

© Dr. Samuel Prado

Do valor clinico do signal de Hochsinger

THESE DE DOUTORAMENTO
=APPROVADA COM DISTINCCÃO =



TYP. REVISTA DOS TRIBUNAES
CARMO, 55 — RIO DE JANEIRO
———— 1919 ————

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

THESE

Apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
em 29 de Março de 1919,

e defendida em 12 de Abril do mesmo anno

PELO

Dr. Samuel de Vasconcellos Prado

NATURAL DE SERGIPE

Filho legítimo de José Apollinario do Prado e de D. Julia de Vasconcellos Prado

Dissertação :

Do valor clinico do signal de Hochsinger

APPROVADA COM DISTINÇÃO



- 1919 -

*Typ. Revista dos Tribunaes — Carmo, 55
Rio de Janeiro*

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR.—Dr. Aloysio de Castro.
 VICE-DIRECTOR.—Dr. Erico Marinho da Gama Coelho.
 SECRETARIO.—Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.
 SUB-SECRETARIO.—Dr. Carlos Augusto de Brito e Silva.

PROFESSORES CATHEDRATICOS

DRS. :

Antonio Sattamini.....	Physica medica.
Tiburcio Valeriano Pecegheiro do Amaral	Chimica medica.
Antonio Teixeira do Nascimento Bitten-	
court.....	Historia natural medica.
Luiz Antonio da Silva Santos.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Dias de Barros.....	Histologia.
Oscar Frederico de Souza.....	Physiologia.
Bruno Alvares da Silva Lobo.....	Microbiologia.
Antonio Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agenor Guimarães Porto.....	Therapeutica.
Antonio Rodrigues Lima.....	Pathologia geral.
Raul Leitão da Cunha.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Domingos de Góes e Vasconcellos...	Anatomia med.-cirurgica e operações
Julio Afranio Peixoto.....	Hygiene.
Ernesto do Nascimento Silva.....	Medicina legal.
Oswaldo Coelho de Oliveira.....	Clinica medica - 1ª cadeira.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré....	Clinica medica 2ª cadeira.
Miguel de Oliveira Couto.....	Clinica medica - 3ª cadeira.
Aloysio de Castro.....	Clinica medica- 4ª cadeira.
Pedro Severiano de Magalhães.....	Clinica cirurgica - 1ª cadeira.
Francisco de Paula Valladares.....	Clinica cirurgica - 2ª cadeira.
Augusto Paulino Soares de Souza.....	Clinica cirurgica 3. cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica.
Augusto de Souza Brandão.....	Clinica gynecologica.
José Antonio de Abreu Fialho.....	Clinica ophthalmologica.
João Marinho de Azevedo.....	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Francisco Simões Corrêa.....	Clinica pediatria medica e hygiene infantil.
Luiz do Nascimento Gurgel.....	Clinica pediatria cirurg.e orthopedia
Fernando Terra.....	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Antonio Austregesilo Rodrigues Lima..	Clinica de doenças nervosas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psiquiatria

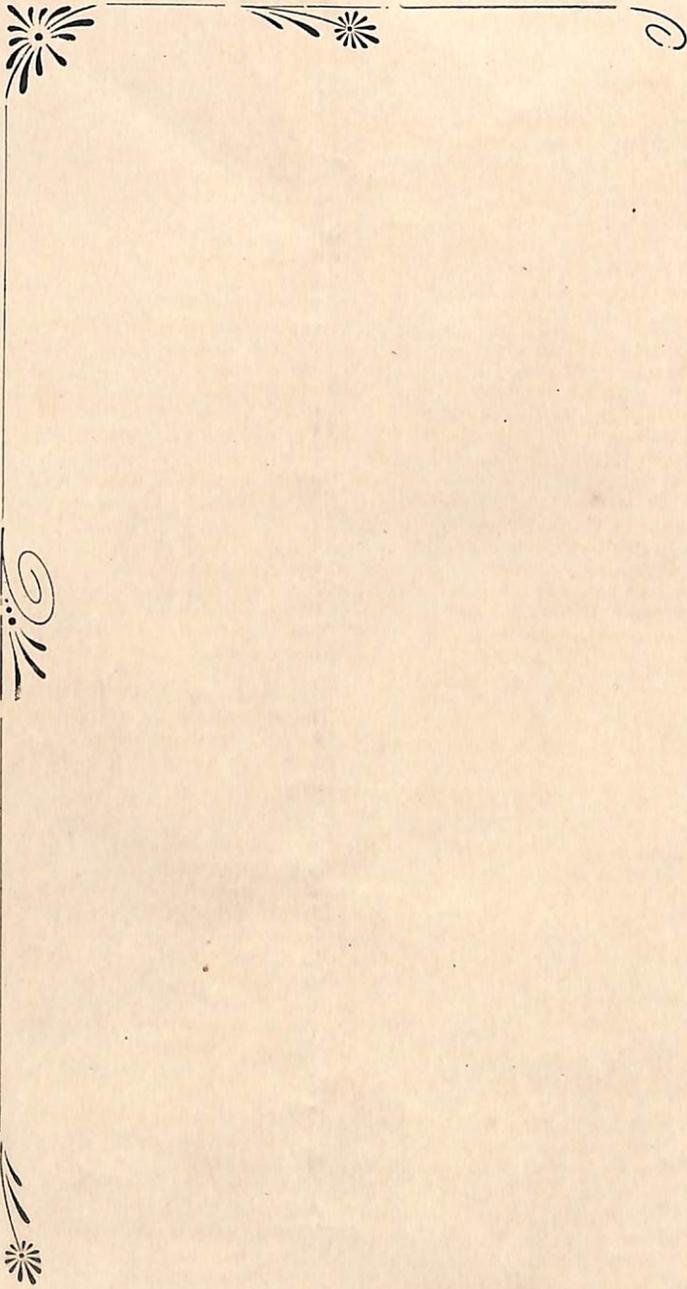
PROFESSORES SUBSTITUTOS

	secção		secção
Francisco Lafayette Rod. Pereira. 1°		Henrique Tanner de Abreu.....	10.
Diogenes de Almeida Sampaio.. 2°		Alcindo de Figueiredo Baena.....	11.
Antonio Pacheco Leão..... 3°		Fernando Augusto Ribeiro Magalhães	12.
João Benjamin Ferreira Baptista 4°		José Thomaz Nabuco de Gouvêa....	13.
Ernani Carlos de Menezes Pinto 5°		Luiz Pedro Barbosa.....	14.
Alvaro Ozorio de Almeida..... 6°		Eduardo Rabello ...	15.
Francisco Pinheiro Guimarães.. 7°		Octavio do Rego Lopes.....	16.
José de Moura Muniz..... 8°		Francisco Eiras.....	17.
Pedro Augusto Pinto..... 9°		Henrique de Brito Belfort Roxo.....	18.

Alfredo Antonio de Andrade—Chimica analytica

PROFESSORES CATHEDRATICOS JUBILADOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão..	Botanica e Zoologia medicas
Pedro Affonso Franco....	Pathologia cirurgica,
Agostinho José de Souza Lima...	Medicina legal.
Nuno de Andrade,	Clinica medica (1ª cadeira).
Cypriano de Souza Freitas... ..	Anatomia pathologica.
João da Costa Lima e Castro,..	Clinica cirurgica (1ª cadeira
Marcos Bezerra Cavalcante	Clinica cirurgica (2ª cadeira
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva
Benjamin Antonio da Rocha Faria.	Hygiene
Henrique Ladisláu de Souza Lopes	Therapeutica
Augusto Brant Paes Leme.....	Clinica cirurgica 3ª cadeira
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica oto-rhino-laryngologica



Aos meus irmãos

Aos meus parentes

Aos meus amigos

Aos meus paes.

*Pertence-vos este meu
primeiro trabalho; é elle o
fructo dos vossos esforços e
da vossa bondade. Eter-
namente agradecido depo-
sito-o em vossas mãos.*

ADVERTENCIA

Aos que se sentirem na obrigação de ler o nosso despretencioso trabalho, solicitamos a devida benevolencia para quem escreve pela primeira vez.

Não fosse o desejo imperioso de acompanhar a nossa turma na terminação da jornada academica e talvez tivéssemos adiado a nossa defeza de these.

Emfim... cheia de erros e imperfeições já está feita, e só resta agora aguardar a complacencia com que a vão julgar os seus julgadores.

*
* *
*

Sobre o ponto que escolhemos «Do valor clinico do signal de Hochsinger», tivemos em mira repetir aqui em nosso meio, os estudos que na Italia, Corica e Stephano realizaram sobre este signal, a que attribuem consideravel valor diagnostico. Quizemos verificar, si dadas as condições inteiramente differentes do nosso meio, as conclusões que pudessemos obter, seriam de todo identicas ás obtidas pelos citados auctores no seu paiz. Quer nos parecer que não foi inteiramente inutil o nosso trabalho. Dirigimos os nossos estudos sob um ponto de vista essencialmente pratico, attentando o quanto possivel a estabelecer o valor real deste signal.

Compõe-se a nossa these de 3 capitulos. No primeiro estudamos resumidamente a anatomia e physiologia dos ganglios da região; no segundo passámos

ligeira vista sobre as adenopathias e no terceiro nos occupámos propriamente do signal de Hochsinger.

* * *

Não terminaremos este introito sem consignar aqui os nossos agradecimentos a todos que contribuíram moral ou materialmente para a terminação deste trabalho ; agradecimentos que se estendem de modo muito particular aos Srs. Drs. João Paulo, assistente do consultorio de Pediatria da Faculdade de Medicina, Octavio de Barros, assistente do consultorio de clinica de creanças da Polyclinica e Ovidio Meira, que nos permittiram observar os doentes dos seus serviços.

Aos collegas e amigos de turma, um abraço e vossos de felicidades.

→:~:←

CAPITULO I

CAPITULO I

Da anatomia e physiologia dos ganglios

Generalidades.— Ganglios são pequenos entumescimentos de tecido lymphoide, com tamanho, cor e consistencia variaveis, e que se interpõem no trajecto dos vasos lymphaticos.

São *superficiaes* ou *profundos*, conforme se acham no tecido cellular subcutaneo, ou profundamente collocados no organismo.

Em numero de 400 a 600 para o organismo humano, a sua distribuição se faz obedecendo a uma seriação ou antes systematização, que está de acordo com o importante papel, que em physiopathologia os mesmos desempenham na defeza contra as infecções provenientes do meio externo. Assim sendo, raramente si os vê isolados (ganglio pre aunricular, tibial anterior, supra-epitrochleano), e o geral é encontral-os em grupos, dispostos nas raizes dos membros (inguinaes, axillares), no pescoço (cervicaes) e ao nivel e na profundidade dos órgãos (peri-tracheo-bronchicos, mezen-thericos), tomando designações varias conforme as regiões em que se alojam.

Aspecto exterior.— Os ganglios como já vimos não têm tamanho uniforme; os maiores, pequenos em numero attingem o tamanho de um grão de feijão cuja forma tambem muitas vezes imitam. Tambem a côr é muito variavel no ganglio, podendo ir do verme-

lho, ao roseo pallido, ao cinzento claro; os ganglios do mezentherio na occasião da passagem do chylo tem um tom verdadeiramente branquiçado (Testut).

Aos ganglios vêm ter vasos lymphaticos, e delles saem tambem vasos identicos. Os primeiros são chamados *afferentes*, os segundos *efferentes*, sendo estes em menor numero, porém mais calibrosos que aquelles. A parte do ganglio, de onde partem os lymphaticos *efferentes*, ligeiramente achatada, constituída de franco tecido conjunctivo, chama-se hilo— *o hilo do ganglio*, que por sua vez tem um foco espessado, a que His desigou o *nucleo* ou *stroma* do hilo.

Estructura.—O córte de um ganglio que o divida ao meio, nos mostra em uma de suas metades indo de fóra para dentro: uma camada externa, conjunctiva, a *cortex* ou *capsula*, uma segunda camada: a *substancia cortical* e por fim, a zona central ou *substancia medullar*. Separação nitida existe apenas da primeira para a segunda; vê-se uma linha quasi regularmente denteadada que estabelece os limites divisores entre a capsula e a substancia cortical; esta porém, tem continuação mais intima com a substancia medullar, á qual é idêntica em predicados histologicos, differindo, talvez um pouco quanto á côr, pois si a primeira é de tom ligeiramente roseo, esta pende mais para o cinzento.

a) *capsula* — A capsula envolve o ganglio em todo o seu contorno. Ao nivel do hilo, ella se retráe, e envolvendo os vasos que dahi partem, forma um endurecimento—o *nucleo do hilo* ou como chama Gougerot, uma *cunha hilar fibro vascular*. Histologicamente é a capsula constituída de fibras conjunctivas, que se entrelaçam em todos sentidos; a estas se accrescentam algumas fibras elásticas. Tambem fibras musculares foram encontradas na capsula do ganglio humano por His, Brücke e outros; sendo esta a regra em certos animaes, é no entanto raro no homem. A superficie externa da capsula se confunde com o tecido conjunctivo frouxo que envolve o ganglio. Da face interna

brotam septos, de igual significação histologica que a capsula, e que divide em lojas o interior do ganglio. E' a estas lojas que alguns auctores denominam *empolas corticaes*. Estas tiras ou septos conjunctivos, que têm disposição radiada no seu trajecto atravez a substancia cortical, se ramificam extraordinariamente ao passar á camada medullar, e adquirindo entre si um sem numero de anastomoses, se dirigem em seguida para o hilo, onde se vão fundir com o seu stroma.

b) *substancia cortical*.— E' constituída pelas empolas corticaes, e por um espaço vasio, no qual circula a lymphá e comprehendido entre a face interna da capsula e a superficie externa das empolas.

Recebe este espaço a denominação de *seio lymphatico*, emquanto que as empolas, em virtude de sua parecença com os folliculos dos intestinos se designam de *folliculos*.— Estudemos cada um delles:

A) *Seio lymphatico*. O seio lymphatico separa a capsula conjunctiva do parenchyma ganglionar, salvo ao nivel do hilo onde não existe a camada cortical. Tem, como já foi dito acima, duas paredes, a interna, que nada mais é que a abobada dos folliculos e a externa formada pela capsula e septos conjunctivos que della emanam. A estas duas paredes se prendem trabeculas conjunctivas que com suas multiplas anastomoses constituem uma fina rede — o *reticulum* do seio. Estas trabeculas conjunctivas que se originam da capsula e septos depois de atravessado o *seio lymphatico*, se continuam até o folliculo onde vão formar um *reticulo* de malhas ainda mais finas e de tecido mais delgado que o do *reticulum* do seio.

A cavidade do seio se continúa com a dos vasos lymphaticos que ahi desembocam, sendo toda ella revestida de um endothelio que por sua vez se continúa com o endothelio dos lymphaticos.

B) *Folliculo*.— Os folliculos, empolas corticaes de alguns auctores nos apresentam a estudar: *reticulum* e *cellulas livres*. O *reticulum* segundo Renaut nada mais

é que a ramificação dos septos conjuntivos; outros, porém, o consideraram um tecido especial de cellulas estrelladas que se ligavam por seus prolongamentos (tecido cytogeno de Kólliker). As *cellulas livres*, são verdadeiros lymphocytos, novos, dotados de movimentos ameboides.

c) *Substancia medullar*.— A substancia medullar é em tudo identica a cortical; nella encontrámos uma fina rede conjunctiva e as cellulas lymphoides. O espaço comprehendido entre essas malhas, continuação do folliculo, é chamado *cordão follicular* — e a cavidade que separa o *coração follicular* dos finos septos chama-se *seio do cordão follicular*.

Systematização ganglionar

Os ganglios, já o dissemos, acham-se grupados em series, no trajecto dos vasos lymphaticos, disposição que condiz com o papel preponderante que em physio-pathologia os mesmos representam na defeza contra infecções provenientes do meio externo. (1) A título de exemplo citamos apenas as 3 etapas, como as chamou Dieulafoy, que têm a vencer os germens de Koch, ou outros quaesquer, que tentem invadir os pulmões: em 1º lugar encontram-se com as *amygdalas* (sabida é a constituição lymphoide desses órgãos); vencida esta primeira barreira, segue-se a segunda, dos *ganglios cervicaes*, e por terceiro os *ganglios tracheo-bronchicos*. Igualmente, succede com o membro inferior, onde a primeira defeza é o ganglio *tibial anterior* vindo em seguida os *popliteos*, por fim os *inguinaes*.
Em resumo, o facto principal que devemos reter

(1) Vide á pag. . . . «Physiopathologia ganglionar»

na questão da seriação ganglionar, é que esta não se faz ao acaso, mas sim de accordo com as necessidades restrictas do organismo.

Os classicos anatomistas, Testut, (2) entre outros, filiam os ganglios aos seguintes onze grupos :

- 1º) o ganglio tibial anterior.
- 2º) os ganglios poplitêos.
- 3º) os ganglios inguinaes.
- 4º) os ganglios illiacos externos.
- 5º) os ganglios da bacia.
- 6º) os ganglios lombo-aorticos ou abdominaes.
- 7º) os ganglios do thorax.
- 8º) os ganglios da cabeça.
- 9º) os ganglios do pescoço.
- 10º) os ganglios supra epitrochleanos.
- 11º) os ganglios axillares.

Dentre estes, estudaremos apenas os ganglios do thorax e os axillares parietaes, pois são os que no momento nos interessam.

Ganglios do thorax. — Compreendem dois grupos : os *parietaes* e os *visceraes*.

Os *parietaes* se subdividem em : a) *diaphragmaticos*, que em numero de 4 a 6 repousam sobre a convexidade do diaphragma ; b) *mammarios internos*, que se distribuem no trajecto da mamma interna ; c) *intercostaes*, que se acham collocados nos espaços intercostaes.

Visceraes. Aos ganglios visceraes se filiam tres grupos : a) os *mediastinaes anteriores*, collocados no mediastino anterior ; b) os *mediastinaes posteriores*,

(2) Lealmente declarámos ter seguido muito de perto na parte referente á Anatomia dos ganglios o monumental «Traité d'Anatomie Humaine» do Prof. Testut.

São tão completos os estudos do mestre francez, que, abandonal-os em procura de outros, seria forte injustiça que fariamos a obra do emnente auctor

alojados no mediastino posterior e *c)* os *tracheo bronchicos* que Baretty (1) dividia em : *pretracheo-bronchicos direitos* situados á direita da trachea e bronchios correspondentes ; *pretracheo-bronchicos esquerdos* homologos aos anteriores e collocados á esquerda ; *inter-tracheo-bronchicos*, situados entre a trachéa e os bronchios, e os *interbronchicos*, alojados no angulo formado pela bifurcação da trachéa, e acompanhando o tracto dos bronchios.

Ganglios axillares — Muito bem estudados por Oelsiner, abrangem cinco grupos : *brachial, escapular, subclavio, central* e *thoraxico*. Trataremos apenas destes ultimos. Chamados ainda *mammarios externos*, seguem o tracto da arteria mammaia externa ; collocados sob os peitoraes se subdividem em 2 subgrupos : *ganglios-thoraxicos superiores*, que se installam no segundo e terceiro espaços intrecostaes ; *ganglios thoraxicos inferiores*, como os primeiros em numero de 2 a 4, e correspondem ao quarto, ao quinto e, ás vezes, ao sexto espaço intercostaes.

Physiologia

Reconhecem-se ao ganglio duas grandes funcções primordiaes que de perto condizem ambas com a defeza do organismo, uma a *primeira*, se refera á formação de lymphocytos (*lymphopoiese, leucopoise*), a *segunda* á destruição de substancias, detrictos de cellulas, poeiras, toxinas, cuja persistencia no organismo lhe poderia ser prejudicial (*cytolyse*). A *Leucopoiese* — ou formação de leucocytos se faz no proprio interior do ganglio, no *seio* e especialmente no *folliculo*.

Este, se apresenta sob duas formas : o folliculo es-

(1) Citado por Bordillon «Maladies du Mediastin», «La Pratique des maladies de l'enfant», IV.

curo e o folliculo de *centro claro*. E' justamente nesse ultimo que é mais activa a leucopoiése. Convem dizer, no emtanto, que o ganglio é um órgão de reserva, cuja actividade se accentua de maneira extraordinaria em presença de uma infecção geral, ou especialmente local, ou ainda quando da presença de corpos estranhos no nosso organismo. Como dissemos, a *leucopoiése* se effectua com muita mais actividade nos *folliculos*, especialmente nos de zona clara. São as cellulas destes ultimos que por um processo de karyocynese. produzem cellulas lymphoides: lymphocytos medios monucleares e raros grandes monucleares. Normalmente o ganglio não produz polynucleares neutrophilos, o que só se dá quando da presença de uma infecção ou intoxicação (*Dominici*).

Estes lymphocytos assim gerados passam atravez a parede dos folliculos, e se lançam no seio lymphatico, onde circula a lymphá; e uma vez attingida esta, são lançados pelos vasos lymphaticos á economia do organismo; dahi se conclue que a lymphá que sae do ganglio é mais rica em leucocytos, e portanto mais apta á luta, que a que a elle vae ter.

Cytolyse -- Função importantissima esta desempenhada pelos ganglios. Consiste na destruição de cellulas, globulos brancos, envelhecidos, poeiras e germens pelo ganglio. E' aos grandes monucleares, aos lymphocytos, ás cellulas do reticulum que compete tão vital papel. Ainda se admitte por parte destas cellulas a secreção de *fermentos* cuja acção principal seria a «digestão» destes elementos inuteis. Destes fermentos o melhor estudado é a *lipase*, que tem acção sobre as gorduras. Simon attribue aos ganglios ainda a secreção de um fermento com acção activante sobre os succos digestivos.

Em resumo: ao ganglio compete um papel duplo de *depurador* e *restaurador* da lymphá. Pelo primeiro elle retira desta as substancias innocuas ou prejudiciaes que possa conter, e pelo segundo substitue estes ele-

mentos inuteis por lymphocytos e outras substancias cuja presença na lymphá tem papel essencial na manutenção da integridade do organismo.

Physio-pathologia

Ao aparelho ganglionar lymphatico compete o importante papel de defender a economia contra as infecções ou intoxicações que a possam acometter.

Os gauglios são a guarda avançada do organismo, diz o professor Oscar de Souza. Em face de qualquer aggressão, as suas funcções se exasperam, se activam (leucopoise, cytolyse, formação de bacteriolysinas, antitoxinas) e a elles caberá o nobre encargo de zelar pelo bom estado do organismo.

Vejam, como isto se passa :

Supponhamos que haja uma solução de continuidade no tegumento de um dos membros inferiores ; será a porta de entrada para as germens, mas estes não tem franqueado o ingresso, — para ahi acorrerão os leucocytos, trazidos pelo sangue e pela lymphá, que se aposarão dos mesmos tentando destruil-os por um processo de digestão, a que Metchinkoff denominou *phagocytose* — Secretam este leucocytos productos como a *bacteriolysina*, que terá acção destruidora directa sobre os germens, e *antitoxinas* de effeito contrario aos productos toxicos secretados pelos mesmos.

Si do primeiro embate sáem vencedores os germens, estes tentarão atravez os lymphaticos invadir o organismo. São detidos, porém, no seu trajecto pelos gauglios aos quaes caberá então o papel de, si não destruir, pelo menos localizar a infecção. Nova lucta se trava então da qual tanto pódem os germens ser vencedores como vencidos. E' neste periodo que a actividade gauglionar chega ao auge. As funcções leucopoiéticas, cytolyticas, augmentam, augmenta a formação de fermentos.

Muitas vezes o gauglio se hypertrophia, são as adenites. Estas que podem ir de uma simples adenite congestiva, até a suppuração, á necrose são a resultante da acção destruidora das toxinas produzidas pelo germen.

Nas' infecções geraes como a syphillis e a tuberculose, em que as etapas ganglionaes são vencidas, uma a uma, as polyadenites traduzem perfeitamente a passagem dos germens pelos ganglios. Quando da lucta resulta a victoria dos gauglios, os germens nelle retidos são a pouco e pouco destruidos e os ganglios voltam ao seu estado primitivo; não raro, porém, estes foram accomettidos na sua vitalidade e ou terminam em suppuração, ou então se cicatrizam, formando um nódulo de tecido fibroso, esclerosado, que perde quasi por completo a estructura e funcções primitivas. Clinicamente se tem noção dos factos que se passam no organismo pelos processos de lymphangite, de adenite e pelas reacções febris cuja intensidade depende, já se vê de um lado da maior ou menor virulencia do germen e suas toxinas, e de outro, do maior ou menor gráu de reacção apresentada pelo organismo.

Terminando, lembramos que uma infecção póde invadir o organismo sem que se note a mais leve reacção ganglionar.

Isto se dá quando os germens penetrantes são dotados de muito pouca virulencia ou de nenhuma, e que na sua passagem pelos ganglios são despercebidos por estes, não determinando da sua parte nenhuma reacção salutar em bem do organismo.

Casos quasi identicos são quando da retenção pelos gauglios de germens, e em que estes hibernam no proprio seio ganglionar, sob a forma de um microbismo latente, e que depois readquirem sua virulencia indo accometter um ou mais orgãos da nossa economia; é o que muitas vezes se dá com o bacillo de Koch.

CAPITULO II

CAPITULO II

Adenopathias tracheo bronchicas

As adenopathias tracheo bronchicas são as affecções que accommettem os ganglios desta região. Causas etiologicas diversas podem-n'as determinar, e entre ellas, avulta pela sua grande frequencia a tuberculose.

Seguem-se ainda como factores determinantes destas adenopathias, si bem que em menor escala, a syphilis, as broncho-pneumonias consequentes ao sarampo, á gripe, etc., e até as bronchites chronicas (Apert).

Adenopathias tuberculosas.—As adenopathias deste genero podem ser *primitivas* e *secundarias*, isto é pode a infecção ser localizada primitivamente nos ganglios ou ao contrario localizar-se primeiramente nos pulmões e em seguida nos ganglios.

Antigamente eram tidas como muito raras as adenopathias primitivas, sendo consideradas muito mais frequentes as adenopathias secundarias.

Parrot em 1876 chegou mesmo a formular uma lei (*lei da adenopathia similar de Parrot*), segundo a qual toda a adenopathia tuberculosa tracheo-bronchica era secundaria a uma tuberculose dos bronchios ou dos pulmões; e como nas autopsias muitas vezes não era encontrada a minima lesão tuberculosa nestes orgãos, argumentava-se que esta podia ser tão insignificante, microscopica mesmo, a ponto de não ser percebida.

Ainda para Hutinel em 90 por 100 dos casos as adenopathias tracheobronchicas são secundarias ás lesões dos pulmões ou bronchios.

Segundo esses auctores, os bacillos penetravam sempre atravez a mucosa alveolar e de lá então é que passavam aos ganglios; diziam ainda que o ponto da mucosa por onde transitavam os germens, apresentava sempre vestigios desta passagem, que elles chamavam o *cancro de inoculação*.

Pesquisas innumeradas, porém, realizadas por outros investigadores, em casos de adenopathia tracheo bronchica, muitas vezes não constatarem a presença dos referidos cancros.

De sorte que se é levado hoje a aceitar perfeitamente a possibilidade de uma infecção mesmo primitiva nos ganglios.

Esta divergencia está em relação com a diversidade de opiniões entre os auctores no tocante ao ponto de penetração dos germens de Koch para o seio do organismo. Para os que consideram as adenopathias sempre filiadas a uma tuberculose pulmonar, o caminho mais habitual da infecção são os pulmões; para os que pensam de outra forma, a penetração do bacillo de Koch se faz com mais frequência atravez o tubo gastro intestinal. Convém dizer que nenhuma incompatibilidade existe ante tal divergencia sendo bem possível, e é o que hoje se admite, que tanto a infecção tuberculosa pôde se dar inicialmente pela arvore respiratoria, como atravez o tubo gastrico intestinal, si bem que pareça muito mais frequente o segundo caso. Experiencias innumeradas demonstram esta ultima conjectura; citamos apenas as de Welemonski (1) que conseguiu infectar cobayas e realizar experimentalmente

(1) Citado por Broudillon — Maladies du mediastin — Lapratique des maladies des enfants — Paris 1911.

a infecção dos ganglios do mediastino, por outra via que não os pulmões.

Ainda Nobécourt é deste pensar, e segundo elle a adenopathia tracheo bronchica póde ser consequente á tuberculose dos intestinos ou dos ganglios mezen-thericos.

Por que mechanismo se faz a transmissão dos germens do aparelho ganglionar mezentherico aos ganglios do mediastino?

Alguns autores acreditavam que ella se dava atravez os proprios vasos lymphaticos.

Betzke, porém, se baseando em dados anatomicos combate esse modo de ver e formula uma explicação que, no dizer de Combe é a mais provavel. Segundo o referido auctor as gotticulas de catarrho que se acham no pharynge são aspiradas pela corrente respiratoria indo assim contaminar os bronchios e pulmões.

Ora, as vias respiratorias e digestivas superiores se entrecuzam, e é bem possivel que os bacillos que penetram até o estomago, sejam novamente levados até o pharynge de onde são levados peia corrente respiratoria.

Em relação aos lactantes tambem é importante saber-se os pontos de accesso ao bacillo tuberculoso, para o fim da prophylaxia contra este terrivel mal.

A creança póde vir ao mundo já presa do bacillo de Koch. Pode-se isto dar por duas formas : ou o organismo materno é tuberculoso, e o germen é levado atravez a placenta (no caso de esta não estar integra) ou será o liquido espermatico paterno, no caso de ser este o tuberculoso, que irá contaminar o feto.

E' a esta forma de contagio que o professor Combe (1) chama infecção *congenita*, e cuja possibilidade deve ser admittida ao menos theoreticamente, já que a

(1) Combe La tuberculose des Nourrissons—1917—Paris.

prática no tocante á especie humana não tem podido verificar. Quanto á infecção ovular, repugna á maioria dos auctores, Combe inclusive, aceital-a, argumentado que dada a relativa pequenez do ovulo a propria presença do bacillo de Koch, seria o bastante para lhe determinar a esterilidade.

Conclue-se pois do exposto, que na grande maioria dos casos, a tuberculose das creancinhas é adquirida durante sua vida extrauterina.

São as poeiras, os objectos contagiados, a propria atmospherá que muitas vezes é respirada por um tuberculoso cuja doença se ignora; são as gotticulas de catarrho por este repellidas ás vezes á propria face das creancinhas, os portadores de tão terrivel mal.

Outras vezes é a propria mãe, quando tuberculosa com suas caricias, é o proprio leite materno (1) durante a nutrição a causa da infecção tuberculosa.

Igualmente é a alimentação feita com leite proveniente de vacca tuberculosa, são os brinquedos que os petizes levam habitualmente á bocca, são as chupetas que cáem ao solo, e que sem nenhum preceito hygienico, são postas nas boccas das creancinhas, que transportam o germen para o organismo infanttil.

A infecção póde se dar assim, seja por *inhalação* seja por *ingestão* (Combe). No primeiro caso as creanças respiram no mesmo ambiente que pessoas tuberculosas e o germen penetrando pelos bronchios são levados até os alveolos pulmonaes, e ahi atravessam as mucosas indo ter aos lymphaticos. Quando da ingestão, os bacillos são deglutidos com a propria saliva ou vehiculados pela alimentação, indo ter então o

(1) Os auctores muitos discordam sobre este ponto. Si os ha optimistas negando absolutamente a transmissão do bacillo por esta via, outro, ao contrario, mais scepticos affirmam categoricamente a presença do bacillo tubereuloso no leite materno. Tomemos pois, um meio termo, admitindo a possibilidade de contágio atravez o seio nutridor.

tubo gastro-intestinal, onde transpoem a mucosa e se vão localizar nos ganglios lymphaticos da região, ou se expandir pela economia.

Quanto á infecção pela via cutanea, considerm-n'a rara os auctores; Combe cita apeuas tres casos que conhece de infecção tuberculosa na creança através a pelle.

Lembremos porfim, que pode o organismo da creança estar infectado pelo bacillo da tuberculose, sem que haja a minima localização destes germens em orgão qualquer da economia. E' o que se deduz das recentes investigações realizadas por Jousset (1).

Este autor procedendo a autopsias em cadaveres de creancinhas mortas até os 3 mezes de idade, e colhendo directamente o sangue no coração das mesmas conseguiu demonstrar pelo exame bacterioscopico e pôr inoculações a presença dos bacillos de Koch no sangue.

No emtanto a mais minuciosa autopsia não revelava nenhuma localização em nenhum dos orgãos, nem mesmo nos ganglios mezenthericos. Tratava-se, pois de verdadeira bacillemia tuberculosa.

Por onde teriam penetrado os germens?

Atravez o tubo gastro-intestinal? E' possivel; sabendo-se que, na creança a defeza ganglionar muitas vezes é deficiente, o que não teria determinado lesão alguma por parte dos ganglios do mezentherio.

Póde-se admittir a mesma hypothese em relação á arvore respiratoria. A penetração dos germens em vista da pouca defeza ganglionar tracheo-bronchica, nao teria deixado traços facilmente perceptíveis.

Ou, quem sabe? não serão esses alguns dos casos em que se deve admittir a infecção congenita de Combe?

Adenopathias filiadas a outras causas.— Já disse-

(1) «Gazette Medicale de Paris», 1918—N. 94.

mos que muitas outras causas, que não a tuberculose podem ser factoras das adenopathias. Destacaremos entretanto a syphilis e o cancer.

Desde ha muito tempo se conhece a predilecção especial que tem o *treponema* da syphilis para os ganglios. Entre as nossas observações temos mesmo um caso em que negativa a reacção de Pirquet, e tendo em vista os antecedentes paternos formulámos o diagnostico de heredo-syphilis. (Observ. III)

Ha uma verdadeira polyadenite syphilitica; presença de ganglios hypertrophiados, cervicaes, axillares, epitrochleanos, e inguinaes. Presente e muito nítido o Hochsinger, nos dois lados.

Submettido ao tractamento mercurial, tem obtido melhoras sensiveis. Stephano (1) entre 59 casos por elle estudados, encontrou 12 doentinhos de heredo-syphilis. Nobécourt cita um caso de adenopathia tracheo-bronchica, de origem syphilitica. Outra affecção que determina commumente a hypertrophia ganglionar tracheo-bronchica, é o carcinoma do mediastino. Póde o cancer attingir só um ganglio ou accometter todo apparelho ganglionar, determinando a formação de lymphosarcomas. Citemos por fim as inflammções passageiras dos ganglios tracheo-bronchicos ligadas igualmente a molestias de surtos passageiros como ae broncho-pneumonias, as anginas, e de uma maneira geral pódem apresental-o todos os individuos "portadores de uma infecção laryngéa ligada á hypertrophia do tecido lymphoide do pharynge."

Anatomia pathologica

Varia, naturalmente, a anatomia pathologica da adenopathia tracheo-bronchica, de acordo com a causa infecciosa que a determina e ainda de acordo com os diffêrentes periodos da doença, isto é, conforme se

(1) La Pédiatrie.

trata de uma affecção de character agudo, transitorio, tendendo á cura, ou ao contrario, si se tracta de lesão demorada (como na tuberculose) com tendencias á chronicidade.

Vamos estudar a anatomia pathologica dos ganglios, tendo em mira esse duplo aspecto.

Facil é de conceber o motivo que a isso nos leva : A affecção aguda, transitoria portanto, que possa acometter os ganglios tracheo-bronchicos, em uma simples grippe, ou na intercurrencia da coqueluche, em nada se póde assemelhar com a lesão de iguaes ganglios, motivada pela syphillis, hereditaria, por exemplo ou ainda pela tuberculose, molestias essas, das quaes um dos caracteres é a tendencia ao estado chronico.

Sabemos perfeitamente que toda lesão chronica é posterior a uma primeira, aguda, mas isso justamente vem em nosso auxilio, na justificativa que fazemos para facilidade da nossa exposiçào.

Dada essa explicação, passemos a tractar das :

a) *Adenopathias de character agudo.*—A lesão anatomopathologica nestes casos, é simples ; os ganglios ~~intumescem~~ tumescem-se, augmentam de volume, chegando ás vezes ás proporções de uma grande azeitona ; ás vezes apresentam-se sós, isoladas, outras vezes grupados e collados uns contra os outros. Adquirem uma colloraçào vermelho-rubra, que traduz perfeitamente o estado de hyperhemia. O exame microscopico nestes ganglios revela : seios ganglionares dilatados, contendo um liquido exsudato, transparente, rico em leucocytos e fibrina. Cellulas endothelias tumefeitas e os vasos engorgitados de sangue. O exame bacteriologico revela ás vezes a presença de germens.

b) *Adenopathias com tendença ao estado chronico.*—Estudaremos neste paragrapho as adenopathias filia-
das á tuberculose e a syphilis.

Adenopathias tuberculosas—A infecção tuberculosa deixa a perder de vista, na determinação das adenopathias as demais infecções. Esta asserção já era tão

conhecida dos auctores antigos, que quando se diagnosticava uma adenopathia tracheo-bronchica não se lhe procurava determinar a origem infecciosa, admitindo-se logo o fundo tuberculoso.

São varias as alterações soffridas pelos ganglios tuberculosos. Ao começo, hyperhemiados, vão a pouco e pouco tomando um tom esbranquiçado, devido a degenerescencia caseosa. Esta se faz do centro para a periphèria. Eis como se procede a degenerescencia: o bacillo de Koch penetrando no seio do ganglio. secreta um producto toxico para as cellulas epitheliaes, que provoca a degenerescencia destas cellulas. Accorrem então para este ponto lymphocytos e leucocytos que vão travar embate com os germens. Os primeiros secretam um fermento lipolytico que se destina a destruir o envolucro ceroso protector dos bacillos emquanto que o fermento secretado pelos segundos (proteolytico) vae atacar o proprio protoplasma microbiano. Si o bacillo não for destruido, será cercado de cellulas, ditas epithelioides, que devido a presença do veneno tuberculoso podem-se reproduzir mas ficam impedidas de secretar a substancia inter-cellular que as tranformaria em tecido conjunctivo. E' por este processo que nascem as cellulas *gigantes*, que resultam da não reproducção do protoplasma cellular de um lado e de outro da reproducção dos nucleos das mesmas cellulas.

Tal é em ultima analyse o *tuberculo*; este póde por sua vez se caseificar, são os tuberculos *caseiosos*, em que esse processo de degenerescencia se faz sempre do centro para a periphèria. A caseificação adquire ás vezes tão grandes proporções que se póde ver os ganglios, reduzidos a uma substancia leitosa, o *caseum*.

Succede algumas vezes, nos casos naturalmente de tendencia á cura, que se dá a hyperplasia do tecido fibroso, extraordinaria superproducção de trabeculas conjunctivas, invadindo e tomando por completo o ganglio transformando-o em um nodulo fibroso.

Neste caso o ganglio sente-se então dahi por

diante despido, ás vezes até, de todo, das suas funcções na defeza do organismo.

Os exames microscopico e bacterioscopico revelam a presença de cellulas gigantes e de alguns bacillos de Koch.

Na *syphillis*, a anatomia pathologica do ganglio varia conforme o periodo em que se o examina, assim no começo, os ganglios são tambem hypertrophiados e hypermiados; a seguir na phase definitiva da infecção o tecido conjuntivo dos mesmos adquire maiores proporções estrangulando quasi por assim dizer o elemento nobre do ganglio que se transforma em pequeninos nodulos endurecidos de tecido fibroso.

Semiologia Clinica

Seguindo o methodo da maioria dos auctores no tocante a esta questão, dividiremos os symptomas das adenopathias tracheo bronchicas em *funcctionaes* e *phy-sicos*.

Nenhum caso espelha tão bem a phrase de sabio mestre desta Faculdade quando diz que *em medicina muitas vezes a riqueza excessiva é signal de pobreza*.

Enfermidade que acomette órgãos contidos no meio de outros de importância consideravel, não poderia deixar de repercutir sobre os mesmos, determinando muitas vezes uma symptomatologia tão variada, a ponto de muitas vezes obscurecer o diagnostivo em vez de o facilitar. Não trataremos de todos estes symptomas, reservando-nos para citar apenas aquelles que com mais *chance* nos podem approximar de um diagnostico menos erroneo...

Os symptomas *funcctionaes* são aquelles que traduzem a compressão exercida sobre os órgãos adjacentes pelos ganglios hypertrophiados. Em ultima anayse são em si equivalentes aos dos tumores do mediastino

razão pela qual o professor Dieulafoy os abrangeu sob a designação de *syndrome mediastinal*.

Eis os principaes:

1º) *Signaes produzidos pela compressão da trachea e dos bronchios.*

Muitas vezes se ouve a *pieira broncho tracheal* (*cornage* broncho tracheal de *Empis*), que consiste em um ruido expiratorio de timbre rouco, audivel ás vezês á distancia. Tambem a tosse do doente toma em certos casos uma tonalidade anormal, estridulosa, que os auctores costumam chamar *tosse de compressão bronchica*.

Encontram-se ainda modificações do rythmo respiratorio (Grancher) alterando-o para mais ou para menos e determinando acceleração dos movimentos cardiacos.

2º) *Signaes de compressão da veia cava superior.* Chama-nos logo a attenção o edema da face, das palpebras, a dilatação das veias superficiaes e cyanose. A's vezes é abundante a secreção lacrimal; estase venosa nas jugulares.

A circulação venosa de compensação torna-se nitida na face anterior do thorax, onde se desenhram cordões vendosos.

3º) *Signaes de compressão da arteria e das veias pulmonares.* Manifestam-se pela estase sanguinea na base dos pulmões, se traduzindo por estertores subcrepitan-tes; hydrothorax etc., o que permite affirmar a compressão do pediculo; a estase bilateral com conservação da energia cardiaca, ausencia de estase hepatica, jugular ou peripherica, permite affirmar a dupla compressão das veias pulmonares (Castaigne).

4º) *Signaes de compressão dos nervos pneumogastri-rico, phrenico, recurrente e sympathico.* São as perturbações da voz, devidas a paralyiá do nervo recurrente, e que adquirem um character rouco, bitonnal.

A compressão do pneumogastri-co determina tachycardia irreductivel podendo ser acompanhada de syn-

drome asystotica. A *tosse* tambem é devida a compressão do pneumogastrico e se não acompanha de expectoração alguma. Espasmo da glotte.

Por fim temos, o que felizmente é considerado raro, a *compressão* e muitas vezes a ulceração da aorta, que pôde perfeitamente terminar por hemorragia, de forma siderante (Nobécourt); *compressões* ainda ao *systema cavo superior* determinando cyanose da face, cephaléas, que muitas vezes alliadas á forte dyspnéa de que são presos os doentinhos faz suspeitar de uma asphyxia.

Signaes physicos Inspeção. Entre elles os que, mais nos chama a attenção é o edema das paredes do thorax e da face, a diminuição da amplitude thoracica e a dilatação das veias do pescoço, e do thorax; a creança é emmagrecida, de uma pallidez cyanotica

Percussão. A percussão revela muitas vezes não só submatidez, como a propria matidez, dependendo, está visto da maior ou menor hypertrophia de que tenha sido preza o ganglio e ás vezes mesmo hypersonoridade em certos casos, correndo a custa de um certo gráo de emphysema pulmonar. Percutindo-se o dorso do doentinho, ao nivel da região interscapular, se obtem matidez ou submatidez tambem, conforme o gráo de hypertrophia do ganglio.

Auscultação. E' este o methodo que mais signaes fornece ao exame da adenopathia.

O murmurio respiratorio se apresenta normal em toda a area dos pulmões. Ouve-se, porém, e muito frequentemente um sopro, o *sopro-bronchico*, que ás vezes muito rude, faz lembrar o sopro tubario da pneumonia, do qual se differencia pela sua sede, e pelos symptomas geraes do doente.

Este sopro ás vezes, toma tonalidade bastante rude, estridente designando-se então sopro de *compressão bronchica* (Apert).

Um outro dado que nos fornece a auscultação é o signal de Smith que consiste em um ruido muito especial que se ouve ao nivel do manubrium, quando se

faz o doente inclinar a cabeça um pouco para traz; sémelha-se este ruido a passagem em um tubo de pequenos grãos de areia.

O *signal* de Espine, que consiste na voz cochichada, quando se faz o doente fallar baixinho, e se o ausculta, na face posterior do thorax ao nivel da região interscapular.

Podemos ainda ouvir estertores subcrepitanes finos na base dos pulmões, que correm por conta, muitas vezes de congestões pulmonar passivas consequentes a compressões venosas.

Convem lembrar entretanto que nem sempre vêm estes signaes conjunctamente, mas muito raramente se os vê associados, o que sobremodo difficulta o diagnostico do adenopathia tracheo-bronchico.

Nos ultimos tempos, com os adventos dos raios de Röntgen, si tem recorrido quasi systematicamente ao seu uso para a pesquisa das affecções do mediastino.

Evolução e formas clinicas

A evolução da adenopathia varia conforme a causa morbigena que a determinou. Póde uma adenopathia evoluir em cinco ou seis semanas, como póde tambem passar ao estado chronico. Está visto que a evolução é alterada pelo tratamento especifico; assim a adenopathia de origem syphilitica, cede ao tractamento mercurial ou arsenical, havendo a retracção do tecido fibroso do gauglio e muitas vezes a volta ao seu estado normal anterior.

Si se trata de uma adenopathia tracheo-bronchica tuberculosa, póde tambem evoluir benignamente a molestia, approximando-se a cura, desde que o doente seja submettido ao regimen classico de superalimentação, bôa aerificação e tónicos.

Igualmente, porém, succede serem os doentes victimados pelos assustadores phenomenos functionaes determinados pela compressão dos gauglios hypertrophados sobre os outros órgãos. Assim tanto póde vir o paciente sobreviver longo tempo á sua enfermidade, como tambem póde ser em poucas semanas victimado por ella.

No caso de se tractar de tuberculose, deve o clinico olhar com muito cuidado os pulmões do doentinho, afim de evitar o quanto possivel a invasão destes órgãos.

Tratamento Para finalizar este capitulo diremos duas palavras sobre o tratamento das adenopathias.

Depende este naturalmente das causas especificas, si esta é a syphilis deve se combatel-a com o mercurio, o arsenico; nas creanças as fricções com unguento napolitano são bem supportadas.

Tratando-se de adenopathias tuberculosas o tratamento será então o classico tratamento conhecido e prescripto por todos os clinicos; bom clima, bom ar, regimen alimentar apropriado — tónicos.

CAPITULO III

CAPITULO III

O SIGNAL DE HOCHSINGER

Descrição e valor clinico

O signal de Hochsinger se traduz clinicamente pela presença de ganglios entumescidos ao nivel dos 3.^o, 4.^o e 5.^o espaços intercostaes na direcção da linha axillar anterior.

Interpretando a pathogenese deste signal, diz textualmente De Stephano: «desde que se acham infeccionados os ganglios lymphaticos do mediastino, em virtude das relações anatomicas existentes entre elles e os ganglios da axilla, seriam estes affectados contemporaneamente, ingorgitando-se e denunciando-se á palpação.

Sobre o seu valor diagnostico diz ainda o Sr. De Stephano: «entre os diversos signaes descriptos por diversos autores (Koramyi, De La Camp, Mussy, Baretty, Smith, etc.), seria o de Hochsinger o de maior importancia para o diagnostico da adenopathia bronchica da tuberculose do lactante.»

Dos estudos feitos por este auctor e pelo seu collega, Corica, vamos dar ligeiro resumo. O primeiro observou 56 doentinhos com o signal de Hochsinger positivo soffrendo 31 de adenopathia tracheo-bronchica e os 25 outros, enfermidades diversas (12 casos de infecção luetica, 8 de rachitismo isolado ou associado a outras

molestias, 3 de decomposição, um de pyelocystite e um de nephrite hemorrhagica). Dentre os 31 primeiros só um teve negativa a prova de Pirquet; tratava-se de um doente em adeantado estado de cachexia, todavia o exame radioscopico revelou a presença de ganglios tracheo-bronchicos entumecidos.

O segundo auctor, Corica, em 39 doentes com o signal de Hochsinger, verificou que 36 apresentavam adenopathia tracheo-bronchica, (o que foi positivado pela cuti-reacção e pelos raios X) e os 3 outros soffriam de outras enfermidades.

Depois de alguns commentarios sobre essas observações, tiram os auctores italianos as seguintes conclusões: 1^a) O signal de Hochsinger tem consideravel importancia no diagnostico da adenopathia tracheo-bronchica (55 %); 2^a) Tem tanto mais importancia quanto maior for o numero de symptomas associados verificados na creança; 3^o) em cerca de 45 % dos casos, o signal de Hochsinger parece estar ligado a outras enfermidades; 4^a) Este signal tem grande valor quando associado á cuti-reacção.

Exponhamos agora os nossos estudos sobre o signal de que tratamos. Comecemos, para mais facil comprehensão pelas observações:

Observações

Observação I

Octacilio, moreno, 3 annos de idade; pae fallecido de tuberculose; mãe que era forte, ha cerca de 2 annos que tem dores nas costas, tosse e escarra sangue (informações fornecidas por ella propria).

Teve um aborto antes de dar á luz a este doentinho; não narra, porem, antecedentes syphilicos.

Exame do doente: — Thorax de phymatoso, costellas salientes.

Respiração difficultosa, ouvindo-se a certa distancia o ruido da corrente aerea nos bronchios e trachea (*pieira tracheal*).

Exame clinico — respiração soprosa especialmente ao nivel do apice direito ; submacicez nessa mesma região ; positivos Smith e o D'Espine.

Signal de Hochsinger — positivo, bilateral ; dois ganglios ao nivel do 4º espaço intercostal e um ao nivel do terceiro, maior, quasi mettido na massa muscular peitoral.

Reacção de Pirquet — positiva.

Diagnostico — adenopathia tuberculosa tracheo-bronchica ; phymatose.

Observação II

Ricardo, cor preta, orphão de pae ; mãe fallecida durante o surto grippal epidemico de Outubro. O doentinho tambem grippado achava-se recolhido ao então hospital Nilo Peçanha, enfermaria das creanças.

Examinando-o por acaso, encontramos dois ganglios, duros, bem nitidos ao nivel do 4º e 5º espaços intercostaes, bilateralmente.

Polyadenite, bem patente ao nivel do pescoço, região inguinal ; ganglios epitrocleanos, axillares.

Presentes varios signaes de adenopathia tracheo-bronchica inclusive o de Smith e o de Espine.

Procedida a percussão leve, não encontramos nenhuma zona de submacicez que podesse denotar aumento dos ganglios.

Antecedentes do doentinho não nos foram ministrados. Impossivel na occasião, obter o Wassermann e proceder á reacção de Pirquet.

Julgámos, porem, em vista dos dados apontados, tratar-se de um caso de adenopathia syphilitica.

Observação III

Moacyr Machado, 5 annos, moreno; mãe de compleição franzina, pae syphillítico; alcoolismo moderado.

Diagnostico clínico: asthma, verminose, heredo syphillis.

Signal de Hochsinger, positivo; cuti reacção — negativa.

Exame dos ganglios: micropolyadenite (de fundo syphillítico) ganglios epitrochleanos.

Não foi feito o Wassermann, o tractamento mercurial que tem causadô sensiveis melhoras no doente, prova de sobejo o diagnostico firmado de heredo syphillis.

Observação IV

Maria Antonietta, branca, 1 anno e 4 mezes—pae, portuguez, alcoolatra; — mãe brazileira, fraca (com uma irmã tuberculosa); o exame procedido pelo seu medico revelou estar ella fraca dos pulmões (segundo nos declarou).

Exame procedido na doentinha: ganglios axillares entumecidos, epitrochleanos, ausentes.

Signal de Hochsinger: presente, um pequenino ganglio, a um centimetro para fóra e para cima do mamillo; bilateral.

Reacção de Pirquet—positiva.

Diagnostico: Scabiose — Adenopathia tracheo-bronchica.

Observação V

Carmellino França, 6 annos, preto; mãe fraca; tendo tido dois abortos—pae fallecido *do peito*.

Molestia que o levou á consulta : mal de Pott.
Reacção de Pirquet — positiva. Hochsinger : um
pequenino ganglio no 5.º espaço intercostal.
Ganglios cervicaes—grandes e molles.
Diagnostico clinico : mal de Pott (associação sy-
phillo-tuberculosa).

Observação VI

Cecilia Yolanda, filha de Vicente da Silva 7 an-
nos, parda.

Antecedentes — sarampo — coqueluche; dentes
mal implantados.

Gauglios cervicaes muito augmentados de volume
— Pela ausculta Espine e Smith — O doente tem muita
tosse, expectoração, somno agitado — Hochsinger —
negativo.

Reacção de Pirquet — não foi feita.

Diagnostico — Verminose; adenopathia tracheo
bronchica.

Observação VII

Noemia 8 annos preta, filha de Waldemar de Oli-
veira; a mãe da doente já teve 3 abortos.

Antecedentes pessoas: soltura, bronchite, sa-
rampo.

Molestia actual : tosse, expectoração verde; thorax
deformado, ventre volumoso — Submacicez no apice
do pulmão esquerdo, sopro tracheo bronchico.

Hochsinger — negativo

Pirquet — positivo.

Diagnostico : Adenopathia tracheo bronchica.

Observação VIII

Elydia filha, de José Barcellos 6 annos, parda, pae syphillítico (?) alcoolatra.

Antecedentes — Coqueluche — Escarlatina. Teve 12 irmãos dos quaes 5 mortos.

Estado actual: Dentes de Hutchinson. No thorax circulação complementar, bem visivel.

Signal de Smith e d'Espine, presentes S. de Hochsinger, presente: um pequeno gauglio ao nivel do 4º espaço intercostal esquerdo; a prova de Pirquet não ficou bem nitida.

Diagnostico: adenopathia tracheo bronchica (heredo syphilis?)

Observação IX

João filho de Joaquim Ayres 7 annos branco.

Antecedentes heriditarios: syphilis alcoolismo.

Antecedente pessoas: coqueluche — scarlatina.

Doença actual: gauglios cervicaes e inguinaes hypertrophicaes, tosse de forma coqueluchoide — Pela ausculta: pectoriloquia aphona ao nivel da columna vertebral e signal de Smith ao nivel de articulação cleido sternal; estertores crepitantes e sub-crepitantes sobretudo na base do pulmão esquerdo.

Hochsinger—negativo.

Pirquet—negativo.

Diagnostico: adenopathia trachéo bronchica.

Tem feito o tratamento mercurial (unguento napolitano); ultimamente está tomando Emulsão de Scott e se submetfendo á heliotherapia.

Observação X

Florinda. 3 annos, preta, filha de Mariano Luz.
Antecedentes pessoaes : coqueluche.

Ganglios cervicaes—hypertrophiados.

Pela auscultação—Respiração soprosa nos apices, estertores sub-crepitantes. Grande magreza, edema da face, ventre globuloso, febre diariamente.

Hochsinger—positivo.

Reacção de Pirquet—(Não foi possível verificar).

Diagnosticó : adenopathia tracheo bronchica (syphilitica ?)

Foi feito o tratamento pelo unguento napolitano que provocou melhoras.

Ainda continúa o tratamento, tomando iodo em gottas e arrhenal.

Observação XI

Cecilia Pinto, 5 annos, branca, filha de José Pinto da Cunha. Antecedentes—tuberculosos. Tem 3 irmãos (a mãe da doente teve 3 abortos).

Estado actual : grande magreza, presente o signal de Espine. Estigmas de heredo syphilis : fonte olympica, nariz em sella, otite, ganglios ao Ricord—Somno agitado.

Signal de Hochsinger—ausente.

Prova de Pirquet— Não foi feita.

Diagnosticó clinico—Adenopathia tracheo bronchica—heredo-syphilis—Bronchite.

Nota.—Deixámos de apresentar varias observações de doentes com diagnosticó clinico de adenopathia tracheo bronchica, mas que não apresentavam positivo o signal de Hochsinger.

Apresentadas as nossas observações, vejamos as conclusões a que chegamos :

1º) Estamos de pleno accordo com os auctores italianos, quanto ao valor que os mesmos attribuem ao signal de Hochsinger.

2º) Este signal não é sempre constante ; mesmo uos casos de adenopathia tuberculosa, póde, ás vezes, não estar presente (obs. VII).

3º) O signal de Hochsinger alliado á reacção de Pirquet, constitue o melhor symptoma para o diagnostico da adenopathia tuberculosa (obs. I e IV).

4º) Outras enfermidades, principalmente a syphilis, podem determinar a presença do signal de Hochsinger (obs. III, VIII e X).

5º) O signal de Hochsinger é quasi sempre bilateral, collocado quasi symetricamente á direita e a esquerda.

6º) Ao contrario do que assevera Stephano, o signal de Hochsinger é encontrado em creanças com mais de 2 annos de idade.



Visto. Secretaria da Faculdade de Medicina
29 de Março de 1919.

Dr. Brito e Silva.
(*Sub-secretario*)