

Breves considerações
sôbre a adenopatia
traqueo-brôn-
quica tuberculosa
na infância

171/6 FMP

*Impresso em máquina "Marinoni,"
na TIPOGRAFIA MINERVA de Gaspar Pinto de Sousa
& irmão, Vila Nova de Famalicão*

José Maria da Costa Júnior

6

Breves considerações
sôbre a adenopatia
traqueo-brônquica
tuberculosa na in-
fância.

Tese de doutoramento
apresentada à
Faculdade de Medicina do Porto

171/6 FMP

Junho de 1918

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

Cândido Augusto de Pinho

SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

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

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

Aos meus extremos Pais

*Nunca esquecerei a vossa
santa amizade, tão grande
como a vossa virtuosa ca-
tação.*

A meu Irmão e Padrinho

A minha gratidão
por tantas provas de amizade

Aos meus Irmãos:

ADELAIDE

TEREZA

LAURA

ALBERTINA

E LUÍS

Um afectuoso abraço do

José.

Aos meus Cunhados:

Joaquina Meireles da Costa

Alberto Coelho Nogueira

José Barreto Guimarães

A expressão da minha devotada
simpatia.

A todos os meus amigos

Aos meus discípulos

Aos meus contemporâneos.

Ao ilustrado Corpo Docente

da

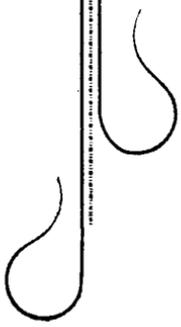
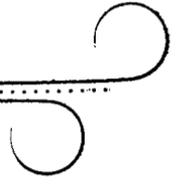
Faculdade de Medicina do Porto

Ao illustre Professor

Dr. Almeida Garrett

Dignissimo Presidente desta tese

*A nossa admiração pelas
vossas elevadas qualidades
de intelligência e saber.*



DUAS PALAVRAS

Elaborar e escrever uma tese sobre um assunto original, médico ou cirúrgico, constitue, hoje mais do que nunca, tarefa embaraçosa e delicada, sobretudo para quem, como nós, logo ao sair da Faculdade, vê todo o tempo disponível absorvido no desempenho de funções, desde a de médico militar até à de autoridade sanitária.

Mas como o tempo passa e não é nossa pretensão trazer à sciência novas ideias ou conhecimentos, mas somente temos em vista satisfazer ao último requisito que a lei nos impõe para obter o diploma de doutoramento, resolvemos, apelando para a consideração e benevolência do Ex.^{mo} Juri, apre-

sentar êste modesto e resumido trabalho, sôbre — a adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa na infância —, que, sendo de grande importância prática, procuramos abordar com o critério clínico que reflecte o espirito d'observação e os ensinamentos colhidos no *Dispensário do Porto da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, aonde, durante quasi dois anos, os dois últimos do nosso curso, seguimos a consulta de *Pediatria*.

A matéria desta dissertação está disposta segundo a orientação seguinte:

Cap. I— *Historia.*

- » II— *Considerações sôbre anatomia normal e patológica.*
- » III— *Etiologia e patogenia.*
- » IV— *Sintomas.*
- » V— *Diagnóstico clínico e radiológico.*
- » VI— *Prognóstico.*
- » VII— *Tratamento.*
- » VIII— *Observações pessoais: Conclusões.*

*

* *

Aos Ex.^{mos} Drs. Almeida Garrett e Sousa Feiteira, ao primeiro que muito amavelmente nos ofereceu todos os esclarecimentos que carecíamos, dando-nos por último a honra de presidir a este acto, e ao segundo pelo auxilio que se dignou prestar-nos, ajudando-nos nos exames radioscópicos, o nosso profundo reconhecimento.

«A adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa na criança, primeira lesão da infecção bacilar, desempenha um papel capital na evolução da tuberculose infantil como na história clínica e anatômica das doenças das primeiras idades.»

DR. LÉON BÉNARD.

CAPÍTULO I

HISTÓRIA

O estudo anatomo-clínico das lesões dos grupos ganglionares que cercam a traqueia e suas terminações brônquicas é de data relativamente antiga, mas só foi considerado completo muito recentemente.

O estudo radiológico é dos últimos anos.

Entre os autores antigos, citaremos Wrisberg, Sénac e Hilden.

Segundo Barety, o trabalho, que êle considera já completo, remonta de

1870, em que Lalouette no seu *Traité des escrofules* descreve as modificações que sofrem os gânglios mediastínicos assim como as perturbações funcionais que com êles se relacionam; estuda as degenerescências que atingem os gânglios, considerando certos enrouquecimentos, a asma, a tosse persistente e coqueluchóide como dependentes desta afecção.

Em 1824, Leblond disserta uma tese subordinada ao tema *Sur une espèce de phtisie particulière aux enfants*.

Êste trabalho é constituído por sete observações, representando os tipos mais comuns destas lesões (compressão simples e comunicação da cavidade ganglionar com os brônquios e o esófago).

Becker, em 1826, desconhecendo a tese de Leblond, publicou em Berlim uma monografia mais completa sôbre as alterações anatómicas dos gânglios brônquicos.

Em 1834, Ley; Bequerel, em 1841; Berston, em 1842, apresentaram dife-

rentes trabalhos sôbre o estado mór-
bido dos gânglios torácicos.

Rilliet e Barthez, em 1861, escre-
veram o seu *Traité des maladies de
l'enfance*, dedicando um extenso capi-
tulo às adenopatias traqueo-brônqui-
cas.

Mais tarde, Gueneau de Mussy em
1868 a 1885, precisa melhor as no-
ções anatómicas e etiológicas; as suas
ideias são expostas na tese de Baretz,
escrita em 1874.

Simon, estuda as fórmas não tu-
berculosas, que tiveram discussão da
parte de Cadet e Gassicourt.

Nestes últimos anos, a adenopa-
tia tuberculosa tem sido bastante es-
tudada, merecendo a atenção de dife-
rentes autores.

A sua freqüência considerável, foi
bem estabelecida por Hanshalter e
Fruhinholtz, Stuka e Hanburger, que
a consideram como a localização mais
habitual da tuberculose infantil.

Parrot, em 1886, considera todas
as adenopatias como a consequência
duma lesão pulmonar inicial.

Os novos estudos de Berhing, Calmette e Vallé, demonstram que as doutrinas de Parrot não são verdadeiras, chegando à conclusão de que os gânglios traqueo-brônquicos podem tuberculizar-se por outra via além da pulmonar.

Barthez e Sanné no seu tratado *Maladies de enfance* ocupam-se extensamente da adenopatia traqueo-brônquica e póde dizer-se que junto com os trabalhos de Marfan, Grancher, Comby, Hutinel e E. Weill, formam o todo mais completo que sôbre êste assunto se tem escrito até hoje.

Na nossa literatura médica muito pouco se encontra escrito sôbre êste tema, e que nós conhêçamos apenas o Dr. Almeida Garrett faz menção de alguns casos na sua monografia *Contribuição para o estudo do diagnóstico precoce da tuberculose* (Janeiro de 1916).

CAPÍTULO II

Considerações sôbre anatomia normal e patológica

No estado normal, os gânglios do mediastino encontram-se perdidos no tecido celular e só alguns dêles são facilmente visíveis; razão esta, que torna a sua descrição exacta, bastante difícil.

Barety distingue quatro grupos:

- 1.º — Os gânglios pretraqueo-brônquicos direitos (justa-traqueais direitos de Hutinel).
- 2.º — Os gânglios pretraqueo-brônquicos esquerdos (justa-traqueais esquerdos de Hutinel).
- 3.º — Os gânglios inter-tráquicos.
- 4.º — Os gânglios inter-brônquicos.

— O grupo petraqueo-brônquico direito, está situado do lado direito da traqueia no ângulo formado por esta e o brônquio direito. Êste grupo é mais volumoso que o seu homólogo do lado esquerdo e está em relação, anteriormente, com a veia cava superior e a crossa da aorta; posteriormente, com o pneumogástrico direito; à direita com o lóbo superior do pulmão direito; à esquerda com a traqueia; inferiormente, com o brônquio direito, a grande veia azigos e o ramo direito da artéria pulmonar; superiormente, com a artéria sub-clávia enlaçada pelo nervo recorrente.

— O grupo pretraqueo-brônquico esquerdo, menos importante que o anterior, está situado no ângulo formado pela traqueia e o brônquio esquerdo. Está em relação, superiormente, com a aorta e o recorrente; inferiormente, com a artéria pulmonar e o brônquio esquerdo.

— O grupo inter-traqueo-brônquico ocupa o espaço compreendido entre os

grossos brônquios, isto é, o ângulo de bifurcação da traqueia.

Está em relação: superiormente, com os brônquios; inferiormente, com as veias pulmonares; posteriormente, com a rede nervosa que une os plexos pulmonares aos pneumogástricos, o esôfago, a aorta, a veia azigos e o bordo posterior dos pulmões.

— O grupo peribrônquico ou inter-brônquico, formado pelos gânglios que rodeiam os brônquios e suas divisões, acompanham as ramificações brônquicas desde o hilo do pulmão até às divisões de quarta ordem, e segundo Cruveillier até ao parênquima pulmonar.

Por esta descrição anatómica, mostrando as relações de reciprocidade dos gânglios e dos órgãos vizinhos, compreende-se a frequência das compressões brônquicas; vasculares e nervosas.

Ha a acrescentar, que estes gânglios, quando são atingidos por uma alteração patológica, sobretudo tuberculosa, aumentam de volume e é nêste estado

que a maior parte dos observadores tem descrito a sua situação anatômica e detalhado as suas relações.

Eles tem a forma dum feijão, duma nóz; muitas vezes distintos uns dos outros, estão por vezes reunidos por periadenite, formando tumor.

Ao córte, mostram, quer uma superfície cinzento-róseo de tecido adenóide, semeados de finas granulações transparentes, quer um tecido francamente lardáceo ou caseoso. A concha ganglionar está cheia duma espécie de betume amarelado que se extrai com facilidade. Finalmente, os gânglios podem estar esclerosados ou cretáceos.

Muitas vezes estes diferentes tipos encontram-se reunidos numa mesma autópsia.

Mais raramente, encontra-se uma verdadeira caverna ganglionar que comunica com um brônquio através do qual se esvaziou, ou com outro órgão cavado (veia, pleura, etc).

A adenopatia traqueo-brônquica é uma afecção da infância, e póde mesmo dizer-se que em todas as autópsias de

crianças tuberculosas, se encontram lesões específicas destes gânglios.

Fraebelius, em 28 crianças tuberculosas, que autopsiou, segundo Comby, encontrou em todas os gânglios caseosos.

Estas lesões vêm-se em todas as idades, mas é sobretudo para os quatro ou cinco anos que a sua frequência é maior; todavia, tem-se observado até no recém-nascido de alguns dias.

Roux e Josserand, examinando pela radioscopia e investigando os sinais clínicos de 588 crianças de menos de quinze anos das escolas de Paris encontrou adenopatia mediastínica em 263.

Geralmente, a tuberculose ganglionar do mediastino está associada à doutros órgãos, especialmente do pulmão; porém, a grande maioria das vezes as lesões do pulmão são insignificantes, especialmente na primeira infância.

Rilliet e Barthez, encontraram a tuberculose ganglionar sem lesão tuber-

culosa do pulmão num $\frac{1}{8}$ dos casos por eles observados.

Comby, estudando 28 casos, observa 7 lesões ganglionares sem lesões do pulmão.

Kossel, em 60 autópsias de crianças de 1 a 10 anos, conclue dos seus exames que as lesões tuberculosas predominam nos gânglios brônquicos.

Neuman, sôbre 105 autópsias de crianças, não aparentando ser tuberculosas, encontra lesões específicas nos gânglios brônquicos em 8.

Isto demonstra, que os gânglios brônquicos nos primeiros anos da vida são o ponto de partida da tuberculose infantil, sendo as lesões ganglionares constantes em todas as fôrmas de tuberculose, como a granúlia, meningite, enterite, etc.

Seguindo a evolução anatômica da lesão ganglionar, os efeitos que ela produz sôbre os órgãos variam. E' notável que muitas adenopatias traqueo-brônquicas ficam latentes, mesmo quando os gânglios mediastínicos adquiriram um certo desenvolvimento.

E, para isso, basta comparar a escassez de sinais sobretudo funcionais de adenopatia, com a freqüência das lesões ganglionares traqueo-brônquicas, que são, como já tivemos ocasião de dizer, constantes em todas as fórmulas de tuberculose infantil.

Ora êste estado nem sempre se dá, e freqüentemente a adenopatia traqueo-brônquica traduz-se: pela compressão dos vasos venosos, dando a circulação colateral subcutânea, o edema da face, do pescoço e dos membros superiores e que pôde ser bastante acentuado e precoce, quando os gânglios pretraqueo-brônquicos direitos são atingidos; pela irritação ou paralisia dos pneumogástricos e daí perturbações da fonação, da respiração, tosse coqueluchóide, sobretudo quando o grupo pretraqueo-brônquico é tocado; pela compressão e por vezes ulceração e perfuração da traqueia, produzindo a cornage, diminuição do murmúrio vesicular no pulmão correspondente ao brônquio affectado, etc.; pela compressão, po-

dendo ir até à perfuração, do esôfago, traduzindo-se por disfagia, o que indica um ataque do grupo inter-traqueo-brônquico.

Nas autópsias de crianças que curaram da sua adenopatia, os gânglios mediastínicos caseosos, curaram igualmente por um processo que terminou na calcificação.

De tudo que precede, conclue-se, que os gânglios mediastínicos, encontrando-se dum maneira freqüente totalmente caseosos, são o testemunho dum infecção primitiva que, por si só, póde ser mortal.

CAPÍTULO III

Etiologia e patogenia

Parrot, em 1876, estabelece a seguinte lei: o gânglio é o espelho do pulmão, isto é, o gânglio brônquico, recebendo os linfáticos do pulmão reflecte as lesões dêste órgão — a existência duma lesão pulmonar, é condição, *sine qua non*, da lesão ganglionar.

Rüss, verifica que a lei de Parrot é verdadeira e insiste sôbre a necessidade de se fazer um exame minucioso do pulmão na autópsia, aonde se pôde encontrar o foco pulmonar inicial, verdadeiro cancro d'inoculação.

Esta lei oferece discussão.

Num grande numero d'autópsias, a concepção simples de Rüss e Parrot

é errônea, porquanto o exame, o mais minucioso, não permite demonstrar a existência da lesão pulmonar de data mais recente que as lesões dos gânglios.

Rilliet e Barthez encontraram lesões puramente ganglionares em dezoito por cento dos casos; Hanshalter e Fruhinsholz, encontraram a lesão ganglionar como o único foco antigo, na metade dos casos de granúlia.

Numerosos autores tem procurado o cancro inicial no pulmão e não o tendo encontrado, concluem dizendo, que se dá uma tuberculização primitiva dos gânglios traqueo-brônquicos que infectariam secundariamente o pulmão por via circulatória.

Como se vê, existe um certo número de factos tendentes a demonstrar a inveracidade da lei de Parrot. E nestas circunstâncias, como se explica a patogenia da adenopatia traqueo-brônquica?

Marfan, Simon, Legroux, admitem que o bacilo de Koch chegando ao

pulmão por inalação, pôde atravessar o parênquima sem deixar vestígios da sua passagem e penetrar assim no gânglio correspondente.

Por uma série de observações experimentais, Cornil e Dobroklonsky, demonstram que os bacilos tuberculosos depositados na superfície duma mucosa sã, podem penetrar nos gânglios sem a lesar.

Não é só pela via pulmonar que o bacilo de Koch pôde chegar aos gânglios, como dizem Loomis e Pizzini.

Estes dois observadores, numa série d'inoculações, comprovaram a existência do bacilo nos gânglios aparentemente íntegros em crianças mortas sem lesões pulmonares tuberculosas.

Os estudos de Bartel e Harbitz confirmam estes factos, demonstrando a possibilidade duma infecção primitiva dos gânglios pelo bacilo; pensam noutra porta d'entrada, na digestiva, sobretudo na primeira parte desta via e particularmente nas amí-

gdalas, maneira de ver, que últimamente tem sido objecto de estudos variados.

Dieulafoy e Schlesinger supõem a existência duma tuberculose discreta que explique a passagem do bacilo seguindo a cadeia ganglionar cervical, da amígdala aos gânglios mediastínicos.

Este modo de penetração, tem como argumento clínico importante, a freqüência de vegetações adenóides e gânglios cervicais nas crianças atingidas de adenopatia-traqueo-brônquica. Por outro lado sabe-se, que todas as vegetações adenóides não são função da tuberculose e os estudos de Tixier e Nobécourt demonstram que muito excepcionalmente a inoculação das vegetações adenóides produzia no cobaio a tuberculose.

A teoria da porta d'entrada por via intestinal é a mais recente, tendo tomado nestes últimos anos uma grande importância. E' assim, que Berhing afirma, como consequência dos seus resultados experimentais,

que a tuberculose pulmonar, não é primitiva; ela não é senão a consequência duma tuberculose intestinal e mesentérica da primeira infância, originando secundariamente lesões ganglionares no mediastino.

Bartel confirma esta teoria, obtendo por ingestão de culturas tuberculosas, adenopatias cervicais ou mesentéricas complicadas secundariamente de adenopatias brônquicas. Segundo Landouzy as lesões tuberculosas dos gânglios mediastínicos podem ser precedidas da fase de bacilemia.

Weleminski afirma, que qualquer que seja a via de introdução experimental do bacilo de Koch, sempre os gânglios brônquicos estão atingidos, constituindo assim um verdadeiro coração linfático.

Vallée em todas as experiências que fez em animais, notou que a penetração do bacilo ao nível do intestino é a mais segura e melhor maneira de tuberculização dos gânglios anexos ao hilo do pulmão.

Leroux, considera as fórmulas de localização do bacilo tuberculoso inicialmente nos gânglios, podendo passar depois aos vértices pulmonares, ou começar por êstes e invadir imediatamente os gânglios traqueo-brônquicos; e como terminação das duas fórmulas, a tuberculose gânglio-pulmonar, que evoluciona clássicamente.

A idade, segundo êste autor, tem uma grande importância para a localização; assim, a dos gânglios, observarse-ia de 1 a 6 anos, a do vértice pulmonar dos 12 aos 15 anos. Além disso, nas crianças da primeira infância a adenopatia é unilateral e converterse-ia em bilateral à medida que a criança aumenta de idade.

Em suma, o método anatómico, parece demonstrar que, num certo número de casos, é ao nível do pulmão que aparece a lesão inicial.

Esta origem pulmonar observarse-ia quando os gânglios lesados são os peribrônquicos, isto é, os que ficam no interior do parênquima pul-

monar; mas o mesmo não sucede, quando os gânglios atingidos são os inter-traqueo-brônquicos, porque nestas condições a tuberculose ganglionar inicial é a mais admissível.

A via digestiva, seria reservada para um grande número de casos.

CAPÍTULO IV

Sintomas

A adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa é num grande número de casos uma afecção latente.

Todavia, casos ha, em que pelo contrário ela acarreta tais modificações, tais sintomas que o diagnóstico não oferece a menor dúvida.

Mas duma maneira geral, a adnopatia mediastínica, traduz-se por uma sintomatologia que, segundo Marfan, dividiremos em física e funcional, esta resultando da compressão dos diferentes órgãos do mediastino, aquela como consequência das relações dos gânglios com a parede torácica.

Sintomas funcionais — Eles resultam, como dissemos, das relações que

afectam os gânglios com os órgãos visinhos e traduzem-se, sôbretudo, por fenómenos de compressão que atingem a traqueia, os brônquios, os pulmões, o esófago, os nervos, as veias e as artérias.

COMPRESSÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS — Os sinais de compressão bronco-pulmonar são tanto mais frequentes quanto a criança é de menos idade. A compressão exercendo-se sôbre um brônquio, determina por vezes uma tosse especial, denominada *tosse de compressão*, que é muito característica. E' uma tosse rouca, sêca, profunda, constituida por um som grave misturado de consonâncias mais agudas.

Quando a hipertrofia ganglionar é grande, da compressão da traqueia e dos brônquios, resulta uma dispneia que póde ser muito acentuada e acompanhar-se até de tiragem supra e infra-esternal. Esta dispneia aumenta ao menor esforço, por um movimento qualquer, pela ingestão d'alimentos, etc.

Se a compressão é muito marcada, nota-se uma pieira inspiratória, designada por Empis, cornage bronco-traqueal, que se distingue da cornage laríngea observada nos tumores do mediastino com espasmo da glote e paralisia das cordas vocais, por lesões do recorrente, traduzidas por perturbações da voz.

Na primeira infância, Schik descreve esta cornage inspiratória como um ruído de tonalidade elevada que se estende a distância, ora contínuo, ora intermitente, desaparecendo por instantes. Explica a sua patogenia da seguinte maneira: durante a inspiração, os pulmões comprimem os gânglios hipertrofiados e por intermédio destes reduzem o calibre das vias respiratórias, muito pouco consistentes nesta fase da vida.

E' preciso fazer a distinção com a cornage que acompanha a hipertrofia do timo e que se manifesta por uma respiração ruídosa que se assemelha muito, segundo Marfan a uma rala pouco grave e um tanto humida,

que se ouve sem ser necessário a auscultação do torax, pois pôde perceber-se a certa distância da criança.

Este ruído, esta pieira, ouve-se nos dois tempos da respiração, predominando comtudo na inspiração.

COMPRESSÃO DO ESÓFAGO—Os casos observados desta compressão são raros.

Marfan, falando sôbre tumores do mediastino, diz que podem observar-se fenómenos ligados a esta, como, disfagia, acessos dolorosos paroxísticos por espasmo faríngeo e esofágico cuja origem está na compressão do recurrente que inerva o constritor inferior da faringe e o esófago, e acrescenta que os gânglios traqueo-brônquicos hipertrofiados podem produzir efeitos semelhantes, atendendo à estreita relação anatómica existente entre o esófago e estes gânglios.

Emfim, a compressão do esófago só excepcionalmente se observa, em consequência da sua consistência mole

que permite o seu deslocamento. Nós nunca a observámos.

COMPRESSÃO DE NERVOS — Os nervos que podem ser atingidos são: o pneumogástrico, o recorrente, o simpático, o frénico e os intercostais.

Um dos sintomas que mais frequentemente se observa é a tosse.

Como tivemos ocasião de dizer já, falando da compressão dos brônquios, esta tosse é rouca, sêca, espasmódica, quintosa, às vezes violenta e surgindo por acessos. Esta tosse, denominada por Gueneau de Mussy tosse coqueluchóide, póde confundir-se com a da coqueluche; todavia, nesta ha a reprise e expectoração que na adenopatia faltam; além disso nesta última, os vômitos são raros e a tosse aparece com intervalos irregulares.

A tosse póde ser quintosa desde o princípio ou ser precedida por tosse catarral que se vai acentuando à medida que se converte em coqueluchóide.

O seu timbre é, ora rouco, ora

bitonal e acompanha-se de dores na traqueia.

Freqüentemente, ouve-se um rouco a distância, a que já aludimos quando falámos da compressão brônquica e que Rilliet e Barthez ligam mais à compressão dos brônquios do que dos nervos.

Similhanamente, a dispneia pouco intensa, póde explicar-se pela simples compressão brônquica, porém, é necessario fazer intervir a irritação e a compressão dos pneumogástricos para explicar as crises paroxísticas que se observam com intervalos mais ou menos regulares, simulando acessos d'asma. Como esta forma de despneia não se vê em nenhuma outra afecção da infância, Joal designou-a pelo nome de *asma ganglionar*.

Ela é explicada pela irritação do pneumogástrico que, transmitida ao bolbo pelos filetes centrípetos, determina por reflexo o espasmo dos músculos inspiradores.

A compressão do recorrente ori-

gina o espasmo da glote e perturbações da voz (Observação IV).

O espasmo, é às vezes tão intenso, que Krishaber e Rilliet citam diferentes casos em que foi preciso recorrer à traqueotomia ou à tubagem.

Barthez e Rilliet assinalam certos acessos dispneicos que se podem confundir com os do espasmo da glote; porêm, na adenopatia ha uma série de sinais que não se encontram no espasmo idiopático.

As alterações da voz que apparecem fóra das lesões laríngeas são devidas à compressão do recorrente.

A adenopatia traqueo-brônquica também se reflecte sôbre a circulação por intermédio do pneumogástrico. E' assim, que se explica a taquicardia ou bradicardia expressa no pulso; a excitação, produz relentamento que póde cair a 40 pulsações por minuto; a paralisia, taquicardia (Observações III, XVI).

Barthez e Rilliet assinalam a aceleração do pulso, persistindo nos in-

tervalos dos acessos de tosse. E' também o que nós temos observado.

A compressão do simpático, origina a desigualdade pupilar e o edema da face, e quando os tumores ganglionares são muito volumosos que comprimem os nervos intercostais, produzem-se nevralgias intercostais com irradiações para o membro superior do lado atingido. Estes casos só se verificam, como já dissemos, nas grandes compressões, o que nunca encontramos. A compressão do frénico, dá origem à nevralgia diafragmática com a sua dispnea característica (Observação XIII).

Além dêstes fenómenos, é preciso atender às modificações que a irritação dos pneumogástricos póde ainda acarretar na nutrição dos pulmões. E' um facto experimentalmente confirmado, desde Cl. Bernard, que as lesões do pneumogástrico são susceptíveis de produzir modificações na vitalidade do parênquima pulmonar. Compreende-se assim, que para a criança portadora d'adenopatia tra-

queo-brônquica, o pulmão, em consequência da má inervação trófica, reaja duma maneira especial em face das infecções, mesmo as mais ligeiras. É por isso que existe nestes casos uma susceptibilidade particular de todo o aparelho bronco-pulmonar e que, as bronquites repetidas, as congestões pulmonares, teem uma frequência e caracteres muito particulares para estas crianças.

COMPRESSÃO DAS VEIAS — As veias, dotadas de paredes pouco resistentes, deixam-se comprimir fácilmente e daí perturbações circulatórias variadas, conforme o vaso atingido.

A compressão da veia cava superior, traduz-se por fenómenos de estase na circulação cefálica, do pescoço e dos membros superiores, tendo como consequência o edema e a dilatação varicosa.

Quando esta compressão é intensa, ha edema da face, dos lábios e das pálpebras, podendo acompanhar-se de cefaleia, vertigens e epistaxis e, em-

fim, de todos os sintomas que caracterizam a congestão cerebral por estase.

Os seus efeitos também se fazem sentir sobre o pulmão; é assim que, frequentemente se vê a congestão passiva, o hidrotorax (observações XIX, XXIII), o edema e excepcionalmente a hemoptise.

O edema da pálpebra superior tem tanto valor no diagnóstico que Coplesco o inclui como sinal precoce da adenopatia mediastínica. Nós nunca tivemos ocasião de o verificar.

A estes sintomas, devemos acrescentar, como sinal de grande importância nas fases iniciais, a circulação colateral da parte superior do torax, que embora não lhe seja exclusiva, encontrando-se nos diferentes tumores que podem atingir o mediastino e sempre que ha um obstáculo na circulação profunda do torax, póde comtudo ser um bom elemento sintomático para confirmar ou indicar o diagnóstico das adenopatias discretas.

Gany encontrou-a em 60 por cento dos casos. Nós observamo-la somente em três dos casos que apresentamos.

A circulação torácica colateral pôde apresentar três tipos:

a) um tipo de circulação torácica superior.

b) um tipo de circulação colateral média.

c) um tipo incompleto.

A primeira destas três formas é a mais freqüente; é em geral unilateral e direita, constituída na sua forma mais simples pela dilatação dum dos ramos anastomóticos da mamária interna que, passando junto do mamilo, se dirige oblíquamente de baixo para cima e de fóra para dentro até ao manúbrio esternal.

A circulação do tipo médio é menos freqüente, porém é mais completa que a precedente; é constituída por uma ansa vascular que parte do têço inferior e esquerdo do esterno, sobe até ao cavado infra-clavicular direito, passando a porção convexa do arco, a curta dis-

tância do mamilo direito, onde fórma a parte mais dilatada da ansa.

O tipo incompleto pôde ser constituído pela porção ascendente da ansa, pelo arco, por um ramo costal-axilar, anastomose pre-esternal, etc.

COMPRESSÃO DAS ARTÉRIAS — As artérias, em virtude da sua grande elasticidade, difficilmente são comprimidas. Todavia, Marfan descreve a compressão do tronco traqueo-cefálico e da subclávia com diminuição da amplitude do pulso radial do lado da lesão. Os sopros por compressão da pulmonar são muito raros, assim como os da aorta e da subclávia, que excepcionalmente são comprimidas.

Sintomas físicos — Não se constata senão quando os tumores adquirem um certo grau de hipertrofia; além disso, nem todos os gânglios do mediastino hipertrofiados se dispõem em relação com a parede torácica, tornando-se acessíveis à exploração clínica. Assim, os gânglios inter-brôn-

quicos, pela sua situação profunda não podem ser revelados. Os únicos acessíveis são os pretraqueo-brônquicos e os intertraqueo-brônquicos.

Barety e Gueneau de Mussy limitaram as regiões do torax aonde deve fazer-se a exploração; a ganglionar anterior ou esternal e a ganglionar posterior ou interescapular.

A região ganglionar anterior ou esternal superior, compreende o manúbrio esternal, a parte interna dos primeiros espaços intercostais e as articulações condro-esternais das primeiras costelas.

O grupo ganglionar pretraqueo-brônquico direito, que é, segundo Barety, aquele que mais frequentemente se hipertrofia, está em relação com a articulação esterna-clavicular direita.

A zona posterior ou interescapular corresponde às lâminas das três ou quatro primeiras dorsais de cada lado e é limitada para fóra pelo bordo espinal da omoplata. Êste espaço está em relação com o ângulo

de bifurcação da traqueia, os grossos brônquios e os gânglios que os rodeiam.

E' sôbre estas duas regiões que deve incidir de preferência a nossa observação e metódicamente, pela inspecção, palpação, percussão e auscultação, quando se pretendem tirar conclusões precisas para o diagnóstico.

Pela inspecção póde constatar-se o torax atrofiado, hipertrofiado ou deformado; diferentes perturbações tróficas, como a atrofia das regiões escapulares, atrofia de toda a musculatura do tronco; uma diminuição da expansão respiratória, como se tratasse duma retracção da parede torácica do lado onde o brônquio está comprimido.

Esta retracção póde produzir, *à la longue*, um desvio escoliótico da coluna. A dificuldade da entrada do ar no pulmão pelo apêrto dos brônquios, modifica o tipo respiratório; êste caracteriza-se pela diminuição do número de movimentos, prolonga-

mento da inspiração e sobretudo da expiração.

Pela palpação pôde perceber-se em lugar da expansão num só tempo, na inspiração, seguida de retracção na expiração, um movimento ondulatório, em consequência da entrada e saída do ar se fazer em vários tempos ou comportar-se diferentemente em cada hemitorax, entrando num pulmão menos ar por diminuição do calibre do ramo brônquico correspondente e no outro mais por compensação.

Por êste meio de exploração, nota-se freqüentemente um aumento das vibrações torácicas, que na face anterior muito raramente se apreciam, mas que na região posterior se constataam muitas vezes, mesmo na ausência de macicez à percussão.

Para explorar êste sinal, applica-se a mão no espaço interescapular; percebem-se, assim, mais ou menos nitidamente, as vibrações despertadas pela voz do doente. Este sinal tam-

bêm póde ser apreciado pela auscultação.

A percussão, que deve ser superficial, devido a que as paredes do torax da criança são mais delgadas que no adulto, revela-nos, no estado normal, ao nível da zona ganglionar uma sonoridade mais acentuada na face anterior ou esternal que na posterior ou interescapular. Quando os gânglios estão hipertrofiados, isto é, quando ha adenopatia, a sonoridade é alterada na sua tonalidade (submacicez ou macicez), na sua intensidade e timbre.

A macicez da região anterior raramente se encontra; é no espaço interescapular que deve incidir sempre a nossa atenção, pois é aqui que se encontra à percussão uma macicez de tonalidade variável que tem um inconstestável valor diagnóstico.

Quando ha compressão dum grupo brônquico, o timbre póde ser timpânico no vértice pulmonar correspondente ao brônquio. Ao mesmo tempo que se nota esta variação de tona-

lidade, o dedo aprecia uma sensação de resistência, que provoca muitas vezes dor.

A maciez que acompanha a infiltração tuberculosa do vértice póde ser uma causa d'êrro, levando-nos a pensar na adenopatia traqueo-brônquica e vice-versa. Porém, todas as vezes que não haja fenómenos de compressão, ou outros sintomas que indiquem a existência da hipertrofia ganglionar, podemos-nos auxiliar para o diagnóstico, da percussão, interpretada da maneira seguinte: se a maciez diminue à medida que caminhamos da linha média para a periferia, trata-se, em geral, de adenopatia; se, pelo contrário, ela aumenta quando nos aproximamos, possivelmente ha infiltração do vértice.

E' preciso dizer que não é necessário, para que a adenopatia seja diagnosticável, a maciez, porque esta só é apreciável quando ela é volumosa; é que a importância dos sintomas depende mais das relações das massas ganglionares do que do volume destas.

A auscultação é um poderoso auxiliar do diagnóstico da adenopatia. Por este meio d'observação, notam-se as variadas modificações que podem apresentar os ruídos respiratórios; a sua diminuição, produzida pelo apêrto do calibre dos brônquios; a desigualdade do murmúrio vesicular entre um e outro pulmão, sinal inconstante e passageiro, mas que na ausência de lesão pulmonar, constitue uma boa indicação de diagnóstico. Êste sinal póde desaparecer com a mudança de posição do doente, com a tosse, uma inspiração forçada; por vezes aparece com fixidez, sem diminuição da sonoridade pulmonar, apresentando um pulmão uma atenuação notável do murmúrio, contrastando com a tonalidade rude, própria das crianças, do outro pulmão. A interpretação é muitas vezes difícil.

Magny, apontou, como sinal de compressão brônquica, a diminuição de sonoridade da voz e da tosse nas bases pulmonares. Estas manifestações estetoscópicas não são exclusi-

vo das bases, podendo ocupar qualquer zona pulmonar, simulando em alguns doentes processos tuberculosos em germinação ou infiltração.

Em resumo, uma massa ganglionar, comprimindo um brônquio de grosso calibre, determina uma falta de ventilação num lóbo ou em todo o pulmão, d'onde a supressão dos ruídos fisiológicos e também dos patológicos, quando as regiões apneicas estão lesadas.

Se o pulmão está intacto, a sonoridade persiste ou toma mesmo um timbre timpânico; as vibrações são normais ou exageradas; a expansão, diminuída ou nula. A inspiração forte permite por instantes ouvir o murmúrio vesicular.

A auscultação, denuncia-nos, por vezes, uma rala traqueal ou brônquica sonora, de timbre sêco ou rude, marcada sobretudo na respiração forte, perceptível no espaço interescapular e mais freqüentemente à direita da coluna, mas aparecendo algu-

mas vezes bilateral e propagando-se a distância, fóra do zona ganglionar.

Barthez e Sanné explicam êste ronco pela compressão exercida na parte inferior da traqueia.

Nos casos ligeiros, as massas ganglionares, interpostas como boas transmissoras do som, produzem na parte anterior ou posterior uma expiração prolongada e ligeira, um pouco soprada. Nos casos mais acentuados, origina-se um verdadeiro sôpro; é o sopro expiratório brônquico, que às vezes é tão intenso que nos faz pensar numa caverna pulmonar, não sendo senão grandes hipertrofias ganglionares. Este sinal póde ser acompanhado de ralas humidas.

D'Espine, de Génova, insistiu sobre a importância da auscultação da voz no diagnóstico precoce da adenopatia traqueo-brônquica. De facto, quando se ausculta ao nível do espaço compreendido entre a 7.^a cervical e as primeiras dorsais, até à 4.^a ou 5.^a, seguindo a coluna vertebral e as partes visinhas, freqüentes vezes se

constata broncofonia e pectoriloquia áfona, bons sintomas, porque êles podem existir em casos onde o aumento de vibrações é muito atenuado ou ausente e revelar, assim, uma adenopatia latente (Observações XVII e XIX). No estado normal o ruído de segredamento da voz falada não ultrapassa a 7.^a vértebra cervical.

Leroux, chama a atenção para o aumento de vibrações perceptíveis no espaço interescapular. Assim, quando se aplica o ouvido falando ao mesmo tempo em voz alta, obtem-se uma broncofonia transmitida, fazendo com que a voz vibre mais intensamente a parte lesada.

Outro sinal de grande valor e mais um elemento a adicionar é o de Smith, que póde perceber-se na adenopatia em início (Observação VII).

Aprecia-se, colocando a face da criança horizontalmente, de modo que os olhos fixem o teto, e em seguida ausculta-se a região do manúbrio esternal, junto do seu bordo direito. Ouve-se, desta maneira, um sôpro

muito ruidoso, verdadeiro sôpro vascular, semelhante ao sôpro jugular dos cloróticos, devido à compressão venosa feita pelos gânglios móveis elevados pela posição da cabeça.

Este sôpro vê-se diminuir progressivamente até desaparecer, abaixando gradual e lentamente a cabeça, até à posição normal.

A hipertrofia dos gânglios axilares é apontada pelo Dr. Garrett, como sendo também um sinal de adenopatia mediastínica, sendo os axilares direitos os mais freqüentemente atingidos.

Nós encontramos esta demonstração nos doentes das Observações VIII e XXIII. Na primeira destas observações não havia sintomas de tuberculose pulmonar e, clinicamente, estava reduzida a um único indício local suspeito — aumento de vibrações no espaço interescapular. Submetida à prova radioscópica, esta confirmou a adenopatia.

CAPÍTULO V

Diagnóstico clínico e radiológico

A adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa, podendo manifestar-se por uma sintomatologia tão variada e exuberante, é, todavia, considerada, mesmo nos casos avançados, como uma afecção latente, porque é muito raro revestir um quadro clínico em que se encontrem uma grande parte dos sintomas que é susceptível de produzir; e, não é raro, como tem demonstrado a radioscopia e a autópsia, conservar-se absolutamente discreta não se revelando pelo mais reduzido sinal clínico (Observações VI, XXII e XXV).

Nós julgamos, que o diagnóstico da adenopatia traqueo-brônquica deve ser considerado, ora fácil, ora difícil;

fácil, quando a sintomatologia é mais ou menos completa, nos casos em que adenia é volumosa ou representa o foco duma tuberculose generalizada; difícil, quando os sintomas são resumidos, isolados ou atenuados, ou ainda quando existem simplesmente sinais, tais como aqueles que originam a compressão dos órgãos do mediastino e que podem encontrar-se em numerosas afecções.

Assim, a confusão com a coqueluche póde dar-se, pela tosse coqueluchóide que mencionamos como sintoma capital da adenopatia traqueo-brônquica.

Porêm, existem alguns caracteres diferenciais; na coqueluche, o quinto é mais prolongado e seguido duma *réprise* sibilante, ha quasi sempre uma expectoração viscosa e frequentemente vômitos.

Os acessos de dispneia, pouco pronunciada no comêço, podendo alcançar *demblé* uma grande intensidade, surgindo bruscamente no meio duma saúde perfeita, podem levar-nos

a pensar num acesso d'asma; porêm sendo raríssima na criança a asma nervosa, diz Baretty, e a prática nos tem confirmado, que todas vezes que estalem fenómenos dispneicos numa criança, assemelhando a asma, deve pensar-se na adenopatia.

A tosse rouca, a tiragem e dispneia paroxística que acompanham muitas vezes a adenopatia mediastínica, podendo também encontrar-se no croup, na laringite estridulosa, no edema da glote, podem tornar o diagnóstico embaraçoso, mas os antecedentes do doente e a constatação de alguns sinais físicos permite evitar em parte as dificuldades.

A cornage expiratória, assinalada por Variot e Bunder, póde confundir-se com a cornage produzida pelas vegetações adenóides, porêm aqui o timbre é mais alto e desaparece quando se comprime o nariz.

Nos casos excepcionais em que o edema e a cianose da face são muito acentuados e que a criança dá a impressão dum brighico ou dum car-

díaco, o exame da urina e do coração, tirando todas as dúvidas, permite evitar o êrro.

A mediastinite crónica, rara para a criança, originando fenómenos de compressão da traqueia, dos brônquios, do esófago, dos vasos e nervos, podendo produzir edemas da face, modificações do pulso, como arritmia e hipotensão, perturbações pleurais e pericárdicas, póde também tornar difícil o diagnóstico diferencial com a adenopatia.

A dificuldade póde subsistir na hipertrofia do timo, porque os sinais físicos fornecidos pelo exame do tórax nesta circunstância são semelhantes aos que nos dá a adenopatia. Assim, a maciez da região ganglionar anterior, encontra-se também na hipertrofia tímica. Segundo Blumreich, o timo da criança abaixo dos cinco anos, é perceptível à percussão, porém esta maciez tem uma fórma pouco fixa, é um triângulo de base superior, correspondente ao manúbrio esternal e articulação esterno-

-clavicular e, vértice inferior, situado à altura da segunda costela e parte contígua do esterno.

Ora, os gânglios mediastínicos não dão uma maciez tão nítidamente triangular.

M. Aviragnet diz, que a hipertrofia tímica, em certos casos, pôde dar lugar a acidentes d'ordem funcional semelhantes aos da adenopatia traqueo-brônquica capazes até de arrastar a uma intervenção inoportuna.

A radiologia vem auxiliar a clínica no que ela é insuficiente.

A radioscopia apresenta-se como um dos melhores meios não só para reconhecer a existência de adenopattias mediastínicas, mas também para estabelecer o diagnóstico diferencial com a hipertrofia tímica.

Para se avaliar a importância deste processo de exploração, é necessário saber distinguir o normal do patológico.

Assim, quando examinamos o tórax duma criança normal ao *écran* em posição frontal, a sombra médio-

-torácica aparece nítidamente sôbre a claridade perfeita dos dois campos pulmonares.

Se observarmos uma criança atingida de adenopatia, vê-se dum e outro lado da sombra cardíaca, sobretudo à direita e a pouca distância desta, um traçado de sombra paralela formado pelos sombrais ganglionares.

Estas sombras são irregulares, de intensidade heterogénea, de limites imprecisos, muitas vezes policíclicos ou difusos, distintos da sombra cardíaca de que é preciso saber destacar os seus contornos definidos.

Nas fórmulas acusadas estes caracteres permitem separar a sombra ganglionar da sombra mediastínica; nas fórmulas discretas, estas características reduzidas ao mínimo não são muitas vezes suficientes para as distinguir das sombras de estrutura normal de que fala d'Oelmitz e Paschetta.

Os exames oblíquos de torax, permitindo apreciar o mediastino poste-

rior, devem ser preferidos aos frontais? Isto é, qual é a melhor posição de visibilidade? Segundo a opinião clássica, é na posição oblíqua anterior-direita, ou posterior-esquerda, a 45° do plano frontal, que se obtêm o me'hor acesso sôbre o mediastino.

Por nosso lado conseguimos sempre verificar a existência de adenopatias em posição frontal e nem sempre em posição oblíqua.

Nesta última posição, aparece para diante da sombra vertebral, posteriormente à sombra cardíaca, uma banda clara intermédia. Êste espaço claro mediano de Bécère varia, normalmente, de fôrma e dimensões segundo diversos factores, tais como, o volume do coração, a fôrma do tórax, as curvaturas vertebraes.

Em geral, êle é ligeiramente estrangulado na sua parte média correspondente à região hilar.

Numa posição menos lateral, a parte média do espaço claro, é invadida pela sombra arredondada da

aurícula esquerda que o obscurece mais ou menos completamente. A desapareição parcial ou total da clari-
dade mediastínica deve ser conside-
rada como patológica, e na criança,
exceptuando as mediastinites, a ade-
nopia constitue a sua causa.

E' preciso interpretar a sombra formada pela aurícula esquerda em certas posições; ela é homogénea, limitada posteriormente por um bor-
do regularmente arredondado, tan-
gente à sombra vertebral ou distin-
ta dela segundo as posições do to-
rax.

Todos êstes caracteres permitem distingui-la da sombra difusa, por vezes irregular e fragmentada das adenopias mediastínicas.

A radioscopia permite ainda fazer o diagnóstico diferencial das adenopias altas com a hipertrofia do timo.

Com efeito, a sombra tímica tem por caracter a homogeneidade, fazer corpo com a sombra cardíaca da qual não se póde destacar; ela alarga o segmento superior estreito da sombra

médio-torácica; é limitada lateralmente, por bordos irregulares que se desenhavam nitidamente sobre a claridade dos campos pulmonares. O bordo direito é quasi rectilíneo e continua-se com o bordo correspondente do coração; o bordo esquerdo comporta-se diferentemente segundo os casos; — no recém-nascido, quando o tumor é muito volumoso mascara completamente o bordo correspondente do coração que desaparece detrás da glândula hipertrofiada; — numa criança de mais idade e sobretudo se o tumor é menos volumoso, o bordo esquerdo convexo para fóra, reúne-se a altura variável ao bordo correspondente do coração fazendo com êle uma incisão aberta para fóra, considerada como uma das maiores características da sombra tímica.

Assim, tanto pela sua fórma como pelas suas relações e caracteres d'intensidade, a sombra de hipertrofia tímica possui uma individualidade bem determinada.

Os exames frontais como os oblí-

quos realizam, portanto, um complemento indispensavel na constatação das adenopatias.

Resta averiguar, se é sempre possível, uma vez diagnosticada a adenopatia, afirmar a sua natureza tuberculosa ou se ha nisso grande dificuldade, podendo até confundir-se com a de origem banal?

Cadet e Gassicourt, não admitem adenopatias banais — e dizem — quando os gânglios estão atingidos de hipertrofia suficiente para serem revelados pelo exame clínico, póde afirmar-se a sua especificidade. Pelo contrário, Gueneau de Mussy e Simon discordam desta afirmação, dizendo que a adenopatia traqueo-brônquica póde aparecer como consequência de anginas, gripe, sarampo, coqueluche, sendo susceptível de produzir os mesmos sinais de tísica brônquica. Para d'Espine é necessário que os sinais d'auscultação persistam sem modificação cinco ou seis meses para se poder afirmar a natureza específica duma adenopatia.

Na prática, póde dizer-se que toda a adenopatia demorada tem todas as probabilidades de ser tuberculosa e alguns autores afirmam, que em numerosos casos onde se julga existir uma adenopatia simples, na autópsia encontram-se lesões de tuberculose ganglionar.

Finalmente, a cura aparente não é uma prova certa da natureza não tuberculosa desta afecção, porque a tuberculose póde apresentar acalmias equivalentes clinicamente à cura.

A positividade da cuti-reacção de Von Pirquet, o estado geral da criança perturbada na sua nutrição pela intóxicção bacilar e a possibilidade de lesões associadas doutros órgãos permite tornar mais convincente a natureza específica da lesão ganglionar.

CAPÍTULO VI

Prognóstico

Partindo do princípio que a tuberculização dos gânglios traqueo-brônquicos é em geral primitiva e, tratando-se por consequência, duma lesão tuberculosa do sistema linfático que, à semilhança das tuberculosas cutâneas e articulares, apresentam uma manifesta tendência à cura, devemos incluir a adenopatia mediastínica bacilar nas manifestações mórbidas de evolução favorável.

Todavia, devemos ter sempre presente, que a adenopatia traqueo-brônquica, mesmo latente, é um depósito de bacilos aptos a sementarem todos os órgãos.

Algumas das observações que apresentamos são exemplos disso, e nestas condições, ultrapassada a barreira ganglionar, o prognóstico está não só subordinado à infecção tuberculosa mas também à evolução das diferentes lesões de localização.

As *poussées* congestivas, incidente freqüente no decurso das adenopatias, tem um carácter essencialmente benéfico.

As bronquites, também muito freqüentes e muitas vezes repetidas, embora nalguns casos bastante persistentes, curam em geral rápidamente.

Ao contrário, a bronco-pneumonia indica sempre um ataque grave do organismo e é em geral fatal. O que é mais ou menos evidente, é que a tuberculose limitada aos gânglios brônquios é benigna desde que a infecção não ultrapasse a *étape* mediastínica; e para isso é necessário que a hygiene, conjugada com uma alimentação fortificante, coloque o organismo em condições de resistência e se evitem as infecções in-

tercurrentes, como a coqueluche, o sarampo, as infecções intestinais, que concorrem para pôr em liberdade os bacilos virulentos albergados nos gânglios. Desconhece-se o mecanismo completo pelo qual actuam estas doenças. O que parece é que elas favorecem por um lado, *poussées* congestivas dos gânglios, produzindo a supuração; por outro lado parecem actuar, absorvendo toda a actividade fagocitária dos leucócitos, tornando-os incapazes de poder combater os bacilos de Koch, postos em liberdade no organismo.

A generalização da infecção, manifesta-se pela declaração de tuberculosos agudas, granúlia, meningite, etc.

Os trabalhos de Carnot e Bail estabeleceram a sensibilidade especial que adquirem os bacilos tuberculosos nas crianças afectadas de baciloses latentes; os gérmens tuberculosos vindos do exterior podem determinar lesões novas com evoluções agudas nas crianças já doentes. E'

preciso, portanto, considerar êstes elementos assim como a hereditariedade de terreno, no prognóstico a fazer.

O progresso rápido, a febre, a taquicardia, a albuminúria, tornam o prognóstico reservado.

Em suma, nunca devemos esquecer, que a tuberculose ganglionar do mediastino, mesmo silenciosa, é sempre uma ameaça d'infeção generalizada.

CAPÍTULO VII

Tratamento

Estabelecido o diagnóstico duma adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa, arsenal de bacilos aptos a disseminarem-se em todo o organismo, é necessário instituir um tratamento, pelo qual se consiga, não só a regressão da lesão, mas se evitem os perigos de generalização do processo, às vezes iminente.

O tratamento da adenopatia mediastínica, visa uma triplice acção:— profilática, causal e sintomática.

A primeira consiste, em subtrair as crianças portadoras d'adenopatia aos contágios específicos ou banais que podem ser o ponto de partida

da generalização tuberculosa, evitando sobretudo o contacto com os tuberculosos ou supostos tais.

A vida no campo, os climas temperados, a beira-mar estão indicados.

Quando a criança se acha enfraquecida por uma doença anterior (coqueluche, sarampo) e sobretudo se estas afecções se complicarem de bronco-pneumonia, é preciso vigiar a sua convalescença, procurando evitar toda a infecção tuberculosa; e os cuidados redobrarão se os antecedentes hereditários dispõem o terreno a esta infecção; e, estando mais ou menos demonstrado e assente pela patogenia da adenopatia, que a via respiratória não é a única via d'invasão, não basta proteger os pulmões da criança, purificando-lhe o ar que respira, mas é preciso ainda proteger o intestino, eliminando da alimentação todos os produtos que podem servir de veículo ao bacilo de Koch; é assim, que o exame do leite dado ás crianças, deve merecer uma particular atenção.

A fortificação do organismo por uma alimentação cuidadosa e selecionada, representa um papel capital.

A terapêutica causal, consiste na revulsão local repetida, pela tintura d'iodo em pincelagens, algodão iodado, pontas de fogo e aplicações de essência de terebintina.

No interior, o iodo debaixo de todas as suas múltiplas fórmulas, tendo uma eleição especial pelo sistema linfático, é, por assim dizer, o específico desta afecção; sob a fórmula de xarope iodo-tânico ou de xarope iodo-tânico-fosfatado, na dose de duas colheres de café ou sopa, segundo a idade; de tintura d'iodo às gotas (IV a X gotas) em café ou água açucarada, ou ainda segundo a fórmula de J. Simon (tintura d'iodo xxx gotas, iodeto de potássio 0,5 decigramas, xarope de cascas de laranjas amargas 300 gramas) na mesma dose; de leite iodado, titulado a 0,1 decigrama por litro.

Póde empregar-se vantajosamente, o iodeto de potássio, na dose de 0,2

a 0,4 decigramas por dia, durante vinte dias de cada mês; o óleo de fígados de bacalhau; os arsenicais, sob a fórmula de cacodilato de soda em gotas ou injeções hipodermicas, o arrhenal e o licor de Fowler (IV a VIII gotas por dia segundo a idade).

A medicação fosfatada, glicerofosfatos, lecitina, ácido fosfórico, tem também a sua aplicação.

Além do tratamento geral da tuberculose, a radioterapia constitue um recurso dos mais recentes a empregar e, segundo se afirma, vantajoso.

O emprêgo dêste processo na adenopatia traqueo-brônquica, funda-se na eficacidade obtida por êste meio no tratamento das adenites tuberculosas superficiais.

Êle está sobretudo indicado nos casos onde o volume dos gânglios representa um perigo constante, pela compressão exercida sôbre os órgãos do mediastino.

M. d'Oelmitz e M. Paschetta citam alguns casos, em que obtiveram uma

regressão paralela, embora lenta, das perturbações funcionais (dispneia, cor-nage, tiragem, cianose) e das sombras ganglionares. Estes dois autores, tendo constatado melhoras semelhantes sob a influência do tratamento habitual, não conseguiram estabelecer uma relação segura entre êste e a radioterapia; e, foi assim, que a sua comunicação à *Société de Pédiatrie* em Outubro de 1912 foi feita debaixo de toda a reserva; todavia, tendo continuado depois os seus trabalhos, observaram dois casos, em que o emprêgo do rádio tornou a regressão bastante rápida.

Mais tarde, Ribadadeau-Dumas e Albert Weil, em Outubro de 1913, numa comunicação à sociedade já mencionada, apresentam um caso particularmente convincente, a confirmação da eficacidade possível do rádio no tratamento das adenopatias tuberculosas da infância.

Até hoje, os casos apresentados, não são suficientemente numerosos para nos convenceremos da utilidade dêste método terapêutico; mas a razão

da inoculdade do processo, póde levar-nos a aconselhá-lo, todas as vezes que uma criança apresenta massas ganglionares susceptíveis de produzir accidentes de compressão mais ou menos graves.

Ultimamente tem-se empregado em França, com resultados apreciáveis, a helioterapia nas adenopatias tuberculosas sem participação pulmonar.

O tratamento sintomático, procura combater principalmente a tosse com os seus excessos coqueluchóides e asmáticos, às vezes dispnéicos e disfágicos; o cirúrgico, tubagem e traqueotomia, muito raramente se é obrigado a empregar.

Os medicamentos que teem a sua indicação contra a tosse, são os anti-espasmódicos, tais como a beladona, o acónito, a codeína em fórmulas as mais variadas.

A fórmula seguinte, dá excelentes resultados: xarope de codeína 60 gramas, alcoolaturas de raízes d'acónito 4 gramas, xarope de Tolu, 250 gramas; 2 a 6 colhéres de café por dia.

Contra os acessos coqueluchóides e asmáticos, empregam-se os meios habituais: brometo de potássio, na dóse de 0,2 decigramas a 1 grama por dia; a beladona, 0,01 a 0,03 centigramas de extracto, o xarope de 1 a 4 colheres de café por dia; a antipirina, 0,25 centigramas a 2 gramas; as inalações de iodeto d'etilo, de piridina, de quinoleína sintética, na dóse de algumas gotas numa tigela com água quente; a ipeca, os vomitivos, as aplicações quentes na parte anterior do pescoço e tórax, as inalações d'éter e de clorofórmio, para combater o espasmo nos casos de laringismo. O repouso, o éter, o oxigénio e as ventosas sêcas, combatem a dispneia; uma alimentação apropriada e os analgésicos evitam a disfagia.

CAPÍTULO VIII

Observações pessoais

OBSERVAÇÃO I:

M. T.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso (1) em 25 de Abril de 1917.

Antecedentes.— Ha três meses, começou a emagrecer, tendo anorexia e suores nocturnos.

Estado actual.— Apresenta micropoliadénia generalizada e rêde venosa torácica.

A inspiração é rude e intercisa no pulmão esquerdo.

(1) É o Dispensário do Porto da Assistência Nacional aos tuberculosos.

No espaço interescapular, ha maciez e pectoriloquia áfona. Pêso, 13 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.— Posição frontal: Pequenas sombras nodulares dispostas em rosário paralelamente à sombra cardíaca e à direita desta.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco um tanto obscurecido.

A radioscopia confirmou o diagnóstico clínico de adenopatia traqueo-brônquica.

Mercê do tratamento a que foi submetido êste doente durante cêrca de três meses, não só se atenuaram todos os sintomas, mas também a radioscopia revelou que as sombras ganglionares se reduziram de volume.

OBSERVAÇÃO II:

B. C. B. S.—, de 8 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 22 de Novembro de 1916.

Antecedentes.— Êste doente, acusa fraqueza, emagrecimento e diarreias frequentes.

Estado actual.— Fácies bastante pálido, com hipertricrose palpebral. Micropoliadénia. Ligeira rêde venosa nas partes, anterior e posterior do torax. No espaço interescapular, um pouco à esquerda da coluna, ha rudeza respiratória e sôpro brônquico, à direita o murmúrio respiratório está um pouco apagado. Pêso, 19 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.— Posição frontal: Sombras em rosário, dispostas paralelamente aos bordos direito e esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco claro, ou melhor normal.

Decorridos cinco meses, êste doente apresenta-se muito melhorado e abandona o Dispensário.

OBSERVAÇÃO III:

M. R. —, de 2 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 9 de Março de 1917.

Antecedentes.— Ha um mês que tem tosse com expectoração, dispneia, inapetência e suores nocturnos. Tem emagrecido muito.

Estado actual.— Apresenta micropoliadénia cervical, rêde venosa torácica e taquicardia. A respiração é rude nos vértices pulmonares. No espaço interescapular ha sub-macicez e sôpro brônquico. Pêso, 11 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Massas ganglionares, traduzidas por sombras policíclicas junto dos grossos vasos e do bordo direito do coração.

Posição oblíqua: Sombra irregular no espaço retrocardíaco.

Todos os sintomas se mantiveram durante muito tempo, estando todavia um pouco reduzidos quando da nossa última observação, feita em Junho.

OBSERVAÇÃO IV:

A. J. G.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 4 de Setembro de 1916.

Antecedentes. — Foi sempre fraco, mas, ha meses, que o seu estado de fraqueza se tem acentuado, tendo frequentes vezes tosse.

Ultimamente, conjugado com a tosse, tem tido dispneia e espasmos faríngeos.

Estado actual. — Percebe-se bem o o sinal de Smith. No espaço inter-escapular ha sub-macidez.

Pêso, 22 quilogramas — Cuti-reacção — negativa.

Exame radiocópico. — Posição frontal: Grande sombra nodular, colocada junto da sombra correspondente aos grossos vasos.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco ligeiramente obscurecido.

E' um caso de enorme adenopatia traqueo-brônquica, comprimindo a traqueia como mostrou a radioscopia e traduzido clinicamente por uma resumida sintomatologia.

Todos os sintomas dependentes do estado local diminuíram lentamente; hoje, decorridos alguns meses, ainda subsistem, mas muito atenuados.

OBSERVAÇÃO V:

M. S. C.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 12 de Janeiro de 1917.

Antecedentes.— Ha cerca de dois meses, que se sente emagrecido e fraco. Tem freqüentemente tosse.

Estado actual.— Apresenta-se muito magro e pálido. Micropoliadénia.

Ha macicez no espaço interescapular. A auscultação do pulmão direito, revela enfraquecimento respiratório do vértice.

A respiração do pulmão esquerdo é rude. Ha sopro brônquico. Pêso, 23 quilogramas.

Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.— Posição frontal: Pequenas sombras nodulares, em número de duas, situadas segundo os bordos direito e esquer-

do da sombra dos grossos vasos, na sua emergência cardíaca. Três sombras nodulares colocadas paralelamente ao bordo direito da sombra cardíaca na confluência desta com a base do pulmão direito e diafragma.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco claro.

Estas sombras, assim como os sinais que as denunciaram, mantiveram-se ainda por muito tempo, vindo a desaparecer em parte assim como alguns sintomas quando da nossa última observação, passados seis meses.

OBSERVAÇÃO VI:

M. M. R.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 18 de Fevereiro de 1916.

Antecedentes.—É de constituição fraca e tem freqüentemente inapetência e tosse.

Estado actual.—Está muito emagrecido, tem tosse sêca violenta e inapetência. Micropoliadénia.

A respiração é intercisa em ambos os pulmões. Não ha diminuição de sonoridade nem ruídos anormais. Pêso 26 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.—Posição frontal: Traçado de sombra irregular paralela ao bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco mais ou menos claro.

Esta adenopatia foi-se atenuando clinicamente e em 1917 êste doente estava curado, porquanto já não restava qualquer indício do processo local.

OBSERVAÇÃO VII:

E. G. —, de 4 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 24 de Janeiro de 1916.

Antecedentes. — Ha tempos teve o sarrampo e em seguida, com emagrecimento progressivo, acessos de tosse violenta.

Estado actual. — Agora, a tosse é verdadeiramente sufocante e tem suores nocturnos. Apresenta magreza, hipertricose palpebral e micropoliadénia.

A auscultação dos pulmões revela sarridos de bronquite disseminados. No espaço interescapular a respiração é bastante rude.

Sinal de Smith. Pêso, 14 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Sombra irregular junto dos grossos vasos e à direita dêstes. Esta som-

bra confunde-se inferiormente com o bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Ligeiro obscurecimento do espaço retrocardíaco.

Observado em 1917, não apresenta localização pulmonar e o seu estado geral melhorou muito.

A bronquite, favorecida pela adenopatia, foi bastante prolongada mas acabou por desaparecer também.

OBSERVAÇÃO VIII:

M. C. C.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 3 de Agosto de 1916.

Antecedentes. — Acusa enfraquecimento geral que se vem fazendo sentir ha já muito tempo. Ha duas semanas para cá, tem tido muita tosse.

Vive na companhia duma tuberculosa.

Estado actual. — Tosse intensa com expectoração viscosa e anorexia.

Existência de adenias axilares direitos. No espaço interescapular ha aumento de vibrações. Pêso, 26 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Grande sombra nodular na parte superior e direita da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Ligeiro obscurecimento do espaço retrocardíaco.

Diagnosticada, uma tuberculose latente com adenopatia traqueo-brônquica confirmada pela radioscopia e depois de alternativas de acalmia e recrudescimento da sintomatologia apontada, as melhoras surgiram em Março de 1917, continuando êste doente no Dispensário ainda por algum tempo.

OBSERVAÇÃO IX:

F. O. M.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 26 de Fevereiro de 1917.

Antecedentes. — E' filho duma tuberculosa. Declara que foi sempre fraco e tem freqüentes vezes tosse.

Ha um mês para cá, tem-se agravado o seu estado.

Estado actual. — Apresenta o fácies característico do tuberculoso, pálido, imóvel, com hipertricose palpebral.

Acusa pontadas, tosse, por vezes violenta e inapetência.

Micropoliadénia.

O murmúrio respiratório é soprado e rude no pulmão esquerdo.

No espaço interescapular ha, submacicez, sôpro brônquico intenso e aumento de vibrações. Pêso, 17 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Quatro pequenas sombras nodulares situadas paralelamente ao bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco completado por uma sombra irregular e difusa.

Decorridos dois meses, a maior parte dos sintomas desapareceram, atenuando-se os outros.

OBSERVAÇÃO X:

J. D.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 29 de Março de 1916.

Antecedentes. — Ha cêrca de dois meses que tem tosse sêca e inapetência. Tem emagrecido muito.

Estado actual. — Apresenta hipertricrose palpebral e micropoliadénia generalizada.

Ha desigualdade do murmúrio respiratório; a respiração do pulmão esquerdo é muito rude. Ha aumento de vibrações no espaço interescapular.

Pêso, 13 quilogramas. Cuti-reacção — duvidosa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Traçado de sombra nodular colocada paralelamente ao bordo esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco ligeiramente obscurecido.

Êste estado mantém-se estacionário, comquanto o doente aumente um pouco de pêso. Apesar de terem decorrido já alguns meses, as melhoras não se teem feito sentir em virtude da generalização tuberculosa estar adiantada.

OBSERVAÇÃO XI:

F. G.—, de 5 anos de idade, inscrito no Dispensário em 7 de Janeiro de 1916.

Antecedentes. — Ha seis meses que, aliada ao enfraquecimento progressivo, uma tosse pertinaz o incomoda.

É sobretudo ha um mês que êste estado se agravou com, inapetência e suores nocturnos abundantes.

Estado actual. — Apresenta-se muito emagrecido e com micropoliadénia generalizada. Ha macicez na parte anterior, antero-superior e mediana do torax.

Em ambos os pulmões se ouvem ralas mucosas e sopro brônquico na região do manúbrio.

No espaço interescapular ha macicez e sopro brônquico.

Pêso, 18 quilogramas. Cuti-reacção — duvidosa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Grande sombra ganglionar na parte superior da sombra cardíaca, junto dos grossos vasos.

Posição oblíqua: Obscurecimento ligeiro do espaço retrocardíaco.

Depois de três meses de tratamento, êste doente está consideravelmente melhorado, tendo desaparecido todos os sintomas gerais.

OBSERVAÇÃO XII:

J. F. —, de 9 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 3 de Março de 1916.

Antecedentes. — Ha dois meses, que tem tosse com expectoração mucosa.

Estado actual. — Apresenta-se muito emagrecido, pálido e com micropoliadénia generalizada. Ha roncros sonoros de bronquite disseminados em ambos os pulmões.

Na região interescapular ha, broncofonia áfona e aumento de vibrações. Pêso, 23 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Pequenas sombras ganglionares na parte superior do lado esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco ligeiramente obscurecido.

A bronquite cedeu rapidamente. Novas bronquites se desenrolaram em Novembro de 1916 e Fevereiro de 1917. Nesta ocasião, surgiram diversos fenómenos congestivos que dentro em pouco desapareciam e o doente em Maio de 1917 estava muito melhorado.

OBSERVAÇÃO XIII:

G. S.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 19 de Fevereiro de 1917.

Antecedentes. — Ha cêrca de um mês que tem tosse com expectoração. Tem perdido bastante pêso.

Ultimamente acusa, pontadas, tosse com expectoração mucosa, inapetência e suores nocturnos.

Estado actual. — Está muito emagrecido e tem micropoliadénia.

No exame dos pulmões encontram-se sinais de bronquite, sobretudo no pulmão direito. A percussão indica que os brônquios dêste pulmão estão dilatados. Pêso, 24 quilogramas. Cuti-reacção—negativa.

Exame radioscópico.—Posição frontal: Sombras ganglionares dispostas

paralelamente à sombra cardíaca e a pouca distância desta.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco claro.

A bronquite que a doente apresenta é sustentada pela adenopatia que aperta os brônquios, o que a radioscopia verificou. O estado geral melhorou e, em Abril, a bronquite está quasi desaparecida. Voltou depois, no mês seguinte, mas com curta duração.

OBSERVAÇÃO XIV:

D. P. S.—, de 9 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 21 de Março de 1917.

Antecedentes.—Ha quatro meses para cá que tem tosse violenta com expectoração muco-purulenta, emetizante por vezes.

Estado actual.—Na nossa observação apenas conseguimos apurar sinais de bronquite. Pêso, 32 quilogramas. Cuti-reacção—negativa.

Exame radioscópico.—Posição frontal: Junto da sombra cardíaca ha pequenas sombras nodulares isoladas.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco normal.

Apesar do diagnóstico clínico apenas nos indicar uma simples bronquite, resolvemos submeter êste caso à radioscopia que confirmou a nossa sus-

peita. Pouco tempo de tratamento bastou para que a bronquite desaparecesse. Apesar de se dar êste facto, submetido novamente o doente ao exame radioscópico êste revela ainda a existência da adenopatia, embora que reduzida.

OBSERVAÇÃO XV:

D. J. P.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 23 de Abril de 1917.

Antecedentes. — Ha um mês que tem tosse, pontadas e fraqueza.

Estado actual. — Agora, acusa pontadas e tosse com expectoração mucosa.

Micropoliadénia, sobretudo cervical.

Nos pulmões ha roncospasmos disseminados, e o murmúrio respiratório é desigual, mais forte do lado esquerdo que do direito.

No espaço interescapular ha aumento de vibrações e pectoriloquia áfona. Pêso, 28 quilogramas.

Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição fron-

tal: Existência de quatro pequenas sombras paralelas ao bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retro-cardíaco, ligeiramente obscurecido.

A bronquite desapareceu pouco tempo depois da nossa observação primeira. Outro tanto não sucedeu à adenopatia que se conservou até Julho, mês em que deixámos de ver mais êste doente.

OBSERVAÇÃO XVI:

A. V.—, de 2 anos de idade, inscrita no Dispensário anti-tuberculoso em 7 de Fevereiro de 1917.

Antecedentes. — Vive na companhia de um tuberculoso. Ha 6 meses teve a coqueluche. Como a tosse persistisse e o enfraquecimento da criança fôsse progressivo, a família leva-o ao Dispensário.

A tosse é violenta, coqueluchóide e acompanhada de pieira. Ha dias que a expectoração é sangüinolenta. Existência de nevralgia diafragmática e por vezes dispneia.

Estado actual. — A' nossa observação, apresenta-se muito emagrecido, com taquicardia e micropoliadénia generalizada. No vértice do pulmão esquerdo ha uma pequena zona congestiva, caracterizada por submacicez e

rudeza do murmúrio respiratório. No espaço interescapular, ha aumento de vibrações e sôpro brônquico bastante acentuado. Pêso, 11 quilogramas. Culti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Pequenas sombas nodulares em rosário junto dos bordos, direito e esquerdo, da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retro-cardíaco obscurecido.

A tosse coquelochóide não deve considerar-se como resto da coqueluche, mas sim sustentada pela adenopatia mediastínica que, em face do estado geral, não deve ser tomada como banal, isto é, resultante da coqueluche. E tanto assim é, que instituída uma medicação tónica pelos iodados, o estado geral melhorou consideravelmente, assim como os sinais de congestão do pulmão esquerdo.

OBSERVAÇÃO XVII:

H. N.—, de 9 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 19 de Março de 1917.

Antecedentes. — Desde ha bastante tempo que tem tosse violenta, pontadas na base do torax e suores nocturnos. Cansa fácilmente e tem emagrecido muito.

Estado actual. — Apresenta hipertricose ciliar e micropoliadénia cervical.

No pulmão esquerdo ha submacicez do vértice e diminuição correspondente do murmúrio respiratório.

No espaço interescapular, ha brôncofonia. Pêso, 22 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico: — Posição frontal: Ligeiro obscurecimento do vértice do pulmão esquerdo. Sombras no-

dulares, em número de quatro, dispostas segundo o bordo esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco ligeiramente obscurecido. A radioscopia veio confirmar o estado congestivo do vértice pulmonar, de que não havia sinais um mês depois da nossa primeira observação. A adenopatia persistiu ainda por muito tempo.

OBSERVAÇÃO XVIII:

M. B.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 16 de Abril de 1917.

Antecedentes.— Ha um mês para cá que tem emagrecido muito.

Sente-se muito fraco e tem tosse sêca, suores e inapetência.

Estado actual.— Micropoliadénia.

O pulmão direito está quasi totalmente congestionado. No espaço interescapular ha, macicez, aumento de vibrações e sopro brônquico. Pêso, 14 kilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.— Posição frontal: Obscurecimento quasi total do pulmão direito. Ligeira sombra nodular na parte superior esquerda da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco ligeiramente obscurecido.

Em fins de Maio já não havia sinais da congestão pulmonar, episódio vulgar das adenopatias mediastínicas, mas a adenopatia persistiu ainda por muito tempo, tendo-se reduzido, contudo, com o tratamento.

OBSERVAÇÃO XIX:

J. L.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 30 de Abril de 1917.

Antecedentes.— Ha um mês que sente pontadas no hemitorax esquerdo, e de quando em quando tem tosse acompanhada de expectoração hemoptóica.

Estado actual.— Agora, além das pontadas e tosse, tem suores nocturnos e inapetência.

Tem emagrecido muito.

Ha macicez na quasi totalidade do pulmão esquerdo. A auscultação revela-nos a sua congestão macissa, havendo na base um pouco de derrame pleural.

Nota-se ainda broncofonia e pectoriloquia áfona. Pêso, 26 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. -- Posição frontal: Obscurecimento total do hemitorax esquerdo. Sombras nodulares seguindo o bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Obscurecimento total do espaço retrocardíaco.

Esta infiltração em massa do pulmão esquerdo, consequência da adenopatia, persistiu durante alguns meses. Não consegui ver mais êste doente depois de Julho, mês em que abandonámos o Dispensário.

OBSERVAÇÃO XX:

A. G. J.—, de 10 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 16 de Abril de 1917.

Antecedentes. — E' a segunda vez que frequenta o Dispensário.

Ha dois meses que tem tosse acompanhada de expectoração, que por vezes é raiada de sangue.

Estado actual. — Tosse emetizante, com expectoração abundante.

Apresenta-se muito pálido, com disfonia. Tem inapetência e suores nocturnos. Micropoliadénia.

A respiração é em ambos os pulmões soprada, sendo a expiração bastante prolongada. Ha sarridos mucosos espalhados e macicez no espaço interescapular. Pêso, 25 quilogramas.

Cuti-reação — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Duas pequenas sombras nodulares, paralelas ao bordo esquerdo do coração. Limitação dos movimentos diafragmáticos.

Posição oblíqua: Espaço retro-cardíaco obscurecido.

Decorridos alguns meses, conserva-se o estado da primeira observação. Deve tratar-se dum caso arrasado, como tantos outros que aparecem na consulta do Dispensário e, que só passados muitos meses se fazem sentir as melhoras.

OBSERVAÇÃO XXI :

A. D. C.—, de 9 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 13 de Dezembro de 1915.

Antecedentes. — Tem freqüentes vezes tosse e suores nocturnos.

Ha dois meses tem emagrecido muito e tem inapetência.

Estado actual. — Micropoliadénia.

A respiração é rude em ambos os pulmões. No espaço interescapular, à direita da coluna vertebral, ha macicez e alguns roncros sonoros. Pêso, 23 quilogramas. Cuti-reacção—negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Três sombras nodulares dispostas paralelamente ao bordo esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco normal.

Passadas algumas semanas em que o seu estado se manifesta, ora melhor, ora peor, desenrola-se uma *poussée* de bronquite, que se arrastou durante meses, desaparecendo, em Maio de 1916, qùasi na mesma altura que os sinais denunciadores da adenopatia.

OBSERVAÇÃO XXII:

P. G. F.—, de 3 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 10 de Novembro de 1916.

Antecedentes. — Queixa-se de astenia e emagrecimento, consequência de diarreias e bronquites repetidas que tem tido.

Estado actual. — Apresenta magreza e hipertricrose palpebral. Tem tosse, suores nocturnos e micropoliadénia. Ha roncós de bronquite, disseminados em ambos os pulmões. A respiração é rude no espaço interescapular. Pêso, 10 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Pequenas sombras nodulares dispostas em rosário paralelamente ao bordo esquerdo da sombra cardíaca.

Posição oblíqua : Espaço retro-cardíaco ligeiramente obscurecido.

O doente melhorou gradualmente e em 3 de Fevereiro de 1917, data da nossa última observação, nada mais acusa nem se apura além da micro-poliadénia.

OBSERVAÇÃO XXIII:

C. C. L.—, de 8 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 17 de Novembro de 1915.

Antecedentes. — A par do emagrecimento progressivo tem tido, ha um mês para cá, tosse com expectoração sangüinolenta. Acusa também suores nocturnos.

Estado actual. — As amígdalas estão hipertrofiadas. Existência de adenias cervicais e axilares. A respiração do pulmão direito é rude e entrecortada.

E' feito o diagnóstico de tuberculose latente.

Em 16 de Fevereiro de 1916 é observado novamente. O estado do doente não melhorou, antes, pelo contrário, se agravou.

Agora ha submacicez na base do pulmão direito. No esquerdo, a maci-

cez e ausência de murmúrio, sobe até ao mamilo (hidrotorax ?).

No espaço interescapular a respiração está bastante apagada. Tem feito expectoração hemoptóica. Pêso, 24 quilogramas. Cuti-reacção — positiva.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Sombra em fôrma de rosário, orientada segundo o bordo direito da sombra cardíaca e paralelamente a esta, confundindo-se na extremidade inferior com a sombra hepática. Diminuição de mobilidade da parte esquerda do diafragma. Obscurecimento total da base do pulmão esquerdo.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco muito obscurecido.

Em 30 de Maio, um novo exame traduz o desaparecimento de todos os sinais congestivos e de derrame; os de adenopatia ainda se conservam.

OBSERVAÇÃO XXIV:

J. C. L.—, de 7 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 9 de Fevereiro de 1916.

Antecedentes.—Desde ha bastante tempo que tem tosse com expectoração, gastralgia e inapetência.

Estado actual.—Na parte média de ambos os pulmões ha ralas de bronquite. Como nada mais apresente êste doente, é posto o diagnóstico de bronquite.

Em 3 de Maio é observado novamente. Agora, àlêm da desigualdade do murmúrio respiratório, rude no pulmão direito e apagado no esquerdo, ouve-se um sôpro brônquico intenso. O estado geral agravou-se bastante.

Tudo leva a crer na generalização tuberculosa, consecutiva à adenopatia traqueo-brônquica.

Submetido novamente à nossa observação, três semanas mais tarde, verificámos além dos sintomas que mencionámos anteriormente, os sinais de bronquite. Pêso, 25 quilogramas. Culti-reacção — positiva.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Rosário de sombras a pouca distância do bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco um pouco obscurecido.

Em meados de 1917, êste doente apresenta-se muito melhorado, continuando todavia em tratamento no Dispensário.

OBSERVAÇÃO XXV:

A. F. S.—, de 1 ano de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 30 de Agosto de 1916.

Antecedentes.—Vive na companhia de um tuberculoso.

Ha duas semanas tem emagrecido muito.

Estado actual.—Apresenta micropoliadénia generalizada. Ha ralas mucosas em ambos os pulmões. No espaço interescapular ha rudeza respiratória muito acentuada. Pêso, 7 quilogramas. Cuti-reacção—negativa.

Exame radioscópico.—Posição frontal: Pequeno rosário de sombras paralelo ao bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco normal.

Observámos novamente êste doente em Novembro. Nesta altura já não foi possível constatar sinal algum de adenopatia, sendo-lhe dada alta.

OBSERVAÇÃO XXVI:

M. S. S.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 15 de Março de 1916.

Antecedentes.—Tem emagrecido muito ha cinco meses para cá. Acusa, tosse com expectoração muco-purulenta e disfonia.

Estado actual.—Apresenta-se muito fraco, com hipertricose palpebral e micropoliadénia.

No espaço interescapular ha, macicez, aumento de vibrações, broncofonia e pectoriloquia áfona. Nos pulmões ouvem-se roncões generalizados de bronquite. Pêso, 16 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico.—Posição frontal: Três pequenas sombras nodulares dispostas em rosário segundo o

bordo direito da sombra cardíaca e paralelamente a esta.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco, obscurecido.

A bronquite desapareceu pouco depois da primeira observação. Outro tanto não sucedeu à adenopatia, que persistia ainda quasi um ano depois. Êste facto demonstra que a generalização tuberculosa está já feita.

OBSERVAÇÃO XXVII:

A. S.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 1 de Março de 1916.

Antecedentes. — Ha dois meses que se sente emagrecer e tem tosse.

Estado actual. — Apresenta-se muito emagrecido, com hipertricose ciliar e micropoliadénia. Tem tosse e inapetência. A respiração é rude no pulmão esquerdo e um pouco apagada no direito. No vértice dêste pulmão ha submacicez.

No espaço interescapular ouve-se o sôpro brônquico. Pêso, 16 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Pequena sombra muito esbatida no vértice direito. Rosário de sombras junto do bordo direito da sombra cardíaca.

Posição oblíqua: Obscurecimento ligeiro do espaço retrocardíaco.

A pequena congestão que apresentava o vértice do pulmão direito desapareceu com o tratamento, poucas semanas depois. Todavia, em Novembro ainda subsistiam, embora que atenuados, os sinais de adenopatia mediastínica.

OBSERVAÇÃO XXVIII:

E. C.—, de 3 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 8 de Janeiro de 1917.

Antecedentes. — Ha quatro meses, com a perda de appetite, começou a emagrecer.

Estado actual. — Presentemente, tem tosse e inapetência tenaz.

Apresenta-se muito pálido, com hipertrichose palpebral e micropoliadénia.

O murmúrio respiratório é soprado no pulmão direito e no esquerdo ha sarridos de bronquite. Pêso, 12 quilogramas. Cuti-reacção — positiva.

E' feito o diagnóstico de adenopatia traqueo-brônquica com generalização tuberculosa.

Examinando êste doente pela segunda vez, oito dias depois, não lhe

encontrámos modificação alguma no torax, porêm o estado geral está muito agravado.

O pequeno doente falece no dia 23, isto é, no mesmo mês da inscrição no Dispensário.

E' um caso de generalização rápida, de bacilemia, em que o tratamento é impotente.

OBSERVAÇÃO XXIX :

M. C. C.—, de 6 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 6 de Abril de 1916.

Antecedentes. — Ha quatro meses para cá tem tosse violenta, às vezes de fôrma asmática, inapetência e emagrecimento.

Estado actual. — Apresenta-se notavelmente emagrecido, com hipertricosse palpebral e micropoliadénia.

Em ambos os pulmões ha focos de congestivos, traduzidos pelo apagamento de murmúrio, aumento de vibrações e ralas. Ha também sinais de dilatação brônquica e sôpro.

Na região hilar nota-se, submaciez e aumento de vibrações. Sinal de Smith. Pêso, 14 quilogramas.

Cuti-reacção — Duvidosa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Nos campos pulmonares ha sombras leves alternadas com espaços, mais claros que normalmente.

Junto dos grossos vasos, à direita da sombra cardíaca, ha quatro pequenas sombras nodulares.

Posição oblíqua: Espaço retrocardíaco um pouco obscurecido.

Tinha sido feito o diagnóstico clínico—tuberculose generalizada discreta com localização nos gânglios mediastínicos, o que a radioscopia confirmou.

Êste doente fez alternativas de acalmia e recrudesimento dos sinais apresentados inicialmente.

Em 2 de Fevereiro de 1917 apresentou-se já bastante melhorado, não só do seu estado geral como da localização pulmonar.

OBSERVAÇÃO XXX:

M. B.—, de 8 anos de idade, inscrito no Dispensário anti-tuberculoso em 24 de Janeiro de 1917.

Antecedentes. — E' filho de pai tuberculoso, com quem vive na companhia de três irmãos também tuberculosos.

Diz ter emagrecido muito nêstes últimos tempos. Tem tosse por vezes muito violenta e suores nocturnos.

Estado actual. — Apresenta hipertrí-cose palpebral, micropoliadénia e torax muito estreito.

Nos pulmões, ha rudeza respiratória dos vértices e um pouco de congestão da base direita. No espaço interescapular, a respiração é muito rude. Pêso, 14 quilogramas. Cuti-reacção — negativa.

Exame radioscópico. — Posição frontal: Traçado de sombra nodular para-

lela ao bordo direito da sombra cardíaca. Sombra esbatida na base direita.

Posição oblíqua: Espaço retro-cardíaco normal.

A localização pulmonar desaparece depois de dois meses de tratamento.

O estado geral melhorou lentamente, aumentando de pêso. Fez, mais tarde, uma bronquite prolongada, favorecida pela adenopatia, cujos sinais se mantinham ainda, embora que atenuados, em Junho.

Conclusões

A adenopatia traqueo-brônquica tuberculosa, realiza na infância uma localização muito freqüente e tão importante, que Hutinel, o grande pediatra francês, lhe chama o ponto nodal da tuberculose infantil.

Se existem ainda dúvidas sôbre a via d'acesso do bacilo de Koch no organismo da criança, com efeito; se as primeiras vias respiratórias podem ser por vezes a porta d'entrada na opinião de Marfan e Dieulafoi; se Parrot e Rüss admitem o cancro d'inoculação inicial, provocando só secundariamente uma adenopatia similar ao nível do mediastino; se a tuberculização ganglionar primitiva é afirmada por um

grande número de autores; se a contaminação intestinal repousa sôbre factos indiscutíveis; se as lesões tuberculosas dos gânglios, podem ser precedidas da fase de bacilemia, segundo Landouzy, todos estão d'acôrdo em considerar os gânglios mediastínicos como o *relais* habitual e constante da infecção bacilar.

Êstes factos sublinham amplamente a utilidade considerável que advêm do diagnóstico precoce da adenopatia traqueo-brônquica na infância, para obstar ou pelo menos atenuar as suas perigosas conseqüências ulteriores.

Aplicando à exploração do mediastino todos os processos d'investigação clínica, reconhecemos, que nem sempre êles são suficientes, subsistindo um certo número de casos em que a clínica é impotente para os resolver e nos elucidar.

As observações VI, na qual se notam apenas ligeiras modificações do murmúrio respiratório, XVII, XXII e XXV, cuja sintomatologia local está reduzida a resumidos sinais de bronqui-

te, são testemunho do que acabámos de afirmar.

A radioscopia vem auxiliar a clínica nêstes casos.

Os resultados que obtivemos são de molde a confirmar o valor dêste indispensável processo d'investigação.

Assim:

—Todos os casos de determinação clínica difícil ou impossível foram diagnosticados por êste meio.

—Todas as adenopatias, cujo diagnóstico clínico, tinha sido préviamente estabelecido, foram confirmadas.

—Não só as observações classificadas semiológicamente sem qualquer zona congestiva ou hepatizada apreciável, mas também as que as apresentavam, receberam do exame radioscópico confirmação.

Postas estas conclusões, vejâmos, qual a percentagem de frequêcia dos sintomas, mais ligados ao processo local, que encontrâmos nas observações por nós apresentadas:

Tosse	26 vezes
Macicez	12 »
Aumento de vibrações	8 »
Sôpro brônquico	11 »
Broncofonia	3 »
Pectoriloquia áfona	6 »
Desigualdade do murmúrio respi- ratório	10 »
Bronquites localizadas e repetidas.	12 »
Focos pulmonares congestivos ou hepatizados.	8 »
Dispneia e pieira	5 »
Sinal de Smith	4 »
Disfonia	2 »
Espasmo faríngeo	1 »
Nevralgia diafragmática	1 »
Taquicardia	1 »
Rêde venosa torácica	3 »
Adenias axilares	2 »

A cuti-reacção feita em todas as observações, deu o seguinte resultado:

OBSERVAÇÕES

Positivas.	XXIII, XXIV, XXVIII
Duvidosas	X, XI, XIX, XXIX
Negativas	nas restantes.

Pela leitura dêste resultado se infere, que sendo a percentagem de

reacções positivas e duvidosas menos de um quarto das negativas, pondo de parte a natureza da tuberculina empregada, a interpretação e valor a dar a êste meio auxiliar de determinação etiológica, é muito impreciso, porquanto, todos os casos referidos, não oferecem dúvida quanto à natureza específica das suas lesões ganglionares.

Para o comprovar bastaria atender à duração do processo mórbido local e sua conjugação e correspondência com o estado geral.

.

Em suma, a adenopatia mediastínica, como fóco reaccional da tuberculose infantil, quer simples, quer complicada, é vulgar na infância; a sua patogenia ainda hoje não está bem definida; a sintomatologia não sendo sempre exuberante, o seu diagnóstico precoce indispensável, carece de argúcia na observação, aproveitando os mais pequenos indícios; a radioscopia, poderoso auxiliar, permite diagnosticar os casos difíceis e confirmar os outros; no pro-

gnóstico, devemos ter sempre presente a noção de possível gravidade; no tratamento, o iodo é um bom medicamento.

*

*

*

A leitura de diferentes e valiosos tratados, como os de Hutinel, Comby, Veill, etc. e de diversas revistas da especialidade, forneceu-nos todo o material bibliográfico para a confecção dêste trabalho.

Erratas mais importantes

PÁGINA	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
31	14	inter-traquicos.	inter-traqueo-brônquicos.
»	15	inter-brônquicos	peribrônquicos
34	25	adenopotia	adenopatia
37	26	correspondente	correspondente
58	11	traqueo-cefálico	braqueo-cefálico
69	18	parade	parede
74	9	sombrais	sombras
83	26	evoluções	evolução
»	27	agudas	aguda
90	13	excessos	acessos
154	25	XVII	XIII