

# A cirurgia no abcesso do pulmão

Pelo dr. Jacy Carneiro Monteiro, livre docente de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

A terapêutica do abcesso de pulmão permaneceu por muito tempo unicamente entre as mãos do médico internista, porém, nestas últimas décadas o tratamento desta terrível afecção tem encontrado solução mais favorável nos arraiais da cirurgia.

Deve-se a Garré, Quinke, Lenhartz, Tuffier e Sauerbruch o esforço tenaz de demonstrar pelos seus trabalhos e investigações, o quanto a cirurgia pôde fazer de útil nos casos de supuração pulmonar.

Esta orientação do abcesso do pulmão para a cirurgia não deve ser de maneira nenhuma sistemática, pois sabemos que pela observação dos fatos é possível a cura espontânea de um abcesso do pulmão por uma ou mais vomicas, trazendo a cicatrização do foco, pela justa posição das paredes do abcesso e sua cura clínica e anatómica.

Infelizmente isto não acontece na grande maioria dos casos e constituem mesmo proporção mínima das curas espontâneas.

A regra é, depois de várias vomicas, a cavidade continuar aberta, as infecções secundárias instalam-se, a expectoração torna-se putrida, o estado geral do doente agrava-se, e a toxemia leva-o a caquexia e a morte. O fato da resolução espontânea, de certo numero de abcessos pulmonares pela vomica (o que se dá segundo opiniões abalizadas em 20 a 25 % dos casos), não deve levar o internista a tratar sistêmica e indefinidamente doentes com remédios internos e desinfetantes pulmonares; isto será em pura perda de tempo, pois, passando certo prazo depois de sua aparição o abcesso do pulmão só encontra solução favorável e lógica na terapêutica cirúrgica, e dela não podemos prescindir.

Fatos concretos e estatísticas bem fundadas, nos dizem que a terapêutica médica nos abcessos que não curam espontaneamente depois de certo prazo, têm dado resultados desastrosos e ineficazes; segundo Picot, o coeficiente de mortalidade nestes casos alcança a 80 %.

Autores alemães consultando grandes estatísticas acentuam a cifra de 90 % de letalidade no tratamento médico das supurações pulmonares. Só nos hospitais de Berlim, em três annos, foram reunidos

133 casos de abcesso de pulmão tratados por medicação interna, 80 doentes faleceram, 30 alcançaram algumas melhoras, 7 não melhoraram e 10 ficaram curados; a mortalidade alcançou a 67 %.

Quanto ao limite da indicação operatória, este „certo prazo“, a que nos referimos acima, parece que todos estão de acordo que se deve esperar de 6 a 8 semanas, afim de deixar se fazer a limitação anatómica do processo supurado. É a opinião de Sergent, na França, e de Sauerbruch, na Alemanha. Diz este ultimo que todo o abcesso de pulmão que dentro de 6 a 8 semanas não curar espontaneamente por uma vomica completa, cái inexoravelmente sob a alçada da cirurgia. Fazem exceção a esta regra os casos graves de supuração pulmonar em que a intervenção tem que ser urgente, não admittindo delongas.

Uma vez feito o diagnostico do abcesso do pulmão, e tendo a clinica e sobretudo a radiologia cuidadosamente localisado o foco purulento, deve ser este depois de certo periodo de expectação, entregue sistematicamente á cirurgia?

Sim, dizia Lecène em sua grande sabedoria cirúrgica, esta seria a resposta a dez annos atraz, mas hoje em dia, existem certos metodos terapeuticos que devem ser utilizados antes de submeter o enfermo a intervenção cirúrgica, refere-se ao pneumotorax artificial aliado a seroterapia antigangrenosa.

Embora de applicação recente esta terapêutica tem proporcionado uteis resultados, segundo Denéchau que se tem feito em França o defensor deste metodo. Twesbury, de Nova York, diz que o pneumotorax artificial dentro de suas indicações tem dado exito brilhante no abcesso de pulmão, e acrescenta que seus resultados são superiores a qualquer outro metodo terapeutico.

Este processo tem unicamente applicação quando se tratar de pleura livre, pois, no caso de adherencias á parede toraxica, será impossivel conseguir uma bôa compressão de pulmão affectado. Nos casos favoraveis, vê-se a temperatura declinar e a expectoração fétida desaparecer rapidamente, com grande melhora do estado geral.

# PRODUCTOS NOVOS

## AUROCARPOL

A e B  
Ampolas de carpotrochato de ouro e sodio injectavel no musculo e na veia

{ Lepra em geral  
Tuberculose  
Molestias infecciosas graves  
Lupus erythematosus  
Psoriasis

## CARDIGAN 2 cc

Camphosulfonato de esparteina.  
(Camphora soluvel em agua).

{ Preparação de real eficiencia em todos os casos de molestias do aparelho circulatorio.  
(Tambem em gottas e comprimidos).

## CARPOL

Comprimidos e perolas

{ Preparação de base scientifica e de real valor no tratamento da Lepra em geral.

## CYTOISAMIN

„A“ 2 cc — „B“ 5 cc  
Azul de isamin e magnesio

{ Cancer, Tuberculose, Tumores benignos, etc.  
Tratamento mixto e de muito proveito para essas molestias de cura difficil.

## CYTOMAGNESIO - 10 cc

Chloreto e hyposulfito de magnesio, ferro e manganez.

{ Preparação indicada nos casos de tumores cancerosos, fraqueza extrema e sobretudo para ser associada ao **Aurocarpol** no tratamento endovenoso da lepra e da tuberculose, como dissensibilizador e remineralizador activissimo.

## CALCYTOL - 3 e 10 cc

e comprimidos  
Gluconato de calcio e hyposulfito de magnesio.

{ Indicado no tratamento da tuberculose, hemorragias, hemophilia, doença de Basedow, menopausa, asthma, urticaria, eczemas, frieiras, pneumonias, pleurisas, annexites, diathese exsudativa e como dissensibilizante.  
Sobretudo nas crises do crescimento - rachitismo - escrofulose, desequilibrio mental e nas tetanias.

## DISSURAN

Granulado e comprimido

{ Arthritismo, gotta, lithiase renal, lithiase biliar, urethrites, cystites, pyelites, pyelo-nephrites, angio-cholites, arteriosclerose, eczemas, urticaria, frieira, uricemia, enxaqueca, rheumatismo chronico, nevralgias, etc.

## MALEIZIN-AZUL - 3 cc

MALARIA

{ Chlorhydrato de quinina-extracto de baço e medulla ossea azul de methyleno e arsenico.

## PROTOCOL

„A“ 1 cc — „B“ 2 cc  
Proteinas de carpotroche brasiliensis, iodo e carpotrochato de sodio.

{ Preparação de base scientifica e de real valor no tratamento da lepra em geral.

## LABORATORIO NUTROTHERAPICO

RUA GONÇALVES DIAS, 73

RIO DE JANEIRO

DIRECÇÃO TECHNICA:

Drs. Raul Leite, Floriano de Azevedo e Prof. Paulo Ganns.

PHARMACEUTICOS:

Oswaldo Ganns, Aristoteles Tymburibá e Celeste Matta Bacellar.

CLINICA DO  
PROFESSOR FERNANDO MAGALHÃES  
R. ALCINDO GUANABARA 24  
RIO DE JANEIRO

*A Luteo ovarina  
do laboratório clínico Silva  
Araujo é um preparado  
que substitue com vantagem  
qualquer similar estrangeiro  
pequeno.*

*Rua 22 de Março 928*

*Fernando Magalhães*

A Luteo Ovarina do Laboratório  
Clínico Silva Araujo é um preparado  
que substitue com vantagem qualquer  
similar estrangeiro.

Rua, 22 de Março de 928-  
(assignado)

Fernando Magalhães

## LUTEO-OVARINA

Phenomenos criticos da  
„menopausa“ e da „puber-  
dade“ (irascibilidade, dô-  
res da cabeça, neurasthe-  
nia, enxaquecas, ondas de  
calor na cabeça, etc. etc.)

## INSUFFICIENCIA OVARIANA

Irregularidades da mens-  
truação. - Regras doloro-  
sas. - Suspensões. - Vomi-  
tos da gravidez, etc. etc.

Regulador da saúde femi-  
nina em todos os seus  
períodos.

### Carlos da Silva Araujo & Cia.

Caixa Postal, 163 — End. Electr.: „Biolabo“

**RIO DE JANEIRO — BRASIL**

Escritório Central e serviços de Análises Clínicas:

Rua 1.º de Março, 15 — loja e 13, 1.º andar

Fabrica:

Rua Dr. Paulo Araujo 199 A e 201 - Engenho de Dentro

#### DEPOSITOS:

em Porto Alegre,

**FAUSTO SANT'ANNA**

: RUA DAS FLORES, No. 1257 :

em Pelotas,

**BOHNS & CARNEIRO**

RUA MARECHAL FLORIANO, 115

À venda em todas as farmácias e drogarias



O pneumotorax artificial é de grande valor nos casos de abcesso ou gangrena com focos multiplos, com pleura livre, em que a cirurgia se mostre verdadeiramente ineficaz.

Uma outra terapeutica do abcesso pulmonar é a constituída pela broncoscopia. Partindo do tratamento da supuração do pulmão por corpos extranhos nos bronchios, Chevallier Jackson, de Philadelphia, erigiu em metodo, o tratamento dos abcessos pulmonares pela broncoscopia, trazendo em seu apoio centenas de casos em que os resultados foram os melhores possiveis.

Vê-se pois que entre o tratamento medico expectante, e o cirurgico ativo, enfileira-se a broncoscopia em suas possibilidades e suas indicações.

Soulas, de Paris, que trabalhou na America com Chevallier Jackson, instituiu o metodo em França, onde se fez seu apologista; em um dos ultimos numeros da Presse Medicale de 1930, este autor estudou 8 casos de abcesso de pulmão, tratados pela broncoscopia, 4 agudos e restantes chronicos, nos quais a cura seguiu-se dentro de pouco tempo em todos os 8 casos.

Esta tecnica consiste em, por intermedio do broncoscopio, fazer aspirações da secreção mucosa e purulenta, e depois insilar substancias medicamentosas, como oleo iodado ou lipiodol, oleo eucaliptolado, etc. Estas applicações devem ser feitas de 8 em 8 dias, e nos casos felizes, a temperatura e as expectorações fétidas rapidamente declinam até desaparecerem completamente. Quanto ao inconveniente de se fazer a broncoscopia nos casos agudos, devido ao choque e traumatismo despertado nos organismos alterados, dizem seus defensores que não é de grande gravidade, pois a irritação do bronquio pôde despertar um vomica com resultados satisfatorios para o doente. Este tratamento é de exclusiva competencia do especialista e requer pela sua dificuldade, muita tecnica e segurança, para conseguir exito favoravel.

Uma vez ultrapassado o prazo de 6 a 8 semanas, e o abcesso não tendo se evacuado completamente por uma vomica espontanea e completa, urge tomar uma providencia, afim de evitar a morte do paciente pela infecção e transformação putrida da afecção.

Si a pleura fôr livre, deverá se tentar o pneumotorax artificial, secundado pelo so-

roterapia antigangrenosa com que se poderá obter talvez alguns bons resultados. A broncoscopia, si possivel, deve ser tentada na esperança de uma solução satisfatoria. Caso, porém, estes metodos não possam ser empregados ou que a sua execução não tenha nos dado o fim almejado, as supurações pulmonares passam indiscutivelmente para a terapeutica cirurgica, e só esta será capaz de prodigalizar aos soffredores desta cruel enfermidade o lenitivo que nenhum outro processo terapeutico lhes proporcionará.

Isto posto, qual o processo a seguir na intervenção cirurgica? Qual a tecnica a empregar? Dois processos tem suas indicações basicas conforme a pleura fôr livre ou não. Neste ultimo, isto é, no caso de adherencias entre o pulmão e a parede toraxica, o que felizmente acontece em grande numero de vezes, 90 % segundo Delenglade, o abcesso está isolado e circunscrito, e a grande indicação é a *pneumotomia* com drenagem do foco purulento.

Para isto depois de cuidadosamente localisada, clinica e radiologicamente a séde da afecção pratica-se uma resecção costal atingindo 2 a 3 costelas, e ás vezes mais, procurando sempre ter uma luz sufficiente sobre o pulmão affectado.

Uma vez resecadas as costelas atravessa-se o plano dos musculos intercostais, vasos e nervos do mesmo nome, fazendo-se a hemostase respetiva, chegando desta forma sobre a pleura parietal. Aí chegando incisa-se o pulmão com termo-cauterio no ponto das adherencias: caso houver duvidas sobre a localização exata do foco purulento, fazem-se punções com uma agulha de calibre grosso, afim de facilitar o encontro do pús. Uma vez aberto o abcesso pulmonar intromete-se o dedo na cavidade assim formada, afim de fazer uma exploração, para vêr si não foram esquecidos outros focos purulentos que sendo encontrados deverão ser evacuados.

Nestas ocasiões é muito util na revisão da cavidade septica, o uso de um espelho frontal ou então com mais vantagens de um cistoscopia. Uma vez terminadas estas manobras, tampona-se ligeiramente a ferida pulmonar com gaze imbebida numa solução anestésica, afim de evitar os reflexos de tosse pela irritação dos pequenos bronquios. Drena-se a cavidade septica com gaze iodoformada ou laminas de „cautchou“ e faz-se o curativo oclusivo comum.

A pneumotomia nos casos de aderências do pulmão, como vimos acima, é praticada com anestesia local com novocaina, infiltrando sucessivamente os planos a serem atravessados pelo cirurgião.

Quando a pleura fôr livre, a tecnica é completamente diversa, entramos então no capitulo muito interessante da cirurgia intra-toraxica e da questão da pressão diferencial e do colapso pulmonar.

Até poucos anos o grande entrave, a grande preocupação da cirurgia pulmonar era o pneumotorax operatorio e consequentemente o colapso do pulmão.

Sabemos que uma vez aberta a pleura, o ar penetrando na cavidade toraxica, rompe a pressão negativa aí existente e o pulmão cái em colapso, trazendo este fato graves perturbações para a vida do paciente, pela compressão e desvio do mediastino devido ao pulmão retraído, registrando-se disturbios cardiacos e respiratorios, o excesso de gaz carbonico retido excita os centros medulares e particularmente o pneumogastico, e daí a respiração cada vez mais difficil, o pulso rapido, e a morte pôde sobrevir pela parada do coração.

Nos casos de colapso pulmonar duplo a morte é quasi sempre verificada. Tuffier e Hallion, em 1895, já tinham observado que na abertura da cavidade toraxica o pulmão não entrava em colapso quando a pressão intra-bronquica correspondia a uma coluna dagua de 10 cc de altura.

Outras investigações foram levadas a efeito em França por Quenne e Longuet e na America por Fell-O'Dwyer e Matas, porém com resultados praticos desprezíveis. Em 1904, Sauerbruch, na clinica do Professor Von Mikulicks, em Breslau, obteve ótimos resultados com suas camaras de hipo-tensão que tiveram repercussão universal na cirurgia intra-toraxica.

Logo em seguida, Petersen e Brauer continuam suas investigações a este respeito com a pressão intra-bronquica e seus processos foram introduzidos na pratica corrente.

Estes metodos podem ser empregados de duas formas, a hipo-pressão que atúa por uma rarefação de ar sobre a superficie pulmonar, e a hiperpressão que consiste em aumentar a pressão intra-bronquica produzindo a insuflação do pulmão e mantendo-o contato com a parede toraxica. Os aparelhos de hipopressão resumem-se nas camaras de Sauerbruch e Mayer que

tem contra si o fato de não poderem ser transportaveis e de seu alto custo, actualmente estão abandonados, mesmo pelo seu autor. A hiperpressão é o metodo actualmente empregado, em todas as clinicas chirurgicas e é ministrado por um sem numero de aparelhos como os de Brauer, Mayer, Metzler, Tiegel, etc.

Destes aparelhos o mais usado e que maior numero de vantagens encerra é o de tipo Tiegel, que produz a hiperpressão e a anestesia ao mesmo tempo. Foi com um destes aparelhos que vimos Sauerbruch fazer suas operações sobre o pulmão na Charité de Berlim, em 1928.

Esta questão de operações intra-toraxica com hiperpressão, tem sido motivos de controversia entre cirurgiões que se dedicam a este ramo da cirurgia. Tuffier que foi em França o az da cirurgia pulmonar, reconhecendo os riscos do pneumotorax operatorio e os accidentes por ele produzidos, diz que estes são muito exagerados, e que pelo pneumotorax lentamente efetuado não tem a gravidade que lhe querem atribuir. Traz em apoio desta opinião os sucessos das operações sobre o coração em que o pneumotorax é quasi sempre inevitavel, e até certo ponto de uma inocuidade relativa; reconhece porém que o pneumotorax operatorio agrava sensivelmente o prognostico. Garré e Quincke salientam as vantagens que oferecem a resessão intra-bronquica nas operações intra-toraxicas, porém confessam ter operado muitos casos de bronquetasia, abscessos e gangrena pulmonar, com ótimos resultados sem o auxilio da pressão deferencial e sem os accidentes graves do colapso pulmonar.

Doyen, em 1910, falava da inocuidade dos accidentes do pneumotorax operatorio nas intervenções sobre o pulmão.

Lecéne e Duval acham que com o processo de Delagenière (que é o pneumotorax lentamente constituido e progressivo com fixação immediata do pulmão a parede toraxica) pôde-se fazer a cirurgia do pulmão sem graves inconvenientes e com belos sucessos.

Sauerbruch insiste porém nos perigos do pneumotorax e opera sistematicamente todos seus casos de pulmão sob a hiperpressão, dizendo que este processo é imprescindivel para quem quizer fazer bem a cirurgia intra-toraxica.

Após esta digressão pelos processos tentados a evitar o colapso do pulmão, volte-



mos á tecnica da abertura do abcesso pulmonar no caso de pleura livre.

O primeiro tempo da operação consiste na reseccão costal, até a abordagem e descoberta da pleura parietal, em segundo tempo incisa-se esta e introduzindo a mão na cavidade toraxica apalpa-se o pulmão entre os dedos e identifica-se a localização do fóco septico que se manifesta por um endurecimento no meio do tecido pulmonar normal.

Uma vez encontrada a séde da afecção, duas soluções se apresentam, ambas dependendo do estado do paciente; si este estiver em más condições a abertura do fóco purulento deve ser immediata, isolando-se com gaze o resto da cavidade pleural, afim de evitar sua infecção.

Caso o estado do enfermo não esteja tão comprometido faz-se a operação em dois tempos, no primeiro ato sutura-se o pulmão á parede toraxica com pontos de catgut ou então isola-se com compressas de gaze a zona do pulmão a incisar, e 10 dias depois as adherencias já estando constituidas, abre-se francamente o pulmão com o termo-cauterio ou bisturi, completando a operação com uma boa drenagem como falamos acima.

Nestas operações em pleura livre a anestesia deve ser geral, sendo preferivel o cloroformio ou a mistura de Schleich.

O periodo post-operatorio do abcesso de pulmão é bastante longo, a temperatura e

a fetidez da expectoração desaparecem; a soroterapia antigrangrenosa deve ser sempre empregada nos primeiros dias que se seguem ao ato operatorio. Os resultados da terapeutica cirurgica nas operações pulmonares são os mais satisfatorios possiveis, atendendo á cifra elevada de mortalidade que se obtem com os metodos internos.

Brewer, de Chicago, apresenta uma estatistica com 70 a 80 % de curas.

Garré, em 1905, de 400 pneumotomias, tem uma mortalidade de 25 %. Em 1872, reunindo cerca de 600 casos de abcesso de pulmão, este mesmo autor obteve o coeficiente de letalidade baixado para 17 %.

Kisslung, em 120 casos operados na clinica de Lenhartz perdeu 28 % de seus clientes. Picot, em 149 pneumotomias obteve 105 curas.

Sauerbruch apresenta-nos um grupo de 72 doentes operados de abcesso de pulmão com 58 curas. 37 casos de gangrena com 16 mortos. O prognostico da gangrena pulmonar sendo muito mais grave que o do abcesso.

Pelos dados e estatisticas acima relacionados, de varias sumidades sobre o assunto, resalta o grande valor da cirurgia no abcesso de pulmão e o resultado apreciavel que se consegue obter neste capitulo difficil da patologia pulmonar. Eis aí o que pôde fazer a cirurgia no abcesso do pulmão.



## ***Medicos do Interior!***

***Quando vierdes a Porto Alegre, visitaes a séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara 264, 3º andar.***

***Lá encontrareis um ambiente amistoso e agradável. Verificareis, tambem, como o Sindicato trabalha pela união e engrandecimento da classe. Para isso ele necessita da colaboração de todos. Enviae sem demora, a vossa adhesão.***