

Serviço de Clínica Médica do Prof. Rubião Meira

**ABCESSO PULMONAR: CONSIDERAÇÕES
SOBRE UM CASO (1)**

David Rosenberg e Generoso Concilio

Quartanistas

OBSERVAÇÃO

B. C. do sexo masculino, 33 annos, casado, motorista, brasileiro, residente e procedente de S. Paulo.

Queixa e duração: Tosse com escarro, ha um mez.

H. P. M. A.: Cerca de um mez atraz, sentiu numa tarde, indisposição, arrepios de frio e febre alta. Procurou medico no dia seguinte o qual disse tratar-se de grippe, receitando-lhe uma poção e resguardo.

Nos dois primeiros dias de molestia sentiu calafrios durante o dia, febre á noite, tosse de fraca intensidade acompanhada de pequena quantidade de escarro amarellado.

Nesta altura, apanhou muita chuva e na noite desse mesmo dia tossiu muito, teve muita febre e escarrrou sangue de mistura com catharro.

Passou dahi por diante com os seguintes padecimentos: febres, suores nocturnos, escarro sanguineo, ás vezes, mas communmente amarellado, cuja quantidade augmentou progressivamente attingindo até cerca de 50 c. c.

Escarrava mais pela manhã e refere que quando deitava sobre o lado esquerdo sobrevinha tosse que então era acompanhada de maior quantidade de escarro. Procurou então o Hospital de Jaçaná onde fizeram tres exames de escarro para bacillo de Koch que resultaram negativos.

(1) — Trabalho apresentado no Departamento Scientifico, em 16-9-1937.

Fez tratamento com xaropes e injeções sentindo melhoras, pois desapareceram a febre e os suores nocturnos. Durante o mez de molestia diz ter emagrecido 6 kilos. A conselho medico internou-se em 14-10-36 na enfermaria do Prof. Rubião Meira, secção a cargo do Dr. Jairo Ramos.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos

Cabeça: cefaléa desde o inicio da molestia.

Olhos, ouvidos, nariz, garganta:: nada digno de nota.

Cardio-respiratorio: nega tosse, escarro, suores nocturnos, antes da molestia actual.

Gastro-intestinal: nada digno de nota.

Genito-urinario: Neuro-muscular: idem.

Antecedentes pessoas e habitos:

Tabagista e etylista moderado. Nega passado venereo-syphilitico.

Antecedentes familiares e hereditarios:

Nega na familia pessoas atacadas de molestias pulmonares.

Exame geral

Trata-se de um individuo branco, mediolineo. Pelle e anexos nada digno de nota. Mucosas visiveis coradas.

Ganglios cervicaes, occipitales, axillares e inguinaes, palpaveis, moveis, não augmentados de volume, não coalescentes e não dolorosos.

Epitrocleanos palpaveis de ambos os lados e do tamanho de um caroço de azeitona, indolores.

Não ha edema, cianose nem circulação collateral.

Posição no leito: Decubito lateral direito preferido, porque o esquerdo provoca tosse. Peso 61,200 grammas.

Exame especial:

Para o lado do segmento cephalico encontramos de positivo: dentes com falhas, caries, gengivite tartarica e piorrhéa alveolar. Tiroide palpavel.

THORAX: Inspeção estatica

Face anterior: Hombro direito pouco mais baixo que o esquerdo. Fossas supra e infra-claviculares e Morenheim direito mais escavadas que do lado esquerdo. Angulo de Louys visivel. Abaulamento na região infra-clavicular esquerda comprehendendo a 2.^a e 3.^a co-tellas e a 4 cmts. da linha médio-external. Peitoral di-

reito mais desenvolvido do que o esquerdo. Mamillos ao mesmo nível e equidistantes da linha mediana. Últimos intercostos visíveis. Retracção da base direita. Charpy mais ou menos de 90°.

Face posterior: Fossas supra e infra espinhosas não escavadas. Bordos espinhaes das homoplatas pouco salientes, sendo mais na porção inferior. Angulo inferior da homoplata direita mais baixo dois centímetros do que o esquerdo. Não se notam intercostos, havendo retracção pouco evidente da base direita.

Inspeccção dinamica

Inspeccção dinamica: Typo respiratorio costo-abdominal. Depressão inspiratoria mais evidente a direita, nas inspirações profundas. Não ha dispnea, tiragem nem cornagem. Lemos Torres acente. Litten presente em ambos os lados, na posição deitada: a direita, 4 cmts. e a esquerda, 5 cmts. Shnufpung ph. segundo duas linhas, regulares e paralelas de ambos os lados e a 4 dedos do rebordo costal.

Palpação: Expansão respiratoria igual nos dois hemithorax. A apalpação da face anterior, no abaulamento direito, mostra que a 2.^a e 3.^a costella junto ao externo se acham soldadas. Menor resistencia da base direita na amplexação.

Fremito toraco vocal: Representando por 4 a zona de fremito mais intenso, temos:

Face Posterior		Face Anterior		Face Lateral	
D	E	D	E	D	E
4	3	4	3,5	4	3
3,5	2,5	—	—	3	3
4	3	—	—	—	—

Percussão: Hypersonoridade das fossas infra-claviculares. Região infra-axilar esquerda tambem hypersonora. Mobilidade activa das bases numa extensão de mais ou menos 3 cmts. nas faces anterior, posterior e lateraes. No resto dos hemithoraxes, som claro pulmonar. Diminuição da sonoridade pulmonar ao nível do sexto intercosto esquerdo posteriormente, na linha escapular, em relação ao lado opposto.

Asculata: Pulmão esquerdo: respiração bronchica no espaço inter-escapulo vertebral até a base ouvindo-se naquelle espaço,

no angulo inferior da homoplata e na região escapular, sibillos, roncos e estertores subcrepitantes de médias e finas bolhas que augmentam com a tosse. Na face lateral, região infra-axilar, os mesmos caracteres, porém, os estertores são em menor numero. Na face anterior ao nivel do 3.º e 4.º intercostos os estertores adquirem o caracter de consonancia.

No resto, respiração sem ruidos adventicios.

Ap. cardio-vascular: Ictus visivel no 5.º intercosto esquerdo, um dedo para dentro da linha mamillar, forte, localizado.

A' percussão, a área cardiaca não se mostra augmentada. Bullas de caracteres phonicos normaes, arterias de paredes molles e despresiveis.

Pulso radial cheio, regular em tempo e amplitude com 80 batimentos por minuto. Pressão arterial: 120X70 (Tycos).

Abdomen: nada digno de nota.

Columna vertebral: idem.

Systema nervoso: reflexos normaes. Romberg e Babinsky negativos.

Sensibilidade objectiva e subjectiva normaes.

Articulação e membros: nada digno de nota.

Exames de laboratorio

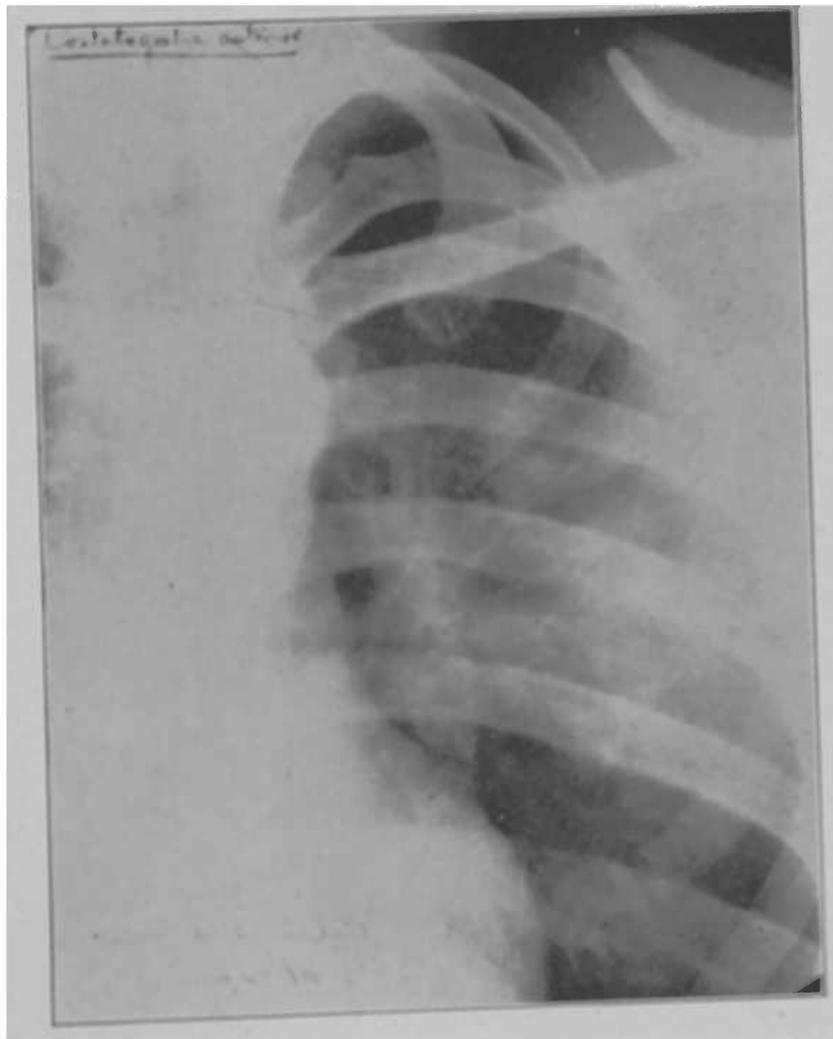
Feitos no Hospital de Jaçanã:

Sedimentação — 58 mms.	25- 9-36
Koch exame directo, negativo	25- 9-36
Homogeneização, escarro negativo para b. Koch.	3-10-36
Homogeneização, escarro negativo para b. Koch.	7-10-36

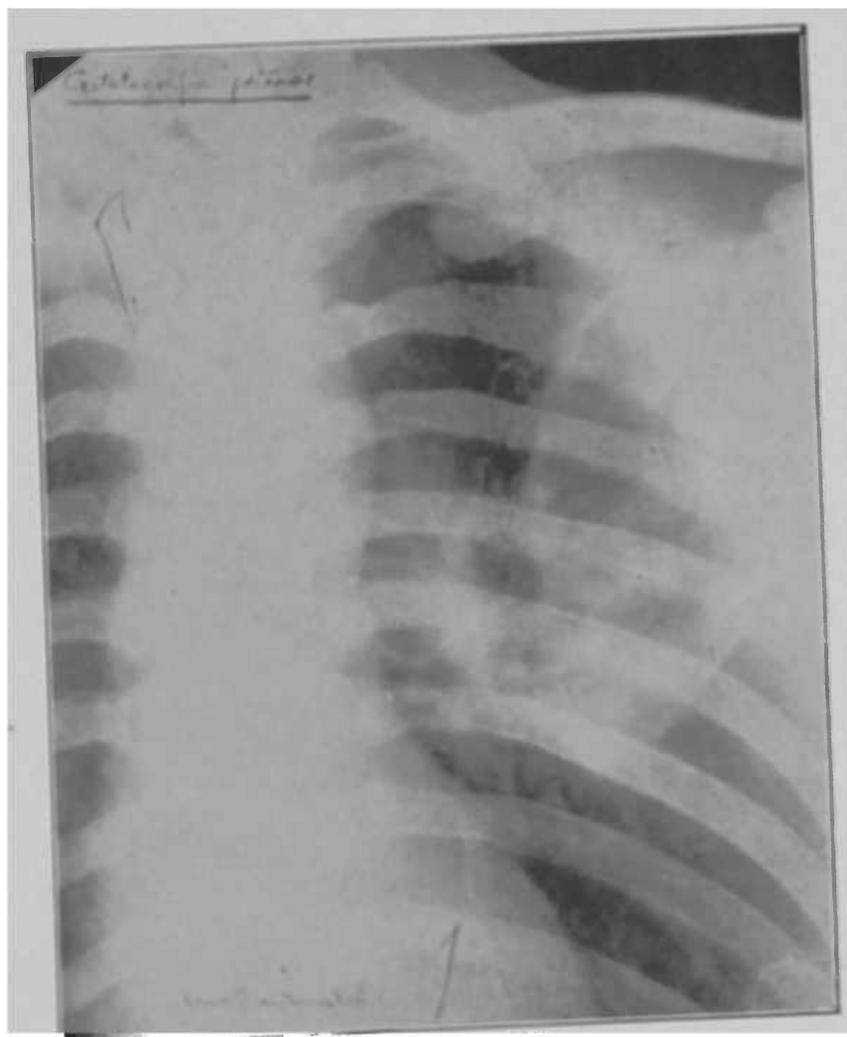
Na enfermaria:

Hemogramma:

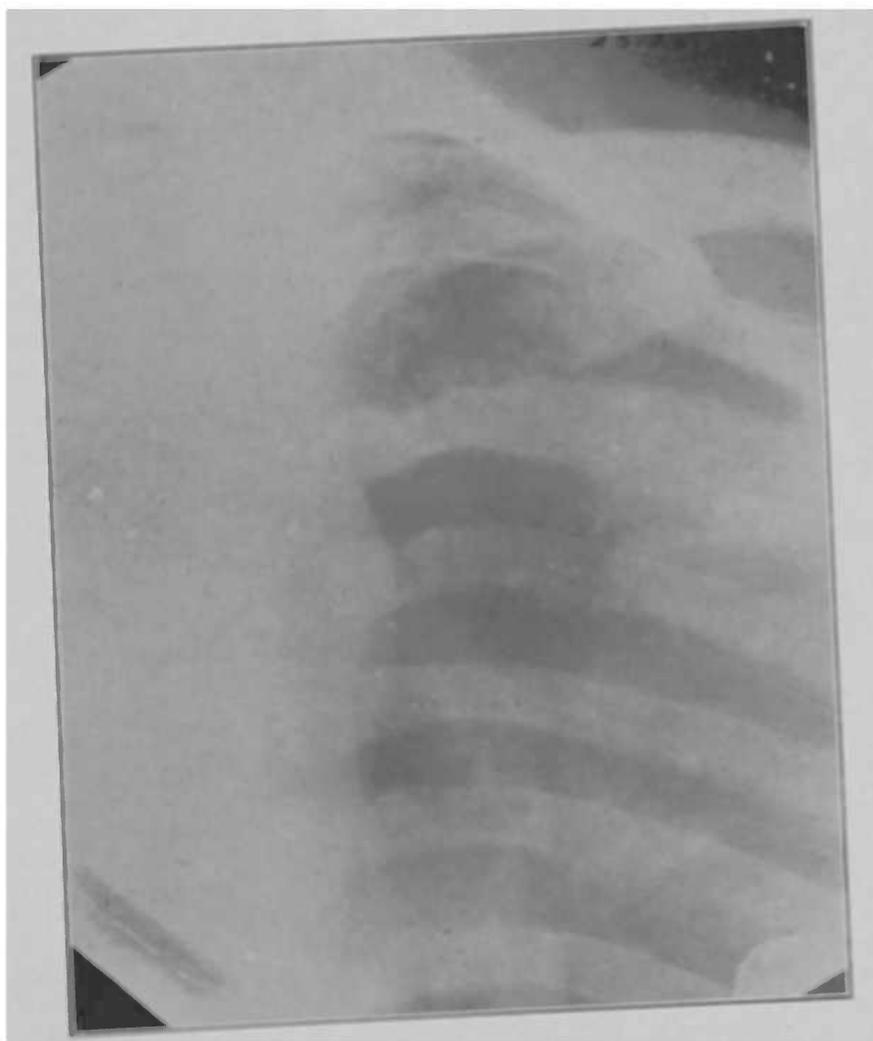
Eritrocitos	4.150.000	
Leucocitos	7.900	
Hemoglobina	68 %	
Valor globular	0,83	
Neutrophilos	65 %	
Limphocitos	32 %	
Monocitos	1 %	
Eosinophilos	2 %	
Basophilos	0 %	
Sedimentação — 20,75 mms.		13-10-36
Exame negativo para fungos, Dr. F. Almeida		21-11-36
		5-12-36



Radiographia n. 1



Radiographia n. 2



Radiographia n. 3

Exame de material colhido directamente, no fóco de lesão pelo Dr. Plinio M. Barreto e examinado pelo Dr. Nelson Planet:

Exame directo: Streptococcus. B. fusiformis. B. Friedlander. Não ha espirochetas.

Culturas em aerobiose e anaerobiose.

Streptococcus viridans, Streptococcus inertes, não ha desenvolvimento de qualquer outro germen interessante.

Inoculação em camondongos e cobaias, negativos.

Póde-se excluir a gangrena e a expirochetose

15- 2-37

Reacção de Wassermann, negativa.

Radiographias, Figs. 1 e 2 mostram nitidamente a presença de cavidade com nivel liquido, assignalado pelas setas.

Evolução

Temos a evolução diaria do doente durante as suas 2 estadias na enfermaria ou seja de 21-10-36 a 23-12-36, quando teve alta por alguns dias a pedido, e de 16-1-37 a 13-2-37, quando teve alta melhorado.

Assignalaremos apenas alguns dados interessantes da evolução.

Assim analysando a curva do escarro, notamos oscillação diaria na quantidade, com um maximo de 60 cc. e um minimo de 4 cc., notando-se uma queda geral dessa quantidade com o tratamento. Durante o 1.º periodo de sua estadia na Enfermaria, o escarro era amarellado e nunca apresentou-se fétido ou hemoptoico.

Quando em maior quantidade apresentava-se em 4 camadas estratificadas.

Reentrou em 6-1-37 escarrando 5 cc. de escarro amarello esbranquiçado, fluido, sem grumos. Escarro hemoptoico uma unica vez. Apenas duas vezes escarro fétido, o que determinou exame de material colhido directamente da lesão pelo Dr. Plinio M. Barreto.

Quanto a temperatura, sempre manteve-se afebril, tendo uma unica vez attingido 37°.

() quadro semiologico pulmonar não apresentou alteração digna de nota durante o 1.º estadio na Enfermaria. Quando reentrou em 6-1-37, apresentava ligeira submaciszez ao nivel do an-

gulo inferior da homoplata esquerda, roncões e sibilos nessas mesma região, com estertores subcrepitantes que appareciam com a tosse. Não havia broncophonia.

Alta em 13-2-36 para passar um mez em casa recommendando-se boa alimentação, repouso relativo e permanencia, meia hora por dia, ao levantar-se, com o tronco fletido e um pouco inclinado para diante.

Em 20-3-37 apresentava ligeira submacisnez no apice esquerdo e 3.º intercosto esquerdo. Pela ausculta nada se verificou.

Radiographia tirada pelo Dr. Cassio Villaça em 17-3-37 deu: (fig. 3) existencia de innumeradas pequenas sombras nodulares, densas, esparsas na metade do campo pulmonar esquerdo, de situação provavelmente posterior.

Contorno annular representando reliquat de cavidade pre-existente na região infra-clavicular esquerda, com bronchio de esvasiamento.

4-4-37: Passa bem, come bem, nada sente. Peso, 72 kilos. Exame dos pulmões não apresenta modificação. Escarro 10 cc.

Peso:

61,200 grs.	14-10-36
61,200 grs.	25-10-36
68,200 grs.	1-12-36
71 kilos	24-12-36
72 kilos	6-1-37
72,500 grs.	31-1-37
72 kilos	9-2-37
72 kilos	4-4-37

Tratamento

Aspirações bronchicas feitas pelo Dr. Plinio de Mattos Barreto, com intervallos de 4 dias em média, durante 3 semanas.

Drenagem de postura.

914: Dose crescente num total de 12 applicações.

Vaccinas mixtas: Preparadas pelo Dr. Floriano de Almeida, com o material colhido directamente no fóco da lesão.

Alimentação farta.

Repouso no leito.

Considerações geraes

Acahamos de ver o caso de um individuo que gosava boa saúde, e subitamente teve arrepios de frio, febre, tosse com escar-

so amarellado e depois hemoptoico, como symptomas iniciaes de sua molestia.

Esta symptomathologia não é especifica, porém frequentemente o abcesso do pulmão inicia-se bruscamente, e com esse quadro symptomatico. Em outros casos é diversa a manifestação inicial: **dôr thoraxica**, ou **tosse secca** acompanhada de um ou de varios dos symptomas acima referidos.

Com os tratamentos iniciaes feitos no Hospital de Jaçanã, desapareceu a febre, persistindo a tosse e escarro que attingia até 50 cc.; neste estado nosso paciente deu entrada na Enfermaria.

A **tosse** no inicio é secca quando a supuração está fechada e não ha drenagem. Posteriormente esta drenagem se estabelece, por abertura do abcesso num bronchio, e então apparece um elemento caracteristico das supurações pulmonares, que é a expectoração de grande quantidade de púz. Com effeito o **escarro purulento** e em grande quantidade, apparecendo de uma vez "a bocca cheia" (vomica), ou então fraccionadamente, é para Sergent o symptoma fundamental das supurações pulmonares.

A **fetidez** do escarro encontra-se na variedade de abcesso dito **putrido**, em que predominam os processos necroticos e de putrefacção, ou quando ha estancamento e falta de drenagem do exsudato, nos **simples**, onde menos frequentemente a fetidez é notada.

Verificamos no nosso caso a **deposição do escarro em camadas**, typica das supurações pulmonares, porém sem fetidez.

A **temperatura** no inicio é alta: 38-39° ás vezes 40°; desce depois e oscilla em torno de 37°.5; quando desaparece ou diminue accentuadamente a quantidade de escarro espelida, sobrevem febre e outros symptomas indicativos de intoxicação, mais ou menos severa, o que se explica pela falta de drenagem e consequente retenção do escarro.

O **emagrecimento** que apresentou o nosso doente, 6 kilos no primeiro mez de molestia, é symptoma frequente.

Chama-nos a attenção na historia do nosso doente a **influencia da posição** no apparecimento da tosse, e augmento da quantidade de escarro. Os estudos de Reimberg explicam esta influencia da posição, pela excitação das zonas reflexogenas, attingidas pelo accumulo do exsudato, quando a drenagem não se está dando, ou então attingidos pela drenagem do exsudato. Dahi o individuo se deitar de preferencia de modo a não provocar apparecimento da tosse, em posição na qual não haverá drenagem do abcesso atravez o bronchio: esta posição depende da situação da fistula bronchica, e de accôrdo com esta situação, o individuo se deita ora sobre o lado da lesão, ora sobre o lado opposto a ella.

No exame physico podemos encontrar os **dedos hypocraticos** das mãos e dos pés, de valor relativo, pois encontram-se em outros estados pulmonares chronicos e em certas cardiopathias indicando um estado anoxemico.

Vemos, portanto, que uma anamnese bem conduzida alliada a um exame physico cuidadoso, podem nos levar a uma suspeita diagnostica de abcesso pulmonar, cuja confirmação se pedirá aos exames de laboratorio e subsidiarios.

O exame do material, colhido directamente do fóco da lesão com o auxilio da bronchoscopia, revelou, no nosso caso, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus inertes*, *B. Friedlander* e *B. fusiformes*. São esses os germens mais frequentemente encontrados nos abcessos simples.

O quadr ohemático revela na maioria dos casos uma leucocitose que póde ir a 20-40.000 por mm³, segundo Von Bergmann. Isto porém não verificamos no nosso em que também não havia anemia notavel que póde existir em outros casos obrigando ás vezes a uma transfusão.

Importantes na confirmação do diagnostico, assim como fundamental na localização exacta do processo, são a radiographia a bronchographia, e a bronchoscopia.

Localização

A localização mais frequente é nos lobos interiores e destes o direito é a séde mais commum conforme podemos ver no quadro abaixo:

	Casos	Lobos inf.	Pulmão D.	Pulmão E.
Morris	30	70 %	63,3 %	36,6 %
Walker	132	57 %		
Moore	202	60 %	41 %	19 %

A exploração physica do thorax nada apresenta de caracteristico. Podemos encontrar signaes de **infiltração pulmonar**, ou então signaes **cavitarios** quando já se deu a liquefação e esvasiamento de parte da zona abcedada.

Estes signaes cavitarios podem ser verificados facilmente quando a cavidade está vazia e superficialmente localizada; quan-

do profundamente situada no lobo inferior estão ausentes. Sendo esta a mais frequente situação do abscesso, comprehende-se a ausencia tão commum desses signaes. Norris e Landis em 30 casos encontraram 8 com signaes cavitarios.

No nosso caso tínhamos, conforme vimos sub-maciszez, bronchophonia, roncós e sibilos e estertores subcrepitantes de médias e finas bolhas, ao nivel do angulo inferior da homoplata, região escapular e região infra-axylar, sendo que na face anterior ao nivel do 3.º e 4.º intercosto os estertores tinham o caracter de consonantes.

Ethiologia

Multiplos são os factores causaes do abscesso pulmonar. Podemos, no emtanto, destacar como mais importantes:

- 1) Pneumonia.
- 2) Aspiração de corpos extranhos.
- 3) Intervenção cirurgica nas vias aereas superiores e principalmente amigdalectomia.

Dos 30 casos de Morris e Landis, 9 reconhecem como causa a pneumonia.

Wessler apresenta 100 casos, 37 dos quaes foram determinados por pneumonia.

Chevallier-Jackson attribue grande importancia a aspiração de corpos extranhos, particularmente em crianças.

As verificações destes ultimos annos attribuem maior importancia as operações cirurgicas nas vias aereas superiores, particularmente a tonsilectomia.

Richardson, aliás já chamara a attenção sobre esse facto em 1912. Lord estudando 227 casos responsabiliza em 34,3 % a tonsilectomia como causa; o mesmo faz Kerman em 27 dos seus 103 casos. Alguns autores como Jackson, Moore, Crowe, Scarf defendem nestes casos a origem bronchogena, inspiratoria, em quanto que outros como Lambert, Weeks, Cutler inclinam-se mais para a origem embolica destes abscessos. Culpou-se tambem a anesthesia como causa, mas a experiencia mostrou o apparecimento de abscesso pulmonar post tonsilectomia mesmo com anesthesia local. Esta importancia da amigdalectomia verificada em tão grande proporção nos Estados Unidos, não se confirma em outros lugares como na Argentina.

Ceballos dá particular importancia aos abscessos alveolo-dentarios e à piorrhœa alveolar, o que não se pôde deixar de levar em consideração, se lembrarmos que são os germens habitualmente encontrados na bocca e na piorrhœa alveolar, os que se en-

contram também na cavidade dos abscessos ou no parenchima com gangrena.

Temos ainda a considerar na ethiologia do abcesso pulmonar, os traumatismos do thorax e a propagação ao pulmão de processos supurativos da vizinhança: empiema, abscessos hepaticos, perinephritico, sub-phrenico e mediastinite supurada.

Aos **agentes ethiologicos** já fizemos referencia linhas atraz.

Em relação á **especificidade de germe** para gangrena pulmonar, citaremos somente que os trabalhos de Etchegoin na Argentina, parecem ter estabelecido ser a gangrena pulmonar determinada por um espiroqueta, diferente morpho e biologicamente do espiroqueta de Vincent e outros da bocca; dito espiroqueta, inoculado em cobaia e coelho, reproduziu nestes animaes um abcesso pulmonar identico ao do homem, mesmo quanto a distribuição zonal do germe.

Diagnostico differencial

A confusão é possível com tuberculose, quando ha caverna typica, limitada e no apice. A differenciação faz-se principalmente pelo exame do escarro, e do material colhido directamente da lesão por bronchoscopia, e mesmo inoculação deste material em cobaia, como foi feito no nosso caso.

O diagnostico differencial deve ser feito com o cancer; neste a cachexia é maior e mais rapida, a anemia é mais intensa, os escarros hemoptoicos são mais frequentes com aspecto de grosselha; apparece o cancer geralmente em individuos com mais de 45 annos de idade; a radiographia e principalmente a bronchographia, que nos mostra o bronchio amputado, são elementos de grande valia. A prova mais concludente será a biopsia do material colhido por meio da bronchoscopia. Devemos assignalar a possibilidade, não rara, do abcesso apparecer como uma complicação do cancer, e também a possibilidade do cancer se desenvolver nas paredes de um abcesso, tendo-se então uma symptomathologia ambigua.

As **micoes pulmonares** que dão mais hemoptises que vomitadas, diagnosticam-se pela positividade da cultura nos meios adequados.

Uma **gomma syphilitica ulcerada** do pulmão póde também dar symptomathologia pulmonar, distinguindo-se porém do abcesso porque na gomma syphilitica os signaes de infecção são menores, e encontramos outros signaes de syphilis, reacção de Wasserman e Kahn positivas, e a efficacia do tratamento anti-syphilitico.

Bronchiectasia: a tosse é o symptoma dominante apparecendo em acessos e acompanhada de expectoração abundante, que apparece pela manhã (toilette matinal), e a noite ao deitar-se, ou pela mudança de posição: é a **pseudo-vomica** de Sergent em que temos a sahida de puz dos bronchios dilatados, esvasiamento destes bronchios. No abcesso, vimos, a expectoração se dá durante todo o dia, fraccionada, sem hora determinada. As hemoptises são mais frequentes na bronchiectasia: segundo Ochsner encontra-se em 50 a 70 % dos casos. O diagnostico é principalmente dado pela bronchographia com lipiodol que mostra os bronchios dilatados de aspecto cylindrico, sacular ou fusiforme de accôrdo com a variedade da bronchiectasia.

Faremos apenas menção á

Evolução clinica do abcesso pulmonar

Podemos ter a **ruptura do abcesso num bronchio** logo após ter-se formado a collecção purulenta, dando-se o seu esvasiamento por vomicas successivas, fechamento e cicatrização da cavidade. Esta cura expontanea do abcesso pulmonar agudo, dá-se em 25-50 % dos casos, nos abcessos ditos simples, determinados por aerobios.

Podemos ter a abertura do abcesso na pleura dando **empiema enkystado**, se já havia adherencias previas, ou **piopneumothorax** quando a ruptura se faz na grande cavidade pleural sem formação previa de adherencias: enquanto o empiema enkystado é uma occorrença relativamente benigna, e cura pela drenagem, o piopneumothorax é mortal em 90 % dos casos.

Finalmente, podemos ter a passagem a chronicidade: o **abcesso pulmonar chronico**, não se distingue do agudo a não ser pelo tempo: até 6 a 8 semanas do seu inicio, o abcesso diz-se **agudo**, depois diz-se **chronico**.

Este abcesso chronico não tem muita tendencia á cura expontanea: segundo Ceballos temos só 8 % de cura immediata e 4 % de cura tardia.

Tambem a cura clinica (por varios processos: alcooltherapia, sórotherapia, vaccinas arsenicaes, etc.), dos abcessos chronicos principalmente dos **gangrenosos**, determinados por espiroquetas, é problematica, e segundo Sauerbruch, pelo tratamento medico dos abcessos pulmonares chronicos, temos uma mortalidade de 60 a 80 %. De accôrdo com Ceballos, dada a possibilidade de remissões enganosas, não se pôde dizer que um caso não operado esteja curado, antes de um periodo de 2 annos, e com con-

trole radiológico, pois frequentemente, após um período de melhora, temos a volta de toda a symptomathologia anterior.

Baseados nos dados estatísticos de Graham, Coquelet, Sauerbruch, Baumgartner, Lockwood, podemos dizer que o abcesso crônico do pulmão pertence à cirurgia, e quanto antes elle fôr entregue ao cirurgião, tanto mais brilhantes serão os resultados obtidos.