

SEGUNDA SECÇÃO

Relatos oraes na Sociedade de Medicina.

Abcesso fétido do pulmão.

Por Octavio de Souza.

(Cathedratico de Clinica Medica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.)

Classicamente os abcessos do pulmão, exceptuados os traumaticos que se observam em consequencia de ferimentos e os pyemicos multiplos e pequenos, verificados nas septicemias, se restringiam a duas especies: broncho-pneumicos e pneumicos.

São os primeiros, frequentemente multiplos, verdadeiras alveolites suppuradas peribronchicas, e os segundos complicação rarissima das pneumonias graves.

Entre os abcessos do pulmão e a gangrena (exceptuada a gangrena pneumonica, macissa, embolica que aliás é rarissima) não ha uma demarcação nitida. A pathologia de

ambas é geralmente sub-aguda ou chronica e a permanencia ou intermittencia ou apparencia tardia da fétidez difficulta uma exacta classificação nosographica.

Bezançon e Yong dizem que os antigos clinicos não diagnosticariam gangrena pulmonar na maior parte das observações actuaes. A noção da etiologia é primacial: são infecções putridas que podem ir desde simples suppurações fétidas até á gangrena. Tuffier em um estudo sobre os focos septicos do pulmão negava toda demarcação entre abcesso e gangrena.

A opinião de Leon-Kindberg, que muito se tem dedicado a este estudo, é que no pulmão os abcessos — de inicio ou secundaria — são quasi sempre gangrenas.

Os americanos englobam todas as suppurações pulmonares em um mesmo grupo. As causas etiologicas dos abcessos do pulmão são além da pneumonia e bronchopneumonia, a amibiase, as bronchites chronicas, sinusites, as operações chirurgicas quer abdominaes quer as que se praticam no rhinopharynge, seios da face, etc.

Sergent e Bordet incriminaram em uma operada de hysterectomia a inalação do anesthesico.

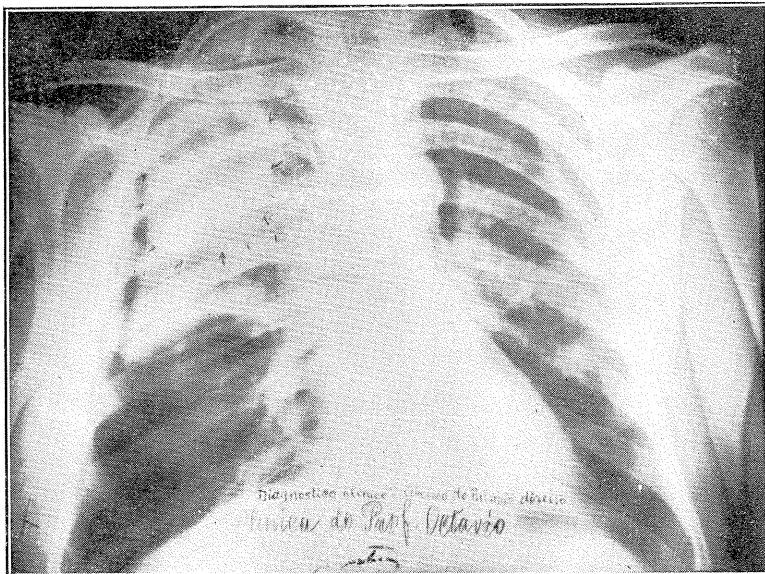
As pesquisas bacteriologicas para identificar os germes responsaveis por estas suppurações

pulmonares têm demonstrado grande variedade delles. De facto encontram-se pneumococcus, pneumobacillo de Friedländer, estreptococcus, diferentes espirochetas, associações fusospirillares, anaerobios, amebas etc.

Nas suppurações pulmonares os meios de diagnostico mais acurados, o auxilio da radiologia, as injeções intra-tracheaes de lipiodol, as intervenções chirurgicas e os estudos anatomopathologicos têm provado ser o abcesso do pulmão bem mais frequente do que o pleuriz interlobar.

Este apparece excepcionalmente, emquanto que o abcesso é a regra. As suppurações pulmonares se processam em duas phases que Sergent denomina syndroma de suppuração aberta. A primeira é longa e muitas vezes silenciosa, a segunda apparece com a vomica.

Estas suppurações resultam da infecção do pulmão por via sanguinea, por via lymphatica, ou por via bronchica.



Os germes vehiculados por qualquer destas vias vão formar no pulmão um fóco de infecção com reacção defensiva que envolve a collecção suppurada. Este envolvimento na maior parte das vezes não é resistente, o abcesso procura rompe-lo e assim se esvasia na pleura ou no bronchio conforme a localisação central ou peripherica constituindo um pleuriz ou a vomica.

A. Ch., 53 annos, casado, branco, russo.

Antecedentes hereditarios: sem importancia.

Antecedentes pessoaes: nunca teve molestias de importancia, exceptuadas as proprias da infancia. Ha longo tempo tem uma bronchite chronica que pouco o incommoda. Não bebe. É grande fumador.

No dia 12 de Março á noite teve dôr de cabeça, calefrios, febre, quebramento de forças. Assim se conservou durante alguns dias com esta symptomatologia; estado geral piorando cada dia acompanhando de insomnia, anorexia, leve tosse e quasi aphonio.

Nos ultimos dias de Março as temperaturas eram baixas pela manhã e altas á tarde (40 — 41) precedidas de fortes calefrios e seguidas de grandes crises sudoraeas. Sobrevieram-lhe tambem dôres em diversas articulações que muito o atormentam.

No dia 2 de Abril vi o doente pela primeira vez; encontrei-o febril, anemiado, com dôres no ventre e nas articulações. Tinha calefrios e suores abundantes. Estado geral máu, anciedade, tosse, aphonio. Fígado augmentado de volume, dois dedos transversos da arcada costal na linha mamillar, doloroso. Havia contractura dos rectos abdominaes de modo a não se poder fazer a apalpação do ventre.

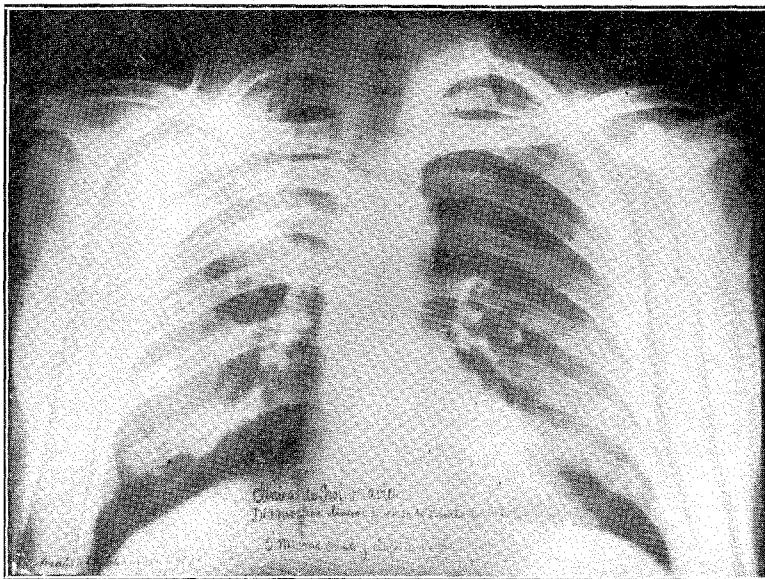
A dôr pela pressão digital era muito

intensa em toda a região hepatica. Nos pulmões havia estertores grossos de bronchite e uma zona de maçiszez oval suspensa na região escapular direita, onde a respiração era soprosa. Na região sub-clavicular direita havia sub-maçiszez e diminuição da respiração. Fizemos uma contagem de globulos brancos que alcançaram a cifra de 30.200 por mm³. Apparelho urinario bom, apenas traços de albumina. A vista da symptomatologia apresentada pelo doente acreditamos tratar-se de um syndroma de suppuração cuja séde localisamos no figado. Recolhido o doente ao Hospital Allemão, pedimos ao Dr. Blessmann que fizesse punções, no figado, que resultaram negativas. Na mesma occasião a punção na zona de maçiszez

thoraxica tambem foi branca.

Na noite anterior o doente em um forte accesso de tosse expectorou abundantemente com grande fétidez.

Como resultassem negativos estes exames, resolvemos radiographar o pulmão do nosso doente. Encon-



tramos então o seguinte: sombra densa de fórma circular, tom cardiaco, contornos nitidos, situada na região sub-clavicular; zona de transparencia viva tomando o seio costo-diaphragmatico e parte da base, nitidamente limitada por um contorno denso que se estende da convexidade diaphragmatica á região da axilla.

Nesta occasião a temperatura se conservava entre 38 e 37,8 mais ou menos continua e depois de 7 dias oscillou entre 37 pela manhã e 38 á tarde. Tosse seguidamente por accessos tão fortes e prolongados que quasi o asphixiam, principalmente quando procura deitar-se ou mesmo mudar de posição. Sentado acha-se bem, e só nesta posição consegue dormir. Expectora-

ção abundante, purulenta, com fétidez insupportavel. Por diversas vezes teve evacuações diarrheicas e vomitou. A tosse fatigava-o muito. O exame bacteriologico do escarro revelou ausencia de bacillos de Koch e a presença de estreptococcus e estaphylococcus. Pela escuta do pulmão direito, em sua parte superior e posterior signaes francos de excavação. A temperatura se manteve ainda durante 15 dias da mesma forma para então ir pouco a pouco diminuindo. Em principios de Maio estava apyretico, pouca tosse e os escarros, apesar de fétidos, tinham diminuido muito. Em meados do Maio o nosso doente principiou a convalescer; animado, bom appetite, augmento de peso, muita pouca tosse e a fétidez dos escarros desaparecida.

A radiographia feita em Junho revela na região sub-clavicular uma zona de transparencia circular, limitada por um contorno denso com aspecto cavitario.

O tratamento constou de injeções de emetina de 0,06, vaccina antipylogena Bruschetine e vaccinas autogenas feitas pelo Prof. Pereira Filho. *Per os* administramos tintura de alho, hyposulfito de sodio, digitalina, adrenalina, balsamicos.

Quando vimos o doente pela primeira vez fizemos á vista do quadro morbido apresentado (calefrios, febre alta, suores intensos, aenemia, máo estado geral e leucocytose) o diagnostico de um syndroma de suppuração. Apesar de encontrarmos maçissez suspensa no pulmão direito, como a região hepatica era extraordinariamente dolorosa á simples pressão digital e os seus limites estavam augmentados pensamos primeiramente em um abcesso hepatico, muito mais frequente no nosso meio do que as suppurações pulmonares.

As puncções brancas no figado nos obrigaram a prestar mais atenção ao pulmão onde a radiologia demonstrou o abcesso.

NOTA: Como o doente desta observação é pobre e da clinica particular não se poderam fazer todos os exames radiologicos e de laboratorio que o caso exigia.

Sessão do dia 6 de Junho de 1930

(Veja a comunicação escripta do dr. Saint-Pastous, á pagina 26*).

O Dr. Martim Gomes:

Peço a palavra, sr. presidente, menos para commentar a comunicação do sr. Dr. Saint-Pastous, que para explicar a razão da escolha, que fiz, do processo, e da substancia.

O canal cystico offerencia certa resistencia, que fôra verificada, e a vesicula encontrava-se no centro de uma extensa massa de subhepatite. Em vista disso, acreditei que a pressão pudesse facilmente injectar os vasos, e, através destes, produzir lesões hemorrhagicas no pancreas, porque o lipiodol facilmente dá hemoptyses, com febre, e demoradas, quando a pressão passa de certos limites, na hysterographia.

O dr. Saint-Pastous ha pouco se referiu a isso aqui.

Eis ahi uma das razões porque preferi a solução de iodureto de sodio a 25 %, que na pyelographia dá imagens que manifestam minucias que o corpo oleoso, mais consistente, difficilmente poderia proporcionar.

A outra razão é que eu desejava ter uma visão completa das arborizações finas, intrahepathicas, das vias biliares. Eu desejava observar o aspecto da arvore biliar em casos de possiveis lesões juncto das ultimas ramificações, taes como tumor, calculo intrahepathico, cholangite, etc.

Ora, eu apenas de leitura sabia que Pauchet, e Cotte injectavam lipiodol no tracto das fistulas biliares, a fim de orientar-se na operação iterativa. Como elles não faziam referencia, que eu soubesse á, visibilidade de calculos, e de finos ramos biliares, preferi empregar o iodureto, mais diffusivel no meio liquido, e que talvez desse aquillo que provavelmente Cotte não teria conseguido, visto que não referiam, sobre esse ponto, nada absolutamente, as noticias que tive.

Quando á retirada do liquido, logo após a radiographia, só pela compressão do abdomen, é mais facil, a meu ver, quando a droga empregada foi o iodureto. Devo acrescentar que a injeção de agua oxygenada favorece essa manobra, tendo ainda a vantagem da desinfecção.

Eu a utilizei para isso, após as injeções que fiz.