

1904

~~1161~~

BREVE ESTUDO
SOBRE
LYMPHADENOMA

118/2 ENC

JOSÉ DA ROCHA

N.º 2

BREVE ESTUDO

SOBRE

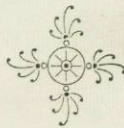
Lymphadenoma



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia Universal (a vapor)

54—Travessa de Cedofeita—56

—
1904

118/2 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR .

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO INTERINO

José Alfredo M. de Magalhães

Corpo Docente

Lentes cathedraes

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	Illidio Ayres Ferreira do Valle.
4. ^a cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a cadeira—Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. 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 B. do Rosario Frias.
10. ^a cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a cadeira—Medicina legal e toxicologica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina	Alberto Pereira d'Aguiar.
13. ^a cadeira—Hygiene privada e publica	João Lopes de S. Martins Junior.
14. ^a cadeira—Histologia normal	José Alfredo M. de Magalhães.
15. ^a cadeira—Anatomia topographica	Carlos Alberto de Lima.
Pharmacia	Nuno Dias Salgueiro.

Lentes jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	{ Pedro Augusto Dias. / Dr. Agostinho A. do Souto.

Lentes substitutos

Secção medica	{ Vaga. / Vaga.
Secção cirurgica	{ Vaga. / Antonio J. de Souza Junior.

Lente demonstrador

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

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.
(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 155.º).

A

MEU PAE

A ambicionada felicidade seja a vossa
eterna companheira.

A

Minha Extremosa Mãe

Entre tantos infortúnios, console vos ao menos a certeza de que um coração vos adora!

A

Meu querido irmão

Seria um crime olvidar quem não
merece uma pagina, mas sim a de-
dicação de toda a minha vida!

AOS MEUS CONDISCIPULOS

De todos levo saudosas recordações.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico Cirurgica do Porto

O discipulo agradecido.

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

Dr. Illidio do Valle

Homenagem ao seu saber.



..... que mes
juges voient en moi, non l'homme
qui écrit; mais celui que est forcé
d'écrire.

MONTESQUIEU.

Quem, como eu, se vir obrigado a debutar como escriptor e, o que é mais, a emittir e defender uma opinião ou interpretar um facto no vasto campo da medicina, á luz dos principios scientificos estabelecidos, com certeza hade encontrar-se embaraçadissimo perante a complexidade do assumpto, qualquer que elle seja, e á mingua de conhecimentos que a escassez do tempo lhe não permittiu adquirir. Mas quando, como no caso presente, accresce a circumstancia particular d'uma saude bastante abalada que, a despeito da nossa boa vontade, nos inhibe grandemente de tirarmos a maxima vantagem dos poucos momentos de folga, então a difficuldade sobe a tal ponto, que só á custa de um esforço enorme conseguimos apresentar um trabalho insignificante.

A impossibilidade porem de infringir a lei (mas só n'estas condições) e a imperiosa necessidade de defender these na primeira epoca, obrigavam-me á elaboração d'um trabalho durante o tumultuar do anno lectivo. Que escolher e que tractar com proficiencia, se tudo é magno para tão escassa bagagem scientifica?

Depois de grandes hesitações, procurei resolver a difficuldade, aproveitando um caso clinico que n'essa occasião mais interesse me despertou.

Tratava-se d'um lymphadenoma com larga repercussão ganglionar e de diagnostico sombrio. Desde logo julguei ter encontrado assumpto para uma dissertação, pois esperava que a autopsia, ou pelo menos a extirpação da amygdala, me fornecessem elementos sufficientes para um estudo etiológico.

A breve trecho, porem, o doente sente melhoras consideraveis e, passados dois mezes e tanto, sae completamente curado, pelo menos apparentemente.

O caso porem, posto que tivesse perdido para mim o maior valor, nem por isso deixava de ser interessante como cura realisada pelo arsenico. E é tanto mais justificado o meu interesse, quanto é certo que já vi dois casos, clinicamente muito semelhantes,

terminarem rapidamente pela morte, desenlace devido (quem sabe?) a um certo abandono medico, motivado talvez pela descrença corrente sobre a cura. E mesmo que seja banal e insignificante, não encontrei na occasião outro doente que me pudesse fornecer assumpto de maior importancia, pois que, se algum apparecia, era avidamente aproveitado pelo respectivo assistente.

Constará este trabalho de 3 partes:

Na 1.^a apresentarei a descripção succinta da minha observação. Na 2.^a será versada, resumidamente, a doutrina corrente e concernente ao assumpto, com referencias á minha 1.^a observação e com a descripção d'um novo caso a proposito do diagnostico.

Na 3.^a farei algumas considerações sobre a acção benefica do arsenico em presença d'um processo morbido d'esta natureza.

Eis a summula do meu trabalho, cujo valor será nullo, mas não porque me faltasse o desejo de o tornar util.

Que existe bôa vontade, é um facto; mas que, pelas rasões já expostas, não pude reunir as condições indispensaveis á sua realisação, é outro.

Que esta sincera exposição cabe no animo dos illustres julgadores da minha ultima prova como uma verdade, é o que espera merecer-lhes o discipulo agradecido.

PRIMEIRA PARTE

OBSERVAÇÃO PESSOAL

(Exame do doente por ocasião da sua entrada no hospital)

A. F., de 37 annos d'edade, casado, jornalista, natural de Rezende, entrou para a enfermaria n.º 1 do Hospital Geral de Santo Antonio (clinica cirurgica da Escola) em 12 de janeiro de 1904, queixando-se de penosa sensação de obstrucção pharyngea com grande difficuldade em respirar e deglutir. Para elle, a doença estava na hypertrophia da amygdala e não na tumefacção exterior, que pouco o incommodava.

Exame local. — A' inspecção notava-se uma grande hypertrophia da amygdala esquerda, obturando quasi por completo o tubo digestivo ao nivel do isthmo das fauces; mais ou menos arredondada, ligeiramente ulcerada, tinha aspecto cinzento, cerebri-forme. O veu palatino era projectado para

cima e para deante, e a uvula dirigida para a esquerda.

Externamente, por detraz do angulo da maxilla, apresentava-se uma grande tumefação, que parecia formada pela fusão de alguns ganglios carotidianos hypertrophiados, um dos quaes, mais volumoso, excedia o tamanho d'uma grande noz. O pavilhão da orelha correspondente era fortemente repellido para cima e para deante pelo tumor. A côr dos tegumentos não estava alterada.

Palpação. — A' palpação não era difficil verificar que estes tumores solidos, arredondados, lisos, moveis, de consistencia regular e egual por todo o tumor, sem adherencias á pelle, eram na verdade ganglios engorgitados. Todos os ganglios lymphaticos escalonados ao longo do pescoço participavam d'este estado morbido; eram indolentes, mesmo á pressão, estendiam-se até á cavidade supraclavicular, e diminuiam de volume á medida que se affastavam do tumor principal. A amygdala era molle.

Exame a distancia. — Do lado direito do pescoço, externamente, havia outra massa ganglionar egualmente multilobada, symetrica da primeira e assás volumosa, posto que fosse um pouco menor que a do lado esquerdo. A amygdala direita conservava-se

normal. Os ganglios axillares e inguinaes estavam igualmente engorgitados. A percussão não denotava augmento de volume do baço nem do figado.

Do lado dos apparatus havia anorexia, que dentro em breve desapareceu, dysphagia, devida á saliencia amygdaliana, pulso fraco e lento. Comquanto o numero total de globulos brancos fosse sensivelmente normal, havia, comtudo, um augmento consideravel na percentagem dos lymphocytos, e uma diminuição notavel na dos mononucleares, como se pode verificar:

Polynucleares	56
Mononucleares	2
Lymphocytos	42

Havia dyspnêa, *cornage* e algumas dores de cabeça que desapareceram dentro em pouco.

O doente encontrava-se n'um estado de grande abatimento physico e moral. Não havia outras perturbações funcionaes.

Historia da doença. — A doença começou, sem prodromos apparentes, em julho de 1903, pelo apparecimento d'um pequeno nodulo movel, do tamanho d'um grão de milho, na região lateral esquerda do peçoço, limite superior da região carotidiana.

O seu desenvolvímto, bastante rapido, coincidiu com o apparecimento d'outros tumores que se lhe foram juntando, até formarem a grande massa neoplasica acima referida.

A hypertrophia da amygdala só foi observada pelo doente em principios de novembro do mesmo anno, por que só então começou a experimentar difficuldade na deglutição. Se esta lesão foi primitiva, concomitante ou posterior á dos ganglios lymphaticos que primeiro se avolumaram, não me foi possivel averiguar. Pelo que diz o doente, foi posterior; mas ha muito que a amygdala podia estar affectada, sem que o seu pequeno augmento se tornasse perceptivel.

A massa tumoral direita começou e desenvolveu-se do mesmo modo, iniciando-se apenas um pouco mais tarde.

O signal d'alarme foi-se repercutindo nos agrupamentos ganglionares d'outras regiões mais affastadas; e assim continuaria o terrivel processo morbido, sem obstaculos á sua acção depauperante e letal, se não fora a instituição d'uma therapeutica já largamente aconselhada, apesar da incredulidade que inspira á maior parte dos therapeutas.

Anteriormente á sua entrada, tinha sentido algumas dôres, provavelmente com-

pressivas, nas regiões cervicaes invadidas.

Foi sempre saudavel até á data do apparecimento d'esta molestia, e na historia pathologica da sua familia não ha nada que nos interesse; encontra-se saude em toda a sua arvore genealogica.

Diagnosticco.—Depois de collidas todas as informações clinicas precedentemente expostas, que me parece não deixarem duvidas sobre a natureza da doença, foi esta classificada de *limphademonia* pelo Ex.^{mo} professor de clinica cirurgica.

Delbet descreve uma observação muito semelhante, acerca da qual diz que se não podia confundir com nenhuma outra.

Estabelecido o diagnosticco, o prognostico fez desaparecer todas as probabilidades de cura, deixando só a esperar um desenlace fatal.

Tratamento e evolução da doença.
—Prescripto o tratamento arsenical em doses crescentes, começou por tomar VIII gottas, por dia, de licor de Fowler. No fim do primeiro septenario já se notava uma ligeira diminuição de tensão nos tegumentos da região affectada, indicio do começo de redução de volume dos tumores. O doente continuou tolerando o arsenico até á dose de xx gottas; n'essa occasião, manifestando-se

symptomas de intoxicação, foi-lhe reduzida progressivamente, para em seguida subir até á dose de xxxii gottas por dia.

Começou este tratamento a 17 de janeiro, e prolongou-se até 10 de março d'este anno.

Ao mesmo tempo applicava-se-lhe nas amygdalas o seguinte collutorio:

Glycerina esterelizada	3o gram.
Hydrato de chloral	3 decig.
Salicylato de soda	1 gram.

Sob a acção d'esta medicação, combinada com pinceladas de tintura d'iodo, começaram por desaparecer os pequenos engorgitamentos proximos e distantes, e em seguida as duas grandes tumefacções cervicaes, a direita mais rapidamente que a esquerda. A amygdala acompanhou os ganglios na sua regressão, reduzindo-se apenas mais lentamente.

A 10 de março, o tumor esquerdo mal se esboçava, e a amygdala rasava o nivel dos pilares, apenas com uma leve erosão.

N'esta altura suspendeu-se a medicação arsenical, que foi substituida por

Tintura d'iodo	1o gram.
Iodeto de potassio	5 decig.

na dose de ix gottas diarias.

E assim se conservou, sem apparencias de recidiva, até ao dia 19 de março, em que sahi curado.

Um novo exame do sangue, feito a 9 de março, revelou a seguinte percentagem dos differentes globulos brancos:

Polynucleares	37
Mononucleares	45
Lymphocytos	18

Comparando com a 1.^a analyse, resulta o seguinte: emquanto na primeira havia uma grande lymphocytose e os mononucleares tendiam a desaparecer, n'esta 2.^a havia mononucleose e os lymphocytos tendiam rapidamente para a normalidade.

SEGUNDA PARTE

Definição e séde

O lymphadenoma é considerado geralmente como um processo morbido de natureza onkoplasica, um neoplasma, emfim, constituido por tecido adenoide.

Desenvolve-se ordinariamente nos órgãos que no estado normal são essencialmente constituidos por tecido conjunctivo reticulado, taes como os ganglios lymphaticos, as amygdalas, os corpusculos de Malpighi do baço, as placas de Peyer, folliculos fechados do intestino, etc. Póde, alem d'isso, desenvolver-se secundariamente, ou mesmo por geração heterotopica, em todos os outros órgãos providos d'um systema lymphatico mais ou menos rico, mas nos quaes se não encontra tecido reticulado no estado são. E nunca primitivamente se póde admit-

tir a sua geração n'um órgão privado d'este tecido, a não ser em casos heterotopicos, sem absoluta negação das doutrinas expandidas por Robin e Bard sobre a especificidade cellular, uma das concepções hodiernas mais geralmente seguidas.

Se é pois uma lesão do tecido adenoide, não me parece desproposito fazer algumas referencias á estructura normal d'este tecido. O tecido adnoide é uma variedade do tecido conjunctivo; compõe-se essencialmente d'um fino reticulo, nas malhas do qual se encontram numerosos leucocyto (Stöhr).

O tecido conjunctivo reticulado foi descripto por His sob o nome de tecido adenoide ⁽¹⁾ por se encontrar principalmente nos ganglios lymphaticos, órgãos d'apparencia glandular.

Foi egualmente descripto por Kolliker sob a denominação de tecido conjunctivo cytogenetico ⁽²⁾, isto é, formado de cellulas. E' que Kolliker pertencia ao numero dos auctores que consideravam este tecido como formado por um reticulo constituido por anastomoses de cellulas estrelladas. Outros

(1) His. Zeitschrefftt für wissensch. Zoologie, vol. XI, pag. 453 — Demange.

(2) Kolliker. Histologie — Demange.

porem, entre os quaes Stöhr, dizem que tal reticulo cellular só se encontra nos animaes inferiores, e nos periodos embryonarios em alguns animaes superiores; que nos vertebrados superiores o reticulo é formado por feixes conjunctivos finos aos quaes estão ligadas algumas cellulas achatadas e nucleadas que só muito excepcionalmente se chegam a descobrir por methodos complicados; que o tecido conjunctivo reticulado é, finalmente, uma variedade do tecido conjunctivo fibrillar.

Os ganglios lymphaticos e as amygdalas, que muito particularmente nos interessam, pois que o nosso caso era ganglio-amygdalino, são essencialmente constituidos por tecido adenoide.

Postos estes preliminares que julguei opportunos para dar ao assumpto, posto que breve, maior integridade, façamos algumas referencias ás principaes phases da sua historia.

ESBOÇO HISTORICO

E' crível que esta doença exista desde longa data. Já Bennett e Virchow, nas suas investigações retrospectivas a proposito de leucocythemia, apontam numerosas observações de hypertrophia do baço, sem febres intermittentes anteriores, e complicadas de hemorrhagias, diarrhéa, cachéxia e morte. Taes são os factos tirados d'Hyppocrates, Celso, Galeno, Rhazès, Bartholin, Morgagni, Hodgkin etc. Na mesma ordem de investigações, apresentam os mesmos auctores, assim como Vidal e Leudet, uma 2.^a categoria de factos em que se menciona já, entre as hypertrophias do baço e do figado, a hypertrophia das glandulas lymphaticas. Taes são as observações de Morgagni, Bichat (1801), Harless (1816), Velpeau (1827, 28),

Hodgkin (1832), Duplay (1834), Nivet (1838), Bonchut (1844), etc.

Todos estes dados fazem suspeitar da possibilidade da sua existencia desde longa data. Comtudo, as primeiras referencias directas que nos foi licito colher, datam de 1832. Foi Hodgkin, medico inglez, o primeiro que descreveu, clinicamente, certas hypertrophias ganglionares generalizadas, cabendo-lhe portanto a honra de ter iniciado o movimento de investigações que ulteriormente se seguiu, posto que de resultados pouco satisfatorios.

Em homenagem pois a Hodgkin, como primeiro que a especializou, esta doença conservou o seu nome em Inglaterra.

Em França, sob a inspiração de Trousseau, tomou o nome de *adenia* ⁽¹⁾. Donné, em 1844, descrevia o estado especial do sangue caracterizado pelo augmento dos globulos brancos, augmento que elle attribuia a uma modificação na crase sanguinea, em virtude da qual os globulos brancos se não transformavam em globulos vermelhos.

Pouco tempo depois, em 1847, Virchow encontrou pela primeira vez (Virchow. Archiv. t. I, pag. 567) um caso de leucemia

¹ Clinique de l'Hotel Dieu, 2.^a edit. t. III, pag. 578 et suivantes.

com tumores das glandulas lymphaticas, e, mais tarde, um segundo caso ainda mais impressionante pela semelhança das cellulas com as das glandulas lymphaticas. Bennett tinha já observado as mesmas alterações correlativas, mas a sua observação era menos nitida.

Depois d'estes factos o espirito generalizador de Virchow estabelecia uma relação entre a leucocytose e as alterações do baço e dos ganglios lymphaticos, relação que elle traduziu immediatamente pela seguinte formula (1): existem duas fórmas de leucemia, uma splenica, outra lymphatica, caracterizada a 1.^a por elementos semelhantes ás partes constituintes da polpa do baço, e a segunda por elementos semelhantes aos dos ganglios lymphaticos.

E assim ficou a leucemia de Virchow dependente d'uma acção exaggerada dos orgãos hematopoieticos, tendo os globulos brancos perdido a faculdade de se transformarem em globulos vermelhos, como então se dizia.

Novas investigações, entre as quaes ha a assignalar as de Bonfils, Trousseau e Barth, vieram demonstrar que a leucocy-

(1) Wurzburg's verh , t. II p. 325 — Dechambre.

tose não é indispensavel, mas sim pura eventualidade. No nosso caso não existia. Blache, Isambert e Robin, citam, pelo contrario, observações em que a leucocythemia não foi acompanhada ou seguida de hypertrophias ganglionares. Reconheceu-se, emfim, que a leucemia é uma alteração secundaria do sangue, que se pode encontrar em alterações muito differentes. O proprio Virchow foi um dos primeiros a reconhecê-lo na cachéxia palustre, no curso das doenças agudas, taes como diphteria, cholera, dysintéria etc.

Jaccoud reuniu sob a designação de *dialthese lymphogenica* a adenia de Trousseau e a leucemia de Virckow por causa da grande tendencia á generalisação manifestada pela doença; mas desde que a leucemia não é constante e a neoformação é puramente local, embora com grandes tendencias invasoras, não ha razão que justifique tal designação.

Pouco e pouco as observações multiplicam-se e a historia clinica d'estas affecções é estabelecida sob a auctoridade de grandes mestres. Parallelamente ao estudo clinico tinha marchado o estudo microscopico das alterações anatomicas; dentro em breve, os progressos da histologia faziam conhecer o tecido lymphatico normal e permittiam se-

guir as alterações dos diferentes órgãos. Foi então que appareceram, em França e Allemanha, numerosas observações tendentes a demonstrar a multiplicidade e generalisação das neoformações lymphaticas. Wunderlich na Allemanha, Béhier e Hérard em França descreviam os tumores lymphaticos do intestino; Renvier ligava á mesma lesão anatomica os tumores cutaneos cuja historia clinica tinha sido descripta por Bazin sob o nome de mycosis fungoide, e dava, ao mesmo tempo, á doença a denominação de *lymphadenia*, titulo que ficava comprehendendo apenas tres fórmas: splenica, ganglionar e cutanea.

Successivamente todas estas producções lymphadenoides, tão differentes pela sua séde (ganglios lymphaticos, baço, amygdalas, thymus, ⁽¹⁾ figado, rins ⁽²⁾, ovarios ⁽³⁾, pulmões ⁽⁴⁾, ossos, veias ⁽⁵⁾, pelle, etc.), pelas suas manifestações symptomaticas, pela sua evolução, e até pela sua estructura apparente, são ligadas e identificadas pela

(1) Obs de Isambert e Ranvier.

(2) Descripção de Friedreich e Boettcher.

(3) Obs. de Herard e Cornil.

(4) Obs. de Rendu e Picot; Troisier. *Lymph. pulm.* (Th. de Paris, 1874).

(5) Leudet. *Mém. de la Soc. biol.*, 1858.

mesma lesão anatomica, e englobadas, no seu conjuncto, sob a designação generica de *lymphadenia*, designação que ainda hoje póde ser empregada como indicando as diversas localizações d'uma mesma doença e nunca uma doença geral.

Póde, mais tarde, generalisar-se como uma neoplasia maligna; mas, no começo, é local, podendo mesmo conservar-se durante longo tempo sem se generalisar, como diz Trelat, Verneuil e seus alumnos.

Eis pois, d'uma maneira summaria, as principaes phases historicas da entidade morbida que hoje me serve d'assumpto.

Deficientemente descripta e mal versada, como é de esperar da incompetencia d'um novo, eu procurei comtudo seguil-a com algum methodo atravez as suas differentes modalidades.

Que os espiritos versados nos relevem tamanha incompetencia e completem com os seus vastos conhecimentos a obra que, para nós, n'esta altura da nossa carreira scientifica, constitue uma difficuldade insuperavel.

Todavia, ao que aborda pela primeira vez o assumpto, ao principiante, eu julgo que ella fornecera elementos sufficientes para formar uma idéa, mais ou menos nítida, d'esta affecção.

ETIOLOGIA e PATHOGENIA

Sobre a etiologia d'esta doença nada se sabe de positivo, como, de resto, da de todos os tumores em geral. Incrimina-se a idade, o sexo, a hereditariedade, constituição e temperamento, raça e condição social, traumatismos, irritações e inflamações chronicas, etc.; mas, a grande verdade, é que nos escapa, por enquanto, a causa essencial, immediata, de qualquer neoplasia. A observação diz apenas que os lymphadenomas são mais frequentes no homem do que na mulher, e proprios de todas as edades, como se infere do seguinte quadro de Gowers:

Inferiores a 10 annos	16
Entre 10 a 20 »	14
» 20 » 30 »	20
» 30 » 40 »	15
» 40 » 50 »	5
» 50 » 60 »	22
» 60 » 70 »	7
» 70 » 80 »	3

Outros, como Poulet e Bousquet, dizem que são mais frequentes dos 25 aos 35 annos.

O frio humido, a miseria, o depauperamento organico, a tuberculose, a syphilis, o alcoolismo, etc., dizem que nada explicam, visto que o lymphadenoma não poupa, por vezes, as pessoas robustas.

Não deve comtudo ser pequena a influencia de qualquer d'estes agentes depressivos; a robustez pode muitas vezes ser só apparente.

Pelo meiado do seculo XIX começaram a apparecer theorias pathogenicas d'algum valor sobre os tumores; até ahi memerosas hypotheses sem fundamento. Desde então, muitas theorias teem surgido, sem que nenhuma dê uma explicação cabal de todos os phenomenos tumoraes.

Entre tantas theorias (de Cohnheim, Critzman, Hansemann, Senn, Ribert, nervosa, ovariana de Beatson, etc.) uma só parece ter maior numero de adeptos, apesar de excluida por muitos—é a theoria parasitaria.

No nosso caso particular, esta theoria tem tido acerrimos defensores, e é ella, na verdade, a que mais me seduz e em favor da qual militam razões d'ordem clinica e experimental.

Já o facto do seu começo frequente pela

região cervical, feriu o espirito de Trousseau, que considerava como causa occasional da lesão uma irritação local, por exemplo uma otite, um corysa, uma carie dentaria, etc. Cohnheim considerava a leucemia uma affecção geral infecciosa, assim como considerava egualmente os tumores ganglionares como hyperplasias infecciosas.

As localisações amygdaliana ⁽¹⁾ e intestinal ⁽²⁾ primitivas não constituirão outras provas clinicas em favor da infecção?

O mycosis fungoide com o seu desaparecimento espontaneo não fallará tambem em seu favor, ainda que sejam menos verdadeiras as descobertas de Rindfleisch e Auspitz? ⁽³⁾

A experiencia de Delbet produzindo um lymphadenoma experimental no cão, ⁽⁴⁾ comquanto seja atacada por Quenu e outros terá perdido todo o seu valor?

No numero I da revista «Porto Medico» lê-se que este auctor apresenta um certo numero de casos em que as hypertrophias ganglionares baptisadas com o nome de

(1) Obs. de Panas, Delbet e a nossa.

(2) Obs. de Rendu e Picot.

(3) Memorias provando a natureza parasitaria, 1885.

(4) Bull. Soc. de Chirarg. Seances le 20 nov. e 10 dec. 1895.

lymphadenomas são consecutivas a infecções do territorio lymphaticamente tributario dos ganglios contaminados, e que o modo de generalisação e a regressão espontanea ou therapeutica da doença de Hodgkin, mais levam Delbet a consideral-a como não neoplasica.

Diz-se que nas doenças infecciosas os processos de enkystamento e destruição excluem a formação permanente d'um tecido. Mas os variados microorganismos serão sempre obrigados a produzir phenomenos inflammatorios taes como nós os comprehendemos hoje? Não haverá pois uma forma de parasitismo preenchendo estas condições de excitação electiva da proliferação de certos elementos plastidarios?

Demais Malassez (1) n'um caso de lymphadenomas multiplos ganglionares, constatou um augmento do numero de globulos brancos, coincidindo com uma redução consideravel nos ganglios hypertrophiados.

Eis a razão porque eu desejava fazer algumas investigações, aproveitando todas as neoformações do meu doente para cortes, culturas e inoculações.

Seria empreendimento ousado para tamanha inaptidão, attentas, demais, as diffi-

(1) Soc. anat., 1871, p. 503. Demang.

culdades de isolamento com que teem deparado grandes vultos da sciencia; mas quem nada semeia, nada pode colher.

Mas voltando ao assumpto, parece-me que o lymphadonoma é dos tumores que offerece mais provas clinicas em favor da theoria parasitaria: localisações primitivas, modo de generalisação, regressão espontanea ou therapeutica, etc.

Apesar de tudo, paira a duvida, que só a luz dos factos inconfundiveis afugentará.

Em face, porem, das provas apresentadas, repugna-me menos acceitar o parasitismo actuando permanentemente, do que admittir que por uma subtracção inexplicavel á inducção vital, uma cellula ou grupo de cellullas adquira tamanha potencia proliferativa, sem que haja uma força extranha ao organismo que actue constantemente. E uma força com tal persistencia, só me parece compativel com a vida.

Demais, não é ella que explica mais satisfatoriamente todos os phenomenos, e com especialidade neste caso particular?

Na formação das galhas vegetaes, virus differentes, depositados por insectos, produzem neoformações differentes; e para que o mesmo virus produza o mesmo effeito, é preciso que se dirija a determinado vegetal ou porção de vegetal.

Emfim, para mim, é crença que a bacteriologia decidirá em breve que o *primum movens* d'esta affecção, esse mysterioso factor que determina tumefacções enormes e persistentes, não pode deixar de ser um organismo vivo inimigo, unica força que eu julgo capaz de enterter, durante tanto tempo, essa lucta ingente de exterminio.

Na observação que apresento fallam em favor da theoria parasitaria a hypertrophia da amygdala, a regressão therapeutica e até a larga repercussão ganglionar.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Primitivo ou secundario, quer se desenvolva n'um ganglio ou não, o caracter anatomico fundamental do lymphadenoma é a hypergenese do seu reticulo conjunctivo.

Se o tecido reticuladõ é uma entidade histologica bem caracterisada e nós devemos orientar-nos na classificacão dos tumores pela anatomia e physiologia normaes, deve na verdade ser este o caracter differencial melhor e mais simples do lymphadenoma, se bem que, em casos muito malignos, possa ser exclusivamente constituido por cellulas lymphaticas embryonarias, segundo Bard. Outros, porem, como adeante se verá, dizem que o reticulo nunca faz absolutamente falta.

O estudo anatomico d'esta lesão tem le-

vado a classificações mais ou menos subteis, conforme as modificações apresentadas pelo reticulo ou conteúdo celular.

Brousses e Gérardin apresentam as seguintes variedades:

Lymph. verdadeiro } hypergenese do tecido adenoide e conservação dos caracteres e proporções normaes.

Lymph. duro — reticulo espesso e fibroso.

		1. ^a SUBDIVISÃO
Lymph. molle	}	Grande predomínio de cellulas pequenas e redondas e reticulo pouco desenvolvido.
		2. ^a SUBDIVISÃO
		Cellulas volumosas, attingindo 20 μ de diametro.

Os auctores allemães, como Rindfleisch, descrevem a ultima variedade, a dos lymphosarcomas, entre os tumores sarcomatosos, sob a denominação de sarcoma lymphadenoide. Butlin considera mesmo como sarcomas globo-cellulares todas as formações primitivamente heterologas de tecido lymphatico, isto é todas as formações que se affastam primitivamente do tecido adenoide puro. Billroth considera egualmente estas neoformações como sarcomas dos ganglios, e diz que o sarcoma existe n'estes como em qualquer outro orgão. Outros,

como Humbert, ⁽¹⁾ Ranvier, Birch-Hirschfeld, Quenu, etc., não são partidarios de tão rigorosas selecções, englobando n'um typo unico todos os neoplasmas em cuja constituição entre o tecido adenoide. O lymphadenoma duro é considerado por Bard como adenia verdadeira.

Em perfeito accordo com as idéas de Billroth, eu terei principalmente em vista a descripção do lymphadenoma verdadeiro, d'aquelle em que ha uma hypergenese bem proporcionada dos principaes elementos do tecido adenoide. Em todos os demais, não me parece tratar-se de lymphadenoma, mas sim de tecido adenoide modificado pela presença de tumores d'outra natureza, como provam os factos de sarcomas e epithelomas primitivos dos ganglios, descriptos por Cornil, Coyne e Malassez.

Vejamos pois os seus principaes caracteres, communs aos tumores ganglionares e visceraes.

Macroscopicos—Tumores em geral multiplos; volume muito variavel, podendo ir desde o d'um grão de milho ao d'uma cabeça de feto; quando é desenvolvido, apresenta-se sob a forma d'uma massa irregularmente arredondada, lobulada. No começo

(1) Humbert, Th. d'agreg., 1878.

da sua evolução differe d'um ganglio normal por ter apenas maiores dimensões e menor consistencia. O corte branco-acinzentado, com pontos roseos ou violaceos, assemelha-se ao do encephaloide. A's vezes existem disseminadas algumas manchas vermelhas e amarellas d'apparencia caseosa. (1)

Raspando o corte extrahe-se um succo leitoso, abundante, no qual se encontra grande numero de cellulas redondas, mononucleadas.

Microscopicos — Em todo o lymphadenoma ha tres especies de elementos principaes: 1.º o tecido reticulado caracteristico. 2.º cellulas lymphaticas. 3.º vasos.

O *tecido reticulado* é identico ao dos ganglios normaes, formando uma rede em cujas malhas se encontram as cellulas lymphaticas. Este reticulo observa-se em cortes do tumor depois de previamente endurecidos e privados das cellulas lymphaticas pelos methodos histologicos apropriados, e é elle que constitue o seu melhor caracter.

(1) Quenu cita o caso d'uma mulher a quem extrahiu os ganglios axillares completamente caseificados e passados dois annos houve recidiva na axilla e invasão dos ganglios do pescoço, succumbindo a mulher com todos os symptomas de lympho-sarcoma.

Não admira. A tuberculose é uma causa predisponente.

As cellulas são em geral pequenas, redondas, muito regulares, sem tendencia a tomarem a forma allongada. O nucleo é homogeneo, sem nucleolos, constituindo, só de per si, quasi toda a cellula. As cellulas poly-nucleares são extremamente raras; encontram-se ás vezes algumas cellulas pigmentadas. As cellulas lymphaticas são, entre todas, aquellas cujas formas adultas menos differem das embryonarias (Bard).

Os vasos teem uma parede propria, pelo que se distinguem do sarcoma onde esta parede não existe, e estão, por meio de redes capillares bem desenvolvidas, bem em contacto com o tecido reticulado. O seu conteudo é variavel segundo o tumor é ou não acompanhado de leucocythemia, havenda no primeiro caso abundancia de leucocytos, e no segundo sangue normal.

Todos estes detalhes se referem ao lymphadenoma verdadeiro.

As outras variedades, sujeitas, como já disse a interpretações differentes, são caracterisadas ou pela forma espessa e fibrosa do reticulo, ou pela natureza, forma e volume dos elementos cellulares, como no lympho sarcoma, cujo estudo me parece dever incluir-se com mais propriedade na classe dos sarcomas.

Ha outras variedades, como a do lym-

phadonoma melanico cujo tecido é infiltrado pelo pigmento do mesmo nome, e a do lymphadenoma hematoide descripto por Fouilhoux, mas todas de importancia secundaria.

Origem e evolução — Para mais facilidade de estudo e para que a observação seja completa, deve estudar-se o seu desenvolvimento n'um órgão onde, normalmente, não exista tecido adenoide; por exemplo: no figado, no rim, etc. Dada a incidencia da causa morbida, qualquer que seja, é natural que acudam as cellulas lymphaticas como primeiros defensores do organismo, estabelecendo-se desta forma o primeiro foco gerador do lymphadenoma. Concluida assim a primeira *etape* evolutiva mais embryonaria, começa a esboçar-se o fino reticulo, tornando-se cada vez mais perceptivel e caracteristico.

As modificações que se podem dar no tecido do tumor são relativamente raras, ao passo que são muito frequentes nos sarcomas e epitheliomas, como ainda recentemente provaram Deutu, Cornil e Lejars ⁽¹⁾ com varias observações; a suppuração, a caseificação, e a ulceração, são, emfim, excepcionallissimas.

(1) *Semaine Medicale*. 10, 17 e 24 de fevereiro de 1904.

Encontram-se, ás vezes, fócios hemorrhagicos devido, segundo Ranvier, a rupturas de capillares produzidos pela accumulacão de globulos brancos. Esta leucocytose concomitante explica as hemorrhagias, não só nos tumores, como no cerebro, figado, rins, etc., chegando a produzir no figado ascite e no pulmão dyspnêa, independentemente dos tumores lymphaticos muitas vezes constatados n'estas visceras.

Como tumor primitivo, desenvolve-se, geralmente, n'um ganglio ou órgão lymphoide e raras vezes n'uma viscera. Qualquer que seja o órgão primitivamente invadido, a progressão faz-se sempre no sentido do curso da lymphá, o que explica a propagação mais ou menos rapida do neoplasma aos ganglios visinhos, e, frequentemente, ás visceras.

São producções ordinariamente invasoras tendendo a fundirem-se n'uma massa, que pode tornar-se homogenea no centro, á medida que o neoplasma augmenta em extensão; podem igualmente englobar os órgãos da região e comprimil-os pouco e pouco, ou desvial-os quando apresentam uma certa mobilidade.

A propagação póde fazer-se pela via sanguinea. As modificações do sangue, que consistem no augmento dos globulos bran-

cos, não são constantes, como já referimos anteriormente.

Na minha observação não pude, como já disse, verificar se começou pela amygdala ou pelos ganglios.

O seu estudo anatomico não o pude fazer, porque nem sequer se fez a extirpação da amygdala como tratamento palliativo.

Mas, do exame do doente e da historia da doença, creio bem poder concluir-se que se tratava d'um lymphadenoma.

SYMPTOMATOLOGIA E EVOLUÇÃO CLÍNICA

Os symptomos são de tal modo variaveis, que é quasi impossivel traçar um quadro geral desta affecção. Não é effectivamente uma doença cyclica, de evolução regular, de duração bem determinada e marcha uniforme; os aspectos da doença variam segundo a localização primitiva. Eis o motivo que nos obriga a uma descripção subordinada principalmente á evolução do lymphadenoma ganglionar; é esta a que mais se harmonisa com a nossa observação.

A evolução do lymphadenoma divide-se geralmente em 4 periodos: 1.º periodo prodromico muito mal definido (Demange). 2.º periodo de iniciação tumoral. 3.º periodo de propagação. 4.º periodo cachético.

1.º PERIODO. — Os prodromos são muito

variaveis, podendo mesmo faltar ou passar despercebidos. E', muitas vezes, no curso d'uma doença florescente, em apparencia, que sobreveem os primeiros accidentes. Um emmagrecimento lento e continuo, dyspnozia com perda de appetite e diminuição de forças, taes são as perturbações que se encontram no começo de grande numero de observações; ás vezes ha suppressão das regras, outras vezes metrorrhagias; a diarrhea e os suores são mais frequentes e muitas vezes acompanhados de ligeiros accesos febris, irregulares e muito fogazes. Esta maneira vaga e incaracteristica de se fazer annunciar será mais propria das manifestações lymphadenoides primitivamente profundas; pelo menos, o doente que observei diz não as ter experimentado.

2.º PERIODO.—A doença começa, na maioria dos casos, pelos ganglios superficiaes do pescoço, (1) e pelo ataque d'um unico ganglio; este engorgita-se, torna-se movel, elastico, volumoso e indolente (2), caracter que o faz passar muitas vezes des-

(1) Brousses—Em 111 casos de lymphadenia ganglionar, começou 63 vezes pelos ganglios do pescoço.

(2) Ha raras excepções: a de Langhaus, citada por Humbert, e a de Dagron, Bull. de la Soc. Anot., 1889.

apercebido; este periodo de indiferença varia d'alguns mezes a um anno.

3.º PERIODO. — O tumor primitivo desenvolve-se, augmenta de volume, e, em volta d'elle, apparecem novos tumores que crescem rapidamente, fundindo-se e constituindo uma massa lobulada, uni ou bilateral, sem adherencias á pelle; esta acompanha a hypertrophia ganglionar sem perda dos seus caracteres normaes. E' muito raro a doença circunscrever-se a um ganglio unico, o qual, n'este caso, toma um desenvolvimento enorme. Profundamente, a massa morbida diffunde-se, engloba ou invade os orgãos fixos e desloca os que são susceptiveis d'uma certa mobilidade. D'ahi resultam perturbações funcçionaes, dôres e desordens geraes variaveis, segundo a região invadida.

Quenu diz que os phenomenos dolorosos e funcçionaes não resultam simplesmente da compressão dos nervos e dos orgãos por um tumor mais ou menos volumoso; mas tambem da constricção exercida por tecido de sclerose que, a exemplo do carcinoma, acompanha muitas vezes o lymphadenoma. Estas perturbações aggravam-se consideravelmente com a invasão dos ganglios mediastinicos, o que explica o apparecimento de tosse, dyspnêa, perturbações cardiacas, dysphagia, cyanose, edemas da face e tronco,

etc. Notou-se algumas vezes a anesthesia de varios filetes nervosos. A doença, na sua marcha, pode affectar um só lado do corpo, mas tambem pode localisar-se e propagar-se symetricamente, attingindo todos os órgãos superficiaes.

A hypertrophia dos ganglios profundos é muito mais difficil de reconhecer; a variedade thoracica pode determinar todo o cortejo symptomatico de adenopathia bronchica e tumores do mediastino: dyspnêa, aponia, *cornage*, dysphagia e edemas dos membros superiores. E se a estes symptomas não veem juntar-se os tumores ganglionares superficiaes, o diagnostico pode ser dos mais obscuros.

As massas ganglionares abdominaes são tambem difficeis de constatar; dão egualmente symptomas de compressão, taes como edemas dos membros inferiores, ictericia e ascite (Leudet). A leucemia, phenomeno grave, apparece habitualmente n'este periodo; mas pode fazer falta em casos da maior malignidade. A hypertrophia do baço, que se encontra em mais de metade dos casos, tambem costuma apparecer nesta altura, assim como a do figado.

O lymphadenoma amygdaliano, de começo gradual e lento, o mais das vezes unilateral esquerdo, d'aspecto acinzentado,

friavel, pode attingir um volume consideravel e determinar dysphagia e accessos de suffocação; mas só a invasão ulterior dos ganglios cervicaes, axillares, etc., ⁽¹⁾ ligada aos progressos da cachexia, pode fazer pensar na malignidade da affecção. ⁽²⁾

4.º *periodo*—o ultimo periodo é caracterizado pela infecção geral, desfallecimento e cachexia. O doente chega á emaciação mais completa. A pelle toma um aspecto de pallidez; «ce n'est ni la couleur jaune-paille du cancéreux, ni la teinte terreuse des cachexies palustres, ni le teint blanc-mat-eodemateux des albuminuriques;» ⁽³⁾ é a cor da anemia mais pronunciada a que Wilks chamou anemia lymphatica. A par da infecção desenvolvem-se tumores secundarios em grande numero de visceras e até nos ossos. Pouco e pouco os edemas se declaram.

Não se tem encontrado assucar nem albumina nas urinas, apenas augmento de uratos e acido urico, e diminuição de chloretos, phosphatos e sulfatos.

As perturbações digestivas augmentam:

(1) Obs de Panas, Moxon.

(2) Demange.

(3) Isambert. Art. Leucocythemie, Dict. encycl.

lingua secca e fuliginosa, gengivas sangrantes, sede, vomitos e diarrhea.

As hemorragias sobreveem por diferentes vias: purpura, epistaxis, e principalmente hemorrhegias intestinaes; a hemorrhagia do baço pode conduzir á peritonite; a hemorrhagia cerebral pode igualmente dar-se (Olivier e Troisier).

Neste periodo a pelle torna-se algumas vezes bronzeadada; sobreveem suores profusos e accessos febris.

A intelligencia persiste ordinariamente em toda a sua integridade; apenas se tem notado algumas vezes, neste ultimo periodo, manifestações delirantes (Kelsch). Emfim, o doente succumbe no marasmo, se não tem já succumbido, como succede quasi sempre, aos progressos dos edemas, ás hemorrhagias ou outras perturbações funcionaes.

Esta evolução dura ordinariamente de dois a tres annos.

Tal é a evolução clinica mais ou menos geral do lymphadenoma.

No doente que observei não houve periodo prodromico. No 2.º periodo começou pelo ataque d'um unico ganglio e seguiu rigidamente a marcha acima descripta.

No 3.º periodo seguiu igualmente a marcha ordinaria propagando-se e produzindo dores compressivas. Havia dysphagia, dyspnêa e pulso fraco e lento. Não encontrei zonas d'anesthesia, se bem que a sensibilidade geral me parecesse ligeiramente embotada. Não havia leucemia; apenas um augmento consideravel de lymphocytos.

A doença entrava francamente no 4.º periodo, pois o deperecimento do doente era já muito sensivel, se bem que ainda não houvesse edemas nem hemorragias profusas.

DIAGNOSTICO CLINICO

O lymphadenoma é sempre difficil de reconhecer no seu inicio, sobretudo quando se desenvolve em regiões profundas, onde se denuncia apenas por signaes subjectivos. Superficialmente, o diagnostico é mais simples, sem com tudo deixar por vezes de offerer alguma difficuldade.

Será principalmente o diagnostico do lymphadenoma ganglionar superficial que constituirá este pequeno trecho do meu trabalho, por ser o que mais directamente se relaciona com a observação que apresento.

Quaes as lesões ganglionares que mais se podem confundir com o lymphadenoma?

Citaremos, entre as que mais geralmente se apontam, a adenite chronica simples, a adenite tuberculosa, a pleiade ganglionar syphilitica e o cancro.

Adenite chronica simples — Para ajuizarmos da existencia d'esta affecção, devemos investigar se existe alguma lesão na esphera dos ganglios affectados, que podesse ter servido de porta d'entrada a qualquer agente infeccioso; se o doente accusa dor, mais ou menos intensa á pressão, e se os commemo-rativos excluem a idêa d'outra entidade morbida. Se nada revelarem estes principaes meios de investigação, é-nos licito pensar na existencia d'outra entidade morbida, clinicamente, é claro.

Adenite tuberculosa — E' esta uma das doenças que mais obscurece o diagnostico, principalmente no começo do lymphadenoma. Todavia um exame minucioso pode remover, em grande parte, a difficuldade. Esta doença não tem uma evolução regular bem conhecida; mas, entre os varios recursos de pesquisa, é possivel encontrar algum indicio que nos esclareça o diagnostico. Devemos, pois, investigar se os ganglios tendem ao amolecimento; se ha periadenite; se o periodo de mobilidade e independencia é longo e ás vezes entrecortado de *poussées* agudas; se a analyse dos escarros revelou bacillo de Koch, ou se o exame d'outras visceras se torna suspeito; se nos antecedentes morbidos, pessoas e hereditarios, se descobre indicios de tara tuberculosa. Qualquer d'estas

investigações nos pode pôr na pista do verdadeiro diagnostico. Demais, a adenia costuma propagar-se muito mais cêdo e nunca a tuberculose attinge a enorme esphera de generalisação que constitue o *cachet* da adenia (Demange). A principio, porem, tudo pode falhar; estes dois tumores, no começo, teem caracteres communs (S. Duplay). Este auctor diz a proposito do diagnostico dos tumores do pescoço: «como distinguir, a principio, uma adenite tuberculosa d'um lymphadenoma?

Podem apresentar o mesmo volume e a mesma forma; são moveis sob a pelle e sobre o plano profundo, fixados em certos casos pela contracção do musculo sternomastoideo; teem a mesma sede de predilecção (angulo da maxilla, região submaxillar, cadeia carotidiana); podem collacar-se ambos symmetricamente e apparecer na mesma idade, posto que a adenite escrofulosa seja mais frequente na juventude. Todavia cada um d'elles apresenta as suas particularidades. O lymphadenoma tem uma consistencia igual e dá aos dedos uma sensação semelhante á do parenchyma renal. A adenite tuberculosa, pelo contrario, pode ter uma consistencia desigual e apresentar pontos duros e molles. O lymphadenoma é relativamente mais raro do que a adenite tuber-

culosa. A adenite tuberculosa suppura, o lymphadenoma jamais. Todas as vezes que se perceber fluctuação, mesmo de periadenite, ou se constatar uma fistula ou cicatriz d'um antigo abcesso, poder-se-ha pôr o diagnostico firme de adenite tuberculosa.

Emfim, pode-se diagnosticar um lymphadenoma quando se encontrar em presença d'um tumor de volume consideravel; quando se encontrar ganglios attingidos da mesma lesão nas axillas, regiões inguinaes ou outras; quando se constatar um tumor da mesma natureza n'um outro orgão; quando se descobrir ao mesmo tempo uma hypertrophia do baço, das amygdalas ou do corpo thyroideo; e emfim quando a numeração dos globulos do sangue demonstrar um augmento dos leucocytos».

Fiz esta transcripção para que a auctoridade de Duplay viesse confirmar o diagnostico da minha observação pessoal.

E, a proposito desta doença, não posso deixar de apresentar uma outra

Observação pessoal

M. V. J. de 42 annos d'idade, casada, jornaleira, natural de Ovar, entrou na enfermaria n.º 8 do Hospital Geral de Santo

Antonio (clinica cirurgica da escola) em 11 de abril de 1904, por causa d'uma tumefacção que apresentava no lado direito da região cervical.

Exame local — A' inspecção notava-se uma tumefacção grande, do tamanho d'um ovo de galinha, começando logo por baixo do pavilhão da orelha direita e estendendo-se, immediatamente por traz do angulo da maxilla, até á região sub-maxillar. A cor da pelle é sensivelmente normal; apenas um ligeiro rubor na parte superior. A' palpação reconhece-se que o tumor é formado pela fusão de dois outros tumores mais pequenos, o mais desenvolvido dos quaes fica na parte superior; na região sub-maxillar ha um 3.º ganglio, muito menor, prestes a fundir-se com o mais inferior do tumor. Esta fusão da-lhe o character de *bosselado*; são moveis, lisos, não adherentes á pelle.

A' pressão a doente sente uma dor pouco intensa e não se nota amollecimento, a não ser uma ligeira depressão na parte superior do ganglio superior; e, a não ser isto, a consistencia é regular e igual por todo o tumor; a forma dos tumores parciaes é mais ou menos espherica.

Exame a distancia — Ha cadeias ganglionares desenvolvidas que circundam o tumor e se estendem até á região supraclavicular.

Do lado esquerdo do percoço não ha repercussão ganglionar; existe muito nitida na axilla direita e nas duas regiões inguinaes. As amygdalas não se encontram hypertrophiadas.

Do lado dos appparelhos não encontrei outras perturbações, a não ser uma certa prisão de ventre. Não havia hypertrophia do baço nem lesão pulmonar.

A analyse do sangue feita a 13 de abril deu o seguinte resultado:

Globulos rubros 4.370:000 por m. m³
 » brancos 3:400 » »

A percentagem dos differentes globulos brancos é a seguinte:

Polynucleares	52
Lymphocytos	10
Mononucleares.	14
Eosincphylos	24

Ha redução no n.º de globulos, principalmente dos brancos, assim como uma eosinophilia pronunciadissima.

Antecedentes pessoas — A doente apenas se lembra de ter passado por varios estados febris, um dos quaes a reteve cerca

d'um mez na cama; eram acompanhados de perturbações digestivas.

Antecedentes hereditarios — A mãe, saudavel emquanto nova, queixava-se ultimamente de dores no peito onde lhe deitaram muitos causticos, assim como de falta d'ar; tinha espectoração abundante. O pae nada offerece de interesse. De 9 irmãos, só existem 2; dos fallecidos sabe que morreram 3 de tuberculose authentica, ignorando a causa da morte dos restantes. Mais nada de importante na pathologia da familia.

Historia da doença — Ha mais de 4 annos que lhe appareceu, sem causa apreciavel, um pequeno tumor na parte superior da região carotidiana; nunca lhe ligou grande importancia, visto não se desenvolver; conservou-se neste estado de indolencia e sem augmentar de volume até principios de outubro passado.

Por essa data augmentou consideravelmente de volume. Procurando um medico, este deu-lhe uma pommada, sob a acção da qual o tumor se desenvolvia ainda com mais rapidez; abandonada esta, o tumor diminuia um pouco para dentro em breve continuar a sua marcha. Outros tumores foram apparecendo successivamente.

Por vezes, diziam-lhe que o tumor diminuia para de novo augmentar, mesmo fora

da acção da pomada. Ultimamente, consultando varios medicos, todos lhe indicaram a extirpação, motivo pelo qual recolheu ao hospital.

Esta doente, á simples inspecção, foi considerada como portadora d'um lymphadenoma, motivo pelo qual m'a distribuiu o Ex.^{mo} professor de clinica cirurgica. Apoz porem o exame a que procedi e de que acima deixo a rapida descripção, apresentei o diagnostico de *adenopathia tuberculosa*, fundando-me no ligeiro rubor da pelle, na dor á pressão, na pequenina depressão, na grande tara hereditaria, no longo periodo de immobildade e indolencia e nas varias *poussées* caracterisadas por augmentos a diminuições successivas do tumor.

Apesar de tudo, foi-lhe prescripto o tratamento assenical em doses crescentes; o resultado porem foi nullo, apesar de muitos auctores dizerem que a maior parte das curas de lymphadenoma, temporarias ou definitivas, realisadas pelo assenico, não passam de adenopathias tuberculosas.

Não quero tirar d'aqui conclusões geraes; cito apenas o facto: o Licor de Fowler

não deu resultado n'um caso de adenopathia tuberculosa.

Esta medicação foi substituída pela iodada com o mesmo resultado, até que, a 20 de maio, se procedeu á extirpação dos 3 ganglios cervicaes.

A analyse histologica e bacteriologica d'estes confirmou o diagnostico, sendo a conclusão do Ex.^{mo} Director do Laboratorio Nobre a seguinte:

«Associando os resultados do exame microscopico com os caracteres anatomo-pathologicos dos ganglios, pode-se concluir por tuberculosa ganglionar chronica (adenite tuberculosa chronica)».

O diaganostico pois da tuberculose ganglionar, depois d'um exame minucioso, não me parece tão difficil como geralmente se diz, sobretudo n'uma epoca um pouco affastada do inicio da lesão.

A *adenopathia syphilitica* è em geral facil de reconhecer; já pela forma, volume, numero e consistencia dos ganglios attingidos; já por causa d'outros ganglios, como os da virilha, suboccipitales e epitrochleanos; já pelos antecedentes e coexistencia de manifestações multiplas; já pelo tratamento especifico.

O *cancro* primitivo dos ganglios é uma affecção extremamente rara. Todavia, se o

tumor for duro, irregular, adherente á pelle, em geral muito doloroso e de desenvolvimento rapido; se o tumor tomou dimensões consideraveis em alguns mezes; se faz uma saliencia mais ou menos arredondada rocoberta d'uma rede venosa muito desenvolvida, ou começa a ulcerar-se dando logar de tempos a tempos a hemorrhagias abundantes; pensar-se-ha no cancro que pode desenvolver-se em todos os orgãos constitutivos do pescoço (Duplay).

Eis, em resumo, as principaes indicações para o diagnostico clinico do lymphadenoma ganglionar.

No nosso caso de lymphadenoma, excluida a adenite simples por falta de dor mesmo á pressão, e pela ausencia d'outras lesões, segundo informações do doente; excluida a adenopathia syphilitica pela forma, antecedentes, etc.; excluido o cancro pela sua raridade, falta de adherencias, dor, ulceração, etc.; restava-nos só a adenopathia tuberculosa, que excluimos por fim, fundados em que não havia amollecimento nem periadenite, que o periodo de immobilidade e independencia foi curto e sem *poussées* agudas, que o doente não apresentava suspei-

tas de tuberculose pelo exame das visceras nem pelos antecedentes morbidos. Havia alem disso a hypertrophia da amygdala considerada por S. Duplay como elemento decisivo de diagnostico. A idade, a propagação rapida e larga, a sensação de parenchyma renal, a falta de suppuração com tamanho volume, tudo fallava em favor do lymphadenoma, sem que houvesse um indicio, como os que encontrei na 2.^a observação, que fallasse em favor da tuberculose.

PROGNOSTICO E TRATAMENTO

Apesar dos numerosos casos de cura publicados por vários auctores, nomeadamente Billroth, 1871, Panas, 1873, Tholen, 1874, Czerny, Winivarter, Terrillon, Reclus, 1889, Barth, Drew, 1892, etc., o lymphadenoma é considerado como um neoplasma essencialmente maligno, cuja evolução conduz fatalmente á morte. A maior parte das curas são consideradas por Brousses e Gerardin como temporarias. Outros como Quenu, Terrier, Ricard, (1) etc., dizem que os casos de cura se applicam provavelmente a outras lesões mal determinadas.

Dá vontade de perguntar: em tantas

(1) Discussão na Soc. Chirurg. nov., 1889, e Congris de chirurg. 1889.

observações não haverá uma verdadeira? Talvez não. Nem mesmo a cura que observei me auctorisa a proclamar o contrario, por emquanto. O que é certo, porem, é que o doente que observei sahi curado no dia 19 de março de 1904, e até hoje, segundo informações directas do doente, não houve repullulação.

O facto porem é que, até hoje, nenhum tratamento foi considerado efficaz.

Ha campo aberto a todas as tentativas therapeuticas.

Parece-me porem que o *tratamento medico* é o que offerece presentemente mais probabilidades de bom exito.

Varias medicações internas, acompanhadas ou não de topicos, teem sido ensaiadas. Entre outras, figuram o ferro, a quinina, iodeto de ferro e potassio, o mercurio, o óleo phosphorado, as injeções intersticiaes de tintura de iodo e o arsenico. Grisolle aconselha banhos salgados, sulfurosos e douches frias. Destas, é a medicação arsenical a que se tem empregado com mais vantagens. Foi Billroth o primeiro que a experimentou em 1871, combinando a medicação interna com a injeção intersticial ⁽¹⁾. Começava por administrar X gottas de licor de Fowler e

(1) Billroth, Path. chir., 1887.

injectar II no tumor; de 3 em 3 dias augmentava a dose interna de II gottas até sobrevirem symptomas de intoxicação; em seguida diminuia a dose para tornar a recommear, e assim successivamente, durante longo periodo; o numero das gottas injectadas não excedia VI. E, d'esta forma, diz ter obtido resultados brilhantes.

Desde então numerosos casos de cura pelo arsenico teem sido publicados, taes como os de Czerny, Winiwarter, Karewsky, Reclus e tantos outros.

Gaston Lyon diz: entre todas as medicações, uma só merece consideração: é a medicação arsenical, que deu melhoras incontestaveis, mesmo curas difinitivas, segundo alguns auctores, mas que não são absolutamente admittidas. Nota-se, emfim, grande repugnancia em acceitar como verdadeiro qualquer caso de cura. Todavia, sem querer impor o diagnostico, parece-me que as indicações tiradas da minha observação clinica são de molde a deixarem pouca duvida ácerca da natureza da doença; e, a não ser que o tempo me convença do contrario, a cura deu-se.

Quenu, Terrier e outros, dizem que só o exame histologico os convencerá. Reclus, que partilhava igualmente d'este scepticismo, apresentou em 1889 um certo nu-

mero de exemplos de cura de lymphadenoma á *Societé Chirurgie*. Se no seu espirito se operou tal mudança, não foi, decerto, senão depois d'um porfiado estudo experimental, que o levou á convicção de que o lymphadenoma é reconhecível clinicamente.

No que todos concordam é em que se deve recorrer ao licor de Fowler, em altas doses, e durante longo tempo. Segundo o relato d'uma observação apresentada á Sociedade clinica de Londres, 27 de maio de 1892, Drew deu o arsenico até á dose enorme de 100 gottas de licor de Fowler. Naturalmente para que se opere, não só uma modificação profunda, mas estavel, duradoura.

O tratamento cirurgico nunca seguido pelos que consideram a doença como uma diathese, pois que neste caso não se debella pela supressão d'uma das suas manifestações, poucos partidarios tem dos que a consideram uma doença local. Trelat chega a dizer que a extirpação accelera a marcha da doença. Apesar disso, alguns auctores como Panas, Humbert e Verneuil, aconsellham a extirpação dos lymphadenomas localisados, accessiveis, quando o baço está indemne e não ha leucocythemia. Quenu cita algumas observações de cura apresentadas á Sociedade de Cirurgia por Vernuil e Terrier.

Attenta a sua rapida generalisação, tal processo de cura deve ser bastante problematico.

No nosso caso o prognostico foi sombrio, já pela larga generalisação, já porque a maior parte dos auctores lhe assignalam uma terminação fatal. Felizmente ha hoje a registrar mais esta excepção.

O tratamento seguido foi o arsenical, em doses crescentes; e com tão bom resultado, que a cura é hoje um facto.

Demais, como mui judiciosamente diz o Snr. Dr. Pires de Lima no «Porto Medico», não lhe aproveitaria de egual forma o mesmo tratamento em caso de recidiva? E' de crer que sim. O licor de Fowler tem portanto um grande valor therapeutico.

Termina com este capitulo a descripção, a traços largos, da entidade morbida que escolhi para assumpto da minha these. reconheço não estar sufficientemente desenvolvida; mas tambem da leitura das poucas obras scientificas, que pude collegir sobre o assumpto, me nasceu a convicção de que pouco poderia haurir que viesse supprir

a minha incompetencia, attentas a disperção do assumpto e a falta de tempo para a sua completa coordenação.

E lá diz o divino Hippocratis: *vita brevis, ars longa.*

Creio comtudo ter reunido o sufficiente para dar uma idêa geral da doença.

TERCEIRA PARTE

Algumas considerações sobre o emprego do arsenico em casos de lymphadenoma

Seria interessante conhecer a acção intima do arsenico em face d'um caso d'esta natureza hoje que todos se esforçam por fazer desaparecer o empirismo e *quid divinum* d'outros tempos.

Qual será, pois, n'este caso, o processo de cura do arsenico, o seu *modus agendi*? Como descobril-o?

Affigura-se-me problema impossivel de resolver, emquanto não possuirmos o conhecimento exacto da verdadeira causa desta doença. Descoberta a causa e pathogenia, mais facilmente se descobriria se o arsenico é um medicamento etiocratico ou physiocratico. Antes disso, tudo incerteza, tudo hypotheses.

A' falta porem de melhor, é forçoso

admittil-as preferindo aquellas que o maior numero de factos confirma (Claude Bernard). O proprio Sousa Martins dizia nas suas «Lições de Pathologia Geral»: a hypothese é imprescindivel na sciencia; porque ella é como uma lampada que nos allumia nas trevas.

E tal hypothese, para ser accetavel, entendo que deve ser deduzida do confronto da acção physiologica do arsenico com a physiologia pathologica do lymphadenoma.

Que sabemos nós da acção physiologica do arsenico?

O estudo experimental diz-nos que o arsenico, apesar de diminuir as combustões organicas, activa toda a nutrição geral. E' um tonico que tende a normalisar todas as funcções, levantando lentamente as forças, desde que não, atinja uma dose toxica.

Não é como o alcool que levanta as forças de prompto nos estados adynamicos por meio de excitação nervosa e, por isso mesmo, de pouca duração; o arsenico parece actuar mais directamente sobre a propria cellula, produzindo uma modificação mais profunda e duradoura. E assim augmenta a resistencia do organismo ás differentes causas morificas.

E', alem disso, considerado como um autiseptico energico (Manquat).

Estará esta acção em perfeita opposição com a physiologia pathologica da doença que estudamos? Assim parece, como vamos ver. O lymphadenoma, afóra as perturbações d'ordem mechanica que pode produzir, é essencialmente depressor. Reduz e enfraquece a actividade funcional até conduzir á cachexia mais completa.

Na minha observação pessoal era evidente esse deperecimento geral: anorexia, pulso fraco e lento, emmagrecimento, tudo, emfim, dava impressão de desfallecimento e inactividade.

D'este ligeiro quadro comparativo se infere que a medicação arsenical, dada mesmo a falta de conhecimentos etiologicos, é muito racionalmente applicada.

Mas muito melhor se justificaria o seu emprego e seus bons resultados, se a causa do lymphadenoma fosse averiguadamente parasitaria. N'esse caso, o arsenico seria ao mesmo tempo um medicamento physiocratico augmentando a resistencia do organismo, e um medicamento etiocratico actuando directamente sobre a causa pelas suas propriedades antisepticas.

E aqui, como em nenhum outro tumor, tudo faz prever que tal se verifique.

Ao terminar esta pequena parte do meu trabalho apenas me occorre perguntar: qual

a razão porque, n'este caso, eguaes beneficios ao do arsenico se não podem obter por outros tónicos, como o ferro, aquina, etc.?

A differença da sua acção physiologica faz-nos concluir que esta desigualdade d'effeitos resulta, ou da ausencia de poder antiseptico, ou da fraca energia da sua acção em relação á do arsenico.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — As fibras dos nervos opticos não se cruzam só no chiasma.

Physiologia. — O succo gastrico não é preciso para a digestão.

Pathologia geral. — Toda a doença geral teve sempre uma causa local.

Materia medica. — O alcool não é um elemento de poupança

Anatomia pathologica. — Antes da cascificação não ha característica para o nódulo tuberculoso.

Pathologia externa. — O tratamento palliativo das hernias pode tornar-se curativo nas creanças.

Pathologia interna. — O estado dos nossos conhecimentos não permite considerar a tuberculose como uma doença essencialmente infecciosa.

Medicina operatoria. — A anaplastia não deve seguir-se immediatamente á extirpação d'um epithelioma.

Hygiene. — E' condemnavel o processo da canalisação dos esgotos para os rios.

Obstetricia. — A contracção uterina é uma preparação e não a causa efficiente do descollamento placentario.

Medicina legal. — O art. 250.º do Codigo Penal pode envolver uma injustiça.

Visto

O Presidente,

Illidio do Valle

Póde imprimir-se

O Director,

Moraes Caldas

ERRATAS

Paginas	Linhas	Onde se lê	Deve lêr-se
23	8	e á mingua	e a mingua
25	27	cabe	cale
60	3	doença	saude
60	3	dyspopsia	dyspepsia
84	4	Hippocratis	Hippocrates
86	19	que não, attinja	que não attinja
88	2	ao do arseuico	aos do arsenico
