

Adbômen: depressível, sem circulação colateral, e apresentando no hipocôndrio E um tumor que ultrapassa de 4 dedos o rebordo costal e produz macicez no espaço de Traube, duro, liso e indolor. Fígado ultrapassando de um dedo o rebordo costal D, na altura da linha mamilar, indolor.

EXAMES SUBSIDIARIOS

HEMOGRAMA.		
(48) LEUCOGRAMA.		
	Leucocitos:	272.000 por mm ³
	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	1,4	3.808
GRANULOBLASTOS	1,0	2.720
Granulocitos basófilos	3,0	8.160
Acidófilos:		
PRO-GRANULOCITOS	2,0	5.440
Segmentados	2,8	7.616
Neutrófilos:		
PRO-GRANULOCITOS	25,2	68.544
Não segmentados	18,8	51.136
Segmentados	34,4	93.568
Linfocitos	5,0	13.600
Monocitos	6,0	16.320
ERITROGRAMA		
	Eritrocitos:	3.150.000 por mm ³
Anisocitose: moderada.		Eritroblastos policromatófi-
Anisocromia: moderada.		los e ortocromáticos: 2,6 %
Policromatofilia: leve.		
HEMOGLOBINA: 57 %	ÍNDICE COLORIMÉTRICO:	0,90

DIAGNÓSTICO:

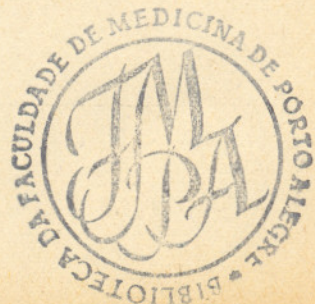
LEUCOSE MIELOÍDE

Em 24 de Novembro de 1942, inicia irradiações de radioterapia profunda sobre o baço, que termina em 16 de Dezembro de 1942, tendo recebido:

Baço 2.550 r

DÓSE TOTAL 2.550 r

No dia 2 de Dezembro, faz um novo hemograma que assim se apresenta:



(49)

LEUCOGRAMA.

Leucocitos: 105.000 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0,6	630
GRANULOBLASTOS	0,8	840
Granulocitos basófilos	1,0	1.050
Acidófilos:		
PRO-GRANULOCITOS	1,0	1.050
Segmentados	2,8	2.940
Neutrófilos:		
PRO-GRANULOCITOS	20,2	21.210
Não segmentados	28,0	29.400
Segmentados	35,0	36.750
Linfocitos	4,4	4.620
Monocitos	6,2	6.510

ERITROGRAMA

Eritrocitos: 3.905.00 por mm³

Anisocitose: moderada.
Pecilocitose: leve.

Anisocromia: moderada.

HEMOGLOBIA: 63 % ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,80

Terminado o tratamento no dia 16 de Dezembro de 1942, é requisitado um novo hemograma que, feito no dia 19 de Dezembro, isto é, casualmente um mês depois do primeiro hemograma, deu o seguinte resultado:

(50)

LEUCOGRAMA.

Leucocitos: 7.815 por mm³

	%	Por mm ³
Granulocitos basófilos	2,2	437,64
Granulocitos acidófilos	5,6	171,93
Neutrófilos:		
Não segmentados	9,8	765,87
Segmentados	70,6	5.517,39
Linfocitos	9,0	703,35
Monocitos	2,8	218,82

ERITROGRAMA

Eritrocitos: 4.315.000 por mm³
Anisocromia: moderada.

Anisocitose: leve.
Pecilocitose: leve.

HEMOGLOBINA: 70 % ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,81

O exame clínico, feito na mesma data que o hemograma, encontra o baço reduzido a seus limites normais e grande melhora do estado geral.

Perdemos o doente de vista até Novembro de 1942. Por informações que nos foram prestadas pela família, soubemos que êle passou bem e trabalhava normalmente até Junho de 1943, quando novamente começou a sentir-se asteniado, com tonturas e sem vontade para o trabalho.

Consultando, foram-lhe solicitados os exames que vão discriminados abaixo:

Exame de urina: Em 19 de Junho de 1943

Densidade: 1.021,3 Reação: ácida, pH 5,6
Albumina: traços levíssimos.
Pseudo-albumina: sim.
Excesso de escatol: sim.
Piina: sim.

Sedimento:

Regular quantidade de grânulos de urato ácido de sódio. Algumas células epiteliais pavimentosas. Muitos piocitos e filamentos de muco. Bacteriúria regular.

Em 22 de Junho de 1943

Reação de Wassermann: positiva forte
Reação de Kahn: positiva fraca
Reação de Kline: positiva fraca

Em 19 de Junho de 1943

HEMOGRAMA

(51)

LEUCOGRAMA.

Leucocitos: 49.760 mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	2,0	995,20
Granulocitos basófilos	3,0	1.492,80
Granulocitos acidófilos	3,0	1.492,80
Neutrófilos:		
PRO-GRANULOCITOS	22,0	10.497,20
Não segmentados	14,0	6.966,40
Segmentados	46,5	23.138,40
Linfocitos	6,5	3.234,40
Monocitos	3,0	1.492,80

ERITROGRAMA

Eritrocitos: 4.050.000 por mm³

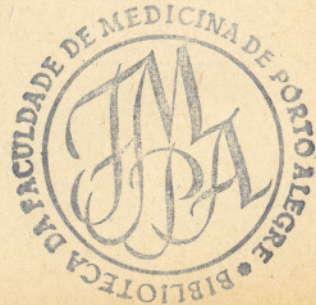
Anisocitose: pouco acentuada.
Policromasia: pouco acentuada.

HEMOGLOBINA: 69 %.. ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,85

Após êste hemograma, inicia a segunda série de irradiações radioterápicas, tendo recebido:

Baço 800 r

Ao mesmo tempo que irradiava o baço, fazia injeções de arsênico. Em 13 de Agosto, quando finaliza as aplicações radioterápicas, apresenta



o seguinte hemograma :

(52)		LEUCOGRAMA	
		Leucocitos: 14.720 mm ³	
		%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	1,6		235,52
GRANULOBLASTOS	1,0		147,20
Granulocitos basófilos	5,8		853,76
Granulocitos acidófilos	1,4		206,08
Neutrófilos:			
PRO-GRANULOCITOS	8,4		1.236,48
Não segmentados	15,2		2.237,44
Segmentados	64,4		9.479,68
Linfocitos	1,6		235,52
Mônocitos	0,6		88,32
		ERITROGRAMA	
		Eritrocitos: 3.950.000 por mm ³	
Anisocitose: moderada		Pecilocitose: leve	
HEMOGLOBINA: 80 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,01	

Em 25 de Outubro de 1943, o hemograma mostrava:

(53)		LEUCOGRAMA	
		Leucocitos: 43.450 por mm ³	
		%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	26,6		11.557,70
GRANULOBLASTOS	3,6		1.564,20
Granulocitos basófilos	1,2		521,40
Granulocitos acidófilos	3,0		1.303,50
Neutrófilos:			
PRO-GRANULOCITOS	6,8		2.954,60
Não segmentados	4,0		1.738,00
Segmentados	47,0		20.421,50
Linfocitos	3,8		1.651,10
Mônocitos	4,0		1.738,00
		ERITROGRAMA	
		Eritrocitos: 3.930.000 por mm ³	
Pecilocitose: acentuada.		Policromasia: leve.	
Anisocitose: moderada.		Anisocromia: moderada	
HEMOGLOBINA: 60 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,80	

Em vista dêste hemograma, faz a terceira série de irradiações radioterápicas, recebendo:

Baço 700 r
Esterno 100 r

Uma contagem de leucocitos feita no dia 6 de Novembro de 1943, isto é, quando terminou a terceira série de irradiações, apresentava:

LEUCOCITOS 13.250 por mm³

No dia 20 de Novembro de 1943, fomos chamados para atendê-lo. Encontramo-lo acamado, apático, indiferente, sonolento, com grande dificuldade de palavra.

Tegumentos muito pálidos, de côr palha; mucosas intensamente descoradas. Gânglios cervicais grandes, duros, indolores. Axilares, inguinais e supra-claviculares, hipertrofiados, duros e indolores. Estado caquético. Pele seca, dura, escamosa. Temperatura de 39 graus.

Língua saburral. Hálito muito fétido. Dentes recobertos por induto fuliginoso. Placas úlcero-necróticas recobrimdo a garganta, parte posterior da abóbada palatina e gengivas. Abdômen proeminente no hipocôndrio e flanco E, onde se palpa o baço muito aumentado, atingindo a fossa iliaca E e a região umbilical, muito duro, mas indolor.

Taquicardia. Sôpro sistólico meso-esternal. Ictus cordis no 6.º espaço intercostal E, para fora da linha hemiclavicular. Pulso: 130 batimentos por minuto, ritmado. Tensão arterial: Mx: 11 — Mn: 5.

Estertores subcrepitantes de bulhas finas e médias disseminados em ambos campos pulmonares.

No mesmo dia 20 de Novembro, foram feitos os seguintes exames laboratoriais:

HEMOGRAMA

(54 a)

LEUCOGRAMA

Leucocitos: 860 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	4,0	32
Granulocitos basófilos	0	
Granulocitos acidófilos	0	
Neutrófilos:		
Não segmentados	11,0	88
Segmentados	79,0	632
Linfocitos	3,0	24
Monocitos	3,0	24
Granulações patológicas (tóxicas) nos neutrófilos Vários neutrófilos de tipo pleiocariocítico.		

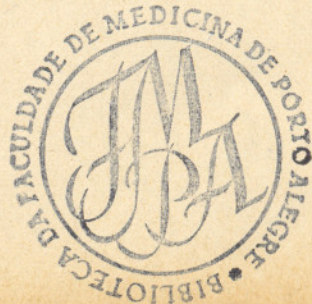
ERITROGRAMA

Eritrocitos: 1.700.000 por mm³

Anisocitose: intensa, com muitos macros e alguns microcitos.
Pecilocitose: nítida. Policromasia: leve.
Eritroblastos ortocromáticos: 1.
Reticulocitos: 2,7 %

HEMOGLOBINA: 38 % ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,12

TROMBOCITOS: 3.000 por mm³



Exame de urina:

Densidade: 1.011,9 Reação: ácida, pH 5,0

Albumina: traços nítidos.

Sangue: traços leves.

Piina: traços leves.

Pseudo-albumina: traços nítidos.

Sedimento: Elementos organizados.

Hemácias: algumas. Píocitos: raros.

Filamentos de muco: raros.

Bacteriúria: pequena.

Células epiteliais: algumas.

Cilindros hialinos raríssimos.

Cilindros hialinos-granulosos alguns.

Cilindros granulosos raros.

Elementos inorganizados.

Grânulos de urato ácido de sódio.

Uréia na urina: Grs. 21,860 por mil

SANGUE:

Uréia Grs. 1,116 por mil (no plasma)

Creatinina Mgrs. 1,25 por cento (no sangue total)

Cloretos (em NaCl) .. Grs. 6,289 por mil (no plasma)

Acido úrico Mgrs. 3,45 por cento (no plasma)

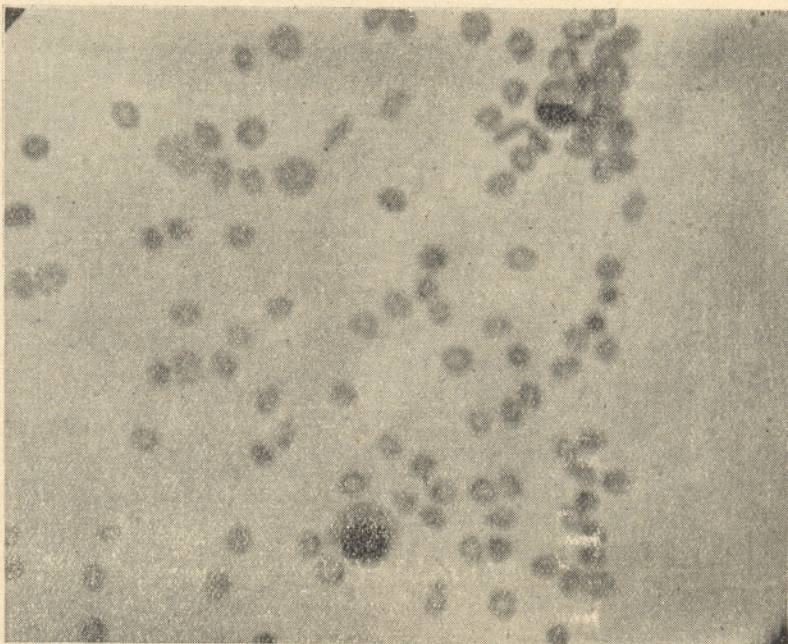
Reserva alcalina 41,0 volumes de CO₂ (no plasma)

Imediatamente inicia medicação com sôro glicosado endovenoso e subcutâneo com X unidades de insulina intramuscular; transfusão de sangue (950 cm³ em três dias); extrato hepático intramuscular; timo-nucleinato de sódio, intramuscular; medula óssea crua em ingestão; bicarbonato de sódio em ingestão.

O ósteo-mielograma, feito no dia 20 de Novembro, mostrou:

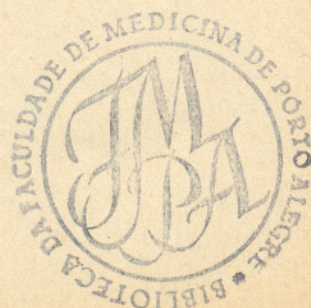
HEMOCITOBLASTOS	%
GRANULOBLASTOS	25,5
Granulocitos basófilos	0
Granulocitos acidófilos	0
Neutrófilos:	
PRO-GRANULOCITOS	3,5
Não segmentados	5,5
Segmentados	17,5
Linfocitos	2,0
Monocitos	0
Pro-eritroblastos	0,5
Eritroblastos:	
Basófilos	0,5
Policromatófilos	3,5
Ortochromáticos	13,5
Trombocitos	raríssimos.
Forma hemática:	
	Pecilocitose intensa.
	Anisocitose nítida.

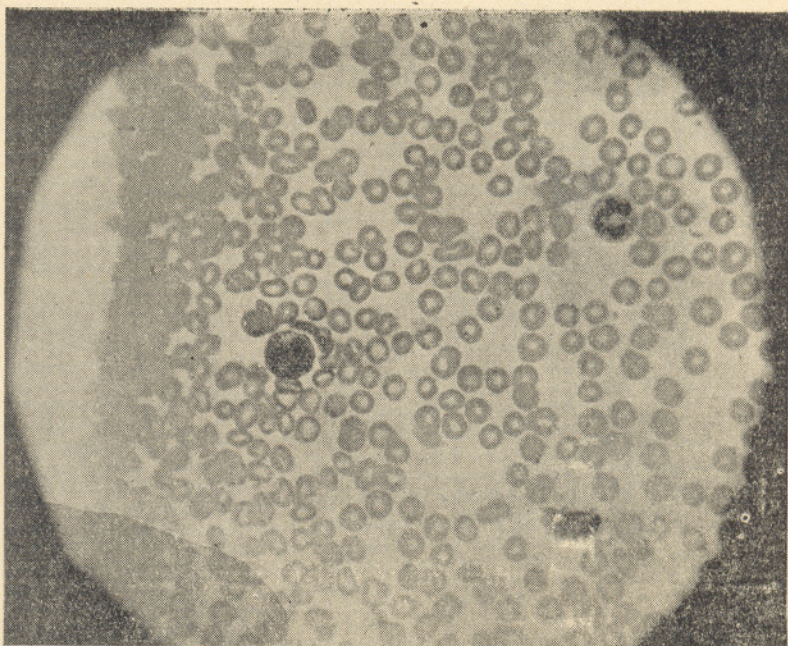
Ósteo-mielograma n.º 6



ósteo-mielograma n.º 6

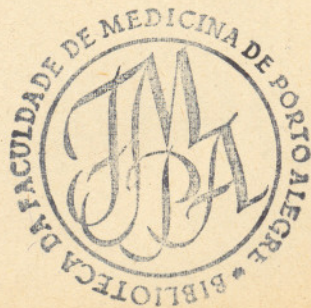
Período final de mielose em aplasia total.



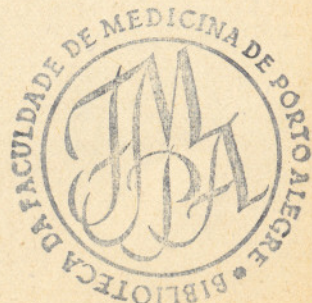
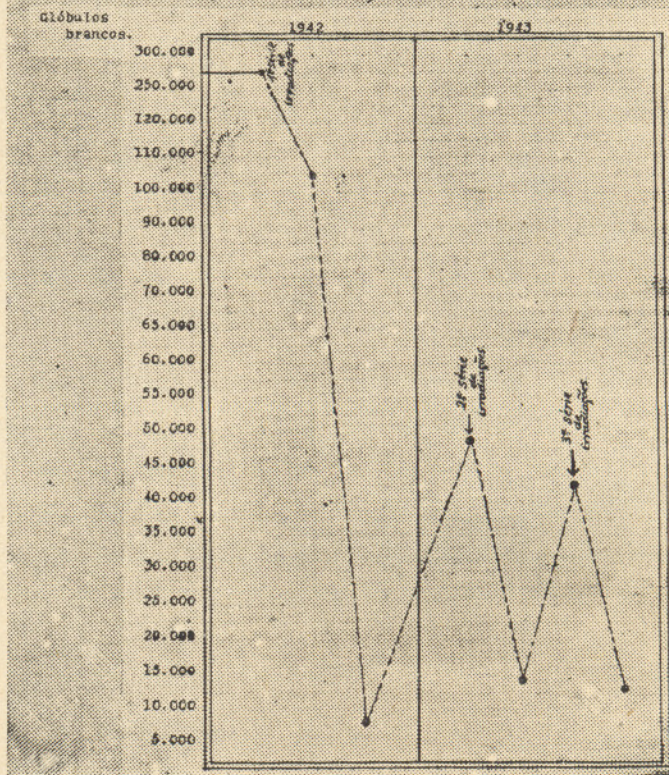


Sangue periférico correspondente ao hemograma 54 b.

No campo: um granuloblasto e um granulocito.



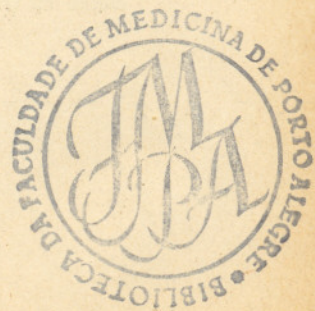
*Esquema das aplicações radioativas e evolução
na quantidade de glóbulos brancos*



Durante quatro dias, de 20 a 23 de Novembro, a temperatura manteve-se entre 39 e 40 graus, o estado geral agravava-se cada vez mais. No dia 23, pela manhã, o hemograma mostrava:

(54 b)			
LEUCOGRAMA		Leucocitos: 3.400 por mm ³	
	%	Por mm ³	
HEMOCITOBLASTOS	1,5	.....	51
GRANULOBLASTOS	0,5	.....	17
Granulocitos basófilos	1,0	.....	34
Granulocitos acidófilos	0	.....	0
Neutrófilos:			
PRO-GRANULOCITOS	10,5	.....	357
Não segmentados	0,5	.....	17
Segmentados	31,0	.....	1.054
Linfocitos	36,0	.....	1.224
Monocitos	19,0	.....	646
Muitos neutrófilos em completa degeneração (granulações tóxicas e vacúolos no protoplasma).			
Alguns pleiocariocitos.			
ERITROGRAMA		Eritrocitos: 3.000.000 por mm ³	
Anisocitose: regular, com alguns macrocitos.			
Pecilocitose: leve. Policromasia: leve.			
Basoeritrocitose: raros eritrocitos basófilos.			
Eritroblastos ortocromáticos: 1 %.			
TROMBOCITOS: raros.			
HEMOGLOBINA: 56 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,93	

O paciente veio a falecer às 4,30 horas do dia 24 de Novembro de 1943.



Observação n.º 7

SERVIÇO DE CANCER

Hospital São Francisco

Ficha n.º 126

J. C., casado, branco, agricultor, com 39 anos de idade, brasileiro. Entrado em 15-10-1941.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pais vivos e sadios.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Sarampo e coqueluche na primeira infância. Casado com mulher sadia da qual tem um filho com saúde.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Anorexia; constipação crônica.

MOLÉSTIA ATUAL:

Há um ano, começa a sentir-se cansado, sem vontade para o trabalho e com pouco apetite. Emagrece 12 quilos. Apresenta tonturas e, ao mesmo tempo, nota que no hipocôndrio E existe um tumor que lhe provoca peso, mas não dor.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico, mediolíneo. Fácies: atípica.
Estado de nutrição: emagrecido.
Tegumentos: pálidos. Mucosas: descoradas.
Gânglios: polimicroadenopatia cervical e inguinal.
Ossos: pronunciada tibialgia e esternalgia.

APARELHOS DIGESTIVOS:

Dentes e amígdalas muito sépticas. Abdômen proeminente, palpando-se o baço no flanco E e região umbilical, duro, liso, indolor. Fígado ultrapassando de três dedos o rebordo costal D, com bordos lisos e indolor.

HEMOGRAMA

(55)

Feito em 14 de Outubro de 1941

LEUCOGRAMA

Leucocitos: 203.000 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0	0
GRANULOBLASTOS	5,0	10.150
Granulocitos basófilos	0,5	1.015
Granulócitos acidófilos	2,0	4.060
Neutrófilos:		
PRO- NEUTRÓFILOS GRANULOCITOS ..	39,0	79.170
Não segmentados	19,0	38.570
Segmentados	28,5	57.855
Linfocitos	6,0	12.180
Monocitos	0	0

ERITROGRAMA

Eritrocitos: 3.200.000 por mm³

HEMOGLOBINA: 60 % ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,93

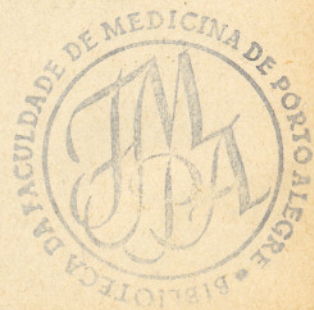
DIAGNÓSTICO:

LEUCOSE MIELÓIDE

inicia irradiações radioterápicas no dia 15 de Outubro de 1941 e finaliza em 17 de Novembro de 1941, tendo recebido:

Baço 3.648 r

(56) No mesmo dia 17 de Novembro, o hemograma assim se apresentava:



(56)	LEUCOGRAMA		Leucocitos: 4.000 por mm ³
		%	Por mm ³
	HEMOCITOBLASTOS	0	0
	GRANULOBLASTOS	0	0
	Granulocitos basófilos	1,0	40
	Granulocitos acidófilos	4,0	160
	Neutrófilos:		
	PRO-GRANULOCITOS	3,0	120
	Não segmentados	12,0	480
	Segmentados	74,0	2.960
	Linfocitos	5,0	200
	Monocitos	1,0	40
	ERITROGRAMA		Eritrocitos: 3.320.000 por mm ³
	Anisocitose: leve		Pecilocitose: leve
	Policromasia: leve.		
	HEMOGLOBINA: 76 %	ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,14	

Como persistisse a anemia, começa no dia 18 de Novembro e termina no dia 3 de Dezembro de 1941, irradiações dos ossos longos em doses excitantes, tendo feito:

Esterno	100 r	Joelho D	100 r
Cotovelo D	100 r	Joelho E	100 r
Cotovelo E	100 r		

DÓSE TOTAL 500 r

No dia 4 de Dezembro de 1941, após estas irradiações excitantes sobre os ossos longos, uma contagem revelava:

(57)	Eritrocitos	4.180.000 por mm ³
	LEUCOCITOS	5.100 por mm ³
	Hemoglobina	68 %
	Valor globular	0,79

Depois desta contagem de glóbulos sanguíneos, o paciente teve alta do serviço e não o tornamos a ver.

ANÁLISE DOS CASOS

A idade dos pacientes com leucose mielóide oscilou entre 15 e 49 anos, com uma média de 32 anos. A maior proporção de doentes encontramos entre os 30 e 39 anos de idade (casos 3, 4, 6, 7) o que representa 57% das observações de leucose mielóide apresentadas e se acha de acôrdo com o registado por outras estatísticas, nas quais a maior frequência da doença manifesta-se na idade média da vida. Embora a aparição da leucose mielóide seja considerada rara antes dos vinte anos de idade, um dos nossos pacientes por ela foi atingido quando contava quinze anos (caso 5).

Quanto ao sexo, três são do masculino e quatro do feminino, havendo, portanto, uma proporção de 1 homem para 1,3 mulheres. Esta frequência da leucose mielóide na mulher, na nossa estatística, provém do pequeno número de casos observados. Bem diverso dos nossos são, entretanto, os resultados alcançados por outros. Assim, na série de Rosenthal e Harris, a proporção foi de 1,5 homem para 1 mulher; na de Roy Kracke, 3 homens para 1 mulher.

Todos os pacientes são de raça branca e nacionalidade brasileira, tendo quase todos nascido neste Estado. Os casados predominam sobre os solteiros na proporção de 5 para 2. A respeito das profissões, notamos que tôdas as mulheres trabalham em serviços domésticos, ao passo que os homens se ocupam em misteres diversos: — 1 pedreiro; 1 agricultor e 1 estudante.

Embora todos os nossos pacientes sejam de raça branca, devemos deixar aqui consignado que a leucose mielóide não possui predileção por esta ou aquela raça, como também, ataca indiferentemente aos indivíduos que se dedicam às mais variadas ocupações. Entretanto, devemos levar em consideração a observação de R. Kracke, que diz: — “É possível que a incidência cresça entre os operários industriais expostos à ação do benzeno ou de radiação excessiva.”

DADOS DE ANAMNESE.

Notamos, em todos os casos, que o aparecimento da doença processou-se de uma maneira lenta e insidiosa. Três casos já possuíam evolução de 1 ano (casos 1 e 7) e de três anos (caso



3) quando procuraram recursos médicos. Os outros casos contavam com 1 a 8 meses de tempo evolutivo.

No despertar da leucose mielóide, os sintomas são imprecisos e vagos. A maioria dos pacientes iniciou a doença com banais perturbações digestivas como sensação de peso ou plenitude gástrica post-prandial. Sintoma importante é a profunda astenia que os ataca. Esta faz com que eles tomem uma atitude negativa diante da vida, preferindo passar em completo repouso e abandonando todo o trabalho e diversão. Além daqueles sintomas, o caso 1 também referia equimoses extensas que lhes apareciam espontaneamente e o caso 3, dores difusas no abdômen, artralgias e calefrios. Chamamos a atenção para os sintomas apresentados por estas duas últimas pacientes, as quais se arrastaram durante anos pelos consultórios médicos sem que lhes fosse feito um diagnóstico exato e, portanto, um tratamento bem dirigido.

Com exceção do caso 6, no qual o apetite estava normal, encontramos-lo alterado em todos os outros doentes. A grande maioria acusava anorexia intensa e o caso 1, ao contrário dos outros, bulimia. Também este último paciente tendia a aumentar de peso enquanto os outros emagreciam. O emagrecimento variava de intensidade entre os doentes. Alguns diminuíram, em média, de 1 kg. a 3,5kg. por mês e o caso 2 chegou a pensar "que estivesse tuberculosa".

Com o correr do tempo e a auto-observação própria de todo o doente, todos os nossos pacientes, por si mesmos, descobriram que o abdômen aumentara de tamanho e, procurando uma causa para isso, sentiram um tumor no hipocondrio esquerdo. A maioria deles, entretanto, acusava apenas sensação de peso no lado esquerdo, mas os casos 4 e 3 queixavam-se de dor neste lado e, além disso, este último paciente viu seus membros inferiores se edemaciarem, sendo o edema, todavia, mais pronunciado no membro inferior esquerdo.

Interessante é observar a reação psicológica dos doentes de leucose. O terror de todos eles é a tuberculose. Esta eles sabem o que significa, a leucose, não. Descartada que seja a tuberculose, localizam suas preocupações sobre o baço. O aumento ou a diminuição do volume deste acarreta, consecutivamente, uma maior ou menor carga de preocupações. Somente mais tarde, quando já aprenderam o significado da hiperleucocitose, é que derivarão suas emoções para o leucograma.

No passado mórbido de nossos pacientes, nada de interessante encontramos. Assim, registamos doenças infecciosas (casos 1, 2, 3, 7), crises diarréicas (casos 3 e 6), síndrome dispéptica (caso 3) e, nas mulheres, menstruação normal em duas (ca-

dos 2 e 4) e dismenorréias em outras duas (casos 1 e 3). A menarca surgiu entre os treze e quinze anos, sendo um pouco retardada nesta última, pois no nosso país ela costuma aparecer mais precocemente. A paciente do caso 1 estava em menopausa cirúrgica.

De todos os pacientes, somente dois sofreram operações cirúrgicas (casos 1 e 3) e nenhum foi amigdalectomizado. Frisamos com insistência, que nenhum paciente foi amigdalectomizado em vista de alguns autores considerarem a extirpação das amígdalas como um fator desencadeante das leucoses, nos indivíduos predispostos.

Também nos antecedentes familiares nada encontramos de relevante. Digno de nota, entretanto, é que em nenhum dos nossos casos a leucose mielóide se apresentava de modo familiar. Deixamos aqui consignéado que, embora tenham sido registados, na literatura universal, alguns casos de leucose familiar, esta relação é posta em dúvida pela maioria dos autores e nada sugere que a leucose seja uma doença hereditária.

Alguns dos nossos pacientes ainda possuíam os pais vivos e sadios. Dois já os tinham perdido, sendo que um deles nada nos informa sobre a morte de seus progenitores, mas conta-nos que sua mãe sofria do fígado e de reumatismo (caso 3); o outro refere que o pai faleceu aos 85 anos de idade de arterioesclerose e uremia e a mãe de pneumonia, sendo que esta já tinha sofrido uma hemorragia cerebral (caso 1). Dois outros pacientes não possuíam, um o pai e, o outro, a mãe, mas não sabiam de que haviam falecido nem si haviam sofrido de alguma enfermidade.

DADOS DE EXAME OBJETIVO.

O aspecto geral de todos os pacientes era doentio. Pelo biotipo, constatamos que a grande maioria pertencia ao tipo catabólico, mediolíneo, enquanto que somente uns poucos eram longilíneos. O caso 1 era anabólico.

Todos os pacientes possuíam mucosas e tegumentos descolorados, variando a descoloração com a diminuição da quantidade de hemoglobina e eritrócitos e indo desde um discreto descoloramento até atingir a palidez pronunciada.

Em quase metade dos casos constatamos ostealgia (casos 3, 4, 7) e mialgia unicamente no caso 3.

De uma maneira constante encontramos, em todos os pacientes, os gânglios linfáticos hipertrofiados, indolores e ~~com a~~
~~aparência equivalente de um pêssago, embora continhassem in~~
hipertrofia atingia, principalmente, as cadeias ganglionares cer-



vicais, inguinais e axilares. No caso 6, na etapa final da leucose, os gânglios cervicais, axilares, supra-claviculares e inguinais acusavam grande hipertrofia, sendo que nos primeiros o tamanho equivalia ao de um pessego, embora continuassem indolores.

Êstes achados de hipertrofias ganglionares estão em desacordo com o admitido comumente na relação entre os gânglios e a leucose mielóide. Embora os tratadistas afirmem que, na leucose mielóide, “os enfartamentos ganglionares faltam durante muitos anos ou de modo permanente”, a nossa observação pessoal nos leva a não admitir esta assertiva como um conceito absoluto, em vista das constatações que fizemos nos casos que estudamos. Entretanto, damos razão aos autores quando concedem às hipertrofias ganglionares, na leucose mielóide, um sinal de mau prognóstico e isto pudemos observar no caso 6, em que os grandes enfartamentos ganglionares precederam de alguns dias a morte do paciente.

Na maioria dos casos, os doentes apresentavam dentes em máu estado de conservação e higiene (casos 3, 4, 5, 7) e as amígdalas eram sépticas nos casos 1, 2, 4, 7 e pequenas nos outros casos.

De maneira constante, encontramos hipertrofia esplênica em todos os doentes. O volume do baço era, muitas vezes, enorme, ocupando quase todo o hemiabdomen esquerdo (casos 2, 3, 4, 5) e nos outros casos (1, 6, 7) sempre se encontrava, no mínimo, a três dedos abaixo do rebordo costal esquerdo. Esta hipertrofia esplênica pode ocasionar macicez no limite da região tóraco-abdominal posterior esquerda, revelando, à percussão som obscuro em toda a base torácica posterior esquerda (casos 3 e 6). Em todos os casos, o baço era liso, duro, palpando-se perfeitamente a chanfradura esplênica e, com exceção dos casos 3 e 4 nos quais era doloroso por um provável processo de peri-esplenite, conservava-se silencioso nos restantes pacientes.

O fígado achava-se hipertrofiado na maioria dos casos (1, 3, 5, 6, 7). A hepatomegalia somente no caso 3 era dolorosa, pois nos restantes a insensibilidade hepática, pela palpação, era absoluta.

Nos demais aparelhos, não encontramos perturbações importantes, a não ser no caso 3, em que auscultamos um sopro sistólico de ponta e hiperfonese da segunda aórtica. Esta era, provavelmente, de natureza luética e aquêle de origem anêmica, embora neste último caso tivéssemos que levar em consideração uma infiltração mielósica dos pilares da válvula mitral. Em todo o caso, o sopro sistólico era inorgânico, de natureza anêmica, pois desapareceu com o aumento dos eritrocitos.

ANALISE DOS HEMOGRAMAS

COMENTÁRIOS DOS ERITROGRAMAS.

Em todos os nossos pacientes, com evolução da doença variando entre um mês e três anos, constatamos anemia de intensidade variável (eritrogramas 1, 24, 27, 35, 39, 48, 55).

Esta fica condicionada à quantidade de formas imaturas e de células mielóides em circulação, como observamos no quadro abaixo. Este foi obtido pela soma dos valores absolutos dos hemocitoblastos, granuloblastos e pro-~~granulocitos~~^{GRANULOCITOS} para obtermos as formas imaturas e pela adição destas aos granulocitos para as células mielóides.

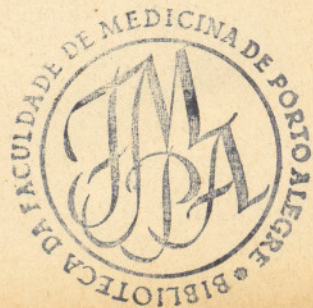
Hemograma	24	39	48
F. imaturas	112.024	110.410	80.512
Cel. mielóides . . .	267.854	267.180	240.992
Eritrocitos	2.730.000	2.775.000	3.150.000

Hemograma	55	27	35	1
F. imaturas	89.320	67.050	49.800	32.466
Cel. mielóides	190.810	179.860	111.600	90.441
Eritrocitos	3.200.000	3.230.000	3.370.000	3.980.000

Certamente, encontra-se no hemograma 55 maior numero de formas imaturas do que no 48, que possui anemia mais marcada. Entretanto, esta exceção não obsta que, observando o conjunto, possamos condicionar a anemia ao numero de formas imaturas e, si quizermos, ao das células mielóides. Tal conceito talvez seja, apenas, fruto da casualidade ou do pequeno número de observações de leucose mielóide apresentadas. Entretanto, isto foi o que notamos nas nossas observações. É também, digno de nota que, na leucose linfóide, surge esta mesma condição para a anemia.

A taxa de hemoglobina encontra-se diminuída em todos os casos. Às vezes, a diminuição é proporcional à quantidade de eritrocitos e o valor globular ou índice colorimétrico acha-se normal (eritrogramas 48 e 55), mas, na maioria dos casos, a diminuição hemoglobínica é maior do que a ~~quantidade~~ de glóbulos vermelhos e, portanto, o índice colorimétrico acha-se abaixo do normal (eritrogramas 1, 24, 27, 35, 39). Assim, a anemia da leucose mielóide, nos nossos casos, não possui caráter único, mas pode ser normo ou hipocrômica.

Nos eritrogramas em que foi feita a forma hemática (24, 27, 35, 39, 48), notamos que a medula trabalha ativamente para



a regeneração eritrocítica, o que se traduz pelo aparecimento de policromasia e de eritroblastos poli e ortocromáticos em proporções variáveis (eritrogramas 24, 39, 48). Por êsses motivos, podemos dizer que a anemia dos nossos pacientes com leucose mielóide é normo ou hipocrômica e regenerativa.

Não concordamos com os autores, e entre êles Jiménez Díaz, que afirmam ser a anemia da leucose mielóide devida “a ocupação da medula óssea pelo tecido ativo mielopoiético que, naturalmente, afoga ou dificulta a atividade eritropoiética”. Pensamos, ao contrário, que a anemia seja uma consequência tanto da maior orientação funcional hemocitoblástica para a série mielóide quanto das condições das reservas de fatores anti-anêmicos.

Neste último ponto, concordamos com Jiménez Díaz, quando escreve: — “Além disso, há outros fatores que evidentemente influem e têm um grande interêsse. “No doente com leucemia em que existem fenômenos de febre, metabolismo profundamente alterado, diarréias, aquilia, é lógico que apareça, como nos aquílicos de outra etiologia, uma deficiência em materiais, por exemplo em ferro ou em material antipernicioso; em segundo lugar, há o fator febril e, em terceiro, o metabolismo, todos os quais, evidentemente, podem influir na gênese da anemia”.

Comparando as quantidades de eritrocitos e leucocitos anteriores às aplicações radioterápicas com as que nos mostram as contagens e hemogramas feitos durante ou no fim da roentgenterapia, observamos que o comportamento de ambos é diverso.

Em primeiro lugar, pode-se afirmar que a tendência dos leucocitos é sempre para a diminuição e suas cifras, no fim da irradiação, são constantemente menores do que as acusadas nos hemogramas antes da roentgenterapia.

Entretanto, não se pode dizer a mesma coisa com respeito aos eritrocitos, cuja mutabilidade é imensa. Assim, algumas vezes êles aumentam no fim das irradiações (eritrogramas 7, 14, 18, 40, 56) ou diminuem (eritrogramas 23, 47, 52); outras vezes, diminuem no início (eritrogramas 2, 6, 13, 16) ou então mostram tendência de aumento do principio ao fim (eritrogramas 25, 26, 28, 30, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 49, 50). Em alguns casos a anemia desaparece logo após as aplicações de radioterapia profunda (eritrogramas 14, 26, 30, 34, 38, 50) e, noutros, somente depois de algum tempo (eritrogramas 8, 18). Em um caso, para que os eritrocitos retornassem às suas cifras normais, foi necessário irradiar as extremidades dos ossos longos, em vista de serem as epífises o último reduto da medula vermelha.

Por outro lado, os hemogramas 9, 33, 41 mostram-nos

quantidades elevadas de leucocitos sem diminuição de eritrocitos, sem anemia. E, si comparamos as contagens 4 e 5, vemos que aquela, com quantidade de leucocitos menor do que esta, possui, também, menos eritrocitos.

Além dessas razões, observando o ósteo-mielograma de leucose mielóide (observação nº 3), vemos que existe, apenas, diminuição da percentagem dos eritroblastos basófilos e policromatófilos, mas com quantidade normal de eritroblastos ortocromáticos.

Todos os fatos acima relatados estão em discordância com o conceito de que a anemia da leucose mielóide seja produzida por afogamento ou ocupação mecânica da medula óssea. Si fosse esse fator o único causante do processo anêmico, este desapareceria durante ou logo após as irradiações, o que, entretanto, só acontece em uns poucos casos (eritrogramas 14, 26, 30, 34, 38, 50). E, como explicar por afogamento ou ocupação mecânica da medula óssea os hemogramas 9, 33, 41 e as contagens 4 e 5?

Será melhor admitir que o processo patogênico da anemia, na leucose mielóide, não é produzido por um único fator e concordar que, ao lado de uma maior orientação funcional dos hemocitoblastos para a série ^{ERANULOCITICA} ~~leucocitica~~, existe também um déficit de materiais anti-anêmicos que necessitam ser compensados. Talvez por esse motivo alguns pacientes só fazem a normalização de sua série vermelha muito tempo depois das aplicações de radioterapia, quando, provavelmente pela alimentação, recuperaram os materiais que lhes faltavam.

COMENTARIOS DOS LEUCOGRAMAS.

Os leucogramas de todos os nossos casos de leucose mielóide, com tempo evolutivo da enfermidade variando desde um mês até três anos, acusam estado leucêmico que oscila entre 105.000 e 334.400 glóbulos brancos por mm³. A quantidade de leucocitos não está em razão direta com o tempo de evolução da doença. Assim, observamos que são muito diversas as quantidades de células brancas nos leucogramas 27, 24, 39, 1 e 55. No primeiro, cujo tempo evolutivo é o mais longo de todos os nossos casos, os leucocitos estão em menor quantidade do que nos leucogramas 39 e 24, que possuem tempo de evolução menor, e no leucograma 55, com um ano de evolução, o estado leucêmico é maior do que no leucograma 1, que tem um tempo evolutivo duplo.

O aumento dos glóbulos brancos é produzido, principalmente, pela proliferação intensa do sistema mielóide. As células



dêste sistema apresentam-se alteradas quantitativa e qualitativamente.

As alterações quantitativas atingem tanto os valores relativos quanto os absolutos, ocasionando aumento percentual e por mm³ que varia muito de um caso a outro, mas sempre mostrando o predomínio nítido das células da série ~~mielóide~~ **GRANULOCÍTICA**.

As alterações qualitativas se traduzem pelo aparecimento de células patológicas e das formas imaturas da série ~~mielóide~~ **GRANULOCÍTICA**, no sangue periférico. Algumas células acusam alterações intensas que as tornam bem diferentes das similares que estamos acostumados a ver no leucograma normal. É comum encontrar-se células cujo núcleo apresenta indícios, não de uma divisão mais ou menos normal, mas de completa fragmentação; outras vezes, há discordância de maturidade entre o protoplasma e o núcleo, sendo aquêle basófilo e êste já lobulado.

A visão microscópica das formas imaturas da série ~~mielóide~~ **GRANULOCÍTICA**, no sangue periférico, constitue, na maioria das vezes, o caráter primordial e básico da mielose. Entretanto, em alguns casos, bastante raros na verdade, faltam não só as formas imaturas no sangue circulante como também o estado leucêmico. Tal fato levou os autores a dividirem a mielose em três modalidades diferentes — leucêmica, sub-leucêmica e aleucêmica — conforme o sangue periférico contiver muitas, poucas ou nenhuma forma imatura. Acentuamos desde já que, na mielose aleucêmica, o diagnóstico pode ser feito pelo ósteo-mielograma, que mostra o aumento das células mielóides ou então pela evolução da doença.

Estas divisões que sofre a leucose mielóide devem ser consideradas, não como quadros nosológicos com identidade própria, mas apenas como simples estádios evolutivos, servindo somente para designar fases temporárias da evolução da doença. Nos hemogramas 8 e 50, observamos casos típicos da transformação de uma mielose leucêmica em aleucêmica pela ação da radioterapia; entretanto, alguns meses após voltam a adquirir o caráter leucêmico (hemogramas 9 e 51).

Estas divisões, que possuem idênticas bases histo-patológicas, além de pouco precisas, não contêm utilidade prática e, como pensa Naegeli, “na atualidade, não tem nenhum valor separar, na descrição, formas leucêmicas e aleucêmicas”.

Analisando cuidadosamente os leucogramas, podemos tirar algumas conclusões interessantes. Olhando o quadro n° 3, observamos, em primeiro lugar, que unicamente no leucograma 1 não existem formas imaturas, mas apenas formas jovens (pro-granulocitos); nos restantes (leucogramas 24, 27, 35, 39, 48, 55), aquelas aparecem em proporções variáveis. Em segundo

lugar, vemos que não há relação entre a quantidade de formas imaturas e maduras, pois o leucograma 39, que possui a maior quantidade daquelas, tem tantas células maduras quanto o leucograma 1 que não possui nenhuma ou os leucogramas 35 e 48, que apresentam pequena percentagem de células imaturas.

Também não existe relação entre a quantidade de formas imaturas e jovens. Fazendo a percentagem dos valores absolutos, notamos que o leucograma 48, com percentagem baixa de formas imaturas, tem menos elementos jovens que o 55, com maior proporção daquelas. Idêntica observação podemos fazer para o leucograma 1, comparando-o com os leucogramas 35 e 48. No quadro n.º 4, notamos que, em todos os casos, as taxas percentuais ou relativas dos neutrófilos segmentados encontram-se abaixo do normal, ao passo que as dos não segmentados estão sempre acima.

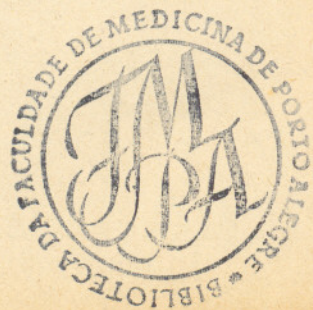
Os acidófilos, com uma única exceção, possuem suas percentagens normais. Os basófilos, em dois leucogramas, acham-se com cifras relativamente normais, mas nos restantes estão elas aumentadas. Nos valores absolutos, exceção feita dos granulocitos basófilos do leucograma 35, todos os casos apresentam aumento das diversas classes de granulocitos.

Assim sobressai, mais uma vez, o imenso valor que possuem as quantidades absolutas, e a grande diferença que resultaria de nos basearmos exclusivamente em valores relativos. Si assim o fizéssemos, encontraríamos na leucose mielóide, uma diminuição dos neutrófilos segmentados com aumento dos não segmentados e dos granulocitos basófilos e com taxas normais de acidófilos.

Que contraste com os valores absolutos! Êstes nos revelam que a intensa proliferação do sistema mielóide atinge todas as classes de granulocitos e que, REALMENTE, não existe diminuição dos neutrófilos segmentados nem normalização dos granulocitos acidófilos.

Fundados na predominância de uma classe de granulocitos, os autores quiseram fazer quadros leucócicos diferentes. Encontram-se, citados na literatura, diversos casos com taxas elevadas de acidófilos ou basófilos. Tais casos provocaram a constituição de um novo tipo de leucose que, conforme predominassem aquêles ou êstes, se designaria como acidófila ou basófila.

Persistir com estas divisões é procurar o supérfluo e não o essencial. Êste último nos revela que, em muitos casos de leucose mielóide, as quantidades de acidófilos e basófilos encontram-se aumentadas. Por outro lado, não devemos esquecer que a mielose não se caracteriza apenas pelo aumento dos leucoci-



RELAÇÃO ENTRE FORMAS IMATURAS E MADURAS

N.º do hemograma	1	35	48	55	24	27	39
Formas imaturas	0	1.200	6.528	10.150	19.729,6	33.972	92.720
Formas maduras	57.975	61.800	160.480	101.500	155.830,4	102.810	156.770
Formas jovens	32.466	48.600	73.980	79.170	92.294,4	33.078	17.690

RELAÇÃO ENTRE FORMAS IMATURAS E JOVENS

(Porcentagem dos valores absolutos)

N.º do hemograma	39	27	24	55	48	35	1
Formas imaturas	34,71 %	18,88 %	7,36 %	5,31 %	2,70 %	1,07 %	0
Formas jovens	6,62 %	18,38 %	34,45 %	41,48 %	30,60 %	43,54 %	35,89 %
Formas maduras	58,67 %	57,16 %	58,17 %	53,18 %	66,59 %	55,37 %	64,10 %

tos, mas primordial e basicamente pelo aparecimento das formas imaturas no sangue periférico.

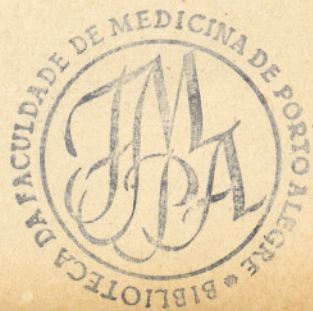
Sobre esta questão das leucoses acidófila e basófila, subcrevemos a opinião de Richter, quando diz: — “A infiltração dos órgãos pelos eosinófilos sugere uma relação com a leucemia, mas o fato de serem as células, praticamente, todas maduras e, ainda, em alguns casos, hipersegmentadas, oferece uma nítida diferença com a condição da leucemia. “Os poucos mielocitos presentes fora da medula óssea não são mais numerosos do que os mielocitos neutrófilos encontrados nas leucocitoses neutrófilas não leucêmicas. “Em todos os casos estudados, os eosinófilos formavam-se na medula óssea, desempenhando os outros órgãos apenas um papel passivo”.

“Grande aumento nos leucocitos e mielocitos basófilos é comum na leucemia mielóide crônica. “Não obstante, algumas vezes referidos como leucemia basófila, estes casos não são, geralmente, considerados sinão como mieloses crônicas com um número excessivamente grande de basófilos”.

Em todos os leucogramas, embora as cifras relativas estejam abaixo do normal, os valores absolutos dos linfocitos acusam aumento desses glóbulos. A primeira idéia que nos vem é a de que o sistema linfático se hiperplasiaria. Entretanto, nada mais longe da verdade, e para isso basta olhar o ósteo-mielograma de uma leucose mielóide (observação nº 3). Si admitimos como normais as cifras dadas por Varela para o ósteo-mielograma, estamos em presença, no caso que estudamos, de uma manifestação linfocítica normal em uma medula óssea de leucose mielóide. Tomamos como base do ósteo-mielograma normal as cifras apresentadas por Varela, em vista de terem sido obtidas, como as nossas, pela contagem de mil elementos sanguíneos. Ora, sendo normal a quantidade medular de linfocitos, vemos que existe ainda suficiente orientação funcional dos hemocitoblastos para a série linfóide e, portanto, não há razão para que os linfocitos estejam diminuídos.

Somente no leucograma 55 encontramos desapareição dos monocitos, pois em todos os outros, embora os valores percentuais estejam ora normais (leucogramas 1, 24, 39, 48) ora diminuídos (leucogramas 27, 35, 55), as quantidades absolutas acham-se aumentadas.

Mais adiante veremos que também na linfadenose, os monocitos encontram-se normais ou aumentados. Por essa razão, acompanhamos aqueles que pensam derivarem os monocitos diretamente do hemohistioblasto e não nos admira que, nas leucoses, onde há uma irritação do sistema retículo endotelial e, por-



VALORES RELATIVOS				
Percentagem	Neutrófilos segmentados	Neutrófilos não segmentados	Acidófilos	Basófilos
Normal	—————	—————	1, 27, 35, 39, 48, 55.	35, 55.
Acima do normal.	—————	27, 35, 39, 48, 55	24	27, 35, 39, 48, 55
Abaixo do normal	1, 24, 27, 35, 39, 48, 55.	—————	—————	—————
VALORES ABSOLUTOS				
Por mm ³	Neutrófilos segmentados	Neutrófilos não segmentados	Acidófilos	Basófilos
Normal	—————	—————	—————	35.
Aumentado	1, 24, 27, 35, 39, 48, 55.	27, 35, 39, 48, 55	1, 24, 27, 35, 39, 48, 55.	1, 24, 27, 39, 48, 55.
Diminuído	—————	—————	—————	—————

tanto, das células mesenquimáticas indiferenciadas, exista monocitose.

OUTROS EXAMES SUBSIDIÁRIOS.

As nossas observações ressentem-se de uma uniformidade no que respeita aos exames subsidiários. A causa disso já foi explicada no capítulo II.

Nos dois casos que possuem dosagem de ácido úrico no sangue (observações 3 e 6) a uricemia encontra-se normal. Sem querer tirar conclusões apenas de dois casos, devemos referir, entretanto, que as leucoses são acusadas de produzir hiperuricemia.

Nestes mesmos casos, as reações sorológicas para a lues apresentam-se positivas.

No caso 3, a pesquisa de parasitas nas fezes resultou negativa. O caso 6, tanto no exame de urina feito em 19 de Junho de 1943 como no de 20 de Novembro de 1943, acusa, no sedimento, regular quantidade de grânulos de urato ácido de sódio. Em um caso de Studer, citado por Naegeli, o "intenso sedimento de uratos conduziu, precocemente, ao diagnóstico".

O paciente do caso 6, na etapa final de sua mielose, que, como já vimos, fez uma aplasia dos órgãos hemocitopoiéticos com quadro clínico infeccioso, sofreu profunda desidratação que ocasionou a hiperazotemia extrarrenal e a pequena acidose. Fora de toda dúvida, não havia insuficiência renal, pois tanto a creatininemia como a uricemia e a cloremia, achavam-se normais.

EVOLUÇÃO.

Nos nossos pacientes de leucose mielóide, dois estão vivos (observações nº 1 e 3); dois faleceram (observações 2 e 6) e de três não temos notícias.

Si contarmos a duração da doença desde os primeiros sintomas aparecidos, os nossos pacientes vivos acusam longo tempo de moléstia, pois o caso nº 1 data de 8 anos e o nº 3, de cinco anos. Embora existam na literatura outros casos como o da nossa primeira observação, a regra geral é que a morte sobrevinha nos quatro primeiros anos e "só excepcionalmente a vida do doente se prolonga mais de cinco anos".

Os pacientes falecidos (observações 2 e 6) possuíam dois anos e meio e um ano de doença, respectivamente. Do paciente da observação nº 2 não foi feito hemograma no período final; no entanto, pelos sintomas clínicos pode-se supor que tivesse morrido num estágio agudo da mielose ou por aplasia medular.



No caso 6, por mera casualidade, fomos chamados para atendê-lo quatro dias antes de falecer e pudemos acompanhar melhor a etapa final da leucose mielóide. Constatamos, tanto pelo ósteo-mielograma (nº 6) como pelo hemograma (54 a), a aplasia de todos os órgãos hemocitopoiéticos. Naquêlé, para contarmos microscòpicamente duzentos elementos sanguíneos medulares, foi necessário percorrer quase toda a lâmina e, para conseguirmos a microfotografia, levamos muito tempo procurando um campo em que houvesse duas células juntas, tal a miséria medular, que melhor ressalta comparada com a riqueza do ósteo-mielograma nº 3.

Observamos a diferença existente entre os dois ósteo-mielogramas. Ambos são de leucose mielóide, mas no n.º 3 não existe a aplasia que encontramos no n.º 6. Neste, as quantidades das formas imaturas estão aumentadas e mostram, ainda, o caráter mielósico do processo. Assim, existe insuficiência funcional dos hemocitoblastos que se orientam mais para a série ~~leucocítica~~^{GRANULOCÍTICA} e falta-lhes completa evolução ontogenética, de modo que ficam retidos em grande parte na fase de granuloblastos, somente umas poucas células atingindo a maturidade.

Acreditamos que, provavelmente por estas causas, as células jovens e maduras granulocíticas, linfocíticas, monocíticas, trombocíticas e eritrocíticas estejam muito diminuídas em seus valores absolutos.

O hemograma 54 a. é a consequência lógica do ósteo-mielograma. No primeiro, não se revela unicamente uma agranulocitose ou uma panmieloptise de Frank, mas um processo mais grave ainda, pois atinge também a série linfóide. Por isso, dissemos que há uma aplasia de todos os órgãos hemocitopoiéticos. O eritrograma mostra, ao lado da anemia de grau intenso, a insuficiência e a falta de regeneração medular, traduzindo-se aquela pela anisocitose intensa com macro e microcitos e pela pecilocitose, esta pela leve policromasia, reticulocitopenia e apenas um eritroblasto ortocromático.

O quadro clínico é o espelho em que se refletem as profundas alterações sofridas pelos órgãos hemocitopoiéticos. A anemia ocasiona a palidez dos tegumentos e o descoramento das mucosas; a granulocitopenia causa o aparecimento de placas úlcero-necróticas que não só produzem hálito fétido como também dão entrada às infecções secundárias. Estas motivam a hiperpirexia que tem por consequência a desidratação dos tecidos.

A taquicardia e a taquisfigmia estariam explicadas quer pela pirexia quer pela anemia. O ictus cordis no 6º intercosto

esquerdo para fora da linha hemiclavicular revela um aumento da área cardíaca, de aparecimento comum nos processos de anemia intensa. O sôpro sistólico mesoesternal seria devido a uma maior fluidez do sangue pela diminuição dos eritrocitos.

Sôbre a esplenomegalia e os enfartamentos ganglionares, já falamos na análise dos sinais objetivos.

Digno de nota é que êste doente, unicamente com 3.000 trombocitos, nunca apresentou diátese hemorrágica de qualquer espécie nem positividade do sinal do laço. Isto nos leva a crer nos autores que afirmam ser necessário, para a produção daquela, além da trombocitopenia, a lesão do endotélio vascular.

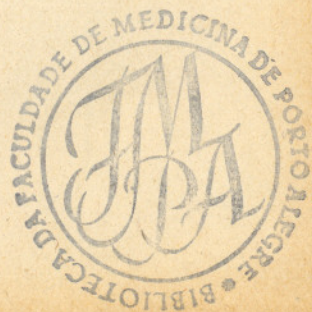
No entanto, a aplasia, com o tratamento intensivo, tende a desaparecer como observamos no hemograma 54 b. Há aumento dos eritrocitos e a forma hemática manifesta maior processo regenerativo medular do que o hemograma 54 a. Os granulocitos, linfocitos e monocitos caminham para a normalização de seus valores absolutos. Não obstante a gravidade da aplasia, quando o quadro hematológico periférico inclina-se para o normal, surgem imediatamente as formas imaturas e jovens que não o deixam perder o caráter de mielose.

O ósteo-mielograma nº 3 mostra-nos a proliferação intensa do sistema mielóide. Êste exame, embora muitas vezes não necessário, outras, orienta o clínico para o diagnóstico e prognóstico. Sobressai, principalmente, a sua necessidade, nos casos duvidosos de reações leucemóides ou nas fases aleucêmicas das leucoses, de que já falamos.

Queremos chamar a atenção para a série de casos estudados por Alfredo Pavlovsky, nos quais, unicamente pela punção esternal, podemos orientar a terapêutica. Êste autor encontrou pacientes com quadro hematológico periférico idêntico ao da leucose mielóide e que, pela punção esternal, revelavam uma aplasia ou hipoplasia medular. Nestes casos, a mielose corria por conta de uma metaplasia mielóide do baço, compensadora. Assim, si fizermos irradiações roentgenterápicas neste órgão, fatalmente produziremos uma anemia aplástica ou uma panmieioplastise de Frank. Como único sinal objetivo de relevo nestas metaplasias mielóides compensadoras do baço, Pavlovsky refere "a nula ou escassa dor esternal à pressão, em contraposição com a intensa dor esternal comum nos leucósicos".

Os três pacientes dos quais não sabemos notícias (observações 4, 5, 7) possuíam, quando tiveram alta do tratamento pela radioterapia, 7 meses, 1 ano e meio e 1 ano de duração da doença, respectivamente.

A leucose mielóide fatalmente conduz à morte em um prazo variável, mas que os autores limitam entre 4 e 5 anos.



2a. PARTE

OBSERVAÇÕES DE LEUCOSE LINFOÍDE E ANÁLISE DOS CASOS

— 90 —

Observação n.º 8

Enf.ª n.º 2

L.C., casada, branca, com 43 anos de idade, brasileira, doméstica, residente nesta Capital. Hospitalizou-se em 21-V-1943

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Paí e mãe falecidos; aquê de câncer e desta não conhece a causa. Seis irmãos vivos e com saúde. Quatro irmãos falecidos de: — doença do fígado, febre tifóide, congestão cerebral e acidente.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Já teve sarampo e gripe. Em certa ocasião, saíram-lhe muitas feridas pelo corpo. Já sofreu de incontinência urinária. Puberdade aos 14 anos, com menstruações normais. Menopausa há 4 meses. Casou-se aos 20 anos e teve 7 filhos e três abortos espontâneos. Tosse com expectoração, que persiste até agora.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Apetite e digestão normais. Evacuação muitas vezes diarréica. Sono normal.

MOLESTIA ATUAL:

Há dois anos e meio, aproximadamente, notou que cansava rapidamente ao menor esforço; emagrecia sensivelmente e tornava-se muito pálida. Surgiram pequenos tumores no pescoço e na região inguinal. No hipocôndrio E, reparou que se formava um tumor que lhe "pesava" muito.

Vendo que seus males se agravavam cada vez mais, procurou um médico que a submeteu a uma série de quarenta irradiações roentgente-rápicas. Com êsse tratamento, obteve sensíveis melhoras; voltaram-lhe as forças, os gânglios e o tumor abdominal diminuíram de tamanho e os tegumentos readquiriram sua coloração natural.

Contudo, essa melhora foi transitória, pois mais ou menos 6 meses após, seu estado agravou-se. Surge dispnéia de esforço, caefrios, cafaléias, surtos diarréicos por vezes sanguinolentos, prurido generalizado, equimoses espontâneas disseminadas pelo corpo, dores na região lombar, diplôpia, diminuição da acuidade auditiva à E.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico, longilíneo. Fácies: atípica. Estado de nutrição: muito emagrecida.

Tegumentos: pálidos, úmidos e elásticos. Equimoses que surgiram espontaneamente, nos membros. Petéquias no côncavo popliteo da perna D. Mucosas: grandemente descoradas.

Gânglios: cervicais, supra-claviculares, inguinais, crurais e axilares, são palpáveis, duros, indolores e não aderentes à pele e planos profundos. Alguns dentre eles têm o tamanho de um ovo de pomba, principalmente os cervicais e supra-claviculares.

APARELHO DIGESTIVO: — Prótese dentária superior; dentes sépticos no maxilar inferior. Amígdalas hipertrofiadas. Abdômen globuloso, distendido; hérnia umbilical; esplenomegalia ultrapassando de cinco dedos o rebordo costal E, com baço móvel, liso, duro, indolor e não aderente à pele. Hepatomegalia que ultrapassa de quatro dedos o rebordo costal D, com fígado indolor, liso e bordos de consistência normal.

APARELHO RESPIRATÓRIO: — Diminuição do murmúrio vesicular ao nível do terço médio do hemitórax D. Respiração rude nos demais setores pulmonares, principalmente na região apical.

APARELHO CIRCULATÓRIO: — Ictus com sede normal. Bulhas abafadas. Pulso: 80 batimentos por minuto. Tensão arterial: Mx: 9 Mn: 6.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Feito em 25 de Maio de 1943

HEMOGRAMA.

(1)

LEUCOGRAMA

Leucocitos: 256.800 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	1,0	2.568,0
Granulocitos basófilos	0,2	513,6
Granulocitos acidófilos	2,2	5.649,6
Neutrófilos:		
Não segmentados	1,8	4.622,4
Segmentados	2,6	6.676,8
LINFOCITOS	89,0	228.552,0
Monocitos	0,4	1.027,2
PRO-LINFOCITOS	2,8	7.190,4

ERITROGRAMA

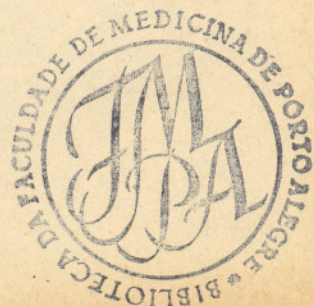
Eritrocitos: 2.400.000 por mm³

Anisocitose: discreta.

Eritroblastos: raros.

HEMOGLOBINA: 65%

ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,3



Exame ginecológico: — por êste exame podemos chegar ao diagnóstico de cervicite crônica.

Velocidade de sedimentação:

1.º hora	46
2.º hora	90

índice de Katz 45,5

Exame de urina:

Reação: alcalina — Albumina: traços leves.

Sangue e piina: tem — Indol: leve excesso.

Urobilina: levíssimo excesso.

Sedimento: Poucos piocitos isolados (5 por campo). Raras hemácias. Bacteriúria abundante. Alguns grânulos de fosfato tri-cálcico. Diversos cristais de fosfato amoníaco-magnésiano.

Radiografia de pulmão:

Infiltrado de tipo predominantemente condensante com provável cáseo-ulceração ao nível da base direita.

Hilos amplos e eriçados.

Fibrose com elementos nodulares.

Escarro: pesquisa de bacilo de Koch — negativa.

Electrocardiograma: não apresentou irregularidades apreciáveis.

DIAGNÓSTICO:

LEUCOSE LINFÓIDE

No dia 28 de Maio de 1943, inicia aplicações de radioterapia profunda, tendo-as terminado em 30 de Agosto de 1943 e feito as seguintes doses:

Baço	840 r
Região cervical D	630 r
Região cervical E	630 r
Região inguinal D	600 r
Região inguinal E	600 r
Mediastino	1.230 r
Região axilar D	600 r
Região axilar E	600 r
DOSE TOTAL	3.360 r

No dia 6 de Agosto, 24 dias antes de finalizar o tratamento radioterápico, apresentou o seguinte hemograma:

Observação n.º 9

SERVIÇO DE CANCER

Hospital Moinhos de Vento

Ficha n.º 605

W. B., com 17 anos de idade, branco, solteiro, estudante, brasileiro, residente nesta Capital. Deu entrada neste serviço em 5-1-1941.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pais vivos e sadios.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Sarampo e varicela na primeira infância. Conta que já teve uma infiltração pulmonar, o que não ficou completamente esclarecido.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Anorexia intensa. Plenitude gástrica post-prandial. Constipação crônica.

MOLÉSTIA ATUAL:

Há mais ou menos três meses, inicia anorexia, tosse violenta mas sem expectoração, astenia pronunciada e emagrecimento. A esta sintomatologia, vêm juntar-se, há um mês, estado febril oscilando entre 37,4 e 38 graus. Ao mesmo tempo, queixava-se de muito "pêso" no lado esquerdo.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico, mediolíneo. Fácies: atípica. Estado de nutrição: emagrecido. Mucosas: muito descoradas. Tegumentos: pálidos, úmidos e elásticos.

Gânglios: polimicroadenopatia generalizada.

Aparelho digestivo:

Amígdalas hipertrofiadas e hiperemiadas. Língua saburral. Dentes em bom estado de conservação. Abdômen flácido, depressível, com acentuada esplenomegalia. O baço ultrapassa de três dedos o rebordo costal E, liso, duro, indolor e móvel.

Aparelho circulatório:

Taquicardia. Pulso: 110 batimentos por minuto.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Feito em 31 de Dezembro de 1940

(4) HEMOGRAMA		
LEUCOGRAMA		
	Leucocitos:	42.150 mm ³
	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	2,68	1.169,620
Granulocitos neutrófilos	2,0	843,000
Granulocitos acidófilos	1,0	421,500
Granulocitos basófilos	0	0
LINFOCITOS	76,66	32.312,190
Monocitos	6,21	2.617,515
Plasmocitos	1,12	472,080
PRO-LINFOCITOS	10,33	4.354,059
ERITROGRAMA		
	Eritrocitos:	2.360.000 por mm ³
Anisocitose: exagerada.	Eritroblastos ortocromáticos:	1,7 %
Policromasia: acentuada.	Microcitos:	predominam.
Pecilocitose: acentuada.		
HEMOGLOBINA: 49 %	ÍNDICE COLORIMÉTRICO:	1.04

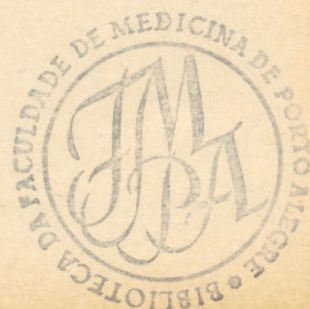
DIAGNÓSTICO:

LEUCOSE LINFÓIDE

Inicia tratamento pela radioterapia profunda, fazendo pequenas doses sobre o baço, as quais levaram para ser feitas, do dia 5 de Janeiro de 1941 até o dia 16 do mesmo mês. Durante estes 11 dias de tratamento, êle recebeu:

Baço	200 r
Esterno	50 r
DÓSE TOTAL	250 r

Entretanto, o estado do paciente continuava a se agravar. A temperatura atingia 39,5 e 40 graus; hálito muito fétido; placas úlcero-necróticas amigdalinas; mal responde às perguntas e imediatamente cai em torpor.



Requisitando um hemograma, êste se apresentou como segue :

(5) LEUCOGRAMA		Leucocitos: 8.650 por mm ³	
		%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	1,6	.....	138,40
Granulocitos basófilos	0	.....	0
Granulocitos acidófilos	0,8	.....	69,20
Neutrófilos:			
Não segmentados	0,6	.....	51,90
Segmentados	4,2	.....	363,30
LINFOCITOS	90,6	.....	7.836,90
Monocitos	0,4	.....	34,60
Plasmocitos	1,8	.....	155,70
ERITROGRAMA		Eritrocitos: 2.190.000 por mm ³	
Anisocitose: acentuada.		Eritroblastos ortocromáticos:	1/200
Policromasia: acentuada.		Macroцитos:	tem.
Pecilocitose: acentuada.			
HEMOGLOBINA: 49 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO:	1,13

Após êste hemograma, irradiam-se as extremidades dos ossos longos, nas seguintes doses:

Joelho D	25 r	Cotovelo D	25 r
Joelho E	25 r	Cotovelo E	25 r
Ombro D	25 r	Coxo-femural D	25 r
Ombro E	25 r	Coxo-femural E	25 r

DÓSE TOTAL 200 r

No dia 16 de Janeiro, o estado do paciente era muito grave. Estado semi-comatoso, do qual saía sómente quando muito solicitado; temperatura de 39,8 graus; pulso de 130 batimentos por minuto; lábios ressequidos; hálito muito fétido; baço ultrapassando de dois dedos o rebordo costal E; gânglios cervicais do tamanho de uma noz e os inguinais, axilares e maxilares, de menor tamanho que os cervicais. Fígado ultrapassando de três dedos o rebordo costal D, liso e indolor.

O hemograma feito neste mesmo dia 16, apresentava:

(6)

LEUCOGRAMA Leucocitos: 21.900 por mm³

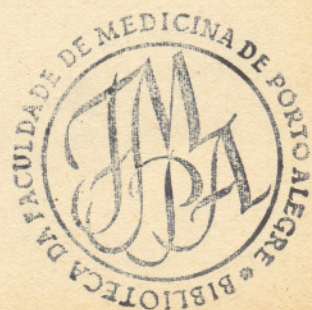
	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	93,3	20.432,7
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	0,3	65,7
Neutrófilos:		
Não segmentados	0,2	43,8
Segmentados	4,4	963,6
LINFOCITOS	1,6	350,4
Monocitos	0,2	43,8
PRO-LINFOCITOS	0	0

ERITROGRAMA Eritrocitos: 3.240.000 por mm³

Anisocitose: acentuada Eritroblastos ortocromáticos:
Pecilocitose: acentuada. 0,5 %
Policromasia: acentuada.

HEMOGLOBINA: 65 % ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,01

No dia seguinte, pela madrugada, o paciente falecia.



Observação n.º 10

SERVIÇO DE CANCER

Hospital São Francisco

Ficha n.º 235

A. F. C., misto, casado, com 42 anos de idade, brasileiro, trabalhando em serviços rurais, residente em São Sépe.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Apenas informa que seus pais faleceram, mas não sabe a causa.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Diz que sempre foi sadio e só agora adoeceu.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Bom apetite; às vezes, peso gástrico post-prandial; evacuação diária; diurese normal.

MOLÉSTIA ATUAL:

Sente-se doente há mais ou menos quatro meses, mas tomava remedio caseiro. Entretanto, cada dia sentia-se mais asteniado e emagrecia bastante. Surge-lhe pequeno tumor na região cervical D, que atualmente tem o tamanho de um ovo de galinha. Um dia, ao tomar banho, notou um tumor no hipocôndrio E que, algumas vezes, lhe ocasionava peso mas não dor.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico, longilíneo. Fácies: atípica. Estado de nutrição: emagrecido. Mucosas: pouco descoradas.

Tegumentos: elásticos, secos. Ossos: discreta ostealgia.

Gânglios: um gânglio cervical D apresenta o tamanho equivalente ao de um ovo de galinha; os outros, atingem o tamanho de uma noz. Os inguinais, axilares e submaxilares, são de menor tamanho que os cervicais. Todos indolores, móveis e não aderentes à pele.

Musculatura: bem desenvolvida.

Aparelho digestivo:

Dentes em mau estado de conservação e higiene. O bordo hepático é palpável a um dedo abaixo do rebordo costal D, indolor. Esplenomegalia que ultrapassa de 4 dedos o rebordo costal E. Baço duro, liso, incolor e móvel.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

HEMOGRAMA		
(7)		
LEUCOGRAMA		
Leucocitos: 110.800 por mm ³		
	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0,2	221,6
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	0,2	221,6
Granulocitos neutrófilos	7,0	7.756,0
LINFOCITOS	91,0	100.828,0
Monocitos	0,6	664,8
PRO-LINFOCITOS	1,0	1.108,0
ERITROGRAMA		
Eritrocitos: 3.410.000 por mm ³		
Pecilocitose: leve.		
HEMOGLOBINA: 60 %	ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,88	

DIAGNÓSTICO:

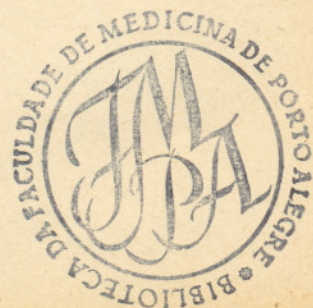
LEUCOSE LINFÓIDE

No dia 5 de Dezembro de 1941, inicia tratamento pela radioterapia profunda, que termina no dia 29 de Janeiro de 1942, tendo recebido, durante este tempo, as seguintes doses:

Baço	1.200 r
Região axilar D	650 r
Região axilar E	600 r
Região inguinal D	610 r
Região inguinal E	600 r
Região submaxilar E	600 r

DOSE TOTAL 4.260 r

No dia 30 de Janeiro de 1942, um dia após haver finalizado as irradiações radioterápicas, o baço tinha diminuído o seu volume de 90 %, palpando-se o bordo esplênico a um dedo do rebordo costal E e o leucograma, então feito, assim se apresentava:



(8)

LEUCOGRAMA

Leucocitos: 25.300 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0	0
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	2,0	506
Granulocitos neutrófilos	12,0	3.036
LINFOCITOS	85,0	21.505
Monocitos	1,0	253

Passa perfeitamente bem até Março de 1942, época em que volta a consultar porque o baço estava a cinco dedos do rebordo costal E e o paciente sentia-se muito asteniado. Requisitado um hemograma, que foi feito no dia 21 de Maio de 1942, assim se apresentou:

(9)

LEUCOGRAMA

Leucocitos: 121.700 por mm³

	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0	0
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	0	0
Granulocitos neutrófilos	7,5	9.127,5
LINFOCITOS	91,5	111.355,5
Monocitos	1,0	1.217,0

ERITROGRAMA

Eritrocitos: 3.950.000 por mm³

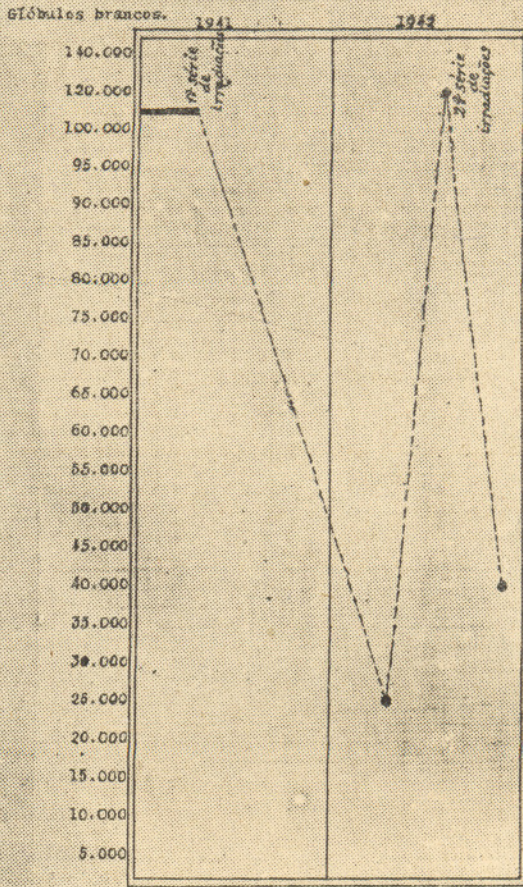
HEMOGLOBINA: 70 % ÍNDICE COLORIMETRICO: 0,88

Em vista disso, submete-se a uma segunda série de irradiações radioté-rápicas, que se prolongam de 25 de Maio a 10 de Junho de 1942, recebendo a seguinte dose:

Baço 1.470 r

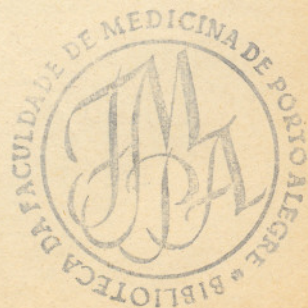
Em 10 de Junho de 1942, o baço acha-se apenas percutível e palpável sòmente com os movimentos respiratórios profundos. Uma contagem feita neste dia, nos mostrou:

*Esquema das aplicações radioativas e controle
na quantidade de glóbulos brancos*



(10)	Eritrocitos	3.210.000 por mm ³
	LEUCOCITOS	40.200 por mm ³
	Hemoglobina	61 %
	Valor globular	0,95

Sentindo-se muito melhor, o paciente regressa para a sua terra, São Sepê, e não tivemos mais noticias d'ele.



Observação n.º 11

SERVIÇO DE CÂNCER

Hospital Moinhos de Vento

Ficha n.º 858

J. D. S., branco, casado, com 54 anos de idade, comerciante, brasileiro, residente em Caçapava. Consultou em 27-9-1943.

~~ANTECEDENTES~~ ^{DENTES} FAMILIARES:

Pai e mãe falecidos; aquêlê era cardíaco e esta sofria de cólicas hepáticas. Dois irmãos vivos e sadios.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Coqueluche e sarampo na primeira infância.

A's vezes, apresentava crises diarréicas que curavam em dois dias com remédios caseiros. Casado com mulher sadia, da qual tem dois filhos vivos e sadios.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Apetite conservado; algumas vezes, pêso gástrico post-prandial; evacuação diária; diurese normal.

MOLÊSTIA ATUAL:

Há um ano começa a sentir-se asteniado, sem forças e com pouca vontade para o trabalho. De seis meses para cá, nota um tumor no hipocôndrio E, indolor e que só lhe provocava sensação de pêso no lado E. Há quarenta dias reparou que, na região cervical D, surgia um pequeno nódulo que cresceu rapidamente atingindo atualmente o tamanho de um pêsego. Ao mesmo tempo, acusava dispnéia de esforço e tosse. Em seis meses emagrecceu dez quilos.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico. longilínco. Fácies: atípica. Estado de nutrição: emagrecido.

Tegumentos: pálidos, secos, elásticos. Mucosas: descoradas.

Gânglios: na região cervical D palpa-se um gânglio do tamanho de um pêsego; na cervical E, axilares e inguinais, gânglios pequenos, móveis, indolores.

Ossos: discreta tibialgia e esternalgia.

Aparelho digestivo:

Dentes em bom estado de conservação. Amígdalas hipertrofiadas.
 Abdômen: fígado ultrapassando de 2 dedos o rebordo costal D, liso e indolor. Baço atingindo a região umbilical e fossa ilíaca E, com bordos regulares, consistência dura, liso e indolor.


Aparelho respiratório:

Respiração diminuída no pulmão D.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

2-10-1943 — Tele-radiografia de pulmão:

Sensível diminuição de transparência do ápice D e em ambas as bases. Na região para-hilar D, extensa formação tumoral com aspecto de uma metástase. Sensível diminuição de transparência do espaço mediastinal.

HEMOGRAMA		
(11)		
LEUCOGRAMA		
		Leucocitos: 1.054.000 por mm ³
		%
		Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0,2	2.108
GRANULOBLASTOS	0	0
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	0,4	4.216
Neutrófilos:		
Não segmentados	0,2	2.108
Segmentados	0,8	8.432
LINFÓCITOS	97,8	1.030.812
Monocitos	0,6	6.324
Plasmocitos	0	0
PRO-LINFÓCITOS	0	0
ERITROGRAMA		
		Eritrocitos: 3.310.000 por mm ³
Anisocitose: 0		Eritroblastos: 0
Pecilocitose: 0		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,80
HEMOGLOBINA:  53 %		

Sangue:

Reação de Wassermann negativa.
 Reação de Calmette negativa.
 Reação de Jacobsthal negativa.
 Reação de Hecht negativa.
 Reação de Kahn negativa.



Urina:

Densidade: 1020,8 Reação: ácida, pH: 5,8
 Albumina: traços levíssimos Pseudo-albumina: traços
 Sangue: traços levíssimos Piina: traços levíssimos

Elementos minerais:

Alguns cristais de oxalato de cálcio.

Elementos organizados:

Várias hemácias e piocitos. Diversas células epiteliais pavimentosas. Poucos filamentos de muco.

DIAGNÓSTICO:

LEUCOSE LINFÓIDE

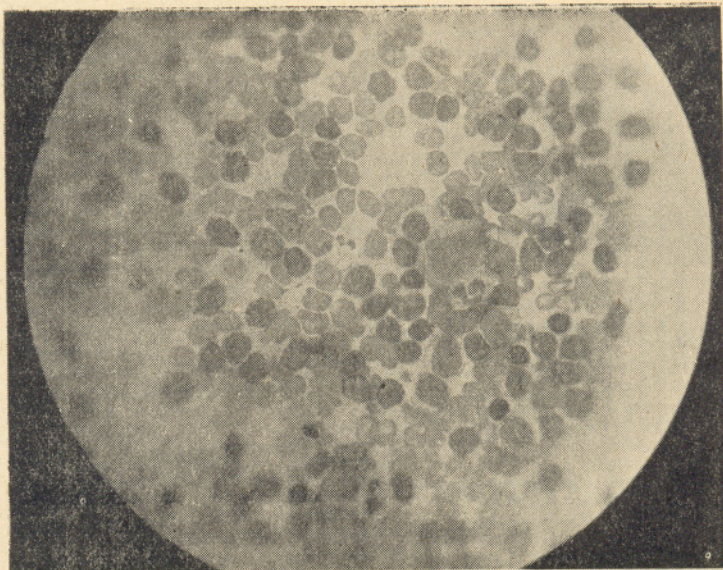
No dia 27 de Setembro de 1943, inicia irradiações radioterápicas que termina no dia 6 de Novembro de 1943, recebendo as seguintes doses:

Baço	1.250 r
Região cervical D.	650 r
Joelho D.	75 r
Joelho E.	75 r
Esterno	75 r
Região cervical E.	650 r

DOSE TOTAL 2.775 r

No dia 8 de Outubro de 1943, um novo hemograma revelava:

(12)		
LEUCOGRAMA		
		Leucocitos: 1.030.000 por mm ³
	%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	0,1	1.030
GRANULOBLASTOS	0	0
Granulocitos basófilos	0	0
Granulocitos acidófilos	1,0	10.300
Neutrófilos:		
Não segmentados	0,2	2.060
Segmentados	1,0	10.300
LINFOCITOS	95,7	985.710
Monócitos	1,0	10.300
Plasmocitos	0	0
PRO-LINFOCITOS	1,0	10.300
ERITROGRAMA		
		Eritrocitos: 3.300.00 por mm ³
Anisocitose: 0	Eritroblastos: 0	
Pecilocitose: 0		
HEMOGLOBINA: 65 %	ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,98	



Sangue periférico.

Leucose linfóide em que foi encontrada uma das mais elevadas taxas de linfocitos. Observe-se a relação linfocito-eritrocito

No dia 16 de Outubro de 1943, sente-se muito asteniado, com cefaléia intensa, vertigens, náuseas e vômitos. Os exames laboratoriais feitos no dia seguinte, assim se apresentaram:

Uréia Grs. 1,540 por mil (no sangue total)
 Creatinina Mgrs. 2,35 por cento (no sangue total)
 Cloretos (em NaCl) Grs. 5,674 por mil (no ~~sangue total~~ *plasma*)
 Reserva alcalina 39,5 volumes de CO₂ por cento, no plasma.

Medicado convenientemente, apresenta nos dias seguintes:

Dia 18-10-1943:

Uréia Grs. 1,590 por mil (no sangue total)
 Creatinina Mgrs. 2,25 por cento (no sangue total)

Dia 25-10-1943:

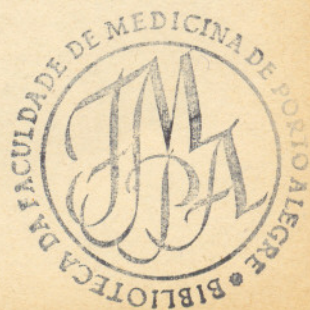
Uréia Grs. 0,302 por mil (no sangue total)
 Creatinina Mgrs. 1,55 por cento (no sangue total)

Dia 3-11-1943:

Uréia Grs. 0,372 por mil (no sangue total)

No dia 19 de Outubro de 1943, o hemograma acusava:

(13) LEUCOGRAMA		Leucocitos: 140.000 por mm ³	
		%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	.....	0	0
GRANULOBLASTOS	.....	0	0
Granulocitos basófilos	.....	0	0
Granulocitos acidófilos	.....	2,6	3.640
Neutrófilos:			
Não segmentados	.....	3,0	4.200
Segmentados	.....	17,0	23.800
LINFOCITOS	.....	74,6	104.440
Monocitos	.....	2,4	3.360
Plasmocitos	.....	0	0
PRO-LINFOCITOS	.....	0,4	560
ERITROGRAMA		Eritrocitos: 3.300.000 por mm ³	
Anisocitose: 0		Eritroblastos: 0	
Pecilocitose: 0			
HEMOGLOBINA: 65 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 0,98	



No dia 3 de Novembro de 1943, fez o último hemograma, que assim se apresentou:

(14) LEUCOGRAMA		Leucocitos: 80.000 por mm ³	
	%	Por mm ³	
HEMOCITOBLASTOS	0	0	
GRANULOBLASTOS	0	0	
Granulocitos basófilos	0,3	240	
Granulocitos acidófilos	4,8	3.840	
Neutrófilos:			
Não segmentados	6,1	4.880	
Segmentados	18,8	15.040	
LINFOCITOS	66,0	52.800	
Monocitos	1,2	960	
Plasmocitos	0	0	
PRO-LINFOCITOS	2,2	1.760	

ERITROGRAMA		Eritrocitos: 3.400.000 por mm ³	
Anisocitose: leve		Eritroblastos: 0	
Pecilocitose: acentuada.			
HEMOGLOBINA: 65 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,03	

Três dias após este último hemograma, isto é, no dia 6 de Novembro de 1943, termina as irradiações radioterápicas e retorna para Caçapava, ficando de voltar em Março de 1944 para fazer novas irradiações.

No último exame clínico que lhe fizemos, constatamos desaparecimento quasi total da adenopatia cervical D e redução do baço a seus limites normais. Bom estado geral, com disposição para o trabalho.

Observação n.º 12

Clínica do Prof. Raul Moreira

M. I., com 9 anos de idade, brasileiro, residente nesta Capital, branco. Atendido em 5-5-1940.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Avós paternos falecidos de tuberculose pulmonar, sendo que a avó faleceu há dois anos e o paciente conviveu com ela. Mãe viva, queixando-se de dores osteócopas e cefaléias vesperais; teve nove gravidezes a termo e dois abortos espontâneos. Pai vivo e lúético, comprovado pela reação de Wassermann. Possui oito irmãos vivos, sendo um surdo.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Nascido a termo de parto normal, com 3.600 gramas de peso. Lactação materna até aos 2 anos de idade e, depois leite de cabra. Atualmente, alimentação comum. Condições de vida péssimas. Aos 8 meses deu os primeiros passos e aos 12 meses surgiram os primeiros dentes. Foi vacinado contra a varíola e, pela B. C. G., contra a tuberculose. Já teve sarampo e coqueluche. Em Agosto do ano pasado esteve muito mal com a febre tifóide e desde então sempre ficou adoentado.

FUNÇÕES VEGETATIVAS:

Anorexia. Crises diarréicas alternando com evacuações normais durante todo o tempo que esteve internado no serviço de Pediatria.

MOLÉSTIA ATUAL:

Há dois meses, o paciente, que era antes muito ativo e trabalhador, começou a andar triste, "sentado pelos cantos". A mãe notou, nesta ocasião, uma "bola" bem no meio do pescoço, que há um mês aumentou muito surgindo, então, tosse violenta, principalmente à noite. Há 15 dias dorme pouco e sentado, não podendo adotar a posição horizontal devido a dispnéia. Há três dias tem escarrado sangue vivo. Há 10 dias ademaciaram-lhe os membros inferiores, principalmente o E. Emagreceu bastante e acusava temperatura variável entre 37 e 38 graus, que assim se conservou até o dia 15 de Agosto de 1940. Desta data até o dia 30 do mesmo mês, quando faleceu, a temperatura oscilou entre 39 e 40 graus.

EXAME OBJETIVO:

Biotipo: catabólico, longilíneo. Fácies: atípica.
Estado de nutrição: emagrecido.



Tegumentos: pálidos. Mucosas: descoradas discretamente.
Gânglios: cervicais, axiliares, inguinais, do tamanho de uma noz, duros, indolores, não aderentes à pele.
PESCOÇO: tumor de consistência gelatinosa, indolor.

Aparelho digestivo:

Dentes: alguns cariados. Amígdalas hipertrofiadas. Abdômen com esplenomegalia que se estende até a região umbelical. Baço móvel, liso, duro, indolor. Fígado ultrapassando de 3 dedos o rebordo costal D, indolor.

Aparelho circulatório:

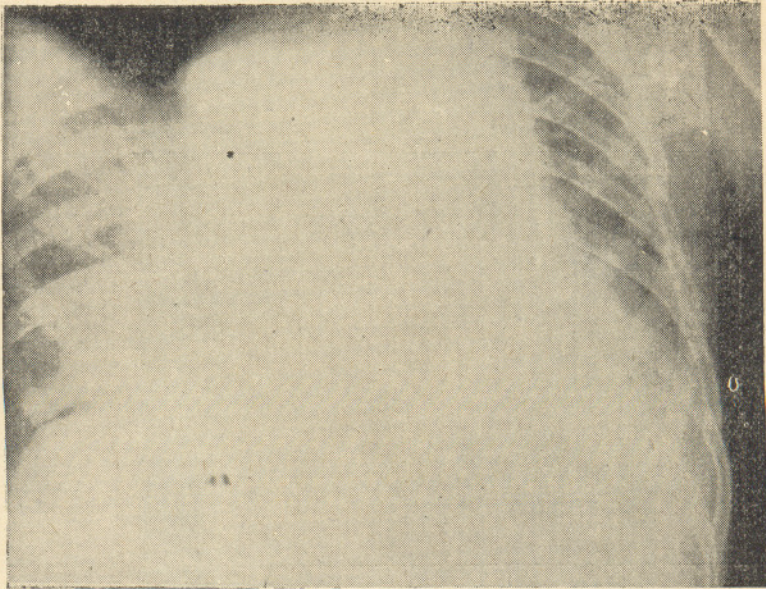
Nos primeiros dias de internado, apenas taquicardia. Nos últimos dias, sopro sistólico de ponta. Pulso: 100 batimentos por minuto. Tensão arterial: 9 — 3.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

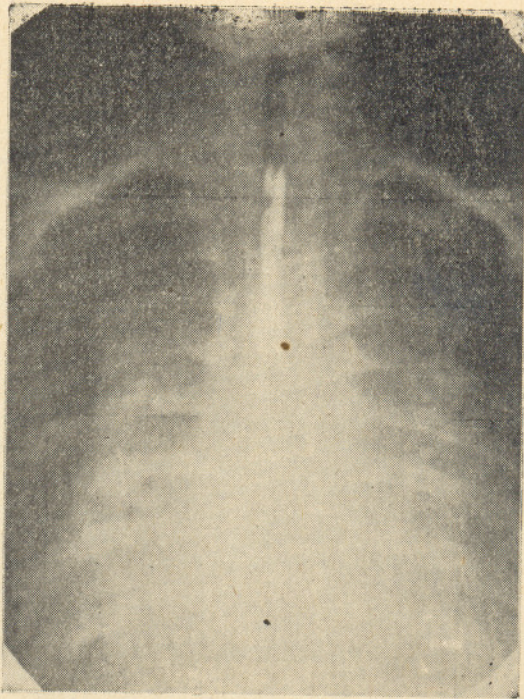
HEMOGRAMA (15)		Leucocitos: 175.800 por mm ³	
LEUCOGRAMA		%	Por mm ³
HEMOCITOBLASTOS	2,0	2,0	3.516,00
Granulocitos basófilos	0	0	0
Granulocitos acidófilos	0,25	0,25	439,50
Neutrófilos:			
Não segmentados	1,0	1,0	1.758,00
Segmentados	6,0	6,0	10.548,00
LINFOCITOS	89,75	89,75	157.780,50
Monocitos	0,25	0,25	439,50
Plasmócitos	0,50	0,50	879,00
PRO-LINFOCITOS	0,25	0,25	439,50
ERITROGRAMA		Eritrocitos: 3.170.000 por mm ³	
Anisocitose: discreta.		Policromasia: discreta.	
Anisocromia: discreta.			
HEMOGLOBINA: 64 %		ÍNDICE COLORIMÉTRICO: 1,61	

~~HEMOGRAMA~~
Exame de urina: Feito em 8-5-1940

Densidade: 1.002 Reação: alcalina.
Excesso de escatol: traços nítidos.
Sedimento:



Radiografia n.º 1



Radiografia n.º 2

