

LINFOGRANULOMATOSE MALIGNA NA INFÂNCIA

MARIA CLARA MARIANO DA ROCHA *

Revisando, as neoplasias malignas do mesenquima em relação com a hemocitopoiese e, verificando que, de 1947 à 1954, estiveram internados, no Serviço Olinto de Oliveira, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 9 crianças portadoras de Linfogranulomatose maligna ou Mal de Hodgkin e que, dessas 9 crianças, 8 foram por nós atendidas, resolvemos trazer pequena contribuição ao estudo do tema.

CONCEITO. A Doença de Hodgking ou Linfogranulomatose maligna é uma afecção crônica, de êxito letal que, clinicamente, se manifesta por aumento progressivo dos gânglios linfáticos, baço e de outras estruturas linfoides do organismo.

ETIOLOGIA. Durante muito tempo admitiu-se a natureza infecciosa da Linfogranulomatose para isto concorrendo as manifestações clínicas gerais de seu período inicial, como veremos na sintomatologia, sua evolução feita de remissões e exacerbações e, principalmente, a existência de granulomas como expressão de sua lesão patológica.

Modernamente duas escolas se defrontam uma sustenta ser, a Linfogranulomatose maligna, um granuloma infeccioso devido a um vírus e, outra, uma neoplasia maligna do tecido linfático e reticulo-endotelial, uma reticulose. Mais recentemente Trumamerte Engels admitem que a tuberculose predispõe a linfogranulomatose maligna.

INCIDÊNCIA. Reisner considera-a rara na infância pois que, em 70.000 crianças internadas no "Harriet Lane Home", em Baltimore, encontrou 10 casos, isto é, 0,14%. Nós em 13.315 internadas no Serviço Olinto de Oliveira, encontramos 9 casos, isto é, 0,067%.

Idade — Rara na 1.^a infância, aumenta progressivamente dos 4 anos em

diante. Nossos casos, se levarmos em consideração o início das manifestações referidas na anamnese, distribuíram-se entre 4 e 10 anos.

PATOLOGIA. Os caracteres histológicos da entidade que nos ocupa são em número de três: 1.^o a proliferação de vários tipos de células em vários estadios de maturação; 2.^o o aparecimento de células histiocitárias gigantes as células de Reed e Sternberg; 3.^o a fibrose.

SINTOMATOLOGIA CLINICA. Sintoma inicial. Na história dos pacientes portadores de Mal de Hodgking encontramos ora febre cuja causa é atribuída a uma infecção de garganta, a uma gripe (obs. II-IV-V), ora emagrecimento com perdas de forças lassidão geral do qual o médico procura em vão a origem. O mais das vezes, contudo, é uma adenopatia cervical (obs. I-VI-VII-VIII-IX), unilateral primeiro mais tarde bilateral que chama a atenção. No início, essa adenopatia, quase não perocupa porque aumenta lentamente de volume, é indolor e o estado geral permanece bom. Raramente, mas não excepcionalmente, apresentam-se no início sintomas diarreicos e hemorrágicos. Esse início corresponde as formas cujo primeira manifestação clínica é uma esplenomegalia ou nos baços tumores da Linfogranulomatose tipo Ziegler (obs. III).

Período de estadio. Progressivamente o período de estadio se instala e é caracterizado por:

Adenopatias.

Esplenomegalia.

Febre.

Alterações da fórmula sanguínea.

Sintomas gerais.

ADENOPATIAS. O sintoma clínico mais importante do Hodgking é a hipertrofia das ganglios cervicais. Essa importância decorre não só da frequência e precocidade de seu aparecimento mas, da lo-

* Docente e Assistente de Clínica Ped. Méd. e Higiene Infantil. Chefe de clínica do Serviço Olinto de Oliveira e dos Serviços de Puericultura da Maternidade Mario Totta.

calização e volume que os tornam facilmente visíveis. Não sendo, porém, os gânglios cervicais os únicos atingidos, adota-

remos, para facilidade do estudo, a classificação de Pons e Valentim baseada nos achados clínicos:

Variedades de adenopatias encontradas no Hodgkin, segundo sua localização.	a) Superficiais localizadas	- Cervicais - Axilares - Inguinais
	b) Profundas	- Intratorácicas ou mediastínicas - Mesentéricas - Intra-abdominais - Retroperitoniais
	c) Generalizadas	

As adenopatias começam, habitualmente, pelos gânglios do pescoço. Para alguns autores, os primeiros gânglios atingidos são os gânglios supra-claviculares, no triângulo limitado pela clavícula e os músculos esterno mastoideo e trapézio. Isto não aconteceu em nossos casos. Seja como for começam a hipertrofiar-se alguns gânglios de um só lado, excepcionalmente, o início é bilateral. São desiguais no tamanho, que varia do de uma avelã à uma nóz, isolados uns dos outros e dos planos circunvizinhos. Paulatinamente a hipertrofia ganglionar estende-se aos gânglios axilares e inguinais e, no próprio local, a propagação se fazendo em ambos os sentidos da corrente linfática. Aumentam de tamanho e consistência depois se fundem formando massas volumosas que deformam o pescoço ou dificultam o movimento dos braços quando afetam a região axilar. É uma adenopatia geralmente não dolorosa. Dizemos geralmente porque, no período de congestão torna-se dolorosa (obs. n.º IX).

Devemos salientar dois fatos essenciais: ausência de aderência a pele e de supuração.

Quando os gânglios superficiais atingiram certo volume é de regra a hipertrofia dos profundos. Os do mediastino, embora notavelmente aumentados de volume, são, por vezes, unicamente evidenciados pela radiografia ou pela autopsia (M. J. 5). Noutros casos se revelam por fenômenos de compressão mediastínica, tosse, dispnéia, sufocação, disfagia (Obs. 2).

Quanto ao aumento dos gânglios abdominais que podem por vezes se revelar por icterícia (gânglios do hilo hepático) ou ascite quando há compressão da veia

porta (obs. V) ou nevralgias, é mais geralmente achado de autopsia.

ESPLENOMEGALIA. O aumento do baço é, na criança, um sintoma quase constante e de primeira ordem ao contrário do que se passa no adulto onde, a esplenomegalia, não existe senão em 65% dos casos. Nos 9 casos que apresentamos só em um não havia o aumento do órgão. Aparecendo cedo a hipertrofia do baço é, habitualmente moderada. Ele ultrapassa 2 a 3 dedos transversos a reborda costal, sua superfície é lisa, resistente, de consistência dura e indolor. Algumas vezes, fortemente aumentado de volume reveste a forma de baço enorme das leucemias crônicas, trata-se de baço tumor descendo até o nível da cicatriz umbelical e, por vezes, mesmo mais abaixo é a chamada forma esplenomegálica de Ziegeler. Nos nossos observados três apresentaram baço volumoso. O mais das vezes, a esplenomegalia aparece após as adenopatias, síndrome adeno-esplênico, algumas vezes precede a adenopatia síndrome esplenoadênico, excepcionalmente é isolada, síndrome esplênico puro. Quando existe periesplenite é, espontaneamente, doloroso ou a apalpação.

FÍGADO. A hepatomegalia é leve. Em nossas observações somente Mário G. tinha fígado grande que ultrapassava 4 dedos transversos a reborda costal.

FEBRE. A febre é sintoma importante. Pode preceder ao aparecimento das adenopatias, pode coincidir com ele ou pode só aparecer no período final.

Reveste os tipos mais diversos, continua remittente, intermitente. Por vezes a um período febril de 2 a 3 semanas sucede períodos de apirexia ou sub-febris é

um tipo de febre ondulante que tem importância para o diagnóstico se coincide com adenopatias generalizadas ou com esplenomegalia. É o chamado síndrome de Pel-Ebstein.

PRURIDO. Descrito como sintoma frequente e chamativo no adulto, é raro na criança pelo menos só um de nossos casos apresentou prurido.

ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS. Não há alterações características. Para o lado dos eritrócitos podemos encontrar desde a anemia leve quase sempre hipocrômica até a baixa considerável dos eritrócitos com índice colorimétrico elevado. Geralmente essas modificações dependem da fase de evolução da doença.

No leucograma ora encontramos leucocitose, ora número normal de leucócitos, ora, nos casos de linfogranulomatose predominantemente abdominal, leucopenia. Quando da primeira eventualidade há neutrofilia com desvio para a E. A. tão discutida eosinofilia só aparece em 15 a 20% dos casos. Nas adenopatias generalizadas ou nos estádios finais da doença há uma linfocitopenia explicada pela atrofia do parênquima linfático.

Para Holt, há, no leucograma uma alteração bastante constante o aumento dos monócitos.

SINTOMAS GERAIS. No início da afecção a criança conserva bom estado geral. Com a evolução das adenopatias

surgem perturbações diversas, algumas delas, de ordem mecânica, isto é, por compressões.

Nos sintomas gerais contam-se as perturbações digestivas, perda de apetite, vômitos espaçados, surtos passageiros de diarreia. Estas perturbações têm por carácter sobrevirem e desaparecerem sem razão apreciável, mas, com a evolução, contribuem para o emagrecimento do paciente que nas formas prolongadas ou sub-crônicas chega a caquexia.

As perdas de força, traduzidas pela astenia, abatimento verificam-se nos surtos congestivos da adenopatia obrigando a criança a acamar-se.

As crianças afectadas de linfogranulomatose têm quase sempre uma cor especial. Elas não são verdadeiramente pálidas mas "mat".

DIAGNÓSTICO. Fácil nos casos avançados ricos na sintomatologia. Difícil nos períodos de estadio e final em virtude das adenopatias serem frequentes e de etiologia variada. Num caso como no outro a biopsia se impõe desde que fiquemos na dúvida após o diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Na prática, pelo menos na nossa prática pediátrica hospitalar, as dificuldades clínicas de diagnóstico têm surgido nalguns casos de tuberculose ganglionar. (Foto 1)



Foto 1 — Edy S. T. b.c. ganglionar — Adenopatia gigante.

Se temos os diferentes autores que, exaustivamente estudaram o Mal de Hodgkin, no que diz respeito ao diagnóstico diferencial entre essas duas entidades parece fácil. Assim bastaria verificarmos que os ganglios são de consistência mais mole com tendência a abcedar, que há manifestações para o lado do pulmão constatadas pelo menos radiologicamente, que o estado geral é bom, que a R. de Mantoux é fortemente positiva para fazermos o diagn. de Tuebrculose ganglionar. Na realidade não é isso o que acontece. Vemos crianças com tôdas essas características que são portadoras de linfogranulomatose. Dos meios acima apontados só nos parecem de valor, isso mesmo, às vezes, não excluindo o exame

histológico: 1.º) a reação de Mantoux que sempre é fortemente positiva nas crianças com adenopatia tuberculosa e, geralmente, negativa no M. de Hodgkin; 2.º) quando na radiografia dos pulmões e mediatino, como na observação da menina Edy S. (foto) pode-se constatar o complexo primário em sua fase bi-polar.

A linfosarcomatose de Keudrat, de que apresentamos a fotografia de um caso do Dr. Breno Barcelos, se caracteriza por maior agressividade das adenopatias que, crescendo rapidamente, invadem os tecidos e órgãos visinhos, aderindo à pele, que se torna delgada e frequentemente se ulcera; por sua evolução, sem remissões, sem tréguas, para o êxito letal, finalmente por seu quadro histológico.

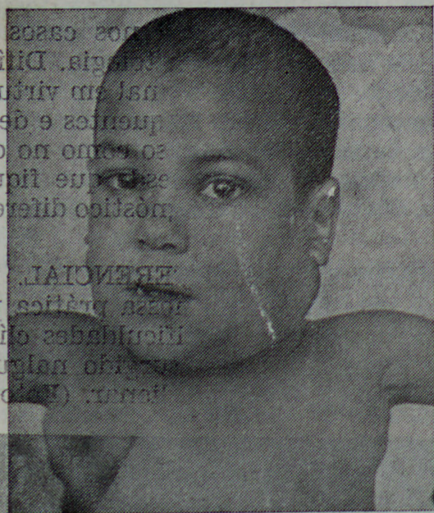


Foto 2 — Linfosarcoma

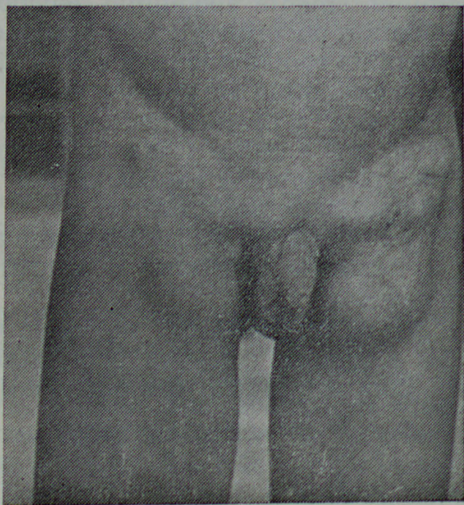


Foto 3 — Linfosarcoma, o mesmo caso da foto 2

Brucelose, o diagnóstico diferencial com essa infecção só pode, clinicamente, ser aventado quando na linfogranulomatose maligna existe o tipo de febre ondulante chamado de Pel-Ebstein. Nesses casos a hemocultura geral, as R. de Wright e de Huddlesen se impõem. Histologicamente são frequentemente confundidas e isso por dois motivos: 1.º) porque numa primeira fase o quadro histológico da linfogranulomatose não só, não é característico como é, senão idêntico, muito semelhante ao da Brucelose; 2.º) quando na biopsia não temos o cuidado na escolha de ganglio a ser enviado ao patologista.

Acabamos de ver a importância da biopsia, falemos um pouco sobre ela.

BIOPSIA. Escolhe-se um ganglio pequeno de consistência parenquimatosa e não lenhosa e que não seja de aparição recente com o fim de que o patologista não encontre nele só lesões iniciais pouco característica de hiperplasia linforeticular. Por outro lado os ganglios muito duros ou tendo sido irradiados mostram só lesões de esclerose.

PROGNÓSTICO. Um diagnóstico comprovado de Mal de Hodgkin equivale a uma sentença de morte num prazo que, geralmente, varia de 1 a 3 anos.

TRATAMENTO. E' paliativo. De todos os tratamentos empregados desde o cirúrgico até a mostarda nitrogenada com a cortisona o único que, realmente, tem valor porque não só prolonga a vida mas, reduzindo as massas tumorais afasta o perigo das compressões, principalmente mediastínicas; determina a baixa da tem-

peratura; a recuperação do apetite e da energia, permitindo os folguedos, as ocupações leves do pequeno doente, é a Roentgenterapia.

Ela deve ser precoce e tão intensa quanto possível porque as irradiações ulteriores serão muito menos eficazes.

CASUISTICA.

Foto 4 — Obs. I. Linfogranulomatose maligna



Observação I. Ida V., 7 anos de idade, mista, natural desta Capital e aqui residindo, baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em março de 1947. Há um ano, verão de 1946, apareceram-lhe uns "carocinhos" na região cervical D. que aumentaram gradativamente de volume, ao mes-

mo tempo que, outros surgiam, em ambas as regiões axilares e nas inguinais.

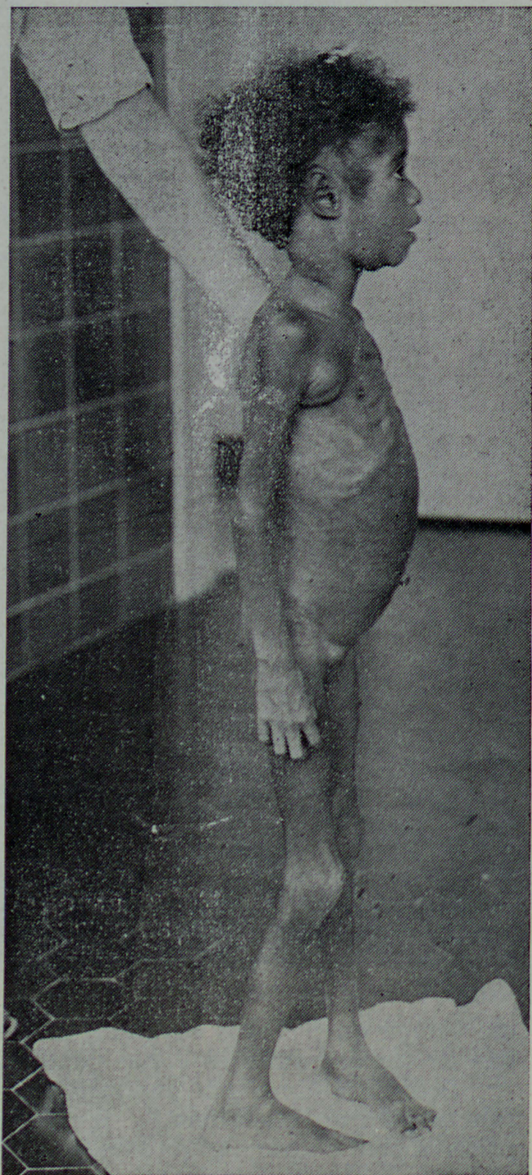
Seus familiares não ligaram importância porque, inicialmente, a menina passava bem e após alguns meses os ganglios diminuíram de volume.

Há 6 meses porém, as adenopatias

tornaram-se cada vêz mais volumosas, o emagrecimento aumentou. Há 4 meses começou a tossir.

Nada há nos antecedentes pessoais e familiares dignos de registro.

Pelo exame clínico constatamos: adenopatias cervicais D., axilares e inguinais bilaterais (Fig. 4 e 5) duras não aderentes aos planos superficiais e profundos, indolores. Baço 4 dedos transversos e fígado 3 dedos transversos abaixo da reborda costal.



Pêso 12 kg 100. Curva térmica remittente com oscilações de 1 a 2 graus, máxima vespertina. R. Mantoux a 1% negativa. Lavado gástrico (B. K.) negativo Hemograma:

Glóbulos vermelhos	4.500.000
Hemoglobina	72%
Valor globular	0,80
Leucócitos	5.100
Eosinófilos	25

Neutrófilos

Formas jovens	5
Formas bastonetes	280
Formas segmentada	3.954

Linfócitos	765
Monócitos	605

Radiografia dos pulmões. Adenopatia paratraqueal D.

Feita a biopsia de um ganglio. Examinado pelo Prof. Pereira Filho deu como resultado: Linfogranulomatose maligna.

Foto 5 — Mesmo caso foto 4, notar a caquexia

OBSERVAÇÃO II. Jaime S., branco, 10 anos de idade, natural de Veranópolis baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em 3-4-1947.

Em junho de 1946, teve uma gripe muito forte com febre e tosse. Em dezembro do mesmo ano a mãe notou uns "carocinhos" on pescoço. Como aumentavam de volume e o menino emagrecia e tornava-se pálido, consultou um médico que prescreveu Penicilina e extracto hepático.

Pelo exame clínico constatamos: ganglios supraclaviculares, da cadeia do esterno cleido-astóideo bilaterais, axilares E, supra-epitrocleanos, aumentados de volume, não aderentes aos planos superficiais e profundos, indolores.

Fígado, 1 dedo transverso abaixo da reborda costal. Baço 5 dedos trasversons.

Pêso 24.400 kg. Curva térmica remittente, oscilações de 2 a 3 graus, máxima vespertina.

Exames complementares. RW negativa. Velocidade de sedimentação 1.^a hora 155mms. Hemograma:

Glóbulos vermelhos	6.650.000
Hemoglobina	65%
Valor globular	0,90
Leucócitos	13.600
Formas em bastonete	544
Neutrófilos Formas segment.	10.200
Linfócitos	816
Monócitos	2.040

Radiografia dos pulmões e mediastino. Grande alargamento e deformação da silhueta mediastinal por massas tumorais densas, irregularmente arredondadas e bilaterais.

Bôa transperência das áreas pulmonares. Diafragama normal; seios costofrênicos livres.

Conclusões — Aspetto radiológico de granulomatose maligna mediastinal-mol. de Hodgkin — (Dr. Funchi).

Exame anatomopatológico: Linfogrulomatose maligna.

OBSERVAÇÃO III. — Hugo M. N., branco, 11 anos de idade, baixou ao S. Olinto de Oliveira em 4-3-1948. Natural do M. de Viamão.

Em fins de março de 1947 o menino apresentou diarréia intensa que durou mais ou menos uns 10 dias. Desde essa época apresentou surtos de diarréia. O apetite diminuiu começou a emagrecer e a queixar-se de dôres no membro inferior E. Pálido, astênico e triste foi levado a

um médico, em Viamão, que o submeteu a tratamento para reumatismo.

Em fevereiro de 48, um médico, de Gravataí, constatou um tumor no baço e mandou que internassem o menino na Santa Casa.

Exame clínico. Ganglios retro-maxilares, da cadeia do esterno-cleidomastóideo EE. Axilares E, supra-epitrocleanos D., aumentados de volumes duros, não aderentes aos planos superficiais e profundos, indolores.

Baço 12 cms abaixo da reborda costal, fígado 1 dedo transverso abaixo.

Pêso 23 kg 100. Febre tipo ondulante.

Exames complementares: Reações sorológicas para lues: Negativas. Radiografias dos pulmões e mediastino: Hilite e perihilite bilaterais. Sombras infiltrativas tenues no campo medio D. e apice, regiões infraclaviculares e para cardíaca E. (Dr. Osório Lopes).

Reação de Mantoux a 1%: Negativa.

Hemograma:

Glóbulos vermelhos	2.640.000 mm3
Hemoglobina	58%
Valor globular	1,09
Leucócitos	6.600 por mm3
Formas em bastone	1.584 por mm3

Neutrófilos

Formas segmentadas	3.300 por mm3
Linfócitos	650
Monócitos	1.056
Tempo de sangria	1'30" (Duke)
Tempo de coagulação	10' (lâmina)
Sedimentação globular	152 na 1. ^a

hora.

Feita a biopsia de um ganglio foi o material enviado ao Prof. Pereira Filho que o pediu para estudos. Resultado: Linfogrulomatose maligna.

Tratamento. O paciente após várias transfusões fêz Roentgenerapia. Teve alta perdêmo-lo de vista.

OBSERVAÇÃO IV — Alberto F. branco, com 8 anos de idade, natural de Santa Rosa e ali residente, baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em 30-4-1948. (Caso apresentado na Reunião anatomo-clínica 17-8-48 na Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas do Prof. Paulo Tibiriçá).

História clínica. Há mais de 2 anos teve início a doença do menino com febre de 40°, coriza, tosse dispnéia, anorexia, diarréia fetida, de coloração escura. Êsses

fenômenos coincidiram com o aumento de volume de um tumor localizado na região cervical D. porção antero-lateral. O médico que o atendeu aconselhou a levarem-no para Cadeado onde foi operado (em 1946).

Em setembro de 1947 nova operação em virtude de recidiva (os ganglios foram conservados).

Após a última operação surgiram novos "tumores" nas regiões supra-claviculares E e D.

Em maio de 1943 foi examinado pelo Douterando Lugon que, além de constatar as adenopatias acima referidas como tumores pelos familiares do menino, verificou o aumento considerável do baço, aconselhou aos pais a trazerem o menino para o nosso serviço.

Nos antecedentes pessoais e familiares nada há a referir pois, o paciente, seus pais e irmãos, foram sempre sadios.

Exame clínico. Menino bem nutrido com (25kg900) e estatura (128cm) normais para a idade. Mucosas visíveis coradas.

Pela inspeção notamos um tumor na fossa supra-clavicular D. que, pela palpção, verificamos ser formado por conjunto de ganglios de consistência mais ou menos dura, móveis, não aderentes aos planos superficiais e profundos, de tamanho variável sendo que, o maior, tinha as dimensões de uma nóz. Palpamos ainda ganglios, com as mesmas características mas de tamanho menor, na fossa supra-clavicular E., os da cadeia do esterno-cleido-mastoideo (E), os axilares de ambos os lados, o epitrocleano E do tamanho de uma azeitona, os inguinais.

Cicatriz retilinea no lado D. do pescoço medindo 16 cms, extendendo-se da apófise mastoide até 1 cm abaixo da clavícula.

O exame clínico dos aparelhos respiratórios e cardio-vasculares não ser, neste último, uma taquicardia, provavelmente, devida a febre.

Exame do aparelho digestivo. Boca s p.

Abdomen volumoso. Baço 12 cm abaixo da reborda costal e atingido, no seu maior diâmetro transversal, a linha média, duro liso, conservando sua forma. Maciez hepática um dedo transversal abaixo da reborda costal, não conseguimos, porém, palpar o órgão.

TEMPERATURA. Curva térmica ondulante.

EXAMES COMPLEMENTARES. Hemograma:

Glóbulos vermelhos	4.150.000
	por mm ³
Hemoglobina	80%
Valor globular	0,96
Plasmócitos	234 por mm ³
Leucócitos	11.700 por mm ³
Formas em bastonete	2.457 por mm ³
Neutrófilos Formas segmentadas	7.488 por mm ³
Linfócitos	468 por mm ³
Monócitos	1.053 por mm ³

Reações sorológicas para a lúes: Negativas.

Radiografia dos pulmões e mediastino: Assimetria torácica por escoliose dorsal à E.

Hilos alargados, sem acusarem presença de ganglios hipertrofiados. Boa transparência pleuro-pulmonar. (Dr. Osorio Lopes).

Velocidade de sedimentação: em 1 hora 15 mms.

Nesse interim, chega de Santa Rosa um vidro contendo o material da operação realizada em setembro de 47 que pedíamos para nos ser enviado.

Remetemo-lo ao Prof. Tibiriçá a fim de ser examinado.

Havíamos feito o diagnóstico clínico de Mal de Hodgkin. Chega-nos o diagnóstico anátomo-patológico: Brucelose. Nota: Não se pode excluir a hipótese de Hodgkin (Dr. Gorki).

Diante disso pedimos a U. S. de Doenças Transmissíveis do D. E. S. provas para a pesquisa de Brucelose cujo resultado em 30 de junho veio fortalecer o nosso diagnóstico clínico foram elas:

R. de Wright: Negativa.

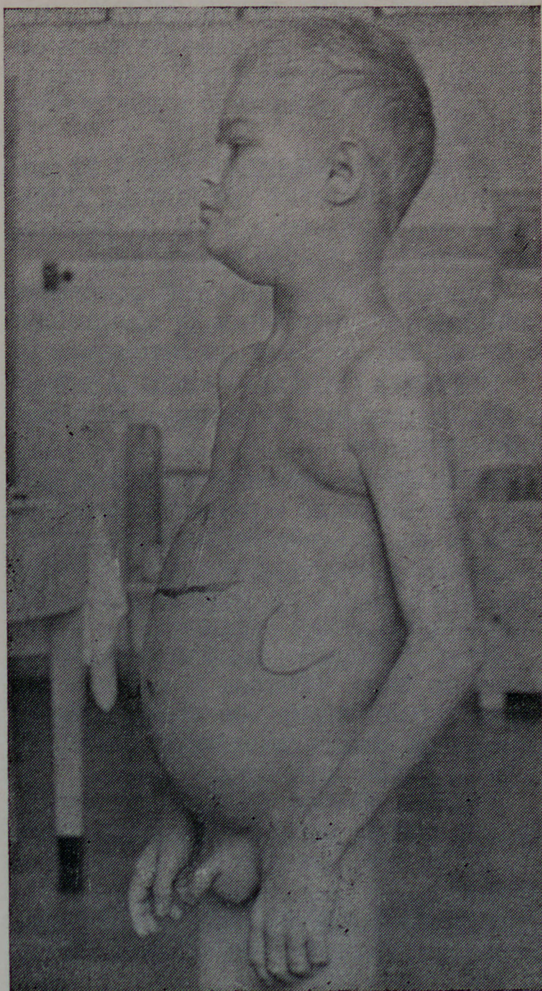
R. de Huddlesen: Negativa.

Índice opsono-citofático Negativo. (Dr. Halley Marques).

Pouco depois nova biopsia, novo exame anátomo-patológico trazia o seguinte diagnóstico: Linfogranulomatose maligna (Mal de Hodgkin) II estadio (Dr. Gorki).

Tratamento: Roengterapia. Alberto voltou para Santa Rosa e perdêmo-lo de vista.

Foto 6 — Obs. V. Linfogranulomatose maligna



OBSERVAÇÃO V. — Mario G. branco, com 11 anos de idade, natural de Orleans, Santa Catarina e ali residindo. Deu entrada no Serviço Olinto de Oliveira, secção Cirurgia, em 13-6-49, de onde transferiram para a nossa Enf., em 22-7-49.

História clínica. Contam os pais que, após um resfriado que cedeu a medicação caseira, começaram a aparecer nódulos na região lateral do pescoço. Isto se deu há um ano. As tumorações desenvolveram-se com remissões passageiras, sem entretanto desaparecerem de todo, atingindo proporções enormes. Durante esse período, o menino, teve surtos febris, emagreceu bastante, tornou-se inapetente. Ictérico há 1 semana, Apresenta intenso prurido.

História dos antecedentes pessoais e familiares, s/p.

Exame clínico. A INSPEÇÃO GERAL chama a atenção a coloração amarelo limão da pele e mucosas visíveis. Pescoço próconsular. Emagrecimento acentuado.

EXAME DOS GANGLIOS SUPERFICIAIS. Ao observarmos a região cervical, verificamos que o menino apresenta o pescoço de forma préconsular. Essas massas tumorais localizadas nas faces laterais do pescoço, nos ângulos do maxilar inf. nas regiões mentoiana e supraclaviculares são formadas por ganglios. Esses ganglios cujo tamanho varia do de uma avelã ao de uma nóz, têm consistência endurecida, são indolores, quase todos podendo ser individualizados, não apresen-

tam aderências com os planos superficiais e profundos.

Na região axilar E grande massa tumoral formada por ganglios fundidos do tamanho de uma tangerina. São palpáveis os ganglios axilares D e das regiões inguinais.

APARELHO RESPIRATÓRIO. 32 movimentos respiratórios por minuto. Diminuição do fremito no 1/3 inf. do hemitorax E com som maciço à percussão.

Estertores sub-crepitantes, roncantes e sibilantes no hemitorax D, diminuição do murmúrio vesicular no hemioraxe E.

SISTEMA CARDIO-VASCULAR. Pulso 120 batimentos por minuto, ritmicos. Bulhas normais.

ABDOMEN. Abdomen de forma globosa. Pela palpação e percussão temos a sensação da presença de líquido ascítico.

Fígado palpável e percutível 4 dedos transversos abaixo da reborda costal, de consistência regular e indolor.

Baço. O líquido ascítico dificulta o exame do baço. Tivemos a sensação de palpar o polo inferior do órgão 2 dedos transversos abaixo da reborda costal. E, na linha axilar anterior.

FEBRE. Esbôço de tipo ondulante, dizemos esbôço porque a curva térmica é só de 15 dias, período que precedeu a sua morte.

EXAMES COMPLEMENTARES feitos quando ainda na Enf. 33 pela ordem em que foram pedidos.

Exame comum de urina: Densidade 1.020. Albumina traços levíssimos. Pseudo albumina, traços levíssimos. Pigmentos e ácidos biliares: traços leves. Excesso de escatol: nítido.

Sedimento mineral: Vários cristais de oxalato de cálcio.

Sedimento orgânico: Raríssimas células e epiteliais. Raríssimas hemácias.

Raríssimos filamentos de muco. Bacteriúria pequena.

Hemograma:

Glóbulos verm. 3.100.000 por mm³

Hemoglobina 56%

Valor globular 0,90

Leucócitos 23.900 por mm³

Basófilos 239 por mm³

Eosinófilos 239 por mm³

Formas em baston. 6.692 por mm³

Neutrófilos:

Formas segment. 13.145 por mm³

Linfócitos 1.912 por mm³

Monócitos 1.673 por mm³

Exame anátomo-patológico de um ganglio cervical. Diagnóstico: Linfogranulomatose maligna (Mal de Hodgkin) Dr. Gorki.

O menino falecendo, em 6-8-49, foi solicitada uma necropsia, feita pelo Dr. Paulo Becker, de cujo relatório são as seguintes conclusões:

Insuficiência Cardíaca.

DOENÇA: Linfogranulomatose Maligna.

DIAGNÓSTICOS

Pneumonia focal E.

Edema e congestão do pulmão E.

Colapso do pulmão D. (por compressão)

Hidropericardio, hidrotorax, hidroperitonio.

Edema da laringe.

Aderências pleurais EE.

Nódulos linfogranulomatosos no fígado, baço e pulmão.

Anemia do encefalo. (leve)

Ascadidiose.

Icterícia (ligeira). (Dr. Paulo Becker).

OBSERVAÇÃO VI — Antônio C. com 4 anos de idade, branco, natural de São Francisco de Assis de onde veio, baixando a 33 Enf. em 25-10-49 e dela transferido para a nossa em 11-11-49.

História clínica. Diz o pai do paciente que este, em janeiro do corrente ano, apareceu com uma tumoração no pescoço. Submeteu-se a tratamento médico (Bismuto, arsênico, estreptomycin e por último operação segundo a carta do médico que o tratou) e cirúrgico, este em junho.

Em agosto surgiram novas tumorações no pescoço.

Exame clínico (resumido) Ganglios da cadeia do esteno cleido mastoideo e supraclaviculares E. aumentados de volume, indolores, não aderentes aos planos superficiais e profundos. Axilares D com as mesmas características. Ótimo estado geral. Pêso 16 kg (acima do normal para a idade), ativo, brincando normalmente. Apirético.

Exames complementares. R. de Mantoux a 1% negativa.

Velocidade de sedimentação em 1 hora 14 mms.

Radiografia dos pulmões e mediastino: Aspeto de pulmões sãos. (Dr. Ilha)

Hemograma:

Glóbulos verm.	4.120.000 por mm ³
Hemoglobina	80%
Valor globular	0,97
Leucócitos	7.200 por mm ³
Eosinófilos	312 por mm ³
Formas em bastonete	936 por mm ³

Neutrófilos:

Formas segment.	4.680 por mm ³
Linfócitos	1.326 por mm ³
Monócitos	546 por mm ³

Feita a biopsia de um ganglio o exame anátomo-patológico teve como diagnóstico: Linfogranulomatose maligna. (Dr. Becker)

Tratamento. O menino foi submetido a Roengterapia com ótimos resultados havendo a regressão total dos ganglios. Teve alta em 3 de janeiro de 1950.

Voltou em 13-3-51 porque havia recidiva. Mesma localização. Roentgentherapie profunda, terminou o tratamento em 30-4-51.

Teve alta com ordem de voltar 3 meses depois para contróle. Perdêmo-lo de vista.

OBSERVAÇÃO VII — Itacir B. com 12 anos de idade branco, natural do M. de Nova Prata baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em 20 de março de 1952.

Resumo da história e exame clínico. Em princípios de 1948 a mãe do menino notou "uns carocinhos" na região cervical E. que aumentaram de volume. Foi operado em agosto de 1948 e o tumor mandado para cá, para ser examinado. De fato o menino já trazia o diagnóstico anátomo patológico de sua doença, fei-

to pelo Prof. Tibiriçá, Linfogranulomatose maligna.

Menino muito pálido, bastante desnutrido pesando 27 kg. O que chama atenção, além das adenopatias cervical bilateral é o cansaço, a estenia que o faz passar a maior parte do tempo deitado.

Fígado dentro dos limites normais. Baço 2 dedos transversos abaixo da reborda costal.

Exames complementares.

Radiografia dos pulmões e mediastino: Sombras densas e homogêneas, de contornos bem definidos, localizadas no mediastino superior, lateralmente a traquéia.

Hilos densos, especialmente o D, sem que se perceba imagem de ganglio hipertrofiado. Boa transparência pleuro-pulmonar.

Conclusões: As alterações encontradas são compatíveis com o diagnóstico clínico de linfogranulomatose, no entanto a hipertrofia do timo também pode apresentar o mesmo aspecto. (Dr. Natan)

Hemograma:

Glóbulos verm.	3.440.000 por mm ³
Hemoglobina	65%
Índice de cor	0,94
Leucócitos	9.000 por mm ³

Interpretação: Ausência de acidófilos. Acentuado desvio para a E. Nítida monocitose. Linfocitopenia discreta. Moderada anemia.

Velocidade de sedimentação: 58.

Como a curva térmica era nitidamente do tipo ondulante pedimos as provas para diagnóstico de Brucelose que foram NEGATIVAS (Dr. G. Souza)

Fêz Roentgentherapie mas com resultados medíocres. Teve alta a pedido.

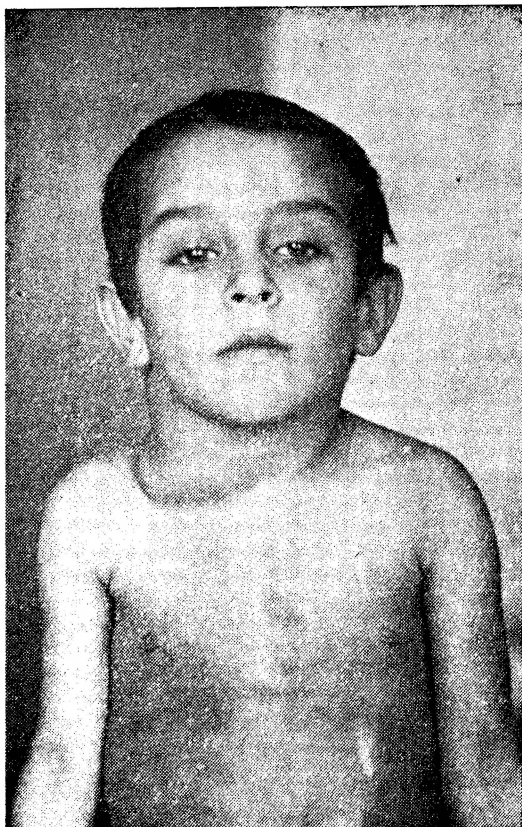


Foto 7 — Obs. VIII — Linfogranulomatose maligna

OBSERVAÇÃO VIII — Wilson T. com 6 anos de idade, branco, natural desta Capital baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em 24-3-52.

História clínica. Há 2 anos apareceu um tumor na região cervical D que aumentou gradativamente de volume. Após uns 4 meses o tumor regrediu espontaneamente para, logo após aumentar de novo.

Exame clínico. Palidez da pele e mucosas visíveis. Ganglios sub-ângulo maxilar, da cadeia do esterno-cleido-mastóideo, supraclaviculares DD aumentados de volume, de consistência mais ou menos dura, indolores formando uma massa tumoral que deforma grandemente a região cervical D.

Fígado nos seus limites normais. Baço, 2 dedos transversos abaixo da reborda costal.

Diagnóstico anátomo-patológico. Linfogranulomatose maligna. Mal de Hodgkin (Dr. R. Krebs).

OBSERVAÇÃO IX — Aury R. sexo masculino, branco, com 5 anos de idade, baixou a 33 Enf. de onde foi transferido para a nossa Enf. ocupando um leito da Dra. Ellen Soares Braga em 1952.

Resumo da história e exame clínico. Não sabe informar ao certo quando do aparecimento das adenopatias cervicais, mas refere que a evolução se fez por períodos de aumento e regressão espontânea da adenopatia e que naqueles ela era dolorosa.

Exame clínico. O paciente apresenta um tumor na região lateral D do pescoço. Tumor que se estende de cima para baixo e da face posterior a anterior. É de consistência parenquimatosa, não aderente à pele, não doloroso, formado por ganglios que em grande parte podem ser individualizados.

Diagnóstico anátomo-patológico. Linfogranulomatose maligna.

**CASOS DE LINFOGRANULOMATOSE MALIGNA 1947-1954.
SERVIÇO OLINTO DE OLIVEIRA (Enf. 34)**

Nome	Idade	Idade início	Localização inicial	Adenopatias	Baço	Fígado	Tipo febre	Duração
J. S.	10 anos	7 anos 4 mês.	Ganglios Claviculares.	Mediastinais S. claviculares Esterno-cleido D. E. Axilares E. Epitrocleanos. Inguinais.	2 dedos trans-versos	1 dedo	remitente	2 anos
H. N.	11 anos	9 anos	Baço.	Esterno-cleido. Axilares. Epitrocleano D. Inguinais D.	12 cm.	1 dedo	remitente	2 anos
A. F.	8 anos	6 anos	Ganglios esternocleidos.	Esterno-cleido E. Supraclaviculares. Axilares. Epitrocleano E. Inguinais.	12 cm.	1 dedo	ondulante	2 anos 3 mês.
M. J.	11 anos	10 anos	Ganglios esternocleidos D e E.	Sub-ângulo maxilares. Esterno-cleidos. Mentonianos. Supra-claviculares. Axilares. Inguinais. Mediastinais.	? ascite	1 dedo	continua	1 ano 2 mês.
A.M.C.	4 anos	3 anos 10 mês.	Ganglios esternocleido E.	Esterno-cleido E. Axilares. Inguinais.	2 dedos	2 dedos	sub-febril	?
I. B.	12 anos	7 anos	Ganglios esternocleido E.	Esterno-cleido E. Axilares. Inguinais. Mediastinais.	7 cm.	2 dedos	remitente	6 anos
W. T.	6 anos	4 anos	Ganglio esternocleido D.	Esterno-cleido e Supraclaviculares DD.	2 dedos	normal	continua	?
A. R.	5 anos	4 anos	G. esternocleido D.	Esterno-cleido D.	?	?	sub-febril	?
I. V.	7 anos	6 anos	Ganglio esterno	Iguais a M. J.	4 dedos	3 dedos	remitente	1 ano 3 mês.



Foto 7 — Obs. VIII — Linfogranulomatose maligna

OBSERVAÇÃO VIII — Wilson T. com 6 anos de idade, branco, natural desta Capital baixou ao Serviço Olinto de Oliveira em 24-3-52.

História clínica. Há 2 anos apareceu um tumor na região cervical D que aumentou gradativamente de volume. Após uns 4 meses o tumor regrediu espontaneamente para, logo após aumentar de novo.

Exame clínico. Palidez da pele e mucosas visíveis. Ganglios sub-ângulo maxilar, da cadeia do esterno-cleido-mastóideo, supraclaviculares DD aumentados de volume, de consistência mais ou menos dura, indolores formando uma massa tumoral que deforma grandemente a região cervical D.

Fígado nos seus limites normais. Baço, 2 dedos transversos abaixo da reborda costal.

Diagnóstico anátomo-patológico. Linfogranulomatose maligna. Mal de Hodgkin (Dr. R. Krebs).

OBSERVAÇÃO IX — Aury R. sexo masculino, branco, com 5 anos de idade, baixou a 33 Enf. de onde foi transferido para a nossa Enf. ocupando um leito da Dra. Ellen Soares Braga em 1952.

Resumo da história e exame clínico. Não sabe informar ao certo quando do aparecimento das adenopatias cervicais, mas refere que a evolução se fez por períodos de aumento e regressão espontânea da adenopatia e que naquêles ela era dolorosa.

Exame clínico. O paciente apresenta um tumor na região lateral D do pescoço. Tumor que se estende de cima para baixo e da face posterior a anterior. É de consistência parenquimatosa, não aderente à pele, não doloroso, formado por ganglios que em grande parte podem ser individualizados.

Diagnóstico anátomo-patológico. Linfogranulomatose maligna.

CASOS DE LINFOGRANULOMATOSE MALIGNA 1947-1954.
SERVIÇO OLINTO DE OLIVEIRA (Enf. 34)

Nome	Idade	Idade início	Localização inicial	Adenopatias	Baço	Fígado	Tipo febre	Duração
J. S.	10 anos	7 anos 4 mês.	Ganglios Claviculares.	Mediastinais S. claviculares Esterno-cleido D. E. Axilares E. Epitrocleanos. Inguinais.	2 dedos transversos	1 dedo	remitente	2 anos
H. N.	11 anos	9 anos	Baço.	Esterno-cleido. Axilares. Epitrocleano D. Inguinais D.	12 cm.	1 dedo	remitente	2 anos
A. F.	8 anos	6 anos	Ganglios esternocleidos.	Esterno-cleido E. Supraclaviculares. Axilares. Epitrocleano E. Inguinais.	12 cm.	1 dedo	ondulante	2 anos 3 mês.
M. J.	11 anos	10 anos	Ganglios esternocleidos D e E.	Sub-ângulo maxilares. Esterno-cleidos. Mentonianos. Supra-claviculares. Axilares. Inguinais. Mediastinais.	? ascite	1 dedo	contirua	1 ano 2 mês.
A.M.C.	4 anos	3 anos 10 mês.	Ganglios esternocleido E.	Esterno-cleido E. Axilares. Inguinais.	2 dedos	2 dedos	sub-febril	?
I. B.	12 anos	7 anos	Ganglios esternocleido E.	Esterno-cleido E. Axilares. Inguinais. Mediastinais.	7 cm.	2 dedos	remitente	6 anos
W. T.	6 anos	4 anos	Ganglio esternocleido D.	Esterno-cleido e Supraclaviculares DD.	2 dedos	normal	continua	?
A. R.	5 anos	4 anos	G. esternocleido D.	Esterno-cleido D.	?	?	sub-febril	?
I. V.	7 anos	6 anos	Ganglio esterno	Iguais a M. J.	4 dedos	3 dedos	remitente	1 ano 3 mês.

RESUMO

A autora estuda 9 casos de Mal de Hodgkin internados no Serviço Olinto de Oliveira da Santa Casa de Misericórdia de 1947 a 1954. A incidência dessa fecção foi de 0,067% em 13.315 crianças internadas nêsse período.

SUMMARY

Data from 9 collected cases of childhood Hodgkin's disease have been studied from 1947 to 1954 at Serviço Olinto de Oliveira from Santa Casa de Misericórdia by the A. The clinical and pathologic manifestations of this disease are discussed. The incidence was 0,067% in 13.315 admissions during the 7 year-period-1947 to 1954.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CUSTER, R. P. — The Lymphatic System in Brennemann's Practice of Pediatrics. W. F. Prior Company. Vol. III: Chapter 19, 1948.
- 2 — DARGEON, H. W. Lymphosarcoma in Children. Advances in Pediatrics. Vol. VI The Year Book Publishers. 1953.
- 3 — DEBRAY, PIERRE, L'A. C. T. H. et la cortisone dans la maladie de Hodgkin Encycl. méd. chir. Pédiatrie. 26.250 Page 8f 1958.
- 4 — DIAMOND, L. K. — The Lymphatic System. Nelson Textbook of Pediatrics. Saunders. 1953.
- 5 — LAMY, M. BERNARD, J. CHAVELLET, F. Maladie de Hodgkin. Encycl. méd. chir. Pédiatrie 26.250, 1958.
- 6 — PONCHER, H. G. and PIERCE, M. Lymph Nodes and Lymph Vessels in The Child in Health and Disease. Grulee and Eley. The Williams & Wilkins Company. Baltimore. 1952.
- 7 — PONS, A. P., y VALENTI, P. F. — Patologia y Clinica de la Linfogranulomatosis maligna. Editorial Modesto Usón. Barcelona, 1945.
- 8 — RAMOND, L. — La maladie de Hodgkin. Conf. de Clin. Médicale Practique. 6 série. Vigot Freres, Edit. 1946.
- 9 — REISNER, E. H. Jrs. — The Spleen, Lymph Nodes and Thymus: Hodgkin's Disease Holt Pediatrics. Appleton Century Crofts. New York 1953.
- 10 — ROCHA, M. C. M. — Diagnóstico precocedo Câncer. Simpósio. AMIRGS. Pôrto Alegre, 1954.

-
- 11 — SEELEMANN, K. — Revision de trabajos recientes sobre la sangre y los organos hematopoyeticos del nino. La linfogranulomotosis. Progresos de Pediatria y Puericultu-
ra Dr. Prandi. Vol. I Fasc. 3:637, 1958.
- 12 — VARELA, M. E. — Hematologia Clínica. El Ateneo. Buenos Aires, 1941.
-