e outros que pelos seus estudos e observações muito contribuíram para melhor se precisarem as formas multiplas e descreverem separadamente as variedades typicas da affecção.

ETIOLOGIA

Frequencia. — O carcinoma do pulmão é uma affecção bastante rara. Menetrier encontrou-o quatro vezes em 1:500 necropsias.

Fuchs em 12:307 autopsias encontrou 8 cancros primitivos do pulmão.

Na estatística do hospital de Dresde, publicada por Reinhardt e Kurt Wolf e compreendendo os annos de 1852 a 1884, n'um total de 20:116 autopsias, verificou-se a existencia de 45 cancros primitivos do pulmão, isto é, pouco mais de 2 ‰.

Kurt Wolf verificou um augmento consideravel do cancro pulmonar em Dresde, n'estes ultimos annos; a proporção que, nos annos que decorrem de 1852 a 1876 fôra de 0,057 ‰, subiu de 1877 a 1884 a 0,21 ‰ e attingiu 0,428 ‰ no periodo que vae de 1885 a 1894.

Vem isto em apoio da opinião de Verneiull que crê no augmento de frequencia das affecções cancerosas e concorda com estatísticas recentemente publicadas.

Edade. — Eichorst, na sua pathologia interna, assignala como edade em que o cancro

é mais frequente, o periodo que decorre dos 20 aos 30 annos.

Cita um caso observado por Mr. Aldowic n'uma creança de cinco mezes e meio.

A opinião de varios auctores modernos de maneira alguma concorda com a opinião do abalisado professor de Zurich, pois dão como idade média do cancro os 55 annos, dizendo mais que só rarissimas vezes se observa abaixo dos 36 e acima dos 80 annos.

A doente que nós observamos tem 63 annos d'idade, tendo-lhe começado em setembro de 1903 a affecção cancerosa pulmonar de que soffre.

Sexo. — Parece que o cancro pulmonar é mais frequente no homem.

Nos 45 casos de cancro da estatistica de Reinhardt e Kurt Wolf, encontram-se 38 observados em homens e 7 em mulheres.

Influencias pathogenicas. — *Causas pre-disponentes.* — Para alguns auctores as outras condições etiologicas geraes, não têm influencia alguma sobre a eclosão do cancro pulmonar primitivo.

Completamente diversa é a opinião de outros auctores, pois dizem que a profissão, os climas, o genero de vida, alguma influencia exercem sobre o apparecimento de tal affecção.

Assim *Harting* e *Hesse* verificaram que o cancro pulmonar primitivo é muito frequente nos mineiros das minas de cobalto de *Schneeberg*.

Em 600 individuos morrem por anno, de cancro pulmonar primitivo, de 28 a 32 e mesmo 75 %.

A doença fere individuos de mais de 40 annos e que tenham vivido ha mais de 20 nas minas.

Quanto aos climas, parece ter esta affecção mais predilecção pelos climas frios.

Parece averiguado que as affecções anteriores do pulmão teem alguma influencia sobre a genese do cancro, tanto mais que no pulmão, segundo Menetrier, o cancro não parece uma affecção primitiva mas antes uma consequencia de processos morbidos anteriores, não d'acções de duração muito limitada, como os traumatismos, que de resto teem sido incriminados como tendo influencia accentuada sobre o desenvolvimento do cancro do pulmão — caso observado por Georgi n'um individuo, sobre o peito do qual tinha cahido, um anno antes, uma pesada pedra —, mas, sobretudo, inflamações chronicas de muito longa duração; a influencia da tuberculose pulmonar chronica é indiscutivel n'uma observação de Friedlander e duas de Kurt Wolf, pois o onchoplasma desenvolveu-se sobre a parede de cavernas tuberculosas de evolução lenta.

Poderemos, de resto, aproximar estes factos d'outros analogos que se teem observado na pelle: o desenvolvimento do cancro sobre o lupus.

Tem-se observado egualmente o apparecimento do cancro em pulmões já affectados de esclerose chronica — uma observação

de Kurt Wolf e tres da memoria de Reinhardt—.

E' bem conhecida, actualmente, a localisação constante dos cancros bronchicos na visinhança do hilo, ponto onde são frequentes as lesões inflammatorias chronicas.

Interrogando a doente por nós observada, sabemos que não teve doença alguma anterior, a não ser um ligeiro catarrho bronchico, tendo-lhe ficado depois d'isso uma pequena expectoração, mas tão ligeira que a doente disse-nos que expectorava sómente um ou dois escarros, de manhã ao levantar.

Seria bastante este ligeiro ataque de bronchite para preparar o terreno para a implantação do mal de que soffria a nossa observada?

Causas efficientes.—E' opinião quasi geral que as affecções cancerosas são devidas á infecção do organismo e á proliferação n'elle d'organismos inferiores, se bem que até hoje os trabalhos de laboratorio, habilmente conduzidos, nada de positivo tenham produzido.

E' comtudo a theoria parasitaria, a que melhor se coaduna com factos averiguados quanto á contagiosidade d'esta affecção. Se nos dermos ao trabalho de compulsar as modernas estatisticas, que têm sido publicadas n'estes ultimos annos, sobre affecções cancerosas, vê-se que o *mal cancro*, vae n'um augmento progressivo bem que lento, o que nos leva a admitir a sua contagiosidade, contagiosidade que só póde existir pela transmissão, para outros individuos, de micro-organismos, quaesquer que elles sejam.

Esse contagio tem sido admittido por bacteriologistas distinctos, se bem que lhes seja desconhecido o agente transmissor das affecções cancerosas.

Baldados tem sido até hoje todos os trabalhos de laboratorio, tendentes a descobrir o agente productor d'estas lesões, micrococcus, bacterias ou quaesquer outros organismos inferiores; baldados, apesar da enormidade de esforços dispendidos n'esta lucta contra uma cellula que tenacissimamente se tem furtado a investigações habilmente conduzidas.

Da descoberta do agente das lesões cancerosas é possível que derivasse o descobrimento d'algum sôro para o tratamento de affecções d'esta ordem, contra as quaes, actualmente, não temos nenhum meio d'acção, a não ser os chirurgicos, nos casos em que podem ser applicados, os quaes tantas vezes são seguidos de recidiva e generalisação do cancro. Exporemos a seguir, n'uma breve resenha os trabalhos que têm sido executados com o fim de descobrir o agente productor d'estas affecções.

Em 1886 *Rapin* verificou a presença constante de bacterias nos tumores cancerosos. Eram *diplococcus* de 1 μ a 1,5 μ de comprimento, cultivando-se bem em todos os meios e liquefazendo a gelatina.

A seguir veio *Scheurlen* que isolou uma bacteria especial, considerada por elle como o verdadeiro agente pathogenico da affecção. *Scheurlen* fazia culturas de preferencia em liquidos pathologicos.

Tentou a inoculação do producto das culturas nas glandulas mamarias de cadellas, a qual dava logar á formação de pequenos nodulos molles, no tecido dos quaes *Scheurlen* diz ter encontrado a bacteria das culturas.

Domingos Freire diz ter encontrado tambem a mesma bacteria, contestando a *Scheurlen* a prioridade da descoberta.

Esta bacteria é considerada por muitos observadores como um saprophita do ar.

Temos depois *Richet* que diz ter encontrado uma bacteria á qual deu o nome do *Micrococcus Pyosepticus*.

Kelsch e *Vaillard* encontraram uma bacteria em tumores lymphadenicos a qual inoculada por injeccção hypodermica no rato branco, provocou-lhe a morte no fim de 24 horas.

Moty descobriu uma bacteria que dá como podendo ser o agente productor do sarcoma. Outros bacteriologistas dizem ter encontrado nos neoplasmas, organismos inferiores proximos parentes dos *Sporozoarios* e dos *Blastomycetos*.

Todos estes trabalhos e investigações nada têm dado de positivo.

Não fecharemos este capitulo sem nos referirmos aos trabalhos de *Doyen* que diz ter descoberto o agente productor dos neoplasmas, o bacillo *Neoformans*, tratando actualmente de ensaiar um sôro, por elle descoberto, no tratamento das doenças cancerosas.

Anatomia pathologica.—O cancro primitivo póde residir em todos os pontos do pul-

mão; comtudo é mais frequente a invasão do pulmão direito. Todas as estatisticas mostram essa predilecção de sede; na estatistica de Reinhardt, a que atraz nos referimos, encontram-se 28 cancros do pulmão direito e 17 do esquerdo.

Menetrier diz tambem ter encontrado mais vezes o cancro primitivo do pulmão direito que o do esquerdo.

Não ha predilecção do cancro pelo lobo superior do pulmão como na tuberculose. Até é mais frequente vel-o atacar de preferencia o lobo médio ou inferior.

Fórma.—Temos a distinguir uma fórma macissa e uma fórma diffusa.

Fórma macissa.—O tumor póde residir em todos os pontos do pulmão, sendo comtudo mais frequente no pulmão direito.

O volume é variavel; póde occupar todo um lobo e algumas vezes todo o pulmão.

Quanto á consistencia, póde ser molle ou duro, de estroma fibroso.

O cancro pulmonar póde, contrariamente á opinião de Stokes, ulcerar, quer porque o tecido neoplasico degenere por falta de irrigação sanguinea, quer porque o processo neoplasico se complique com uma infecção.

D'essa ulceração resultam cavernas de volume variavel, habitualmente cheias de pus ou sangue.

No *cancro diffuso* ou disseminado todo o tecido pulmonar está, em grau maior ou menor, invadido por producções neoplasicas

distinctas umas das outras e separadas por tecido pulmonar são.

Aqui, com effeito, ha no começo um só nucleo canceroso mas mais tarde todo o pulmão é invadido por generalisação do foco canceroso primitivo.

O modo de generalisação é identico ao modo pelo qual se generalisa o cancro de qualquer órgão.

O tumor propaga-se ou invadindo pouco a pouco o tecido pulmonar e constituindo o cancro macisso, ou por intermedio dos vasos lymphaticos, dando assim logar aos cancros diffusos ou disseminados.

E' frequente encontrar tambem as veinulas e arteriolas pulmonares invadidas por células cancerosas, d'onde um terceiro modo de propagação.

O pulmão invadido pelo cancro augmenta sempre de peso; Walshe diz que o pulmão canceroso póde attingir o peso de 4, 5 e mesmo 6 libras—a libra corresponde quasi a 500 gr.—.

Este augmento de peso não corresponde de maneira alguma a um augmento de volume. Walshe diz que um pulmão pesando 2 libras e ás vezes mais, póde ser mais pequeno que no estado normal.

A generalisação do cancro não se limita só ao pulmão e comprehende-se que possa invadir todos os órgãos da economia, dado o seu modo de propagação pelos vasos lymphaticos e sanguineos.

Observa-se com effeito a invasão dos gan-

glios lymphaticos do hilo do pulmão, dos que estão em contiguidade com os bronchios e trachêa, dos mediastinaes, do pescoço, da axilla e do abdomen.

Por via sanguinea, formando as cellulas cancerosas verdadeiras embolias, comprehendese bem que no órgão onde parem essas embolias se desenvolverão outros tantos nucleos cancerosos secundarios.

Muitas vezes estas metastases, fazem-se de preferencia n'um só tecido e assim casos ha em que ellas se produziram exclusivamente nos musculos.

Com mais razão as pleuras que estão em contiguidade tão intima com os pulmões, são invadidas e essa invasão se umas vezes reconhece como causa a via vascular, muitas vezes, no caso de cancros superficiaes do pulmão, dá-se tambem pelo crescimento do cancro e interessando n'esse crescimento o folheto visceral da pleura.

Assim é que, em regra, todo o cancro do pulmão se complica com a cancerose pleural.

Mas não é só este o modo de producção das pleurisas cancerosas e comprehende-se que a compressão dos vasos venosos pelo tumor, possa provocar uma hydropesia da pleura.

Este modo de producção da pleurisia é excepcional.

O mais frequente é o cancro irritar a pleura que reage pela producção de falsas membranas, podendo resultar quer uma pleurisia secca, quer uma pleurisia com derrame.

A quantidade de liquido derramado é variavel, podendo ir d'alguns centos de grammas a 4 litros e mais.

O liquido póde ser sero-fibrinoso, sero-hematico ou constituido por sangue quasi puro, sangue que provem dos vasos de nova formação das neo-membranas.

O sangue contido nas pleuras encontra-se quasi sempre no estado liquido, isso talvez devido, segundo uns á ausencia completa do ar e segundo outros á pequena quantidade de fermento coagulante da fibrina que contem; esta opinião é a mais geralmente acceite porque se tem verificado que, apoz a extracção d'esse liquido, elle coagula muito lenta e imperfeitamente.

Alguns auctores dizem que o derrame pleuritico da cancerose pleural, é quasi sempre hemorrhagico.

Póde ainda succeder que a pleura esteja dividida em lojas, contendo umas derrame seroso e outras derrame hemorrhagico; emfim o derrame póde ser citrino no momento das punções e tornar-se mais tarde hemorrhagico.

Lesões associadas.—Além das lesões cancerosas resultantes da propagação do neoplasma, ha um certo numero de lesões que podem andar associadas ao cancro.

Assim, tem-se constatado a cohabitação, no mesmo pulmão, de lesões cancerosas e tuberculosas e se algumas vezes o tuberculo se vem implantar depois da invasão do pulmão pelo cancro e aproveitando o descalabro produzido na economia pela cachexia cance-

rosa, outras vezes tem-se verificado que o cancro se foi implantar—como já atraz referimos—, sobre a parede de cavernas, parecendo assim que a tuberculose desempenha, n'estes casos, um certo papel pathogenico na eclosão do cancro.

Outro tanto diremos da esclerose pulmonar que se em muitos casos se mostra como phenomeno reaccional dependente da evolução do cancro, outras vezes mostra-se como affecção anterior independente.

Além da tuberculose, o pulmão canceroso é frequentemente invadido por infecções as mais variadas.

Fórmias histologicas do cancro epithelial.—Conhecem-se tres fórmias histologicas principaes do cancro primitivo pulmonar:

Epithelioma cylindrico, epithelioma pavimentoso de globos epidermicos e epithelioma atypico, polyedrico ou polymorpho—carcinoma dos auctores—.

O *epithelioma cylindrico* é formado por estroma conjunctivo que é o do pulmão e por cavidades limitadas por esse estroma e que são tapetadas por cellulas cylindricas, de grande nucleo ovoide e de protoplasma córado. As mais das vezes as cavidades não são mais que as cavidades dos alveolos.

Quasi sempre esta fórmula coexiste com a fórmula atypica de cellulas polymorphas.

Os epitheliomas cylindricos originam tumores volumosos, molles, mais brancos e succulentos que as outras fórmias.

O *epithelioma pavimentoso de globos epi-*

dermicos é constituído por cellulas polyedricas de grande nucleo redondo, dispostas em cordões anastomosados, ou em lobos ou lobulos envolvidos por estroma conjunctivo geralmente abundante.

N'um ou n'outro ponto d'estes agglomerados epitheliaes, vê-se uma orientação concentrica dos elementos cellulares e no centro um globo, constituído por cellulas dispostas segundo as escamas d'um bolbo e que dão as reacções córantes da substancia cornea.

O *epithelioma atypico*, é composto de cellulas de fórmias variadas : cellulas polyedricas grandes ou pequenas, cellulas angulosas, em *raquette*, cellulas gigantes de muitos nucleos ; todas estas fórmias cellulares estão irregularmente repartidas por cavidades em fórmula de fendas ou de alveolos d'um estroma conjunctivo mais ou menos espesso. E' a fórmula a que os auctores chamam *Carcinoma*.

SYMPTOMATOLOGIA

O diagnostico do cancro pleuro-pulmonar primitivo é bastante difficil, pois que não existe signal pathognomonic d'esta affecção.

Além d'isso, os symptomas porque se manifesta, variam com a sede do neoplasma, as lesões que o acompanham e os phenomenos secundarios causados pela compressão dos órgãos mediastinaes. A affecção cancerosa pulmonar é geralmente acompanhada, desde o

seu inicio; pelos symptomas *dôr*, *tosse* e *dyspnêa*.

Casos ha comtudo em que a cancerose pleuro-pulmonar, não é acompanhada pelos symptomas que acima enumeramos, succedendo isso, com relativa frequencia, nos casos do cancro pleuro-pulmonar consecutivo a cancros d'outros órgãos, não havendo então signal que nos ponha no caminho do diagnostico, a não ser a cachexia rapida que se apodera de doentes em tão precarias condições.

E' porque n'esse organismo, já enfraquecido nas suas energias vitaes por uma doença cancerosa anterior, nada já resta d'energia para reagir em frente da generalisação pulmonar; o organismo já não se debate, entrega-se; a aniquilação é completa porque o organismo mal refeito d'uma lucta desesperada em que elle pareceu ficar victorioso, mercê d'uma intervenção as mais das vezes mutiladora, é de novo invadido por um inimigo que não perdôa e que só espera o momento propicio para um novo ataque.

Outro tanto não succede com o cancro pleuro-pulmonar primitivo; n'esse caso o organismo reage, debate-se, lucta; d'ahi a *dôr*, a *dyspnêa*, a *tosse*; o organismo é vencido mas não sem lucta que muitas vezes se prolonga durante oito, dez, onze e mesmo dezoito mezes.

Citam alguns auctores, é verdade, casos de cancro latente do pulmão, em que o doente é morto n'um praso relativamente curto, com ausencia completa de symptomas indicadores da affecção pulmonar; n'elles só ha a cache-

xia e mais nada. Walshe refere um caso d'estes, em que o doente no fim d'alguns dias cahiu n'uma cachexia profunda, sem *dôres*, sem *dyspnêa*, sem *tosse*.

Fez-lhe a autopsia e encontrou os pulmões completamente invadidos por producções cancerosas. Estes casos são rarissimos.

E não se trataria aqui da generalisação d'um cancro d'outro órgão, de que o doente tivesse sido operado e de que não dêsse indicação alguma?

E' raro que os dous pulmões sejam simultaneamente invadidos pelo cancro e rarissimo que elle, quando primitivo, evolua d'uma maneira tão silenciosa.

A affecção cancerosa pleuro-pulmonar, installa-se, as mais das vezes, insidiosamente ou mascarando-se com affecções anteriores, bronchites, emphysema, affecções que explicam os primeiros signaes que apparecem, que são sobretudo signaes funcçionaes: *tosse secca* ou com *expectoração banal*, *dyspnêa* e *dôres thoracicas*, muitas vezes qualificadas de nevralgias intercostaes.

Um bom numero de vezes observa-se uma pleurisia, da qual ao principio se desconhece a natureza, a qual só mais tarde nos é revelada quer por alguma particularidade do derrame, quer pela adjuncção de novos symptomas.

No caso que nos serviu de observação, foi o exame citologico do derrame, extrahido por thoracentese, que tornou definitivo o dia-

gnostico provisorio, que tinha sido feito, de cancro pleuro-pulmonar.

Mais tarde, ás perturbações funcçionaes juntam-se os signaes physicos e os accidentes de compressão intra-thoracica.

Os signaes physicos são signaes d'induração de sede variavel, mas muito estaveis e accentuando-se progressivamente, quando não são signaes de derrame pleural o qual esconde mais ou menos o estado do pulmão. Os signaes de compressão são devidos ás adeno-pathias do mediastino que comprimindo órgãos intra-thoracicos, produzem esses accidentes.

Estudando o cancro pleuro-pulmonar primitivo, como affecção thoracica e como manifestação diathetica, dividiremos os symptomas em tres grupos:

- 1.^o Symptomas funcçionaes.
- 2.^o Symptomas physicos.
- 3.^o Symptomas geraes.

SYMPTOMAS FUNCÇIONAES

A dôr é o symptoma que merece, pela sua constancia quasi absoluta, ser descripto em primeiro logar.

Ao principio ligeira, simulando nevralgias intercostaes de pequena intensidade, mantem-se durante todo o decorrer da doença, tendendo sempre a augmentar progressivamente, sem remissão alguma.

E' o martyrio constante do doente e bastantes vezes é tão intensa que afugenta, quasi por completo, o somno ao doente, impedindo-lhe assim o minimo repouso.

A dôr pôde ser continua ou intermittente. Continua, apresenta exacerbações que são produzidas por causas as mais variadas. A tosse, os movimentos do tronco, a influencia do calor do leito, as inspirações profundas, taes são as causas que mais commumente a exacerbam.

Tambem nos foi dado verificar que a dôr augmentava, na sua intensidade, com a aproximação da noite.

Quanto á intensidade, a dôr pôde ir desde a simples picada ás dôres lancinantes, de tal maneira intensas, que privam o doente do menor descanso, provocando-lhe insomnias tenazes, que obrigam o clinico ao emprego dos narcoticos os mais potentes os quaes, as mais das vezes, não conseguem *adormecer* a dôr senão por tres a quatro horas, a qual *desperta* então mais cruel do que até ahi tinha sido.

A dôr, na maior parte das vezes, irradia para os lombos, espadua, pescoço e para o braço.

Jaccoud refere tambem irradiações para um dos membros inferiores.

Na doente que observamos a dôr foi um dos symptomas que primeiro fez o seu apparecimento.

No começo localisada ao terço postero-inferior da metade direita do thorax, a dôr irradiou mais tarde para o epigastro, seio, espadua e braço.

Ao principio ligeira e intermittente, augmentava um pouco de intensidade com a aproximação da noute, permittindo comtudo que a doente conciliasse o somno.

A dôr dia a dia augmentava de intensidade ao passo que as intermittencias se iam tornando cada vez mais curtas; mas, apezar d'isso, ainda o repouso era possível.

Depois as dôres attingiram tal intensidade e tornaram-se, de tal maneira, continuas, que a doente não lograva descansar um pouco.

Passados alguns dias depois da sua entrada para o Hospital de Santo Antonio, fez-lhe o Ex.^{mo} Snr. Dr. Tito Fontes uma thoracentese, extrahindo 450 grammas de liquido hemorrhagico; a extracção d'esse liquido trouxe pequenissimo alivio á doente; as dôres e a dispnêa pouco diminuíram e essa pequena diminuição não se manteve além de tres dias, recobrando as dôres a sua primitiva intensidade, se não augmentaram, se augmento era possível.

Verificamos tambem que existia hyperstesia da pelle correspondente ao lado affectado; a menor pressão tornava-se, em extremo, dolorosa.

Dispneã. — E' um dos symptomas que quasi nunca falta e comprehende-se que assim seja, pois que á alteração anatomica do pulmão, vem juntar-se a compressão que o tumor póde exercer, quer directamente, quer por intermedio dos ganglios bronchicos que, mais ou menos attingidos de degenerescencia cancerosa, vão comprimir órgãos intra-thoracicos taes como os nervos phrenico e pneumogastrico, a trachêa, os bronchios, o pulmão e os ramos da arteria pulmonar.

A compressão d'estes órgãos pelo tumor, ou por intermedio dos ganglios bronchicos de-

gerados, attinge sempre o mesmo fim, a *dyspnêa*, bem que o seu modo de producção varie com o órgão comprimido.

Assim, quando ha compressão dos nervos phrenico e pneumogastrico, a excitação provocada por essa compressão, vae produzir contracções espasmodicas do diaphragma e supprimir a respiração diaphragmatica; a compressão da trachêa e dos bronchios, diminuindo o calibre d'estes canaes aerios, diminue tambem a quantidade, em volume, d'ar que chega ao pulmão, tornando assim imperfeita a hematose; o mesmo diremos da compressão que o tumor possa exercer sobre partes do pulmão que ainda se encontrem permeaveis ao ar.

Comprimindo os ramos da arteria pulmonar, diminue assim o calibre d'estes vasos e por consequencia torna menor a quantidade de sangue que vae hematosar-se ao pulmão.

N'alguns casos tem-se verificado que a *dyspnêa* é provocada pela ausencia da respiração diaphragmatica, quer porque o tumor tenha invadido e destruido as fibras musculares do diaphragma, quer porque o diaphragma, se encontre adherente á base do pulmão e este á parede thoracica.

E' a Vaillez que se deve o conhecimento d'esta nova causa de *dyspnêa*.

Tudo o que acima vae dito, explica, sufficientemente, a *dyspnêa* que acompanha as onchoplasias pleuro-pulmonares.

A *dyspnêa* apparece quasi sempre no começo da cancerose pulmonar.

Ao principio ligeira, vae augmentando pro-

gressivamente, impedindo que o doente occupe um dos decubitos, especialmente o do lado opposto ao lado affectado, por algum tempo, e forçando-o mais tarde a manter-se sentado e um pouco inclinado para deante, posição em que a contracção dos musculos inspiradores se póde fazer mais facilmente e com mais energia.

A dyspnêa póde ser continua ou intermitente.

Continua, apresenta exacerbações, umas provocadas pelos menores esforços e outras que sobrevêm sem causa apparente, especialmente ao entardecer.

Intermittente, simula verdadeiros ataques d'asthma, pois que além de sobrevir por accessos, sobrevem sobretudo de noute.

A dyspnêa provocada pelas onchoplasias pleuro-pulmonares tem de caracteristico que muitas vezes, os signaes physicos estão em desaccordo completo com ella.

Umas vezes, a percussão do thorax não nos indica senão pequenos focos de induração que de maneira alguma estão em relação com a enorme dyspnêa que o doente apresenta; outras vezes, vae-se descobrir um derrame pleural, que suppomos producteur da dyspnêa, faz-se a thoracentese, tiram-se mil, mil e quinhentos ou mesmo dois mil grammas de liquido e vê-se que a dyspnêa, apesar de se ter esvasiado a pleura de tão grande porção de liquido que a enchia, presiste, se bem que a punccão tivesse trazido algum alivio ao

doente, mas alivio que é raro manter-se além de tres dias.

A dyspnêa foi dos primeiros symptomas que appareceram na doente que observamos.

Ao principio ligeira e intermittente, tornou-se mais tarde continua e foi augmentando dia a dia em intensidade, forçando a doente a estar quasi sempre sentada no leito; ao principio, apesar da dyspnêa e das dôres que a opprimiam, ainda lhe era possivel passar a maior parte do dia um pouco recostada em almofadas, mas um pouco mais tarde essa posição não lhe era possivel senão por curtos momentos, para descançar um pouco da posição em que era forçada a manter-se durante a maior parte do dia.

De noite, antes da administração das injeccões de chlorydrato de morphina, a doente, para poder descançar, collocava uma almofada sob a parte lateral direita do thorax, a parte doente, e recostava a cabeça em duas almofadas, de maneira a ficar com o tronco e cabeça um pouco levantadas.

Mas nem sempre esta posição lhe era possivel, umas vezes porque a salteavam immediatamente as dôres, outras vezes porque augmentava a dyspnêa.

Desde a administração da morphina já lhe era permitido occupar um dos decubitos, com preferencia o decubito lateral direito, podendo conciliar o somno sem que a dyspnêa se exacerbasse como anteriormente.

Tosse. — Algumas vezes é o symptoma que primeiro apparece no cancro pleuro-pulmonar, mas na maioria dos casos é contemporaneo dos precedentemente descriptos.

Falta algumas vezes este symptoma na affecção de que tratamos.

Póde ser ligeira ou bastante violenta e tenaz podendo sobrevir por accessos muito penosos que fazem lembrar a tosse da coqueluche.

Alguns auctores consideravam a tosse revestida d'este character, como signal de importancia para a diagnose do cancro pulmonar.

Deveremos dizer que este character — coqueluchoide — de que algumas vezes a tosse dos cancerosos pulmonares vem revestida, é devida á compressão exercida sobre o pneumogastrico, compressão que não é exclusivo do cancro pulmonar.

A tosse póde ser secca ou dar logar á expectoração de escarros d'aspectos variavel.

Na doente observada por nós, houve, no começo da affecção, alguma tosse muito ligeira, que se manteve até pouco depois do internato da doente no hospital de Santo Antonio; apoz a administração de dionina a tosse desapareceu.

Expectoração. — O cancro pulmonar é frequentemente acompanhado de expectoração.

Umas vezes essa expectoração tem o aspecto e côr de gelêa de grosêlhas negras e foi tomada, por alguns auctores, como característica do cancro pulmonar — Stokes e Marshall Hugues —, outras vezes tem-se reconhecido nos escarros fragmentos do tumor que, em alguns casos, têm attingido o volume d'uma avellã — caso observado por Lancereaux, que

diz ter o doente, n'um esforço de tosse, expellido um fragmento do tumor, do tamanho d'uma avellã, o qual era constituido por uma substancia semelhante a cerebello —; n'outros casos, a grande maioria, a expectoração assimelha-se á expectoração d'uma bronchite vulgar, sendo constituida por um liquido espumoso, fazendo fio, arejado, algumas vezes cinzento e em quantidade variavel, attingindo em alguns casos 250 grammas por dia.

E' frequente estes escarros virem misturados com sangue, algumas vezes simples estrias, outras vezes em maior quantidade.

Em casos raros a expectoração é francamente gangrenosa e isso resulta, certamente, do cancro se ter complicado com gangrena do tecido pulmonar, devida talvez á compressão d'algun ramo da arteria pulmonar.

A expectoração então é fetida, bem como o halito do doente.

Outras vezes ha hemoptyses, que podem ser ligeiras, como atraz dizemos, mas que algumas vezes são de tal modo abundantes que põem a vida do doente sob o risco d'uma morte immediata; ha casos em que o doente não expectora sangue, vomita-o, jorrando-lhe sangue, ás golfadas, pela bocca e nariz.

Quando a hemorrhagia é pequena, o sangue algumas vezes não é expectorado immediatamente, coagula, sendo expectorado mais tarde, simulando os escarros hemoptoicos da apoplexia pulmonar.

O mesmo póde dar-se nas hemoptyses abundantes; fica algum sangue, que não é

expulso senão mais tarde, affectando os escarros o aspecto acima referido.

Como se depreheende do que deixamos dito, o aspecto dos escarros é muito variavel.

Se por ventura os escarros tivessem sempre o aspecto accusado por Stokes e Marshall Hugues, ou se contivessem sempre fragmentos destacados do tumor, comprehende-se que seriam um signal de diagnostico excellente.

Bastaria no primeiro caso a simples inspecção dos escarros e no segundo um exame microscopico.

Mas não succede assim; é muito raro encontrar fragmentos do tumor e não é constante a côr que lhes assignalam Stokes e Marshall Hugues.

No nosso caso a expectoração era constituida por um muco arejado, fazendo fio, sem a menor porção d'escarro purulento e de côr branca, não nos sendo nunca possivel, por isso mesmo, mandar fazer a analyse dos escarros.

E' da boa pratica, desde que se reconhece pela inspecção um pouco de pus ou uma côr um pouco suspeita, especialmente algum sangue, mandar fazer a analyse que quasi sempre revela células cancerosas destacadas do tumor.

Symptomas de compressão.—N'este capitulo vamos estudar os symptomas de compressão produzidos pelo cancro pulmonar ou pelos ganglios mediastinaes que, soffrendo a degenerescencia cancerosa, vão, pelo seu augmento de volume, comprimir os órgãos variadissimos que estão mais ou menos em contiguidade com elles.

Estudaremos as perturbações que advêm da compressão das veias, das arterias, dos nervos, da trachêa e do esophago, fallando tambem nos desvios que o tumor póde imprimir, em casos muito raros, ao coração.

Veias. — A compressão das veias traduz-se por congestão, œdema e dilatações varicosas nas regiões a que correspondem.

A veia cava superior, os troncos brachiocephalicos venosos, a grande veia azygos, as veias pulmonares podem ser comprimidas; mas algumas vezes não se trata de simples compressão, ha obliteração completa, ou mesmo invasão do vaso por uma phlebite cancerosa vegetante.

Qualquer obstaculo á livre circulação do sangue na veia cava superior, traduz-se ao principio por estase sanguinea, cyanose e mais tarde œdema da cabeça, membros superiores e parte superior do thorax; d'esse obstaculo á circulação venosa resulta uma distensão das veias, d'onde arborisações que podem cobrir todo o thorax.

Mais tarde forma-se uma circulação collateral, resultando d'ahi uma diminuição do œdema.

Algumas vezes, bem que raras, tem-se verificado a existencia d'um œdema unilateral, outras vezes limitado á face ou a um só membro superior.

A compressão das veias pulmonares traduz-se por congestão passiva, œdema, e muitas vezes por hydro-thorax; póde dar logar tambem a hemoptyses.

Alguns auctores dizem que a compressão isolada da grande veia azygos poderia determinar um hydro-thorax, limitado á metade direita do thorax, dando tambem algumas vezes logar, bem que excepcionalmente, a hemoptyses.

Arterias. — Devido á elasticidade das suas paredes e á tensão do sangue, tensão que, no caso de haver compressão venosa, se encontra augmentada, furtam-se melhor á compressão provocada quer pelo tumor quer pelos ganglios degenerados.

A compressão das arterias dá logar a um fremito intenso percebido pela palpação e a um sopro rude systolico.

A gangrena pulmonar que algumas vezes complica o cancro pulmonar, tem sido attribuida á compressão das arterias bronchicas.

Quando ha compressão das arterias subclavia e tronco brachio-cephalico, tem-se constatado, no lado correspondente, uma diminuição d'amplitude do pulso radial.

Trachêa e grossos bronchios. — A compressão d'estes órgãos manifesta-se, além das perturbações funcçionaes dyspneicas, por sopro, ruído de tiragem e sibilo estriduloso.

O sopro percebido é um sopro tubar de caracter rude, limitado á região que vae da ponta da omoplata á columna vertebral. E' o sopro *inter-scapulo-humeral*.

Nervos — Da compressão do pneumogastrico resulta tosse espasmodica, violenta, sobrevindo por accessos e tendo o caracter *coqueluchoide*.

A tosse provocada pela compressão do pneumogastrico differe da da coqueluche por lhe faltar o sibilo inspiratorio, pela menor frequencia dos vomitos e menor duração dos accessos.

Essa compressão dá lugar tambem a accessos de suffocação.

Póde tambem dar lugar ainda a accessos d'angina de peito.

E' ainda á compressão do pneumogastrico que são devidos os vomitos que se produzem no intervallo dos accessos de tosse, certas *dysphagias spasmodicas* e perturbações gastricas, intestinaes e urinarias.

A compressão dos recurrentes dá logar ao espasmo glottico e a accessos terriveis de dyspnêa : essa compressão póde ter como consequencia uma parâlysia dos territorios enervados por estes nervos, parâlysia que se manifesta por perturbações de voz : voz nazallada, enrouquecida, aspera, muitas vezes completamente extincta.

A compressão dos phrenicos produz nevralgias diaphragmaticas, dyspnêa e soluços.

Tem-se verificado algumas vezes a compressão do sympathico que se manifesta por desigualdade das pupillas.

A compressão dos intercostaes dá logar a nevralgias muito rebeldes e que irradiam para os membros superiores.

Oesophago. — Só rarissimas vezes se tem observado dysphagia por compressão do oesophago por tumor do pulmão ou pelos ganglios degenerados.

O coração póde ser recalcado e mesmo desviado.

A compressão do coração, especialmente a compressão das aurículas, dá logar a accidentes asystolicos.

A maior parte dos phenomenos de compressão que, d'uma maneira muito rapida, esboçamos, costumam apparecer n'um periodo já avançado da evolução do cancro pulmonar primitivo.

No caso que nos serviu d'observação, além das dôres e dyspnêa, a que n'outro ponto nos referimos, não nos foi dado observar outros phenomenos de compressão.

Havia uma ligeira disphonia, mas tão ligeira e tão pouco duradoura que nos não achamos auctorisados a apresental-a como resultado da compressão dos recurrentes.

Como phenomenos de compressão bem averiguados só apresentamos, como acima dizemos, as dôres nevralgicas intercostaes, irradiando para o epigastro, seio, espadua e braço e a dispnêa que, além de ser provocada pela compressão do pulmão pelo tumor, era accrescida pela ausencia da respiração diaphragmatica.

A sahida prematura do hospital, da doente que observamos, não nos permittiu completar a nossa observação e vêr esses symptomas que, por certo, não deixariam de se apresentar.

Engorgitamento ganglionar externo. — Como é sabido, uma das vias de propagação do cancro, é a via lymphatica, resultando d'ahi, geralmente n'um periodo avançado de doença, a apparição de tumores nas regiões ganglionares externas.

No cancro do pulmão, é frequente serem os ganglios da região supra-clavicular os que mais cêdo são attingidos.

Os ganglios apresentam-se augmentados de volume, pouco dolorosos á pressão e mesmo indolôres e d'uma dureza de pedra.

Alguns auctores, e entre elles Behier, quizeram vêr no engorgitamento dos ganglios supra-claviculares, um signal pathognomonic do cancro do pulmão.

Não nos devemos fiar demasiado no valor diagnostico de taes engorgitamentos, pois é sabido que cancros d'outros órgãos — estomago, utero, figado, podem ser a origem do engorgitamento dos ganglios supra-claviculares.

Além d'isso, a tuberculose pulmonar tambem origina, bem que excepcionalmente, esses engorgitamentos.

Na doente que observamos ainda não existia, na occasião da sua sahida do hospital, o engorgitamento dos ganglios supra-claviculares.

Apenas se encontravam um pouco engorgitados e duros os ganglios da axilla correspondente ao lado lesado.

SIGNAES PHYSICOS

Inspeccão.—E' frequente encontrar no cancro do pulmão modificações na conformação da caixa thoracica.

Além do engorgitamento dos ganglios su-

pra-claviculares que ás vezes é tal que a simples inspecção os descortina, das varizes thoracicas e do oedema, pela inspecção ajuizamos da fórma do thorax que no cancro pulmonar muitas vezes apresenta modificações apreciaveis á simples vista. Umas vezes ha ampliação do lado attingido pela lesão, outras vezes nota-se uma retracção d'essas partes.

Quando existe concomitantemente um derrame pleuritico abundante, ou no caso do cancro em massa, a ampliação é a regra.

Walshe diz que é mais frequente vêr a retracção e que essa retracção existe quasi sempre no caso de cancro infiltrado; mas a opinião de quasi todos os auctores, é que só excepcionalmente se verifica a retracção da caixa thoracica em affecções d'esta ordem.

Palpação.— Não é raro verificar-se pela palpação a immobildade da parte do thorax correspondente á parte do pulmão interessado pelo cancro.

Quanto ás vibrações thoracicas, se o neoplasma se encontra localizado no centro do pulmão, não soffrem modificação apreciavel.

Outro tanto não succede no caso do cancro attingir a periphéria do órgão; então as vibrações encontram-se augmentadas.

Quando existe derrame, as vibrações thoracicas encontram-se diminuidas ou abolidas por completo; mas se se fizer a extracção do liquido pleuritico, reconhece-se que ha reforço notavel das vibrações thoracicas.

Comtudo comprehende-se bem que, se o cancro affectar a fórma nodular, ainda que

resida á superficie, as vibrações thoracicas soffrerão pequenissimas alterações que só difficilmente se tornarão apreciaveis á palpação.

Percussão.—Dá-nos sempre uma diminuição da sonoridade phisiologica, com tanto que o cancro não seja central e entre elle e a parede thoracica não se ache entreposta uma camada de tecido pulmonar de espessura superior a cinco centimetros.

No caso da existencia de derrame, encontra-se som baço absoluto n'uma extensão correspondente á superficie occupada pelo liquido derramado, podendo tambem encontrar-se o som *skodico*, com tanto que o liquido não seja de tal modo abundante que encha a totalidade da cavidade pleural ou que o cancro não resida no vertice ou proximo do vertice do pulmão.

No caso de não haver derrame, constata-se som baço umas vezes bem delimitado, no caso de se tratar de cancro em massa, outras vezes diffuso, quando se trata da fórma diffusa.

O som baço tende sempre a augmentar, progressão que está em relação com o desenvolvimento do cancro.

Quanto ao lado são, a sonoridade é quasi sempre normal, algumas vezes exaggerada proximo da clavicula.

Auscultação.—Auscultando um canceroso pulmonar, a primeira cousa que nos fere a attenção é a diminuição do murmurio vesicular, diminuição que, por auscultações repetidas, se reconhece ser progressiva, chegando-

se a um ponto em que auscultando já se não ouve o murmurio vesicular. E' este um dos melhores signaes que nos fornece a auscultação.

Causas numerosas concorrem para a genese d'este importante signal.

Póde ser devido a um derrame pleural, mas então não ha o decrescimento progressivo na intensidade do murmurio vesicular até sua completa abolição; n'esse caso é abolido *d'emblée* e irá augmentando em extensão á medida que o derrame augmentar em superficie.

Outras vezes são a trachêa e os bronchios que são comprimidos por producções cancerosas; n'esse caso o decrescimento do murmurio vesicular encontrar-se-ha repartido por districtos pulmonares onde vão terminar os canaes aerios comprimidos pelas producções cancerosas.

Haverá diminuição do murmurio vesicular nos dois lados do thorax, se houver compressão da trachêa; e essa diminuição limitar-se-ha sómente a alguns territorios pulmonares, se houver apenas compressão d'uma das bifurcações da trachêa, d'um grosso bronchio ou d'uma das suas divisões.

O augmento de espessura muitas vezes consideravel que adquirem as pleuras, producções cancerosas que vegetam na superficie pulmonar e outras quaesquer lesões que actuem quer por compressão quer por destruição maior ou menor do pulmão, darão como resultado essa diminuição do murmurio vesicular.

cular, diminuição que, como acima dizemos, é progressiva a não ser no caso de derrame pleural, onde se estabelece desde o começo a abolição completa do murmurio.

As lesões pleuro-pulmonares d'esta ordem, revelam-se-nos ainda por sopros de intensidade e natureza variaveis.

Poder-se-ha ouvir sopro tubar, sopro cavitario e sopro amphorico, bem como o sopro caracteristico da pleurisia com derrame, sopro doce, ouvindo-se na expiração, especialmente no fim.

A auscultação revela-nos ainda algumas vezes sarridos variados, resultantes de lesões intercurrentes como bronchite, broncho-pneumonia e bronchiectasias.

Como muitas vezes ha compressão das veias pulmonares, é evidente que resulta d'essa compressão congestão passiva do pulmão a qual se revela á auscultação por certos ruidos anormaes; emfim, n'um organismo debilitado, o pulmão como outro qualquer orgão, tem grande tendencia a oedemaciarse, d'ahi ainda a explicação de certos sarridos sub-crepitantes.

O exame physico feito á doente que observamos, deu-nos o seguinte:

Pulmão direito.

Inspecção. — Na face anterior, bem como na posterior e lateral do thorax, nada notamos de anormal.

Palpação. — Pela palpação, verificamos que as vibrações thoracicas, na *face anterior*, não apresentavam modificações dignas de menção, a não

ser o encontrarem-se talvez um pouco exaggeradas e que a expansão respiratoria se encontrava diminuida; na *face posterior*, verificamos que as vibrações thoracicas são quasi normaes no terço superior e que se encontram quasi abolidas nos dois terços inferiores e que a expansão respiratoria era nulla.

Na *face lateral*, encontramos as mesmas modificações que na face posterior.

Percussão. — Na *face anterior* revelou-nos sub-matidez, principalmente nos dois terços inferiores; na *face posterior* obtivemos no terço superior um som quasi normal e nos dois terços inferiores um som *notavelmente baço*.

Na *região axillar*, obtivemos tambem som baço.

Auscultação. — Verificamos que toda a respiração se faz mais attenuada em toda a face anterior, excepto ao nivel das 2.^a e 3.^a articulações chondro-esternaes, onde existe sopro tubar.

Na *face posterior* notamos que no terço superior, a respiração se encontrava um pouco attenuada e nos dois terços inferiores muito mais attenuada.

Na *região axillar*, o murmurio vesicular encontrava-se tambem notavelmente diminuido.

Verificamos mais que, tanto na *face posterior* como na *lateral e anterior*, se ouviam sarridos seccos disseminados — roncós e sibilos — sendo comtudo mais abundantes na face anterior.

Na occasião em que examinamos a doente não havia egophonia, mas pela ausencia das vibrações thoracicas, pela matidez, devia existir um derrame pleuritico, sem duvida inferior ao anteriormente extrahido.

Pulmão esquerdo. — Na face *anterior, axillar e posterior*, respiração pueril, ausencia completa de sarridos, obtendo-se pela percussão, som claro exaggerado.

O exame do coração não nos revelou nenhuma

anormalidade, a não ser tachicardia, sendo o pulso rithmico.

Apparelho digestivo, normal e o systema nervoso apresentava as perturbações já referidas.

Symptomas geraes. — Muitas vezes não se observa a cachexia cancerosa no cancro do pulmão, devido á marcha rapida, frequente n'esta doença; a lesão, pela sua sede, determina accidentes rapidamente mortaes.

Marcha. — E' nossa tenção apresentar n'este capitulo — Marcha — a doença em conjuncto, isto é, fazermos a synthese dos symptomas, depois de demoradamente os termos analysado um por um.

Em bom numero de casos, a doença começa por uma bronchite ligeira; n'outros, o doente é ferido de repente e apresenta-se como portador d'uma inflamação aguda da pleura; na maioria dos casos a doença invade silenciosamente o organismo.

Qualquer que seja o modo como a doença começa e se apresenta, ha tres symptomas — dôr, tosse e dyspnêa — quasi sempre contemporaneos, que não tardam a entrar em scena.

Como vimos, longe de desaparecerem ou diminuirem durante o decorrer da doença, estes symptomas agravam-se dia a dia; e se por ventura uma medicação conveniente tem como resultado uma diminuição na intensidade d'esse trio symptomatico, essa diminuição é tão curta e fugaz como a acção dos medicamentos que a determinam.

Este triste privilegio pertence sobretudo á

dyspnêa que, como vimos, pôde attenuar-se com uma medicação apropriada voltando depois com maior intensidade.

A estes symptomas andam associados outros de importancia menor certamente, mas que em conjuncto vêm facilitar um pouco o diagnostico.

Queremos referir-nos á expectoração que algumas vezes, como vimos, pôde auxiliar o diagnostico ; ao engorgitamento ganglionar externo, sobretudo ao engorgitamento dos ganglios supra-claviculares, signal tambem de alguma probabilidade, pois vimos que não é apanagio exclusivo d'esta doença ; ao oedema da parte supra diaphragmatica do tronco e dos membros superiores, oedema que todos os tumores do mediastino podem originar e por ultimo aos signaes physicos obtidos pela inspecção, palpação, percussão e auscultação.

D'estes signaes os melhores são o som baço sempre crescente, a diminuição progressiva do murmurio vesicular e a existencia do sopro tubar.

No caso de haver derrame, a existencia nas pleuras d'nm liquido fortemente hemorragico, é tambem signal de probabilidade.

Aos symptomas funcçionaes juntam-se, n'um periodo mais ou menos largo, perturbações geraes. O doente perde dia a dia as forças, ha hyperthermia, emmagrece rapidamente e a cachexia cancerosa faz o seu apparecimento com o seu cortejo de horrores, não tardando que o doente succumba aos effeitos d'ella. A morte sobrevem, em geral, lenta-

mente, por augmento progressivo da dyspnêa.

Outras vezes a morte sobrevem em coma e outras subitamente.

A marcha do cancro pleuro-pulmonar é chronica, progressiva, sem remissões.

Alguns auctores apresentam alguns casos de evolução muito rapida e que lhes pareceram merecer o nome de cancro agudo do pulmão; não nos conformamos com este modo de vêr; se a evolução d'esses casos foi muito rapida isso não quer dizer que a evolução do cancro tenha seguido essa marcha.

N'uns casos bem averiguados como primitivos, foram accidentes febris d'infectções secundarias que provocaram a morte prematura e nunca o cancro que ainda se não tinha revelado por symptomas importantes.

N'outros casos tratava-se de cancros secundarios generalisados aos dous pulmões sob a fôrma de carcinose diffusa e que provocaram a morte pelos accidentes asphyxicos a que deram lugar, isto no começo do desenvolvimento dos elementos cancerosos. E' este o modo de vêr de Menetrier com o qual concordamos.

Duração.— A duração é de tres a nove mezes, um anno, dous e ás vezes mais.

Fôrmas.—Póde apresentar-se com os caracteres d'uma pneumopathia chronica, simulando quer uma bronchite quer uma tuberculose com ou sem cavernas, a esclerose chronica ou a bronchiectasia; póde ainda simular uma affecção pleural ou ainda um tumor do me-

diastino, quando se apresenta sob a fôrma compressiva.

DIAGNOSTICO

O unico signal pathognomônico do cancro pleuro-pulmonar, é a constatação de cellulas cancerosas nos escarros ou no derrame pleuritico, se existe.

As adenopathias supra-claviculares especialmente as desenvolvidas no angulo interno da fossa supra-clavicular, são de grande auxilio no diagnostico d'esta doença.

Quanto aos outros symptomas, a significação diagnostica vem-lhes do seu agrupamento e da sua evolução.

A tuberculose pôde confundir-se com o cancro pleuro-pulmonar: as fôrmas agudas com o cancro diffuso; a tísica chronica com o cancro de fôrma ulcerosa.

Mas estas doenças differem na sua evolução; enquanto o cancro progride constantemente, a tuberculose pôde apresentar remissões; a localização no vertice, constante na tuberculose, é muito rara no cancro; o exame dos escarros e do derrame, se existe, é de grande valor e vem muitas vezes resolver a questão.

Já o diagnostico differencial entre o cancro pleuro-pulmonar e as escleroses pulmonares, bronchiectasias, kistos hydaticos, é muito mais difficil.

Temos de apoiar-nos sobretudo na longa duração d'estas affecções, com conservação d'um estado geral satisfatorio.

Dever-se-ha tambem fazer o diagnostico differencial entre esta affecção e lesões syphiliticas da trachêa, bronchios e pulmões; lançaremos, para esse fim, mão da medicação especifica e antecedentes pessoas.

Haverá tambem que fazer o diagnostico differencial com as differentes pleurisas com derrame.

A punção permittirá reconhecer, seguramente, se se trata d'um tumor dando falsamente signaes de derrame ou se existe liquido.

No primeiro caso evidentemente o diagnostico fica feito, mas o mesmo não succede com o segundo caso; teremos que averiguar se esse derrame é produzido por uma pleurisia de natureza cancerosa ou não.

Basear-nos-hemos não só nos caracteres do derrame—o ser quasi sempre fortemente hemorrhagico—, mas tambem por na pleurisia cancerosa a pontada do lado ser mais intensa e presistir apoz a extracção do derrame; além d'isso a dyspnêa não diminue e se se fizer o exame physico, verifica-se que os signaes obtidos são quasi os mesmos que se obtiveram antes da thoracentese.

A analyse do derrame permite descobrir, na maior parte, cellulas cancerosas; poderemos, emfim, lançar mão da inoculação em cobayas, com o fim de se verificar a existencia d'uma tuberculose chronica da pleura.

Nas fórmulas em que predominam os si-

gnaes de compressão, haverá que fazer o diagnostico com os tumores do mediastino. Além dos signaes proprios a estes tumores, deveremos tomar conta da topographia dos signaes physicos, sobretudo saber se ha ou não signaes que indiquem a participação do apparelho broncho-pulmonar, no processo.

Pouco depois da doente que observamos ter dado entrada na enfermaria do Ex.^{mo} Snr. Dr. Tito Fontes, foi-lhe feito por este habil e proficiente clinico um exame physico rigoroso, a que assistimos, em vista do qual s. ex.^a não hesitou em fazer o diagnostico de cancro pulmonar primitivo acompanhado de derrame pleural.

Combinou-se a extracção do derrame, que parecia enorme, para o dia seguinte; com todas as precauções costumadas, fez-se a thoracentese, extrahindo-se apenas 450 grammas d'um liquido fortemente hemorrhagico, o que mais veio avigorar o diagnostico anteriormente feito de cancro pulmonar.

Apezar de tudo, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Tito Fontes requisitou do laboratorio Nobre, a analyse cytologica do derrame, analyse que brilhantemente veio confirmar o diagnostico feito por s. ex.^a.

Copiamos na integra o boletim vindo do laboratorio.

Amostra — 5:896. . . . Derrame... 87

An. Quant. 1:320

Apresentada pelo Snr. Dr. Tito Fontes e pertencente a R. F.

Contém numerosas cellulas e nodulos carcinomatosos com leucocyts mononucleares e sangue.

a) A. Aguiar.

O exame physico feito á doente logo apoz a extracção do derrame, veio provar que todos os signaes que se obtiveram antes da extracção do derrame, presistiram apoz essa extracção.

Verificou-se mais que a dôr e a dyspnêa pouco diminuíram, diminuição que não foi além de tres dias, continuando as dôres e a dyspnêa a progredir e tanto que, mais tarde, era a doente que insistava para se lhe fazer nova thoracentese.

Devido a ter-se verificado que as dôres e a dyspnêa augmentavam desmedidamente e além d'isso que esse augmento coincidia com o augmento progressivo da zona do som baço, e julgando-se que essa exacerbação das dôres e dyspnêa, bem como o augmento da zona de som baço, fosse devido a ter-se reproduzido o derrame, fez-se nova thoracentese que ficou branca.

Segundo cuidadosamente a doente, verificamos que, durante o tempo em que permaneceu no hospital de Santo Antonio — desde 31 de janeiro a abril de 1904 — a média das pulsações foi de 110 e a média da temperatura 36,5, sendo, por consequencia, enorme a desproporção existente entre o pulso e a temperatura, desproporção que, segundo Dieulafoi, é frequente existir no cancro pleuro-pulmonar, emquanto não sobrevêm infecções secundarias que acarretam um augmento da temperatura.

A média da dyspnêa, foi de 30 movimentos respiratorios por minuto, havendo bastantes dias, especialmente nos ultimos em que a doente permaneceu no hospital, em que a dyspnêa attingiu 40 movimentos respiratorios.

Notamos suores persistentes limitados ao lado direito do thorax e braço do mesmo lado, suores que diminuíram pela medicação de atropina, não desaparecendo comtudo de todo.

Não sabemos a que attribuir estes suores e mesmo não vimos o facto apontado em nenhum dos auctores que consultamos.

Prognostico.—E' d'uma gravidade absoluta.

Tratamento.—O cancro pleuro-pulmonar é uma doença incuravel.

O tratamento é puramente symptomatico e consiste em sustentar o estado geral e em moderar as perturbações funcçionaes, tósse, dôr e dyspnêa.



Proposições

Anatomia. — O sacro é um osso composto de cinco vertebbras.

Histologia. — A agua é elemento indispensavel á vida da cellula.

Physiologia. — As cellulas do organismo vivem, em geral, á custa da lynpha.

Pathologia geral. — A inflammação é uma intoxicação.

Materia medica. — Tal como estão instituidos, reputamos como completamente inuteis os dispensarios de tuberculosos.

Anatomia pathologica. — O processo degenerativo é uma consequencia do processo inflammatorio.

Pathologia externa. — A eventração é uma hernia.

Pathologia interna. — Não ha pterencias hemapheicas.

Operações. — Deve fazer-se, na medida do possivel, cirurgia conservadora.

Hygiene. — As variações climatericas influem immenso na eclosão e marcha das doenças.

Partos. — A gravidez aggrava a evolução da tuberculose pulmonar.

Medicina legal. — A côr escura do sangue não tem valor pratico como signal d'asphyxia.

VISTO.
O Presidente,
Luiç Viegas.

PÓDE IMPRIMIR-SE.
O Director,
Moraes Caldas.