

ASSOCIAÇÃO LEPRA-TUBERCULOSE NUM CASO DE TUMOR GANGLIONAR GIGANTE DA REGIÃO CRURAL DIREITA

**LUIZ MARINO BECHELLI
DIRCEU GODOY DE ARAUJO**
do A. C. "Cocaes"

Entre os hansenianos é muito commum o enfarctamento dos ganglios inguinaes e cruraes, que, segundo JEANSELME (2) são engurgitados desde o inicio da molestia. Raramente ultrapassam o tamanho da avellã, tem consistencia firme e deslizam sob os dedos que os palpam, sendo deslocaveis e moveis. Em alguns casos, via de regra nos pacientes com reacções leproticas, temos visto os ganglios inguinaes e cruraes adquirirem tamanho de ovo de gallinha. A pele que recobre os ganglios palpados não se apresenta avermelhada, nem com fistulas, nem tão pouco os ganglios apresentam fluctuações; são frios e, em geral, indolores, tornando-se com frequencia dolorosos por occasião dos surtos eruptivos.

Estes, em breve traços, os caracteristicos do enfarctamento ganglionar que temos observado nos doentes de lepra. Embora palpaveis em todos os casos que temos examinado, lido quer isso diz que o engurgitamento seja sempre devido A. lepra. E' sabido que, esses ganglios recebem os lymphaticos da parede abdominal até o umbigo, do perineo, dos orgãos genitaeas externos, da região glutea e anus (regiões tributarias dos ganglios inguinaes) e por outro lado, os lymphaticos do membro inferior (tributario dos ganglios cruraes); sendo communs as affecções e processos pathologicos nesses territorios, comprehende-se como os ganglios inguino-cruraes são frequentemente compromettidos, enfarctados, mesmo nos individuos não hansenianos; por isso não se pôde affirmar, sem exame mais cuidadoso, que determinado enfarctamento seja de origem leprotica.. KOBAYASHI (3) encontrou bacillos de Hansen nos ganglios cruraes e inguinaes em cerca 71,7 % dos casos, cifra que demonstra a frequencia do compromettimento destes ganglios nos leprosos, mas que também nos ensina

a proceder com cuidado no diagnostico etiologico destas adenopathias em doentes de lepra. Cifra mais ou menos identica á de KOBAYASHI é apresentada por MITSUDA e OGAWA (5) que, de 150 necropsias encontraram lesões ganglionares em 112 doentes de forma cutanea ou seja em 74,6 % dos casos, enquanto que em 38 pacientes de forma nervosa não observou lepra ganglionar.

Considerada a adenopathia inguino-crural sob os aspectos clinicos e etiológico, que interessam de perto á lepra, passamos a referir a observação que fizemos em determinado paciente, que apresentava um grande tumor ganglionar na região crural direita, com caracteristicos diversos dos que estamos acostumados a verificar nos nossos doentes:

João F. P., com 25 annos de idade, branco, brasileiro apresentou-se ao consultorio queixando-se de ter uma «ingua» muito grande na região crural direita e outra, menor, no lado esquerdo, que datavam de seis mezes. Aprofundando mais o nosso interrogatorio, informou-nos que em novembro de 1932, mais ou menos, quando já era hanseniano, appareceram algumas ulceras na perna direita, que provocaram a formação de um cordão avermelhada (lymohangite) e de adenite crural e inguinal, seguidas de suppuração, mas apenas de adenite crural. Nega molestia venerea nessa occasião. Embora tivesse a regressão dos phenomenos inflammatorias da adenite com a eliminação de pús, persistiu o enfarcamento desses ganglios.

Em janeiro de 1935 reapareceram os phenomenos inflammatorios, sendo feita a incisão da adenite crural, com esodamento de pequena quantidade de pús. Nessa occasião as ulceras eram pequenas.

Em maio de 1936, estando as ulceras quasi cicatrisadas, os ganglios cruraes augmentaram progressiva e notavelmente de volume á direita, attingindo em novembro de 1936, quando vimos volume consideravel, do tamanho da cabeça de recém-nascido, como se percebe na figura I. O extraordinario tumor que se desenvolveu na região crural direita dificultava um pouco a marcha do paciente e occasionava-lhe ligeiro dolorimonte local.

Tem tido reacção leprotica desde maio de 1935 ate a ocasião do nosso exame em novembro d 936, portanto durante um anno e meio, sendo que nos ultimos seis mezes ella e continua. Cerca de 15 dias antes de examinarmos o paciente, em consequencia de um ferimento no pé esquerdo, augmentou o enfarcamento já existente nos ganglios cruraes esquerdos, não attingindo porem grande volume.

Nos seus antecedentes pessoaes, apenas refere de interessante que é doente desde a idade de 11 annos, tendo se iniciado a molestia com anesthesia na perna e braço direito; nega molestia venereo-syphiliticas. No interrogatorio dos diferentes aparelhos, é importante o facto de negar qualquer disturbio subjectivo para o lado do aparelho respiratorio.

Passando a referir o exame physico, detenhamo-nos primeiramente sobre o exame do systema ganglionar; os ganglios cervicaes são palpaveis; os axillares são regularmente enfarctados; o mesmo dá-se com o ganglio epitrochleano esquerdo, sendo menor o direito; esses ganglios tem consistencia firme, são indolores e movéis. Os ganglios inguinaes são grandes a direita e a esquerda, e parecem fazer corpo com os ganglios cruraes. Estes estão notavelmente augmentados á direita, tendo o volume da cabeça de um recém-nascido. Essa grande massa ganglionar apresenta, na sua parte media, uma depressão transversal. No seu contorno inferior vem-se cicatrizes irregulares em numero de três, sequellas de orificios fistulosos; observa-se uma fistula que drena liquido amarelo, pouco denso. A pelle que recobre a massa ganglionar apresenta-se com o seu aspecto normal, a não ser ao nivel das cicatrizes, onde ella é sobremaneira pigmentada. Não se nota pulsação do tumor, nem tão pouco soffre modificações com a respiração mais forçada.

Pela palpação individualiza-se mais ou menos quatro ganglios, que parecem compôr anteriormente a massa tumoral. Os ganglios têm consistencia firme, tendo um delles fluctuação. Pela ausculta nada se ouve.

Os ganglios cruraes esquerdos estão tambem augmentados, tendo no conjuncto, o tamanho de um ovo de gallinha. A pelle que o recobre é normal. A palpação sente-se um ganglio muito volumoso, cercado internamente per outros menores. A sua consistencia é firme.

Passamos a fornecer os outros achados physicos:

O estado geral do, paciente não era bom; as mucosas estavam regularmente coradas; tibialgia nos dois lados. Muito importante para o caso, é o exame do aparelho respiratorio: o interrogatorio foi completamente negativo e a ausculta nenhum dado suspeito de tuberculose nos forneceu. Nos outros aparelhos nada verificamos de interesse para o caso.

Exame de laboratorio necessario para o diagnostico differencial era a contagem global e especifica dos globulos brancos, cujos resultados passamos a referir:

Neutrophyls	{ segmentados	46,4%	.....	3.655	por mmc.
	{ bastonetes	14,3%	.....	
Eosinophyls	.....	5,0%	.....	750	» »
Basophyls	.....	1,6%	.....	240	» »
Monocytes	.....	13,7%	.....	2.055	» »
Lymphocytes	{ typicos	.....	13,0%	2.805	» »
	{ leucocytoides	.....	5,0%		

(BECELLI)

A Wassermann foi fracamente positiva.

Eis, em linhas geraes e com os dados necessários para o diagnostico differencial, a observação que fizemos e que nos mereceu maior

atenção, por não termos nunca verificado outro caso em idênticas condições entre os doentes que diariamente observamos.

Estamos deante de um tumor gigante ganglionar, que se desenvolveu em poucos meses, tendo sede na região crural direita. Os ganglios estão conglomerados e adherentes entre si e pele, communicando-se com o exterior por meio de duas fistulas, pelas quaes se escoou um liquido amarelado e turvo; um deltas tem nitida flutuação. Os ganglios das outras regiões encontram-se tambem enfarctados, porem muito longe de attingir o volume dos da região crural e sem ter os mesmos caracteristicos referidos.

Procurando estabelecer o diagnostico causal da adenopathia observada, afastamos desde logo as adenopathias francamente inflammatorias, em que se enquadram o bubão do cancro molle e a poradenite. Com a adenopathia syphilitica primaria o diagnostico differencial tambem e facil, não se, porque não observamos o accidente primario, o cancro, mas tambem pelos proprios caracteristicos que assume a adenopathia; com effeito, esta e em geral polyganglionar, tomando três, cinco e mais ganglios, que são em geral do tamanho de uma ervilha, destacando-se um maior, do tamanho de uma nóz, que RICORD (cit. CHEVALLIER e BERNARD, 1), chama de "o prefeito da região inguinal". E' excepcional que os ganglios atinjam grandes proporções, como no nosso caso, sendo alem disso independentes, moveis, sem periadenite, nunca suppurando.

Na syphilis terciaria podemos observar um aspecto que se assemelha ao do nosso caso, quando se desenvolvem gommas nos ganglios inguinaes e cruraes, que crescem lentamente até formar tumores do tamanho de um ovo. Apresentam relevos e são duros no inicio, amollecendo mais tarde, enquanto que a pelle que os recobre se torna vermelha e adherente; os tumores rompem-se e escoo-se o seu conteudo. O facto de, no caso que estudamos, serem frios os tumores ganglionares, permite afastar a hypothese acima lembrada.

Na adenopathia mycosica o doente apresenta tambem a lesão mycosica primaria, (em geral ulcerosa) e lymphangite, com certo numero de gommas no trajecto dos lymphaticos; esses caracteristicos permitem o diagnostico. E' de notar-se, porem, que nas adenopathias mycosicas sem lymphangite gommosa, os ganglios nada auxiliam para o diagnostico, e então, segundo CHEVALLIER e BERNARD, todos os erros são possiveis.

Quanto ás adenites chamadas "banaes", que succedem á infecção de uma ferida pelos microbio de suppuração, merece reparo quando se apresentam suppuradas; neste caso cahimos porem no grupo das adenites francamente inflammatorias, sendo alem disso

acompanhadas de febre elevada e disturbios geraes, que as differenciam da adenite que verificamos.

A mononucleose observada na contagem especifica dos globulo brancos, poderia tornar admissivel a hypothese de febre ganglionar; entretanto a localisação inguinal é muito rara, segundo CHEVALIER e BERNARD (1) infinitamente mais rara que a forma cervical; alem disso, os ganglios são firmes e independentes, o que não se dá no nosso caso.

A lymphadenia leucemica pode determinar consideravel augmento do volume dos ganglios, que chegam a alcançar ate o tamanho de ovo de gallinha. Entretanto o quadro hematico que observamos no nosso paciente foi bem diferente do das lymphadenias leucemicas, em que existe uma leucemia lymphatica, com augmento ás vezes enorme, dos elementos lymphoides (lymphoblastos e lymphocytos); ainda mais, os ganglios não tem tendencia a adherirem um ao outro. O quadro hematico e o caracteristico dos ganglios tambem permite a differenciação com a myelose leucernica.

O lymphosarcoma crural, por certos caracteristicos, poderia vir collocar-nos em embaraço para estabelecer o diagnostico differencial. Apparece em individuos jovens, ficando os ganglios cruraes muitissimo augmentados de volume, adherentes á pelle, tendo consistencia dura e ás vezes molle, pseudofluctuante; observa-se anemia, accentuada pallidez da pelle e febre; o doente peora continuamente e nenhum recurso therapeutico consegue evitar a morte. Como se deprende, o quadro clinico aproxima-se bastante do apresentado pelo nosso doente. No entanto, um dado clinico não observado no nosso caso, permite estabelecer a differenciação: o lymphosarcoma tem tendencia para ulcerar-se: "Em certos pontos, a pelle eleva-se como um vidro de relógio: este mamillo torna-se uma pseudo-pustula dura e ulcera-se" (CHEVALLIER e BERNARD).

Lembramos ainda para diagnostico differencial a lymphogranulomatose. Nesta são atacados de preferencia os ganglios do pescoço, que ficam enormemente augmentados de volume; os inguinaes enfarctam-se tambem pronunciadamente. Podemos distinguir dois periodos na evolução da lymphogranuloniatose; no primeiro, que mais chama a attenção clinicamente, os ganglios lymphaticos estão muito augmentados e são molles; no segundo são pequenos e duros. O primeiro período costuma ser de grande duração, transformando-se pouco a pouco no segundo (SCHRIDDE, 6). A descripção do aspecto assumido pelo enfardamento ganglionar na lymphogranulomatose, permite afastá-la, sem difficuldades, do diagnostico differencial. O quadro hematico, na lymphogranulomatose observa-se leucocytose e

às vezes eosinophylia, pouco auxilio nos fornece para a differenciação, que deve basear-se apenas na maneira porque estão compromettidos os ganglios.

Excluidos do diagnostico differencial todos os agentes causaes que passamos em revista, restam a considerar três possibilidades:

1.^a): Que se trate simplesmente de lepra dos ganglios complicada por uma infecção secundaria pelos germens pyogenicos. Segundo JEANSELME (2) as adenites suppuradas desta natureza observam-se muitas vezes, em virtude da frequencia das infecções estreptococcicas nos hansenianos. Que os ganglios cruaes estejam compromettidos pela lepra não duvidamos, pois o paciente era tuberoso, os ganglios augmentavam com os surtos eruptivos, sendo alem disso encontradas globias ao exame bacterioscopico.

Esta hypothese e admissivel nos primeiros periodos da adenopathia, em que existiam ulceras no membro inferior direito, que tornavam provavel a contaminação dos ganglios leprosos pelos germens pyogenicos. Entretanto, o extraordinario desenvolvimento dos ganglios cruaes deu-se em poucos mezes, quando as ulceras estavam quasi cicatrizadas, o que permite afastar a supposição emittida.

2.^a): Será o grande tumor ganglionar determinado simples e unicamente pela lepra? MARCHOUX (4) affirma que os ganglios inguinaes e cervicaes, no periodo terminal da lepra tuberosa são, no mais das vezes, abcedados e deixam escoar pús sero-sanguinolento. A affirmação desse A. toma viavel a hypothese aventada.

3.^a): Será o colossal enfarcamento produzido pela lepra e tuberculose associadas? A raridade das localizações tuberculosas nos ganglios cruaes deveria tornar menos provavel esta hypothese. No entanto pareceu-nos muito acertada, baseando-nos em JEANSELME; diz elle que quando num leproso os ganglios são envoltos por uma capsula de periadenite ou quando elles amollecem ou suppuram, é necessario suspeitar a acção de uma tuberculose concomitante. Insistimos que é muito importante para o diagnostico o caracteristico dos ganglios compromettidos. CARDARELLI (11) descreve muito bem, nas doenças do systema ganglionar, o modo pelo qual se apresentam os ganglios tuberculosos: estes unem-se facilmente entre si e adherem quasi sempre á pelle. Diz que na polyadenopathia tuberculosa que dura já certo tempo, os ganglios sempre se apresentam da maneira mencionada; isso porque á adenite segue-se a periadenite, que determina a adhesão dos ganglios entre si e á pelle. Assignala ainda que na tuberculose, com o tempo, os ganglios caminham para o amollecimento e para a fusão. "Raramente um ganglio tu-

berculoso conserva-se muito tempo sem fundir-se e quando encontraes muitas glandulas lymphaticas com tuberculose é impossivel que algumas não se tenham fundido".

Portanto, a observação de que DS ganglios estão conglomerados, adherentes entre si e á pelle, e fundidos, fizeram com que suspeitassemos ser o tumor ganglionar determinado pela tuberculose, que se localizou, muito provavelmente, em ganglios já tomados pela lepra. Considerando-se em conjuncto com os outros symptomas, a monoeytose verificada na contagem especifica, tambem depõe a favor dessa suspeita. Cerca de dois mezes depois de termos observado o paciente este veio a fallecer, em seguida a surtos eruptivos e tambem ao extremo decahimento das forças, que progressivamente o aniquillaram. Pois bem, vimos então a nossa suposição confirmada pela necropsia, pelos exames histo-pathologicos e, o que era imprescindivel, pela inoculação em cobaio do macerado e caseum ganglionar, inoculação essa que resultou positiva.

Já descrevemos o aspecto que tinha o tumor ganglionar quando examinamos o paciente pela primeira vez; no decorrer dos dois mezes que precederam a sua morte, elle não soffreu modificação. Na necropsia, (ver figura 2), após a abertura da pelle e disseccção do tecido que recobria o tumor e que adheria á pelle, notamos os relevos dos ganglios que o constituem, sendo que dais delles tinham o tamanho de ovo de gallinha. Existe periadenite, estando os ganglios intimamente unidos uns aos outros. Na sua face posterior, o tumor repousa directamente sobre os vasos femuraes, com elles contrahindo alem dos ganglios já descriptos, e que compõem a face anterior do tumor, nota-se na sua face posterior mais três ganglios. Todos elles tem oonsistencia firme, sendo que apenas em um delles, o que se apresenta aberto na photographia, se percebia nitida fluctuação. A. abertura desse ganglio, encontramos uma massa caseosa, amarellada, amolecida. Abrindo-o mais, violas que estava completamente destruido o seu parenchyma, ficando reduzido capsula, bastante espessada, que encerrava a substancia caseosa. As dimensões do tumor eram as seguintes: 9,5 cms X 8 cms. X 5 ems.; o peso attingia. 200 grs.

Foi positiva a inoculação do material caseoso em cobaio.

O dr. CERRUT1 enviou-nos o seguinte relatorio histo-pathologico, em que descreve, com precisão e minucias, as lesões observadas nos ganglios que lhe enviamos:

Ganglio crural direito: A capsula, assim como os septos conjunctivos, mostram-se espessados, com frequentes vasos sanguineos, na grande maioria cercados de infiltrados inflarnmatorios chronicos ricos em lymphocytos, plasmocytos e raros eosinophilos.

Com pequeno augmento, de um modo geral, a estructura ganglionar não se mostra muito alterada, porquanto ha numerosos foilculos lymphocytarios de localisação cortical, com centros germinativos hem evidentes. A substancia cavernosa mais attingida pelo processo lepromatoso, apresenta-se muito mais clara e mais extensa que normalmente, em consequencia do grande accumulo de cellulas espumosas e cellulas de Virchow. Num ponto do preparado entretanto, ha uma zona de natureza nitidamente tuberculosa, constituído por folliculos tuberculosos bem evidentes, com tendencia a se confluirem.

Para facilidade de descripção estudaremos o preparado com grande augmento em relação aos folliculos lymphocytarios, á substancia cavernosa e ao processo tuberculoso.

Folliculos lymphocytarios: nos centros germinativos além de alguns lymphoblastos, ha numerosas cellulas reticulares em franca phagocytose, algumas transformadas em cellulas espumosas ricas em bacillos de Hansen, evidenciados nas preparações coradas pelo Ziehl-Neelsen. O halo lymphocytario nada mostra digno de nota, continuando-se normalmente com os sinus lymphaticos.

Substancia cavernosa (Fig. 3): a parte medullar da substancia cavernosa acha-se homogeneamente infiltrada pelo processo lepromatoso, constituído principalmente por accumulo de cellulas espumosas e de cellulas de Virchow ricas em bacillos de Hansen, evidenciados nos preparados corados pelo Ziehl-Neelsen. Entre estas cellulas lepromatosas são encontradiços raros lymphocytos, erythrocytos e neutrophilos, ao lado de frequentes plasmocytos e eosinophilos. Se bem que aqui e alli se depare com um e outro corpusculo fuchsinophilo de Russel, é evidente a completa ausencia de mastzellen, tão frequente nos processos lepromatosos, principalmente dermicos.

Processo tuberculoso: nitidamente individualisado numa zona do ganglio, caracteriza-se por um accumulo de formações folliculares tuberculosas em diversos estadios evolutivos. Assim, ao lado de algumas constituídas unicamente pelo accumulo de cellulas epithelioides e raros gigantocytos, ha outras completamente evoluidas, com todos os elementos cytologicos caracteristicos; havendo ainda outras em cuja parte central se observa evidente picnose nuclear com tendencia á formação de pequenas areas de necrose. Nos preparados corados pelo methodo de Ziehl-Neelsen, a pesquisa cuidadosa e demorada nesta zona tuberculosa foi completamente negativa para bacillos alcool-resistentes.

Firmado o diagnostico causal, com o auxilio dos dados clinicos, histo-pathologico e, principalmente, da inoculação positiva em cobaio, passamos a referir a maneira pela qual se di o comprometti-

mento dos ganglios pelos bacillos de Hansen, baseando-nos na descrição de JEANSELME e Dom SAUTON : "Num primeiro estadio as alterações occupam a peripheria do ganglio. Os seios tornam-se atravancados por regiões, obstruidos pelos endothelios transformados em cellulas de Virchow, carregadas de bacillos. As pequenas cellulas lymphaticas não os encerram habitualmente".

"No segundo estadio, bem descripto por RICKLI, NEISSER, BABES e HANSEN, as celulas gigantes desenvolvem-se nos seios lymphaticos. Estes elementos, que podem ter 0,04 de mm. de diametro, contem numerosos nucleos agrupados no centro e vacuolos cheios de bacillos. Uma serie, uma fileira de cellulas bacilliferas espumosas contorna em sua peripheria os folliculos lymphaticos; mais tarde, tambem estes são invadidos pelas cellulas leprosas e torna-se impossivel precisar a topographia das lesões. Ha, muitas vezes, accentuado accumulo de pigmento ocre nos ganglios leproticos, o que pode ser a consequencia de uma infecção paludica, concomitante".

"Num ultimo periodo apparece a esclerose, que substitue o tecido adenoide; é perfurada. por lacunas redondas nas quaes se alojam colonias bacilliferas. A capsula ganglionar e as paredes espessadas dos vasos são infiltrados por agrupamentos bacillares. As vezes, o ganglio degenerado calcifica-se".

Quanto á frequencia dos bacillos da lepra nos ganglios inguinaes, KOBAYASHI (3), baseando-se numa estatistica de 60 casos, affirma que na lepra nervosa e maculosa os bacillos são verificaveis relativamente em casos raros, nos folliculos lymphaticos, emquanto que na maioria dos casos de lepra tuberosa são encontrados em 71,7% e, em numero elevadissimo. Alem de sua localisação mais frequente nos folliculos lymphaticos, os bacillos tambem foram observados na capsula ganglionar (11 casos das 60 necropsias) e nas trabeculas (em 24 casos).

Estudada a lesão ganglionar determinada pela lepra, fixemos, tambem rapidamente, as varias formas de lesões que a tuberculose pode motivar nos ganglios, para estabelecermos a que typo pertencem as observadas no nosso caso.

Segundo SCHRIDDE (6) deve distinguir-se três formas de tuberculose dos ganglios lymphaticos:

- 1.^a — A miliar ;
- 2.^a — A diffusa;
- 3.^a — A caseificada com suas sequellas.

Na forma miliar os ganglios são moderadamente augmentados de volume e na tuberculose ganglionar diffusa em absoluto não se encontram caseificações; a citação desses caracteristicos correspon-

dentes ás duas primeiras formas de tuberculose ganglionar, faz ver-nos que no caso em estudo não se enquadram esses typos de lesões. Com effeito, o terceiro typo foi verificado, isto e a tuberculose caseificante, que constitue a lesão mais perceptível das determinadas pelo bacillo de Koch; todos os ganglios de uma região, e a descripção identica ao caso que observamos, podem ser atacados, formando-se grandes tumores que podem alcançar o dobro do tamanho de um punho; são conglomerados e mutuamente adheridos e cada um delles constitue um nódulo do tamanho de uma nóz e ate de um ovo de galinha. São duros e sua superficie de secção é secca, amarellada ou cinzento amarellada; quanto mais predomina a tonalidade amarellada com um tecido molle e grumoso, tanto mais intensa e a caseificação. Ao exame microscopico vamos encontrar extensas areas de necrose caseosa, que occupam a parte central dos ganglios, rodeados por tecido tuberculoso de granulação com tuberculos e cellulas gigantes. Os ganglios com localisação subcutanea, frequentemente determinam o apparecimento de fistulas da pelle, como se deu no nosso caso.

Como vimos, na descripção microscopica, o tumor ganglionar repousava sobre os vasos femuraes, com elle contrahindo adherencias; pois bem, uma das manifestações secundarias da tuberculose ganglionar e a perfuração de um ganglio caseificado numa veia, ocasionando a tuberculose miliar. No nosso caso não observamos essa perfuração, porquanto o ganglio caseificado formava o plano anterior do tumor, tendo se aberto na pelle.

Já mencionamos ser rara a localisação da tuberculose nos ganglios cruraes, sendo preferentemente compromettidos ds ganglios peribronchiaes, peritraoheaes e mesentericos; em opposição, a lepra tem preferencia para outros grupos ganglionares, isto é, para os cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes. E' claro pois que a raridade da concomitancia lepra-tuberculose nas adenopathias cruraes se deve a pouco frequente localisação da tuberculose nesses ganglios.

Vejamos alguns dados referentes á frequencia dessas adenopathias cruraes lepro-tuberculosas: Mc Co v (cit. por ROGERS e MUIR, 9) entre 650 hansenianos de Molokai, observou apenas 3 casos de tuberculose ganglionar crural, provavelmente associados á lepra.

KOBAYASHI em seus 60 casos de necropsia, sómente em dois verificou lesão tuberculosa nos ganglios cruraes; em um dos casos, foram encontrados não só os bacillos de Koch mas tambem as agglomerações dos bacillos granulosos da lepra. Deprehende-se dos dados mencionados, a raridade da associação lepra-tuberculose nos ganglios cruraes.

Resta discutir um ponto interessante: como e que se manifestou a tuberculose nos ganglios cruraes? E' provavel que se tenha dado uma infecção consecutiva, secundaria, do ganglio já atacado de lepra. E' sabido que "por uma porta de entrada vizinha ou pela circulação geral do sangue e dos humores, um microbio, pathogenico ou não, vae secundariamente colonizar em um órgão profundamente alterado. O exemplo mais typico dessa eventualidade e a tuberculisação secundaria das adenopathias malignas, hodgicinianas ou leucosicas." (CHEVALLIER e BERNARD).

Para o nosso caso admittimos a affirmação dos autores que acabamos de citar e achamos que os ganglios já compromettidos pela lepra tambem o foram consecutivamente pelos bacillos tuberculosos, os quaes determinaram a enfermidade ganglionar graças a uma propagação hematogenica. A propagação lytnphogenica de um processo tuberculoso localizado no territorio cujos lymphaticos se lançam nos ganglios cruraes, está fóra de cogitação, pois nenhuma lesão especifica foi observada no membro inferior e ademais, segundo CHEVALIER e BERNARD (1), e quasi sempre despresivel a adenite das tuberculosas cutaneas da perna e do pé. Da mesma maneira, e facilmente excluida a supposiçáo de tratar-se de adenite crural satellite do cancro tuberculoso, cancro esse que e raro e aparece nas creanças que soffreram a circumcisação ritual, seguida de sucção da chaga por individuo tuberculoso.

Achamos, portanto, que os bacillos tuberculosos chegaram ate os ganglios por via hematogenica, opinião essa que e reforçada pelo facto de tambem o baço se achar compromettido pela tuberculose, em associação com a lepra, conforme se verificou pela inoculação em cobaio. Pena que na necropsia não tivessemos examinado tambem os pulmões e os ganglios tracheo-bronchicos, o que nos traria maiores esclarecimentos sobre esse ponto. Lembramos porem que ao interrogatorio do doente e ao exame auscultatorio nada encontramos que nos levasse á suspeita de tuberculose pulmonar activa. Por isso, com os elementos de que dispomos, admittimos que um ganglio tracheo-bronchio se tenha aberto num capillar venoso (ou mesmo no canal thoracico), de modo a lançar na circulação geral uma certa quantidade de germens, insufficiente para determinar uma tuberculose miliar. Esses bacillos, carregados pela corrente sanguinea, foram localisar-se nos ganglios cruraes, no baço, e possivelmente em outros órgãos, que não podemos affirmar quaes tenham sido, porque, não fizemos inoculações em cobaio dos mesmos.

O mechanismo que invocamos e admissivel e por meio d'elle explica-se o facto de ter-se encontrado, em algumas necropsias, tu-

berculos isolados neste ou naquelle orgão, sem que se observasse outra lesão bacillar, a não ser pequeno foco residual no pulmão.

Consideremos, finalmente, a therapeutica indicada no nosso caso. Era nossa intenção procedermos á extirpação do tumor ganglionar, que é indicado em casos de evolução local, sem outras localizações tuberculosas. Entretanto, a peora progressiva do estado geral do paciente e o facto de não existir necessidade de intervenção immediata, fez com que protellassemos um tanto a operação. O paciente falleceu depois de pouco tempo, sem que tivessesmos intervido sobre o tumor. Aliás a operação revestia-se de grandes difficuldades, pois, como já assignalamos repetidas vezes, as ganglios tinham contrahido intimas e estreitas adherencias com os vasos femuraes, o que tornava o acto operatorio extremamente arriscado.

Na impossibilidade de extirpar o tumor com successo, poder-se-ia fazer punção para esvasiar os ganglios caseificados amollecidos, sendo tambem indicada a curetagem, devida á existencia das fistulas.

RESUMO

Os AA. referem um caso em que observaram ganglios cruraes direitos grandemente enfarctados, com o tamanho da cabeça de recém-nascido. Os ganglios eram adherentes entre si e á pelle, apresentando um delles nitida fluctuação; por fistula. escôava-se o conteúdo desse ganglia, sendo o liquido amarellado, pouco denso.

Com esses caracteristicos, os AA. consideram provavel tratar-se de uma adenopathia causada pela lepra e tuberculose associadas. O diagnostico confirmado vela necropsia, pelo exame histopathologico e pela inoculação em cobaio da materia caseosa, de um ganglio, cujo parenchyma fôra totalmente destruido, ficando reduzido apenas a capsula, um tanto espessada.

Referem-se á frequencia das adenopathias cruraes determinadas pela associação lepra e tuberculose, considerando-as raras segundo a observação feita entre os doentes de Coceas e de accordo com os dados dos outros AA. Estudam, finalmente, a maneira por que se manifestou a tuberculose nos ganglios cruraes, afastando a hypothese de tratar-se de uma propagação pela via lymphatica e admittindo que os bacillos attingiram-nos pela via hematogenica.

ABSTRACT

The authors refer a case in which they observed crural ganglions on the right side, largely increased, the size of the head of a new born.

The ganglions were adherent between each other and the skin, presenting one of these neat fluctuation; from one fistula drop out the contents of that ganglion, being the liquid yellowish, few dense.

With these characteristics, the authors considered probable to treat itself from a case caused by leprosy and tuberculosis together.

The diagnostic, it is confirmed from the autopsy, from the histopathologic examination and from the inoculation in guinea pig of the matter caseous of a ganglion, whose tissue were totally destroyed, being reduced only to the capsule, so much thickened.

The authors refer the frequency of the crural adenopathy determined from the association leprosy and tuberculosis, considering itself rare between the sick people of Cocais, and of accord with the numbers of the others authors.

They finely study the way because tuberculosis was manifested in the crural ganglions, removing the supposition of to treat of a propagation by the lymphatic ducts and admiring that the bacillus attinged the ganglions by the way betnatogenic.

BIBLIOGRAPHIA

- 1 — CHEVALIER P. E BERNARD J. — Les adenopathies inguinales. Edit. Libr. Felix Aclan, Paris, 1932.
- 2 — JEANSELME — Appareil lymphaatique. La lèprez. G. Doin & Cie. Edit., Paris, 1934.
- 3 — KOBAYASHI — Ganglios lymphaticos. Ueber die viscerale lepra, pag. 142. 1929.
- 4 — MARCHOUX — Traité de gathologie exotique. Lepra, Vol. III, J. B. Baillièrre, Paris, 1919.
- 5 — MITSUDA E OGAWA — A study of one hundred and fifty autopsies on cases of leprosy. Internat. Journ. of leprosy, n.º 1, pag. 53, 1937.
- 6 — SCHRIDDE — Tratado de anatomia patologica de L. Aschoff. Edit. Labor Barcelona, Madrid, Buenos Ayres, 1934.
- 7 — BRUGSCH — Tuberculosis. Tratado de patologia medica. I vol. gag.. 563, Edit. Labor. Barcelona, Madrid, Buenos Ayres, 1934.
- 8 — DOM SANTON — Les vaisseaux lymphatiques. La leprose. Paris, 1901.
- 9 — ROGERS E MUIR — Lepra. Traducção autorizada por H. Palermo, Minas Geraes, Brasil, 1937.
- 10 — LELOIR — Traité pratique e theorique de la lepre. Edit. A. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1986.
- 11 — CARDARELLI — Lezioni scelte di clinica medica, vol. V. Biblioteca dello e Studium, Napoli, 1928.
- 12 — MATSUMOTO E SOFENAKA — Studies in lymph glands; demonstration of lepra bacilli. (Zentralblatt f. Haut. Und Geschl. Krankheitzenz, Berlin, 1925, pag. 653.



Fig. I

O tumor ganglionar da região crural direita é visto de perfil, de maneira a notar-se o extraordinario relevo que faz na coxa.



Fig. 2

O tumor ganglionar após a sua extirpação em necropsia. Observam-se os relevos dos ganglios, que estão adherentes entre si por periadenite. Um dos ganglios, o que se apresenta aberto, ficára reduzido á capsula, bastante espessada, que continha substancia caseosa.



Fig. 3

Ao lado dos folículos ganglionares bem conservados, alguns com centro germinativo presente, depara-se na substancia cavernosa areas lepromatosas caracterizadas por accumulo de cellulas de Virchow. Coloração: hematoxylin-eosina. Augmento: 93x.



Fig. 4

Zona tuberculosa com folículos tuberculosos bem delimitados, mostrando todos os componentes cytologicos. Coloração hematoxylina-eosina. Augmento: 58x.