

LÚCIO DE ALMEIDA

Prof. Auxiliar da Faculdade de Medicina

---

# ABCESSO PULMONAR



COIMBRA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE

1933

BIBLIOTECA

Estante .....

Prateleira .....

N.º Geral .....

2 FEV. 1969

ABCESSO  
PULMONAR

ABCESSO PULMONAR



92 - 52-013



LÚCIO DE ALMEIDA

Prof. Auxiliar da Faculdade de Medicina

# ABCESSO PULMONAR



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

RC  
VNCI  
616  
717

COIMBRA

IMPRESA DA UNIVERSIDADE

1933



## ABCESSO PULMONAR (\*)

É um dos estados anátomo-clínicos mais cheios de actualidade não só pelas dificuldades de diagnóstico que por vezes oferece mas também pela multiplicidade de processos terapêuticos contra êle preconizados, nem sempre suficientemente eficazes.

Quando típico, como o seu nome indica, consiste numa supuração pulmonar localizada, circunscrita, diferindo assim completamente das supurações difusas primitivas ou secundárias (às pneumo e broncopneumopatias agudas e subagudas), bem como da gangrena pulmonar, necrose pútrida provocada por diferentes germens, sobretudo anaeróbios, associados aos espiroquetes (1).

---

(\*) Trabalho refundido e ampliado com cinco novas observações, entregue dactilografado, em Julho de 1929, para efeito de concurso, com o título: *Abcesso Pulmonar. — Breves Considerações a Propósito de Dois Casos Observados na Enfermaria de P. M. H., Serviço do Prof. ADELINO VIEIRA DE CAMPOS DE CARVALHO.*

(1) H. VINCENT, «Etiologie et pathogénie de la gangrène pulmonaire», *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1927, pp. 232-249; H. VINCENT et G. STODEL, «Sur le traitement de la gangrène pulmonaire», *retro*, 1932, pp. 42-51; F. BEZANÇON et ETCHEGOIN, «Importance de la technique histo-bactériologique pour la démonstration du rôle des spirochètes dans la gangrène pulmonaire», *retro*, 1932, pp. 146-152.

Afecção rara noutros tempos — «*il n'y a pas de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire*» — (1); tão rara que TROUSSEAU, em 20 anos de clínica hospitalar, não viu um só caso (2), o abcesso pulmonar é presentemente duma grande freqüência, para o que muito contribuem, creando uma certa fragilidade respiratória, segundo certos autores, a epidemia gripal de 1918 e a intoxicação pelos gases empregados na grande guerra.

Dir-se-há que, usurpando, em patologia respiratória, o lugar da pleurisia interlobar, tão freqüente noutro tempos e actualmente tão excepcional que RIST, erradamente, por certo, a considera um mito (3), o abcesso pulmonar veio assim substituir uma afecção que, embora existente, se tornou, de facto, mais rara que noutros tempos (nas crianças (4), todavia, menos que nos adultos).

«*Sans nier le moins du monde l'existence de cette affection, nous la croyons seulement beaucoup plus rare qu'on ne l'a cru a la suite de l'enseignement de Dieulafoy*» (5).

«*La pleurésie interlobaire est très rare. Il en existe très*

(1) LAENNEC, cit. p. LÉON-KINDBERG, J. DELBREIL et A. LAFFITTE, *Arch. Médico-Chir. de l'Appareil Respiratoire*, n.º 4, 1928, p. 300.

(2) A. TROUSSEAU, *Abcès pulmonaires, vomiques péripneumoniques*, *Clinique Médicale de l'Hotel-Dieu de Paris*, T. I, troisième édit., 1868, p. 758.

(3) Cit. p. PAISSEAU, VIALARD et V. OUMANSKY, «*Abcès du poumon et pleurésie interlobaire*», *La Presse Médicale*, 19-IV-1929, p. 801.

(4) JEAN HUTINEL, RAOUL KOURILSKY et ETIENNE NICOLAS, «*Les abcès du poumon chez l'enfant*», *Arch. de Méd. des Enfants*, n.º 12, 1932.

(5) E. SERGENT, *Traité de Diagnostic Radiologique*, p. 214.



peu d'observations nécropsiques: la plupart sont imprécises et même l'exploration chirurgicale ne permet pas d'acquérir la certitude.

.....  
 En réalité nous n'avons personnellement pas encore rencontré jusqu'ici un cas authentique de pleurésie interlobaire»(1).

### ÉTIO-PATOGENIA

É muito variável(2) e está mais ou menos dependente do seu carácter primitivo ou secundário. Quando o abcesso pulmonar é do primeiro tipo, como sucede a maior parte das vezes, constituindo uma doença anátomo-clinicamente autónoma, pode ser devido a vários micróbios: estafilococo, estreptococo e enterococo; proteus, pneumo-bacilo de FRIEDLANDER e, sobretudo, pneumococo. Acentue-se que tais gérmens nem sempre atingem o parenquima pulmonar, determinando a respectiva supuração, por via respiratória, endo-alveolar.

Ab. Primitivo  
 Carácter Primitivo

Nem por isso, todavia, devem deixar de ser considerados como abcessos primitivos. Com efeito, sendo consecutivos a lesões locais insignificantes ou inaparentes e ainda porque dominam tôda a cena mórbida, merecem bem essa classificação.

Outro tanto não sucede com os abcessos secundários,

Ab. Secundario

(1) R. KOURILSKY, *Les Abcès du Poumon*, Thèse de Paris, 1927, p. 466.

(2) MICHEL LÉON-KINDBERG, *Les Abcès du Poumon*, 1928; MICHEL LÉON-KINDBERG et ROBERT MONOD, *Les Abcès du Poumon*, etc., 1932.

nitidamente secundários a estados mórbidos dotados de manifesta personalidade nosológica (1): abcessos vários (amigdalino, peri-esofágico, hepático, subfrênico, perinefrítico, peri-esplênico, apendicular, etc.); pneumopatias (2) agudas (pneumonia e bronco-pneumonia) e crônicas (quisto hidático supurado, cancro brônquico ou pulmonar); septicémias (3); dilatação e corpos estranhos dos brônquios (4); traumatismos e ferimentos toraco-pulmonares (5) e intervenções cirúrgicas (sôbre os órgãos genitais femininos, apêndice, estômago, duodeno e principalmente amígdalas).

Predominando nas crianças, às quais, naturalmente, a amigdalectomia é feita mais freqüentemente que aos adultos, é principalmente nos países onde esta operação é corrente,

(1) RENÉ FONTAINE, «Les abcès pulmonaires au point de vue chirurgical», travail de la Clinique Chirurgicale A de l'Université de Strasbourg. Directeur Prof. LERICHE, *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Respiratoire*, n.º 5, 1928, pp. 401-427.

(2) Para alguns autores (LÉON-KINDBERG e ROBERT MONOD, *loc. cit.*, p. 28) estes abcessos são a maior parte das vezes primitivos, sendo considerados secundários por inicialmente simularem uma pneumonia ou uma bronco-pneumonia e, dêste modo, só mais ou menos tardiamente serem diagnosticados.

(3) H. ROLAND, «Abcès pulmonaire au cours d'une paratyphoïde», Com. au LXVº Congrès des Soc. Savantes, Besançon 29 Mars-2 Avril 1932, cit. in *La Presse Médicale*, 1932, p. 890.

(4) CHEVALIER JACKSON, *Endoscopie et Chirurgie du Larynx*, Doin édit., 1923; ROGET et LEMARIEY, «Étude pathogénique, clinique et thérapeutique des accidents respiratoires secondaires aux corps étrangers trachéo-bronchiques», *Arch. Médico-Chir. de l'App. Resp.*, n.º 5, 1929; BLOCH et SOULAS, *La bronchoscopie, Congrès d'oto-rhinolaryngologie*, 1931; E. RIST et A. PELLÉ, «Aventures d'un épi de blé dans une bronche», *Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 1931, pp. 410-414, etc., etc.

(5) GEORGES DURIEUX, *Contribution à l'Étude des Abcès Pulmonaires d'Origine Traumatique*, thèse de Paris, 1931.

(como nos E. U. da A. do Norte) que as estatísticas acusam maior número de casos: «RICHARD, KERN, ELLEN PATTERSON *en signalent un nombre imposant de cas secondaires à l'amygdalectomie (200 cas sur 3000 opérations, Dr. MOORE)*» (1).

Estes abcessos (secundários à tonsilectomia), os mais freqüentes dos abcessos post-operatórios, segundo a estatística de SCHLUETER e WEIDLEIN (2), oferecem a grande particularidade de não serem devidos exclusiva ou principalmente, pelo menos, a embolias brônquicas, produzidas por aspiração traquial, bem demonstrada por LEMON e MYERSON, como tão facilmente se poderia depreender, mas sim a embolias vasculares, como o provaram, entre outros, CUTLER e SCHLUETER (3).

«*Le mécanisme pathogénique de ces suppurations a été passionnement discuté; on a incriminé la pénétration intra-trachéale de particules septiques par suite de la suppression du réflexe glottique au cours de l'anesthésie; la dissémination de germes par la voie artérielle ou la voie lymphatique.*

*Le MÉE a porté ces discussions récemment devant la Société de pédiatrie. Il semble que le premier facteur joue actuellement de moins en moins avec les techniques récentes (interventions sur malades assis, anesthésie locale) et que*

(1) JEAN HUTINEL, R. KOURILSKY et ETIENNE NICOLAS, *loc. cit.*, p. 699.

(2) Cits p. RENÉ FONTAINE, *loc. cit.*, p. 402.

(3) Cits p. H. I. SPECTOR, «M. D., Lung Abscesses. A clinical study, with special emphasis on conservative treatment», *The Journ. of the Amer. Medical Association*, n.º 11 September, 1930, p. 790.

*Parotoma*

*la véritable cause de semblables abcès soit la dissémination sanguine ou lymphatique» (1).*

## SINTOMATOLOGIA

Como a etiologia também esta é muito variável. Referimo-nos, evidentemente, ao abscesso pulmonar circunscrito cu seja ao *abscesso pulmonar-doença* e não ao abscesso pulmonar difuso, constituído ordinariamente por pequenos e numerosos abscessos de origem embólica ou metastática, isto é, ao *abscesso pulmonar-complicação* (de qualquer estado septicémico ou septico-pioémico), sempre fatal, pode dizer-se. Compreende duas fases distintas: a de supuração fechada, traduzindo-se por febre mais ou menos intensa, pontada e sinais de congestão, revelados ao exame clínico e radiológico, e a de supuração aberta, denunciada, em regra, clínica e radiologicamente, por sinais cavitários mais ou menos nítidos.

*1ª fase* Quando, durante a primeira fase, a expressão anatómico-clínica do abscesso pulmonar é essencialmente torácica (pontada, tosse, fenómenos congestivos etc.), o seu diagnóstico pode ser difícil e mesmo impossível: *«on pense à une pneumopathie aiguë, sans plus, et l'on ne peut décider à première vue entre une pneumonie classique, un épanchement de la plèvre ou un simple épisode grippal. Seul parfois un antécédent particulier (opératoire par exemple), permettant de*

(1) JEAN HUTINEL, RAOUL KOURILSKY et ETIENNE NICOLAS, *loc. cit.*, p. 699.

*craindre l'embolie septique, pourrait nous tenir sur nos gardes» (1).*

Com maioria de razão a dificuldade e impossibilidade de diagnóstico existem nos casos em que faltam os sintomas torácicos e nos quais a sintomatologia é verdadeiramente proteiforme: *«Ce peut être la simple aggravation de l'état général sans localisation pulmonaire, pouvant faire croire à quelque «imprégnation tuberculeuse», ou encore réalisant un véritable état typhoïde qui peut même se prolonger plusieurs semaines; d'autres fois, le malade n'accuse qu'un «rhume», plus accentué que d'habitude; d'autres fois c'est un épanchement passager ou quelque autre accident, comme une hémoptysie, hémoptysie subite isolée et violente, ou au contraire surnoise et répétée, qui attire l'attention. Fait assez curieux, et que nous avons noté à plusieurs reprises: l'infection semble hésiter; les premiers signes de localisation, — symptômes fonctionnels ou signes décelables à l'examen systématique, — indiquent un côté du thorax; puis tout se calme en apparence, jusqu'à ce que des signes importants ou l'examen radiologique nos démontrent que l'abcès s'est décidément développé du côté opposé» (2).*

A segunda fase é sempre precedida e acompanhada de tosse habitualmente intensa e de expectoração purulenta expelida frequentemente sob a forma de vômicas, grandes ou pequenas.

É a verdadeira fase anátomo-clínica do abscesso pul-

(1) MICHEL LÉON-KINDBERG et ROBERT MONOD, *loc. cit.*, p. 54.

(2) *Ibid.*, p. 54.

2ª fase

monar, permitindo, conseqüentemente, fazer o seu diagnóstico após a segura e necessária eliminação das restantes afecções supurativas dos brônquios, pleura e pulmões: bronquectásia, tuberculose, pneumonia supurada, gangrena, quisto hidático supurado, cancro cavitário e, sobretudo, pleurisia purulenta (interlobar, livre e enquistada da grande cavidade), como veremos ao tratarmos do respectivo diagnóstico diferencial.

Quando, como sucede algumas vezes, falta a primeira fase, esta constitui, portanto, tóda a tradução sintomatológica do abcesso pulmonar. . . «*le plus souvent rien n'existe de cette phase un peu théorique de début: les premières manifestations cliniques répondent déjà à la phase ouverte de la maladie; c'est ainsi qu'un de nos malades, vieux tousseur qui n'avait remarqué aucun changement dans son habituelle expectoration, n'accusa qu'un léger point de coté de quelques heures, avec une petite ascension thermique; nous ne trouvâmes que de la submatité de la base droite avec quelques frottements pleuraux; la leucocytose était de 10000; l'écran décela un énorme abcès à niveau liquide horizontal, qu'en dépit d'essais multiples de localisation nous ne pûmes ponctionner*» (1).

## FORMAS ANÁTOMO-CLÍNICAS

Pondo de parte os abcessos que evoluem conjuntamente com diversos estados mórbidos (pneumonia e broncopneu-

(1) MICHEL LÉON-KINDBERG et ROBERT MONOD, *loc. cit.*, p. 56.

monia, feridas penetrantes do torax, séptico-piohémia, endocardite maligna de evolução lenta, etc., etc.), dos quais se podem considerar meras complicações agravando mais ou menos o prognóstico da doença que os motivou, para tão somente se considerarem os chamados abscessos autó-nomos (grandes, circunscritos, de sintomatologia própria, constituindo, pelo menos durante algum tempo, uma verdadeira entidade mórbida), podemos classificar os abscessos pulmonares em: abscessos agudos localizados, geralmente curáveis; abscessos agudos extensivos, necrossantes, por efeito da extrema virulência dos germens em causa (tipo abscesso pútrido, bronquectásico e pneumonia dissecante(1), o primeiro muito grave e os últimos quasi sempre mortais) e em abscessos crônicos, mais ou menos difusos, evoluindo por *poussées* sucessivas, extremamente graves, fácilmente confundíveis com a tuberculose pulmonar, dados os sintomas gerais (febre e emagrecimento), funcionais (dispneia, tosse, expectoração hemoptóica, etc.) e locais que habitualmente produzem.

Classificação simples e suficiente, corresponde bem não só às principais modalidades sintomatológicas e evolutivas do abscesso pulmonar, mas ainda às suas numerosas e variadas indicações terapêuticas.

---

(1) M. LETTULLE et F. BEZANÇON, «La pneumonie disséquante nécrotique», *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 31-V-1931 et *Anales de Médecine*, t. XII, n.º 1, Juillet 1922; RAIMBAUD, BAUMEL et GIRAUD, «Pneumonie nécrosique à streptocoque, observation clinique, bactériologique et anatomo-pathologique», *Gazette des Hôp.* 20-IX-1921, p. 1172.

Diga-se de passagem que o abscesso crônico nem sempre é consecutivo ao abscesso agudo (constituindo a sua prolongação no tempo e no espaço) e adquirindo, dêste modo, uma fisionomia anátomo-clínica especial, mais ou menos diferente em tudo (bacteriologia, anatomia patológica, sintomatologia, expressão radiológica e terapêutica) da oferecida pelo processo mórbido inicial: *o abscesso agudo*. Por vezes, e não raras, aparece *d'emblée*, nada, ao certo, o fazendo prever: polimicrobismo do pus, como querem JACQUELIN e DURUY (1), ausência de pneumopatia aguda, etc.

Uma classificação

Evidentemente, ao lado desta classificação, outras se podem fazer: simplesmente em abscessos *circunscritos* e *difusos* (TUFFIER, PICOT et SERGENT); em abscessos do tipo *liquifasciente* e *pio-fibroso*, uns e outros fétidos e não fétidos, os primeiros agudos, de evolução rápida, geralmente difusos e extremamente graves, freqüentemente mortais; os segundos localizados, de evolução subaguda ou crônica, relativamente benignos (COQUELET); em «*abscesso simples, único*, habitualmente não fétido, *abscesso múltiplo, areolar*, geralmente pútrido, traduzindo-se anátomo-patologicamente, *d'emblée* ou secundariamente, pela chamada caverna gangrenosa e, finalmente, em abscessos com *lesões brônquicas predominantes*, precursor do abscesso bronquectásico».

Individualizado por ASHNER e LILIENTHAL, êste tipo de abscesso constitui uma verdadeira espiroquetose pútrida do

---

(1) JACQUELIN et DURUY, «Contribution à l'étude des abcès chroniques du poumon à pyogènes», *Annales de Médecine*, n.º 5, Décembre 1929.



pulmão e evidencia a natural importância dos espiroquetes na étio-patogenia da bronquectásia e das supurações bronco-pulmonares fétidas e pútridas.

Caracteriza-se, essencialmente, «*par l'atteinte lobaire ou massive, la coexistence de cavités bronchiques, d'abcès typique et de plages de sclerose précoce, par son évolution subaiguë; histologiquement, par le développement contemporain dès le debut des lésions destructives et nécrotiques des bronches, des foyers d'abcédation, des réactions conjonctives, de l'infiltration interstitielle*» (1).

Segundo SERGENT, menos rigoroso na sua individualização nosológica (dada, muitas vezes, a falta de limites bem distintos entre o abcesso bronquectasiante, a bronquectásia abcedante e o abcesso bronquectásico), constitui «*un processus anatomo-clinique et évolutif complexe, qui évoque l'idée d'une broncho-pneumonie suppurée avec distension et effondrement des bronchioles, le processus restant, en général, limité à un lobe, qui devient une sorte d'éponge purulente*» (2).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Podendo confundir-se com diversas afecções supurativas do aparelho respiratório (já citadas), é sobretudo com

(1) M. LÉON-KINDBERG, J. DELBREIL et A. LAFITTE, «L'Abcès bronchectasique. A propos d'un cas de bronchopneumopathie putride à Sprochètes». *Arch. Médico-Chir. de l'App. Respiratoire*, n.º 4, 1928, p. 302.

(2) E. SERGENT, «Bronchiectasies abcédées. Abcès bronchiectasians et abcès bronchiectasiques», *La Presse Médicale*, 1932, p. 275.

IMAGEM  
HIDRO-AREA

a pleurisia interlobar que o seu diagnóstico oferece as maiores e mais freqüentes dificuldades. É certo que se tem atribuído um síndrome radiológico próprio a cada uma destas duas situações anátomo-clínicas: imagem hidro-aérea ovalar de grande eixo vertical no abscesso (existente (1) só em 20 % dos casos) e de grande eixo transversal na pleurisia interlobar.

Certos autores, porém, não aceitam tal modo de ver, afirmando que a primeira imagem radiológica pode aparecer na pleurisia enquistada da grande cavidade pleural (2), e a segunda no abscesso, sobretudo quando de sede justacisural.

A Embora tais factos sejam possíveis, deverão ser muito raros, principalmente depois da precisão dada por SANTE, D'HOURL et DESPLATS (3) «à técnica da exploração radiológica da cisura interlobar pelo método do exame em lordose acentuada de FLEISCHNER» ... a qual tornou possível, e dum modo rigoroso, o diagnóstico radiológico da pleurisia interlobar.

«Grâce aux observations que l'on pourra trouver dans

(1) PAISSEAU, VIALARD et OUMANSKY, *loc. cit.*

(2) PAISSEAU et ISEER SOLOMON, «Grands abcès du poumon; étude radiologique», *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 19-IV-1922; F. BEZANÇON et A. JACQUELIN, «Les grands abcès du poumon à pyogènes; formes anatomo-cliniques, pronostic et traitement», *Paris Médical*, 16-II-1929, p. 170; PAISSEAU, VIALARD et OUMANSKY, *loc. cit.*, p. 800.

(3) H. D'HOURL et R. DESPLATS, «Syndrome spléno-pneumonique et pleurésie interlobaire gauche. Intervention. Guérison», *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1928, p. 1460-1466.

les publications de Fleischner, dans celles de GISMONDI, GORDON STOLOF et WALGREN, grâce à celles que l'on trouvera reproduites ici, l'on se rendra compte que cette manœuvre pourra donner la clef des problèmes diagnostics très difficiles. En examinant les malades en position lordotique, l'on verra apparaître, avec beaucoup plus de précision, des images scissurales peu visibles par les procédés habituels, l'on pourra même faire apparaître des images tout à fait invisibles en position verticale.

«Les signes radiologiques proprement dits sont : l'ombre suspendue d'étendue variable, à limites rectilignes supérieure et inférieure. Dans les positions obliques ou transverse cette ombre aura l'aspect en fuseau oblique. La position lordotique servira surtout à isoler la partie inférieure de la scissure et permettra de trouver une limite rectiligne à la base de l'ombre pleurale» (1).

Um outro processo radiológico de precisar o diagnóstico diferencial entre o abcesso pulmonar e a pleurisia interlobar purulenta bronco-fistulizada, consiste, segundo GARIN et BERNAY, no seguinte: «l'abcès donne une image arrondie à contours plus ou moins flous et qui n'atteint pas à la fois le hile et la paroi thoracique; elle demeure toujours séparée de l'un ou de l'autre. La pleurésie interlobaire, au contraire, donne une image en bande nettement circonscrite et qui se prolonge depuis le hile jusqu'à la paroi thoracique» (2).

(1) M. D'HOOR (DE LILLE), «L'exploration des interlobes en radiologie pulmonaire», *Arch. Médico-Chir. de l'App. Respiratoire*, n.º 4, 1931, p. 156-157.

(2) J. VIDAL, «Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires», *retro*, n.º 2, 1932, p. 159.

Além destes caracteres radiológicos diferenciais o diagnóstico entre a pleurisia interlobar e o abcesso pulmonar pode e deve, ainda, basear-se noutros elementos: maior freqüência do abcesso que da pleurisia; vômica inicial geralmente mais precoce(1); *menor* e menos freqüentemente precedida de hemoptises e seguida de acalmia febril naquele do que nesta; presença habitual de fibras elásticas na espectoração do abcesso, etc.

A punção exploradora(2), possivelmente perigosa, bem como a broncoscopia (nem sempre viável), poderão concorrer também, como facilmente se depreende, para o diagnóstico entre as duas afecções.

Vemos, pois, que, à parte raríssimos casos, o diagnóstico diferencial entre o abcesso pulmonar e a pleurisia interlobar, além de relativamente fácil, é principalmente de natureza radiológica.

Sucedem assim, pelo menos, quando o abcesso está longe da corticalidade dos pulmões, isto é, quando é central, profundo e destituído, por consequência, de toda a sintomatologia local, física e acústica.

Quando superficial, na verdade, e sobretudo quando justa-cisural, tal diagnóstico é mais difícil e às vezes até

---

(1) Dizemos geralmente e não sempre, pois a vômica do abcesso pode ser, embora excepcionalmente, muito tardia: após dois e mais meses de evolução, ÉTIENNE BERNARD, «Les vomiques tardives au cours des abcès du poumon», *Paris Médical*, 2 Février 1931, p. 184.

(2) M. LÉPER, A. LEMAIRE, et P. SOULIÉ, «L'exploration transthoracique des abcès du poumon», *Soc. méd. des Hôp. de Paris*; 1932, pp. 299-308.

Siman Física

impossível, segundo SERGENT, para o qual a noção de *imagem radiológica cisural* deve ser substituída pela de *imagem da região cisural* «*C'est pour n'avoir par tenu suffisamment compte de cette notion qu'on a tant abusé du diagnostic de pleurésie interlobaire, ainsi que je l'ai montré avec KOURILSKY*» (1).

Noutros casos, ainda, as dificuldades de diagnóstico podem ser extremamente grandes. É que o abscesso nem sempre se traduz por uma imagem hidro-aérea, mais ou menos típica. Pelo contrário, pode apresentar-se sob a forma de uma sombra homogénia difusa ou limitada.

Entre os abscessos traduzidos radiologicamente por simples zonas de condensação figuram os abscessos pútridos primitivos: «*L'image radiologique, dite de condensation, caractérisée sur l'écran par une plage obscure homogène sans cavité visible, correspond dans une nombre important de cas à une cavité relativement volumineuse comblée de détritiques nécrotiques et creusée dans un bloc densifié*» (2).

Outra particularidade destes abscessos consiste, quando apresentam imagem cavitária, em esta ser radiologicamente menor do que a apresentada na intervenção cirúrgica ou nos exames necrósicos. O conhecimento destes factos é, como vemos, da maior importância para o diagnóstico, tratamento e prognóstico de tais abscessos. Quanto a este,

(1) E. SERGENT, «Gangrène pulmonaire et abcès du poumon», *Journal des Praticiens*, 1929, p. 113.

(2) E. SERGENT, R. KOURILSKY et R. GESSEN, «Sur l'image radiologique de l'abcès putride du poumon», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1932, p. 962.

SOMBRA  
HOMOGENEA  
DIFUSA ou LIMITADA

Abscessos Pulmões  
Primitivos

verifica-se que o desaparecimento da imagem cavitária não corresponde, por vezes, à sua cura, mas antes ao seu agravamento. «*La disparation radiologique d'une cavité, primitivement visible au sein d'une plage de condensation, ne permet pas d'affirmer sa disparition anatomique. Lorsque la plage opaque persiste, alors que la cavité a disparu, celle-ci est simplement comblée; on doit prévoir l'extension radiographique*» (1).

Quando há coexistência dos dois processos (a pleurisia geralmente secundária ao abscesso), compreende-se que aumentem ainda mais as dificuldades do respectivo diagnóstico.

Nestas condições êste só é possível recorrendo a outros meios, nomeadamente à broncoscopia.

As supurações pulmonares de origem cancerosa, existentes (2), mas raríssimas, devem contar-se também entre as causas que dificultam o diagnóstico do abscesso pulmonar agudo ou crónico (de preferência êste).

«*Le cancer du poumon affecte quelquefois une forme nécrosante, dite forme cavitare, et il peut alors prendre les*

(1) E. SERGENT, R. KOURILSKY et R. GESSEN, *loc. retro cit.*, p. 963.

(2) OLMER, RCUSLACROIX et POINSO, «Formes nécrosantes, cavitaires et suppurées du cancer primitif du poumon», *Ann. de Médecine* 1928, t. XXIII, p. 193; P. HARVIER et A. LICHTWITZ, «Forme suppurative du cancer hilare du poumon», *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1928, p. 1116; JEAN CATHALA, G. MAINGOT et STRÉE, «Cancer du poumon à forme d'abcès. Diagnostic différentiel radiologique des cavernes hydatique et cancéreuse», *retro*, 1931, p. 818; A. SOULAS, «Le diagnostic bronchoscopique des cancers broncho-pulmonaires», *retro*, p. 1536, etc.

apparences cliniques d'un abcès. C'est la forme suppurative du cancer du poumon, dont le diagnostique ne peut être établi avec certitude que par la bronchoscopie et la biopsie. A condition d'être familiarisé avec les caractères normaux du système bronchique, de sa muqueuse, de ses orifices, ou encore avec les signes endoscopiques des diverses variétés de suppurations broncho-pulmonaires, ou enfin avec les compressions d'origine médiastinale, on peut facilement reconnaître le tableau endo-bronchique particulier au cancer: coloration rouge foncé, infiltration plus ou moins sténosante de la muqueuse, son aspect chagriné, son état hémorragique tout à fait insolite; les anomalies de direction et de forme des tubes bronchiques; la sténose des orifices, sténose vraie endo-pariétale, et non par compression; et surtout la diminution ou plus encore l'abolition des mouvements physiologiques de bronches pouvant aller jusqu'à à la bronche figée qui se déplace en masse. Cette absence de rétrécissement expiratoire, d'expansion expiratoire, cette abolition des mouvements peristaltiques des conduits aériens, nous paraissent pathognomoniques» (1).

Broncoscopia

1

2

3

4

M

Como a broncoscopia vulgar também a chamada *broncoscopia radiológica* (bronco-radiografia lipiodolada etc.), pode permitir o diagnóstico de cancro pulmonar (2).

A confusão entre os dois estados mórbidos é sobretudo

(1) A. SOULAS, *loc. retro cit.*, p. 1536.

(2) RENÉ HUGUENIN et JACQUES DELARUE, «Importance diagnostique de la bronchoscopie radiologique dans les cancers primitifs du poumon, *Paris Médical*, 1933, p. 167.

possível quando o abcesso pulmonar se traduz, radiologicamente, por uma intensa e grande sombra de densificação.

«*Quand l'abcès du poumon donne à l'examen radiologique une image intense et uniforme occupant un lobe entier c'est avec le cancer du poumon qu'il faut faire le diagnostic. Quelquefois cette erreur a été commise*» (1).

Na determinação do seu diagnóstico rigoroso o abcesso pulmonar deve distinguir-se de tôdas as supurações estabelecidas através do aparelho respiratório: *das micoses pulmonares*, (raríssimas, excepcionais (2) e diagnosticáveis pelo exame microscópico e cultura da expectoração em gelose de SABOURAUD e no líquido de RAULIN); dos *quistos hidáticos supurados*, igualmente raríssimos e possuidores de evidente anamnese: (profissão, crises de urticária), imagem radiológica, eosinofilia sanguínea, reacções de WINBERG e CASONI positivas (3); dos *abscessos hepático, esplênico, sub-*

(1) E. LANZEANU, «Sur le diagnostic radiologique des abcès du poumon», *Journal de Rad. et d'Electrologie*, 1931, n.º 11, 1931, p. 614.

(2) MÁRIO SIMÕES TRINCÃO, «Um caso de aspergilose pulmonar primitiva. Considerações Clínicas e bacteriológicas». A publicar nos *Arquivos de Anatomia Patológica e de Patologia Geral*, vol. XIX; PAUL AIMÉ, PIERRE CREUZÉ et HUBERT KRESSER, «Mycose pulmonar à *penicillium crustaceum* avec signes cliniques et aspect radiologique d'abcès du poumon», *La Presse Médicale*, 1933, p. 761; P. NOBÉCOURT, «L'Actinomycose pulmonaire chez les enfants», *Gazette des Hôpitaux*, 1930, pp. 219-224; RODOLFO V. TALICE, (MONTEVIDEO), «Le concept actuel des mycoses médicales de l'appar. respiratoire», *Rev. Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, 1930, p. 181.

(3) ALBERTO COSTA, «O Quisto Hidático do pulmão e a vômica curativa», *A Medicina Contemporânea*, n.º 27, 5-VIII-931; E. BRESSOT, «L'aide du laboratoire dans le diagnostic des kystes hydatiques», *La Presse Médicale*, n.º 25,

Há q. continuação



*frênico* e *perinefrítico* e ainda do quisto hidático supurado do baço e do fígado, uns e outros pleuro-bronco-fistulizados e mais ou menos facilmente diagnosticáveis (1).

Depois da pleurisia interlobar, porém, as afecções que mais facilmente se podem confundir com o abscesso pulmonar (sobretudo quando crónico), são, incontestavelmente, pela sua freqüência e semelhança clínica, a dilatação dos brônquios e a tuberculose pulmonar, possivelmente associadas e inter-dependentes (2).

Na primeira o estado geral é melhor, a tosse e expectoração têm um carácter essencialmente matinal, falta a febre ou, se existe, é menor e mais fugaz, há deformações ósteo-articulares (dedos hipocráticos) (3), etc. Elementos de

Dilatações  
Bronquica

1932, p. 478; ROBERT CASTERAN, «Le diagnostic précoce des kystes du foie par la réaction de Casoni», *Journ. Méd. Français*, n.º 9, 1927, p. 374; DE GENES, «Le diagnostic de laboratoire et le traitement du kyste hydatique du poumon (Étude d'un cas de toxicité incluse)», *Paris Médical*, 21 Février 1931, p. 179; LUIGI PINELLI, *La Diagnosi Biologica d'ell' Echinococcosi* (G. GALLIZI, edit, Sarrari, 1932), etc.

(1) F. BEZANÇON et ETIENNE BERNARD, «Volumineux abcès ambien du du foie ouvert dans les bronches ayant par son début simulé une pneumonie et par les vomiques une suppuration pulmonaire. Interprétation des signes radiologiques. — Guérison par l'émétine et le novarsénobenzol», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1927, pp. 1728-1746; LOUIS RAMOND, *Vomiques, Conférences de Clinique Médicale Pratique* (Huitième Série), 1930, pp. 289-321.

(2) A. DUFOURT et PIERRE ETIENNE-MARTIN, «Les dilatations des bronches dans la tuberculose pulmonaire», *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Resp.*, n.º 4, 1932, pp. 310-333.

(3) LÉON BERNARD et MAURICE LAMY, «Arthropathies chroniques du type déformant au cours de la dilatation des bronches», *Ann. de Médecine*, n.º 4, XI-1932, p. 289; G. CAUSSADE, «Le doigt hippocratique», *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1932, p. 457; RENÉ BURNAND, «A propos de la communication de M. CAUSSADE sur le doigt hippocratique», *retro*, p. 528; A. LEMIERRE et JEAN LAVERGNE,

grande valor não são, todavia, suficientes para o seu diagnóstico rigoroso.

Êste faz-se, sim, mas pelo exame radiológico — simples e sobretudo, senão exclusivamente, após a injecção intra-traquial de lipiodol. A radiografia simples, com efeito, nalguns casos de bronquectásia saciforme, quasi sempre envolvida por intensas reacções pulmonares, pode dar imagens hidro-aéreas conduzindo ao falso diagnóstico de abcesso pulmonar (1).

*«Envisageant seulement les images typiques de bronche-ctasie, nous en tirerons les déductions suivantes, utiles au diagnostic :*

1.º *«Leur constatation suffit pour affirmer l'existence d'une dilatation bronchique; en effet, les cavités intraparenchymateuses (cavernes tuberculeuses, abcès, etc.) ne sont pas injectées par le lipiodol, dans la très grande majorité des cas. Le fait s'explique de la façon suivante: si la cavité est en communication large avec une bronche, le lipiodol injecte cette bronche de drainage, mais s'arrête brusquement avant de s'être introduit dans l'abcès rempli de pus et où il ne peut pénétrer. On donne à l'image ainsi obtenue le nom d'image d'arrêt. Mais le plus souvent le lipiodol n'injecte pas la cavité pulmonaire parce que celle-ci communique avec la bronche par un trajet irrégulier, tortueux et s'ouvrant dans la cavité bron-*

«Hippocratisme digital et amibiase intestinale», *retro*, p. 154; R. BENSUADE, P. HILLEMAND et P. AUGIER, «Hippocratisme digital et polypose intestinal», *retro*, p. 93, etc., etc.

(1) E. SERGENT, «Lipiodo-diagnostic et les fausses images cavitaires», *La Presse Médicale*, 1930, p. 825.

chique par une fissure plus ou moins étroite. C'est l'explication que donne Sergent et il l'illustre par la comparaison avec un entonnoir qui, s'il se présente par son embouchure évasée, recueillera le liquide qui s'écoule vers lui, mais qui ne se laissera pas pénétrer s'il se présente au contraire par son extrémité effilée;

2.º «Les images de dilatations bronchiques ont une signification un peu différente selon leur aspect: les types cylindriques et moniliformes indiquent des lésions anatomiques qui relèvent d'infections broncho-pulmonaires répétées et qui intéressent surtout la paroi bronchique; les types ampullaires ou sacciformes témoignent du rôle prédominante de la sclérose rétractile et, à ce titre, il faut surtout incriminer la syphilis. Ce sont à peut près toujours ces bronchectasies sacciformes qui entraînent une fétidité transitoire, en rapport avec la stagnation des sécrétions bronchiques et le développement des anaérobies.

«En résumé, le lipiodo-diagnostic permet presque à coup sûr de reconnaître l'existence de dilatations bronchiques» (1).

É claro, estas considerações impõem as reservas naturalmente inerentes à existência de bronquectásias abcedantes e de abscessos bronquectasiantes e bronquectásicos, em que as duas modalidades lesionais se associam em proporções variáveis.

«L'abcès tend vers la chronicité; la sclérose destinée à circonscire l'infection dépasse le but; épaissit et raidit sa paroi (abcès caverne, de Moiroud), gagne les bronches périphériques

(1) J. VIDAL, «Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires», *Archives Médico-Chir. de l'Appareil Respiratoire*, 1932, Paris, p. 162-163.

et les rend dilatées et béantes (abcès bronchectasiant, abcès éponge, de Moiroud): il n'y a plus de séparation nette entre lui et la dilatation bronchique» (2).

Além da bronquectásia (pura ou associada), também a *bronquite supurativa* pode simular o abcesso pulmonar. Expressão anátomo-clínica de certos abcessos peribrônquicos, como quere KOURILSKY (3) ou da *bronquectásia aguda* como pretendem outros autores (4), convém conhecê-la para, uma vez admitida, se confirmar ou não a sua existência.

Quanto à tuberculose pulmonar o seu diagnóstico faz-se geralmente com a maior facilidade, tendo em vista a anamnese, a presença do bacilo de KOCH na expectoração pesquisado quer directamente quer após homogenização, por inoculação a cobaias, cultura em meios especiais, etc.

A hipótese da gangrena pulmonar aguda, pela extrema gravidade do estado geral contrastando flagrantemente com a discreção dos sintomas locais (acústicos, radiológicos, etc.); pela fetidez da expectoração (*odeur de charogne*) e presença de espiroquetas (*S. vicenti*, *S. bucalis* e *S. intermedia*; *treponema dentium*), de anaeróbios (*B. fusiformis*,

(1) ANDRÉ GUIBAL, «Le traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires», *Arch. Médico-Chir. de l'Appareil Respiratoire*, n.º 2, 1932, p. 182.

(2) KOURILSKY, Cit. p. J. VIDAL, *loc. retro cit.*, p. 166.

(3) PAILLARD, «Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires chez l'adulte», *Journ. Méd. Français*, Mai 1920, p. 185; E. SERGENT, «Diagnostic et traitement de la dilatation des bronches», *Paris Médical*, 26 Novembre, 1927, pp. 421-432; P. TOUSSAINT et G. DERSCHÉID, «Essai de classification clinique des bronchectasies; leur traitement médical, chirurgical et bronchoscotérique», *La Presse Médicale*, 1933, p. 284.

Tuberculose

Gangrena  
P. aguda

Spiroquetas

*B. ramosus*, *B. funduliformis*, *B. fragilis*, *B. nebulosum*, *B. serpens*, *streptobacilus gracilis*, *micrococcus fœtidus*, *bacilus perfringens*, etc.) ao lado de alguns piogénios vulgares (*streptococcus viridans* e *hemolyticus*); a hipótese da gangrena pulmonar aguda, repetimos, pela sua evolução quasi sempre fatal — sobretudo quando maciça — não é de admitir como processo anátomo-clínico susceptível de se confundir com o abcesso. O mesmo se não pode dizer de certas formas subagudas, duradoiras, mais ou menos curáveis (muito frequentemente, segundo L. BERNARD e PELLISSIER (1), pela autopiovacinoterápia) e sobretudo das formas crónicas, verdadeiros abscessos pulmonares complicados de gangrena fruste, atenuada, designados por alguns autores *abscessos gangrenosos* (2) ou abscessos crónicos fétidos (3)... *la retention favorise le développement des anaérobies; l'abcès devient fétide, des foyers de nécrose apparaissent et s'étendent dans sa paroi épaissie et autour d'elle: il n'y a plus de demarcation précise entre lui et la gangrène* (4).

«*S'il existe une différence indiscutable entre la gangrène aiguë massive et l'abcès pulmonaire aigu à pyogènes, il est bien difficile de tracer la frontière entre les gangrènes chroni-*

(1) LÉON BERNARD e PELLISSIER, *Les suppurations gangréneuses du poumon*, J. BAILLIÈRE, édit, 1933.

(2) CAUSSADE, COYON et COTONI, cits. p. J. VIDAL, *loc. cit.*, p. 153-154

(3) *Ibid.*

(4) E. SERGENT et KOURILSKY, «Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon, Rapport au XXII<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine (Paris, Octobre 1932) cits. in *La Presse Médicale*, n.º 85, 1932, p. 1593.

ques à réchutes et certains abcès pulmonaires chroniques et putrides (1).

« Leur étude se rattache donc, par les liens les plus étroits, à celle des abcès du poumon: de par la clinique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, l'abcès ordinaire, l'abcès secondairement fétide, et fétide par intermittence ou sans répit, l'abcès fétide d'emblée, l'abcès putride, la gangrène classique forment une chaîne continue: il est malaisé d'en briser les maillons pour dresser des cloisons étanches entre ses différents termes » (2).

## LOCALIZAÇÃO

Convém fazê-la o mais rigorosamente possível, sobretudo quando se pretende tratar cirurgicamente e ainda pela aplicação local de vacinas ou substâncias antisépticas. Para isso pode recorrer-se à injeção intra-traquial de lipiodol (3); à estério-radiografia; ao compasso de HIRTZ, à punção transtorácica, e, finalmente, à broncoscopia praticada correntemente nos Estados Unidos da América do Norte após os trabalhos de CHEVALIER-JACKSON.

(1) ANDRÉ GUIBAL, *loc. cit.*, p. 182.

(2) MICHEL LÉON-KINDBERG et ROBERT MONOD, *loc. cit.*, pág. 7.

(3) A injeção-traquial de lipiodol, como vimos, permite localizar mais fácil e frequentemente a bronquectásia e os abscessos bronquectásicos do que propriamente os abscessos pulmonares e a pleurisia enquistada complicada de fístula brônquica. É que êstes dois últimos estados mórbidos, comunicando com os brônquios por trajectos geralmente estreitos e irregulares, difficilmente se deixam impregnar pelo lipiodol, SERGENT, *Les Grandes Syndromes Respiratoires*, II vol., 1925, p. 415-456.

## EVOLUÇÃO, PROGNÓSTICO E COMPLICAÇÕES

Dependem do carácter agudo ou crónico, circunscrito ou extensivo do abcesso; da doença que o motivou e ainda das suas complicações: hemoptises, que podem ser graves e mesmo fulminantes; abcesso cerebral; séptico-pioémia, pio-pneumotórax, esclerose pulmonar, bronquectásia, tuberculose (1), etc. Supuração habitualmente mono-microbiana, a evolução e o prognóstico do abcesso pulmonar dependem também do agente que o determina.

Assim é que o devido ao pneumococos (quando não complicado de pneumococcémia) é o mais benigno, seguindo-se-lhe, em gravidade crescente, os produzidos pelo estreptococos e pelo pneumobacilo de FRIEDLANDER, cujo poder necrótico é extremamente acentuado. O abcesso amibiano, mercê da sua terapêutica específica, — a emetina, verdadeira *pedra de toque* (2) — pertence também à categoria dos abcessos benignos, de evolução geralmente curta.

Primitivo (3) ou secundário (ao abcesso hepático, a uma

(1) E. SERGENT, R. KOURILSKY et COUVE, «Suppurations pulmonaires et tuberculose associée», *Rev. de la Tuberculose*, 1932, p. 742; E. SERGENT, I. GASPARD (de Jassy) et T. FU. PRUI (de Pékin), «Suppuration putride du poumon et reveil de tuberculose», *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Respiratoire*, n.º 1, 1933, p. 30.

(2) M. LABBÉ, «Abcès du poumon probablement amibiase guéri par l'émetine», *La Presse Médicale*, 1930, p. 993; ETIENNE BERNARD, *L'émetine dans le traitement des abcès du poumon*, Rapport au XXII<sup>e</sup> Congrès Fr. de Médecine, Paris, Octobre, 1932.

(3) VENDEUVRE, «L'amibiase extra-intestinale: quelques déterminations rares», *Maroc Médical*, n.º 105, 15 Mars 1931; DARGEIN et PLAZY, «Amibiase

amibiase intestinal aguda ou crónica, a uma septicémia amibiana (1), etc.), fazer o seu diagnóstico, que se impõe atendendo aos antecedentes, à concomitância de manifestações amibianas, francas ou discretas, à sua localização às bases (sobretudo direita), ao aspecto viscoso sanguinolento (côr de chocolate), carácter *amicrobiano* da expectoração e muito especialmente perante a eficácia, rápida e manifesta, do tratamento emético devidamente aplicado; fazer o seu diagnóstico, repetimos, é como que anunciar com tôda a segurança a sua cura imediata e completa.

Igual classificação merece a quasi totalidade dos abscessos secundários aos corpos estranhos dos brônquios (quando tratados precocemente), observados principalmente nas crianças.

*«Les abcès qui compliquent les corps étrangers endobronchiques ont une allure particulière. Ce sont, comme le fait remarquer CHEVALIER-JACKSON, plutôt des rétentions purulentes endobronchiques par un corps étranger oblitérant et moyennement septique, que de véritables abcès. Aussi, durant longtemps, leur guérison sans séquelles est-elle possible, soit*

pulmonaire pure; vomique; guérison rapide par l'émétine, maintenue et vérifiée ultérieurement», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1931, p. 1639; LÉON VANNIER, *Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire*, thèse de Paris, 1932.

(1) M. LÉON-KINDBERG et ROBERT MONOD, *loc. cit.*, p. 66; M. PETZETAKIS, *Amibhémie et abcès amibien primitif du poumon sans dysentérie. «La forme amibhémique de l'abcès du poumon»*. Sur un cas d'abcès primitif du poumon, ayant été précédé d'un long état pyrétique d'allure septicémique pendant plusieurs mois, opéré sans amélioration et guéri rapidement après traitement émétinique», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1930, pp. 1341-1349; «De la réalité de la cholécystite amibienne», *Ann. de Médecine*, t. xxv, n.º 1, Juin 1929.



*par expulsion spontanée du corps étrangers, soit par son extraction bronchoscopique» (1).*

Dos abcessos agudos circunscritos são ordinariamente benignos aqueles que evoluem num só tempo, sendo graves os que evoluem por crises, por *poussées* mais ou menos intensas e duradoiras (2), os que revestem uma forma septicémica, etc., etc. O abcesso agudo extensivo, realizando por vezes a chamada pneumonia dissecante, é sempre gravíssimo. Quanto, pois, a evolução dos primeiros é espontâneamente favorável, o que permite proclamar a eficácia das terapêuticas mais dissemelhantes e anódinas, é a dos segundos excepcionalmente grave a-pesar-dos mais ousados e rigorosos processos de terapêutica médica e cirúrgica.

O mesmo se pode e deve dizer dos abcessos pulmonares crónicos (secundariamente ou *d'emblée*), de tratamento tão difícil e tantas vezes ingrato, desesperante.

A estes abcessos, tão difíceis de curar e alguns até incuráveis, opõem-se os de cura espontânea (de evolução habitualmente curta) e cuja percentagem é mais ou menos variável: de 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, segundo KULLY; 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, segundo WESSLER; 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, segundo GRAHAM e 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, apenas, segundo LÉON-KINDBERG e ROBERT MONOD (3). De um modo particular: nos <sup>2</sup>/<sub>3</sub> dos abcessos simples, devidos a piogénios e de <sup>1</sup>/<sub>3</sub>, sòmente,

(1) J. HUTINEL, R. KOURILSKY et E. NICOLAS, *loc. cit.*, p. 710.

(2) SERGENT, cit. p. BEZANÇON et JACQUELIN, «Les grands abcès du poumon à pyogènes. Formes anatomo-cliniques, pronostic e traitement», *Paris Médical*, 16 Février 1929, pp. 167-175.

(3) *Loc. cit.*, p. 138.

nos abscessos pútridos *d'emblée* (1). Esta maior ou menor percentagem de curas espontâneas, deve, como salientam vários autores, especialmente SERGENT e KOURILSKY (2), conjuntamente com as «acalmias enganadoras e as falsas curas», ser devidamente considerada na apreciação da eficácia terapêutica atribuída a certos medicamentos: emetina, urotropina, álcool, etc.

## TERAPÊUTICA

Mais médica do que cirúrgica nos abscessos agudos e mais cirúrgica do que médica nos abscessos sub-agudos e crónicos, consiste essencialmente: nos primeiros em injeções, a distância ou localmente, de substâncias antisépticas (óleo gomenolado, eucaliptolado e gaiacolado), de soros e vacinas (3), na injeção endovenosa de neosalvarsan (4) de urotropina, tripaflavina, etc.; em injeções subcutâneas (5)

(1) E. SERGENT et R. KOURILSKY, *loc. cit.*

(2) *Ibid.*

(3) GEORGES ROSENTHAL, «Vaccinothérapie locale et broncho-pulmonaire par trachéo-fistulisation temporaire», *Paris Médical*, 1928, p. 601.

(4) P. CAMPUS, «Traitement de l'abcès pulmonaire par l'arsénobenzol, La Diagnosti», t. x, Juillet 1930, cit in *La Presse Médicale*, 1931 (*Rev. des Journ.*, p. 114); LANGERON (L.) et H. D'HOUB, «A propos du traitement médical des abcès du poumon», *Jour. des Sciences Médicales de Lille*, 7 Septembre 1930; RENÉ MIGNOT, «Le traitement des suppurations pulmonaires», *La Presse Médicale*, 1930, p. 387, etc.

(5) S. IAGNOW, «Le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorydrate d'émétine. Faits Cliniques. Travaux expérimentaux», *Ann. de Médecine*, Juillet, 1928, p. 223; GR. NUBERT et D. BRANISTEANU, «L'émétine

e endovenosas de emetina(1); na *postural drainage* (método de GARVIN ou de QUINCKE)(2); no tratamento pela sêde(3), pela tintura de alho (xx a xl gôtas por dia), etc.

Nos abscessos agudos e nas *poussées* dos subagudos e crônicos, bem como em certas broncopneumopatias (dilação brônquica, pneumonia supurada e vulgar(4), etc.), são também de aconselhar, pela sua, ao que parece, demonstrada eficácia, as injeções endovenosas de álcool absoluto dissolvido em sôro fisiológico (álcool 33 cc.; sôro fisiológico 67 ou álcool 20 cc. e sôro fisiológico 80), simples ou associado à insulina(5) na dose quotidiana

comme traitement des suppurations pulmonaires non ambiennes», *La Presse Médicale*, 1930, p. 132; CH. MATTEI, *Notes sur l'emploi de l'émétine dans le traitement des abcès du poumon*, Com. au XXII<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine (Paris, 10-12 Octobre 1932; ETIENNE BERNARD, *L'émétine dans le traitement des abcès du poumon*, in *Le traitement Médico-Chirurgical des Abcès du Poumon*, Masson, édit., 1933.

(1) L. LAEDERICH et G. POUMEAU-DELILLE, «Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1929, p. 295.

(2) M. JANBON, «Le traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires», *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Respiratoire*, n.º 2, 1932, p. 174.

(3) L. MAROY, *Traitement des abcès pulmonaires par la cure de soif*, Com. au XXII<sup>e</sup> C. Fr. de Médecine, Octobre 1932; J. MOUZON, «Cure de soif dans le traitement des suppurations broncho-pulmonaires», *La Presse Médicale*, 14-V-927, p. 615, etc.

(4) DIOGO FURTADO e FERNANDO DA SILVA ARAUJO, «Tratamento das flegmâsias agudas do pulmão pelas injeções intravenosas de álcool», *Lisboa Médica*, 1932, p. 942-957.

(5) ANASTAZY LANDAU et STANISLAW KAMINER, «Sur le traitement des affections pulmonaires purulentes par des injections intraveineuses d'alcool», *La Presse Médicale*, 1932, p. 1240; ANASTAZY LANDAU, M. FEJGIN et J. BAUER, «De l'efficacité du traitement des affections pulmonaires suppuratives par les injections intraveineuses d'alcool a 33 pour 100», *Polska Gazeta Lekarska*,

de 10 a 30 cc. ou ainda dissolvido em sôro glicosado a 40 0/0 (1).

Admitindo que a sua acção é devida ao seu pneumotropismo (2), mais do que ao seu bacteriotropismo, êste método terapêutico sugere-nos novas e diferentes applicções (3).

Como veículo de outros medicamentos (iodo, cálcio, sais de ouro, de acridina, etc.) e, para tal efeito mais diluído, de 3 a 5 0/0, por exemplo, obstando à esclerose venosa, etc.), ¿não poderá ensaiar-se o seu emprêgo noutras pneumopatias e sobretudo na tuberculose? Localizando, fixando electivamente no tecido pulmonar êste ou aquele agente medicamentoso, ¿não será capaz de provocar alterações ângio-tróficas ou exercer uma bacilo-lise fortemente salutaes?

Mais, ¿não poderão estes solutos servir de veículo ao BCG (ou a outros bacilos antigênicamente semelhantes) realizando uma vacinação pulmonar e geral anti-tuberculosa mais ou menos eficiente (4)?

---

n.º 11, 1931, *cit. retro*, 1931 (*Rev. des Journaux*, p. 111); LAIGNEL LAVASTINE et PAUL GEORGES, «Action favorable des injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires», *retro*, p. 1556.

(1) M. SZAJNA, «Traitement de la pneumonie lobaire par les injections intraveineuses d'un solution d'alcool éthylique et de glycose, *cit. retro*, 1931 (*Rev. des Journaux*, p. 256).

(2) A. LANDAU, M. FEJGIN et J. BAUER, *loc. cit.*

(3) *Ibidem.*

(4) Como veículo de um sal de ouro — a crisalbina — com as precauções requeridas, ensaiámos nós a sua eficácia num caso de tuberculose pulmonar,

Quando superficiais e complicados de pleurisia purulenta; quando se esvaziam insuficientemente; se fazem acompanhar de mau estado geral, de temperatura alta e, finalmente, quando a expectoração se torna fétida ao cabo de algum tempo, sinal evidente de necrose tissular e de hipervirulência microbiana, os abscessos pulmonares agudos exigem intervenções cirúrgicas diversas, adequadas, na oportunidade e modalidade, às condições locais e gerais apresentadas pelos doentes (1). Comuns aos abscessos crónicos, cuja terapêutica medicamentosa é de efeitos tão aleatórios e contingentes, tais intervenções consistem: na broncoscopia aspiradora, eficaz em muitos casos (2) (capaz

---

não nos sendo possível, pela sua natural gravidade e evolução fatal, concluir fidedignamente a tal respeito.

(1) E. SERGENT, A. BAUMGARTNER et R. KOURILSKY, «Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires», *Bull. de l'Acad. de Médecine*, n.º 8, 1929, p. 298-319; M. LÉON-KINDBERG, «Le traitement des suppurations pulmonaires», *La Science Médicale Pratique*, 1 Mai 1931; ROBERT MONOD, «Abcès du Poumon», *Clinique et Laboratoire*, n.º 12, 1932, p. 236; E. CURTILLET, «Contribution à l'étude des suppurations Pulmonaires non tuberculeuses et en particulier de leur traitement chirurgical», *Thèse d'Alger*, Baconier, édit, Alger, 1932.

(2) J. GUISEZ, *A propos du traitement par les méthodes directes des suppurations intrapulmonaires*, Com. au XXIIº C. Fr. de Médecine (Paris, 10-12 Octobre 1932); A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG et A. SOULAS, «Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires», *retro, cit.* in *La Presse Médicale*, 1932, p. 1194-1195; JEAN CATHALA et STRÉE, «Gangrènes et abcès du poumon traités par la bronchoscopie», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1931, p. 1911; BLOCH, SOULAS et ANCOIN, *La Bronchoscopie. État Actuel de la Question*. Imprimerie Chantoney, Paris; M. TERRACOL, «Les données générales du traitement bronchoscopique des suppurations broncho-pulmonaires», *Arch. Médico-Chir. de l'App. Resp.*, n.º 2, 1932, p. 193.



não só de curar os abcessos mas as ainda de fazer a profilaxia e de curar, também, sobretudo quando recentes (1), as conseqüentes bronquectásias) e tratamento único, radical, desde que não seja excessivamente tardio, dos abcessos secundários aos corpos estranhos endo-brônquicos; na injeção intra-traquial de neosalvarsan (2), no pneumotórax (3), útil nos abcessos profundos, unilaterais, etc. e perigoso nos superficiais, pois pode determinar facilmente um pio-pneumotórax gravíssimo, mortal; na frenicectomia (4) indicada nos abcessos da base, não superficiais e providos de boa drenagem; na pneumotomia e pneumectomia segundo a técnica de EVARTS GRAHAM (5), de LILIENTHAL (6) (pelo termo,

(1) A. SOULAS, «Résultats du traitement bronchoscopique dans les dilata-tions des bronches d'après 50 observations», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 360.

(2) MARIANO CASTEX, cit. p. SERGENT, BAUMGARTNER et KOURILSKY, *loc. cit.*

(3) P. BRÉCHOTEAU, «Contribution à l'étude du traitement des abcès du poumon par le pneumothorax», *Thèse de Paris*, 1928, Arnette édit; ANDRÉ JACQUELIN, «Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurations», *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1931, p. 812; MONZAFFER CHEVKI, «Quatre cas de suppurations pulmonaires putrides traités médicalement et par le pneumothorax artificiel», *retro*, p. 1635; M<sup>LE</sup> H. PELLISSIER, «Le Pneumothorax Artificiel, Traitement des Abcès du Poumon», *Thèse de Montpellier*, 1930, etc.

(4) ANDRÉ GUIBAL, *loc. cit.*, p. 184; ANDRÉ JACQUELIN, MARCEL PERRAULT et JEAN GORRE, «Les méthodes collapsothérapeutiques (pneumothorax et phrénicectomie), dans le traitement des abcès gangréneux du poumon», *Com. au XXII<sup>e</sup> C. Fr. de Médecine*, cits. in *La Presse Médicale*, 1932, p. 1557, etc.

(5) E. A. GRAHAM, «Lung suppuration; cautery-pneumectomy», *Ann. of Surgery*, August 1927; «The bronchoscopy and surgical treatment of pul. suppurations», *Amer. Rev. of Tuberc.*, January, 1928.

(6) LILIENTHAL, «Non-tuberculous Pulmonary Suppuration. A Comparison Operation and their Results», *Arch. of Surgery*, n.º 1, 1928, p. 206-214.

electrocautério ou bisturi de alta freqüência) e de COQUELET (cúneo-peumectomia progressiva)(1).

Além destas intervenções cirúrgicas, empregadas umas nos abscessos agudos e outras nos crônicos, podem ainda realizar-se nestes últimos, como especial indicação terapêutica, o *descolamento pleuro-parietal* (nos casos de abscesso único, limitado, com boa drenagem brônquica e localizado de preferência à vizinhança do vértice); a *toracoplastia* (nos abscessos crônicos, bem drenados e relativamente superficiais sem que, todavia, estejam muito próximos da pleura) e a lobectomia, modalidade da pneumectomia.

Esta última operação, de excepcional gravidade, mas a única eficaz em certos abscessos (antigos e difusos, ou numerosos, com pio-esclerose) pode fazer-se em um só tempo, conforme a técnica de LILIENTHAL, e em dois ou mais (muito menos grave), segundo a técnica de vários autores.

Em resumo, para a judiciosa e oportuna aplicação desta variada terapêutica médico-cirúrgica, cujas indicações são por vezes tão difíceis de estabelecer, torna-se necessário averiguar o mais rigorosamente possível qual o estado anátomo-clínico do processo supurativo pulmonar.

Para tal efeito, muito mais do que para o diagnóstico,

---

(1) M. JANBON, *loc. cit.*, p. 176-177; BAUMGARTNER, «Sur la pneumectomie dans les suppurations pulmonaires», *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1933, p. 37; G. LARDENOIS, *Les séquelles des abcès du poumon. Chirurgie complémentaire et réparatrice*, Rapport au XXII<sup>e</sup> C. Fr. de Médecine; E. SERGENT, R. KOURILSKY et POUMEAU-DELILLE, «Quelques considérations sur les indications respectives de la pneumectomie et de la pneumotomie partielle dans le traitement des abcès du poumon», *La Presse Médicale*, 1931, p. 1451.

embora útil, como o deixámos subentender, nos abscessos bronquectásicos e bronquectasiantes, nas bronquectásias abcedantes e ainda nos abscessos peri-brônquicos, é que a lipiodo-radiografia bronco-pulmonar é muito importante e geralmente necessária.

Como avisadamente diz KOURILSKY (1) (nestes casos bem como no da existência de fistulas cutâneas, permitindo inquirir da sua dependência de uma supuração parietal, pleural, pulmonar ou bronquectásica), sem êste precioso meio de investigação o tratamento cirúrgico dos abscessos pulmonares é contingente, arriscado, quer fazendo-se uma em vez de outra operação — mais indicada, porventura a única indicada — quer, mesmo que em tais condições, de uma maneira insuficiente e até nociva.

De um modo geral, podemos dizer que, até dois meses, o seu tratamento é essencialmente médico, broncoscópico e pneumotorácico. Do terceiro ao sexto (abscessos crónicos recentes), consiste em intervenções cirúrgicas indirectas: toracoplastia, descolamento pleuro-parietal, frenicectomia e pneumotorax (conforme os casos). Finalmente, do sexto mês em diante (abscessos crónicos inveterados), a terapêutica, mais ingrata e difícil, é constituída principalmente pela pneumectomia. Nesta fase, com efeito, só a exérese dos tecidos mórbidos, misto de supuração e de esclerose, (pio-esclerose de COQUELET), pode conduzir à cura do abscesso

---

(1) R. KOURILSKY, «L'injection de Lipiodol dans les abcès du poumon», *Arch. Médico-Chir. de l'App. Respiratoire*, 1931, p. 127-143.



pulmonar. A pneumotomia, susceptível de ser útil em tôdas estas formas de abcessos pulmonares, constitui, como a broncoscopia, ora uma operação suficiente ora um processo preliminar, de introdução a outros mais complexos e activos. Como intervenção cirúrgica do primeiro tipo está particularmente indicada nos abcessos recentes e superficiais, como facilmente se deduz.

*«Pour les abcès récents et superficiels, l'établissement du drainage réalisé par pleuro-pneumotomie en un temps peut être des plus simple et après un bon repérage n'offrir guère plus de difficultés qu'un banal abcès de la paroi ou des membres. On leur applique la technique qu'on leur appliquait autrefois avec succès quand on pensait intervenir pour des pleurésies interlobaires» (1).*

## OBSERVAÇÕES

Obs. I. — A. P. casado, carregador, de 52 anos de idade.

A. H. — Nulos.

A. P. — Fraqueza geral aos 10 anos, durante 2 meses; Paludismo e disenteria amibiana (?) em África, entre 1899 e 1903; três pneumonias ou congestões pulmonares (lado esquerdo) aos 37, 41 e 47 anos, respectivamente.

H. P. — Em 27 de Novembro de 1928 começou a ter arrepios e febre (aqueles, ligeiros e apenas durante dois dias), ao mesmo tempo que lhe appareceu tosse com expectoração mucosa. Quinze dias depois a temperatura, até aí relativamente baixa, elevou-se; appareceram de novo os arrepios, agora intensos e duradoiros, associando-se-lhe diarreia e emagrecimento acentuado. O clínico

---

(1) ROBERT MONOD, «Des avantages des interventions directes dans les abcès du poumon à propos de quatre cas récents», *Bull. et Mém. de la Soc. National de Chirurgie*, 1933, p. 779.

que o tratava nessa ocasião fêz o diagnóstico de *febre intestinal*, aplicando-lhe, no entanto, alguns revulsivos no tórax (vértices e base esquerda), sinal evidente de que aí existiam fenómenos congestivos mais ou menos intensos.

Em fins de Dezembro, após uma tarde de tosse forte, apareceu-lhe expectoração purulenta e fétida (prenunciada pelo mau hálito que o doente tinha desde há 3 ou 4 dias), ora fracionada ora sob a forma de pequenas vómicas, na quantidade de 300 a 500 c. c. por dia. A temperatura, após alguns dias, normalizou-se para se elevar a 38°, 5 no dia 12 de Fevereiro, razão porque deu entrada no Hospital em 14 de do mesmo mês, apresentando: grande abatimento geral; expectoração abundante e fétida (de 200 a 300 c. c. por dia); temperatura entre 36,7 e 38°,5 — até ao dia 20 — em que se tornou normal; ralas crepitações na metade inferior e posterior do pulmão esquerdo com ligeiro aumento da sonoridade à percussão e, à palpação, pequenas zonas de aumento das vibrações vocais alternando com outras de vibrações normais e até diminuídas; respiração levemente soprante no espaço inter-escápulo-vertebral direito, etc.

*Exame radioscópico do tórax:* «*Sombra de densificação na parte média do pulmão esquerdo e fibro-esclerose hilar direita*» (16 de Fevereiro de 1929); Wassermann do sangue — negativa.

*Exames laboratoriais:* Na expectoração, ausência de amibas, de bacilos de Koch e de espiroquetes; presença de cócos e diplocócos Gram-positivos; raros pneumococos.

*Exame parasitológico das fezes:* Negativo.

Outros exames radioscópicos do torax feitos ulteriormente foram sensivelmente iguais ao primeiro. O último, porém, feito em 18-IV-1929 acusou uma diminuição considerável da densificação primeiramente observada.

*Tratamento:* Injecções de óleo gomenolado, de neosalvarsan e de emetina, (0,8<sup>o</sup>01 a 0,8<sup>o</sup>02), segundo a técnica de IAGNOV; de toni-cardíacos, ingestão de tintura de alho, de hiposulfito de sódio, etc.

*Resultado:* Cura (27-IV-1929) seguida, um ano depois, aproximadamente, de tuberculose pulmonar ligeira (com baciloscopia positiva), curada, clinicamente, após 15 a 18 meses (radiografia n.º 1, tirada em 9-II-1933).

Obs. II. — A. I. de A., solteiro, de 19 anos de idade, trabalhador rural.

A. H. — Sem importância.

A. P. — Sarampo aos 10 e paludismo aos 17 anos (de Junho a Outubro de 1925).

H. P. — Em fins de Fevereiro de 1928, logo depois de ter atravessado um

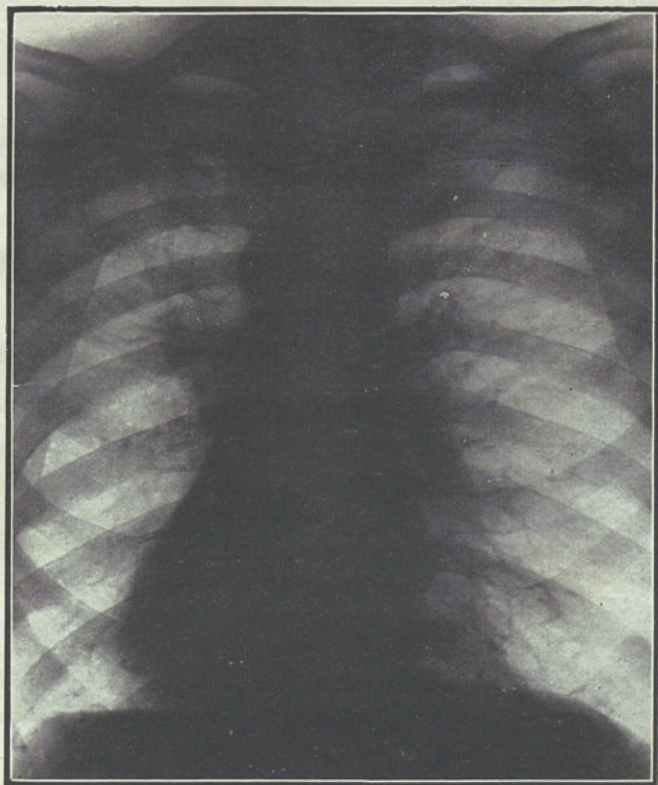


Fig. 1

«Fibro-esclerose hilar bilateral, sobretudo à direita».

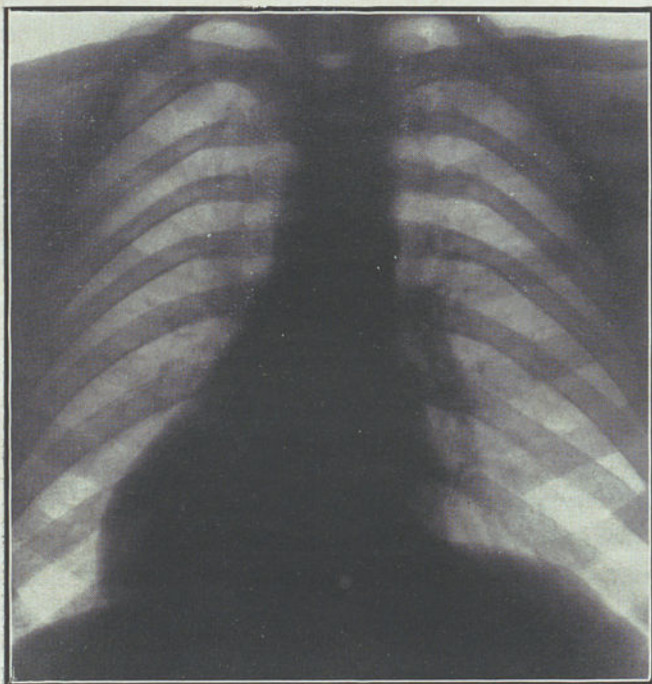


Fig. 2

«Aumento das sombras hilares e reacção linfagítica da zona intercleido-hilar esquerda».

rio, descalço, sentiu uma forte pontada na base do hemitórax direito. Quatro dias depois, bruscamente, apareceu-lhe tosse com expectoração escura a qual, 8 dias mais tarde, se tornou fétida, purulenta, alternando com pequenas hemoptises e sendo acompanhada de temperatura alta. A pontada passou com o aparecimento da expectoração purulenta, expulsa ora de uma forma sub-contínua ora sob a forma de vômicas maiores ou menores.

*Estado no dia em que baixou ao Hospital (20-IV-1928)*: Grande prostração geral, tosse violenta com expectoração abundante e fétida (alternadamente purulenta e hemoptóica); roncos, sibilos e ralas crepitantes (aqueles nos vértices) estas na base pulmonar direita com submatidez e ligeiro refôrço das vibrações vocais; na base esquerda sinais de lesões pleuro-pulmonares (abolição do murmúrio vesicular, matidez e abolição das vibrações vocais); temperatura: 37,5 de manhã e 39º de tarde. No dia 28, hemoptise de 300 a 400 c. c., sobrevinda bruscamente, durante um acesso de tosse, pondo a vida do doente em grave risco.

*Exames laboratoriais*: Vestígios de albumina nas urinas (22-IV); normais desde 5-V; *Wassermann* do sangue, negativa; exame radioscópico do torax: (23-IV): «Sombra de densificação uniforme no terço inferior do pulmão esquerdo, correspondendo a lesões córtico-pleurais; ângulo diafragmático normal»; *idem* dez dias depois e *negativo* no dia 21-VI, a-pesar-de, clinicamente, existirem ainda sintomas de lesões córtico-pleurais, mais atenuados, todavia, que quando o doente foi hospitalizado.

*Exame bacteriológico da expectoração* (feito em 3 vezes): ausência de bacilos de Koch e de espiroquetas; presença de numerosos pneumococos.

*Tratamento*: Igual ao da obs. I, com excepção do neosalvarsan.

*Resultado*: Cura (21-VI-1929), mantida desde então (observação clínica e radiográfica (fig. 2) feitas em 19-I-1933).

Obs. III. — J. F., carpinteiro, de 20 anos de idade, natural e residente na Granja do Ulmeiro, sem antecedentes hereditários e próprios dignos de registo, internado em 2.ª M. h. desde 8 de Fevereiro até 12 de Março de 1932.

Nos princípios de Dezembro de 1931, após uma gripe ligeira, começou a ter astenia, arrepios, febre, tosse discreta com expectoração mucosa, suores nocturnos, etc. Dois meses depois, aproximadamente, a tosse tornou-se forte, e a expectoração, pouco e pouco, francamente purulenta e abundante (de 150 a 200 c. c. por dia) saindo fraccionadamente, por vômicas numulares ao mesmo tempo que a febre, os suores, etc., se iam atenuando. Com temperatura sub-

febril ao ser hospitalizado (entre 36,7 e 37°,6) e ainda com expectoração purulenta de 150 a 200 c. c. por dia, uma e outra desapareceram após duas semanas, bem como os discretos sinais congestivos (sibilos e ralas crepitantes) existentes no terço superior do pulmão esquerdo.

*Exames laboratoriais:* Urinas, normais; *Wassermann* do sangue, negativa.

*Exame parasitológico das fezes:* «Ausência de ovos e parasitas»;

*Exame hematológico* (em 17-II):

Hemoglobina. . . . .	90 %
Glóbulos vermelhos . . . . .	4.096.000
Glóbulos brancos . . . . .	8.000

sendo :

Polinucleares neutrófilos. . . . .	57,5 %
Linfocitos (pequenos e médios) . . . . .	24,4 %
Grandes mononucleares . . . . .	5,2 %
Eosinófilos . . . . .	12,9 %

e em 7-III:

Hemoglobina. . . . .	100 %
Glóbulos vermelhos . . . . .	4.912.000
Glóbulos brancos . . . . .	7.000

sendo :

Polinucleares neutrófilos. . . . .	32,5 %
Linfocitos (pequenos e médios) . . . . .	37,3 %
Grandes mononucleares . . . . .	6,1 %
Eosinófilos. . . . .	24,1 %

*Exame da Expectorção:* Ausência de bacilos de Koch em 10 e em 15-II (mas presença de pneumococos em 15); presença de estafilococos e de alguns pneumococos (em 17-II).

*Radiografias do torax:* Figs. 3 e 4.

*Tratamento:* Expectorantes e injeções sub-cutâneas de óleo gomenolado e de emetina.

*Resultado:* Cura completa, definitiva.

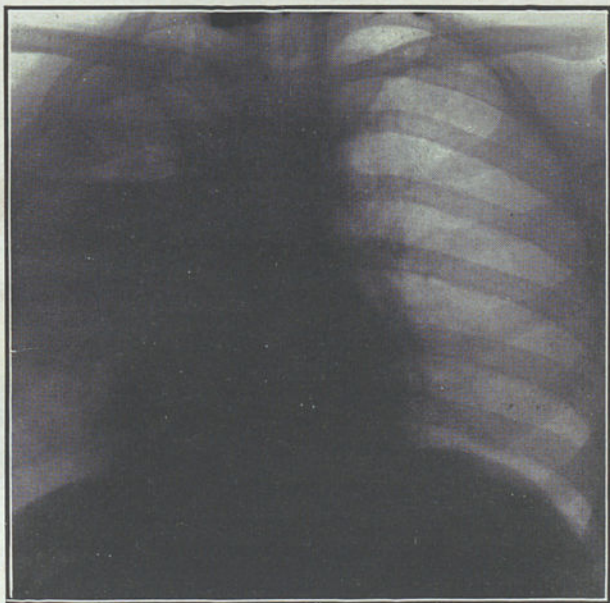


Fig. 3

«Sombra de abcesso pulmonar à esquerda (terço médio).

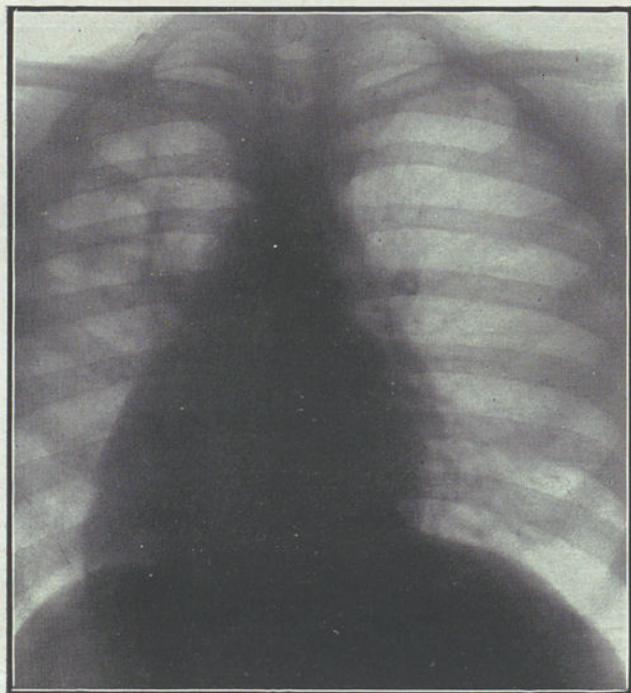


Fig 4

«Sombras de esclerose pulmonar na região infra-clavicular esquerda».



Obs. IV. — A. M. I., trabalhador rural, de 43 anos de idade, sem antecedentes hereditários e colaterais dignos de menção e tendo como antecedentes próprios *vítligo* (em placas disseminadas por todo o corpo mas predominando no dorso) desde creança; paludismo aos 12 e gripe *bronco-pneumônica* em 1918, aos 29 anos, portanto.

Em meados de Maio de 1932, andando *engripado* há uns dias, teve uma pontada na região infra-mamilar esquerda, acompanhada de arrepios, febre e tosse com expectoração hemorrágica tornada purulenta oito a dez dias depois, a princípio diminuta e fraccionada, depois abundante e expulsa por vezes sob a forma de vômicas, algumas das quais sufocantes.

Como não melhorasse sensivelmente resolveu hospitalizar-se, o que fez em 16 de Julho (Enfermaria T. h.), apresentando: emagrecimento, tosse intensa e expectoração purulenta abundante, febre acentuada, sinais congestivos pleuro-pulmonares no terço médio do hemitorax esquerdo, etc.

*Exame radioscópico do torax* (em 18-vii): «Aumento das sombras hilares; grande mancha de densificação ocupando o terço médio do pulmão esquerdo, em relação com a sombra hilar».

*Na expectoração*: Ausência de bacilos de Koch e presença de pneumococos. Desde fins de Julho a 17 de Agosto acalmia, supressão, quasi, do estado febril e atenuação dos fenómenos locais e da expectoração com recrudescência daquele (por efeito de uma varíola do tipo vulgar) até 24 do mesmo mês. Desde então até 29 de Setembro nova acalmia de todos os sintomas seguida do seu agravamento (temperatura entre 36,7 e 39°, emagrecimento, tosse acentuada e expectoração purulenta abundante, etc.) até meados de Outubro não obstante uma terapêutica variada: emetina, óleo gomenolado, neosalvarsan e expectorantes.

Transferido em 4 de Novembro para 4.ª M. h. e como o seu estado local e geral não melhorasse sensivelmente até meados de Dezembro, consentiu que lhe fizessem a frenicectomia — até então repelida enèrgicamente — feita em 30-xii-32, seguida (oito a dez dias), de manifesta acalmia (aumento imediato e diminuição ulterior da expectoração, baixa da temperatura, etc.), instalando-se depois, durante duas semanas, aproximadamente, terceiro e último agravamento, jugulado com injeções de neosalvarsan e de álcool dissolvido em soroglicosado.

*Exames laboratoriais*: Na expectoração, ausência de bacilos de Koch e presença de alguns pneumococos (22-vii); idem em 30-vii e em 15-xii; Urinas, normais (examinadas numerosas vezes); *Wassermann* do sangue, negativa (6-viii).

*Radiografias do torax:* Figs. 5, 6 e 7.

*Resultado:* Cura clínica.

Obs. V. — A. L., trabalhador rural, de 36 anos de idade, sem quaisquer antecedentes de importância.

Em meados de Outubro de 1932, subitamente, após alguns dias de gripe acompanhada de tosse ligeira, sentiu uma grande pontada na parte médio-lateral do hemitorax direito e acompanhada de hipertermia e, algumas horas depois, de tosse intensa e de expectoração muco-sanguínea. Com o tempo esta tornou-se abundante atenuando-se, conjuntamente com o estado febril, ao cabo de uma semana para recrudescerem de novo (aquela tornada *purulenta* e expelida sob a forma de vômitos de abundância variável) passados três dias.

Internado em 4.<sup>a</sup> M. h. desde 5 de Novembro de 1932 a 7 de Janeiro findo (depois de observado no Dispensário Anti-tuberculoso dos Hospitais da Universidade onde uma intensa crise de tosse, ao ser examinado, lhe fêz expelir 150 a 200 c. c. de pus), manteve-se sempre apirético, com discretos sinais congestivos na parte média do hemitorax direito, tosse rara e ligeira expectoração purulenta, extintas no fim de três a quatro dias.

*Exames laboratoriais:* Radiografias do torax, figs. 9 e 10; Urinas, normais; *Wassermann* do sangue, negativa.

Na expectoração, ausência de bacilos de Koch e presença de pneumococos (em 5-xi) e sua ausência em 12-xii.

Nas fezes, ausência de amibas e quistos mas presença de *tricocephalus dispar* e de ovos de *ascaris lumbricóides* (10-xii).

*Tratamento:* Contra a parasitose intestinal timol, tomado em duas séries de três dias cada uma, produzindo a sua cura no fim de duas semanas; contra o abcesso, expectorantes e injeções sub-cutâneas de óleo gomenolado e de emetina.

*Resultado:* Cura completa, mais expontânea, cremos, do que devida à terapêutica instituída. Com efeito, não sendo êste abcesso de natureza amibiana e apresentando-se esvaziado (radiografia 9), apirético o doente, etc., parece-nos verdadeira tal opinião.

Obs. VI. — M. F. da C., de 52 anos, ferreiro, dado, desde há muito, ao uso imoderado do vinho.

Em princípios de Dezembro de 1932, por efeito de uma queda sobre a base

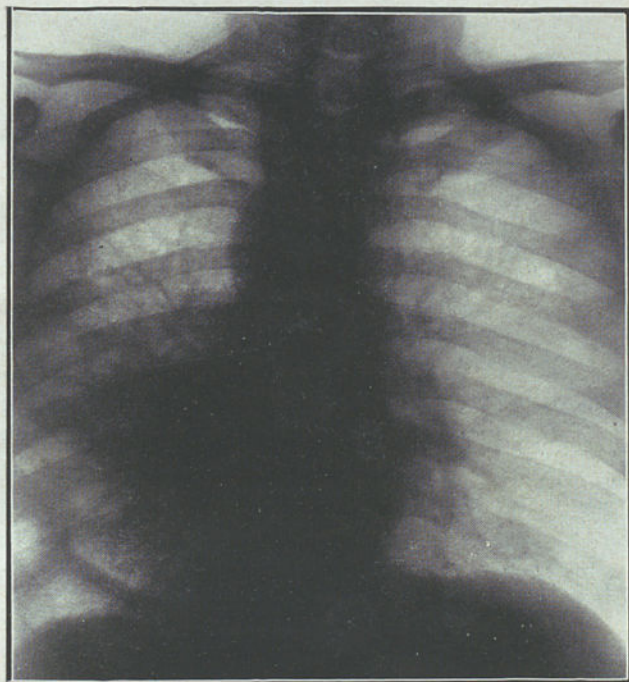


Fig. 5

«Sombra de densificação do lobo inferior esquerdo com aderências pleurais à cúpula diafragmática».

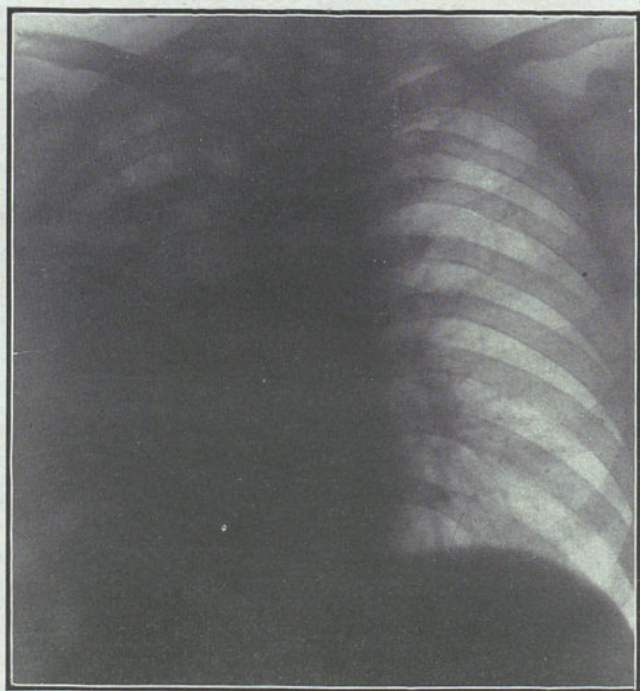


Fig. 6

«Opacificação de quasi todo o hemitórax esquerdo, principalmente na base, com grande reacção pleural».

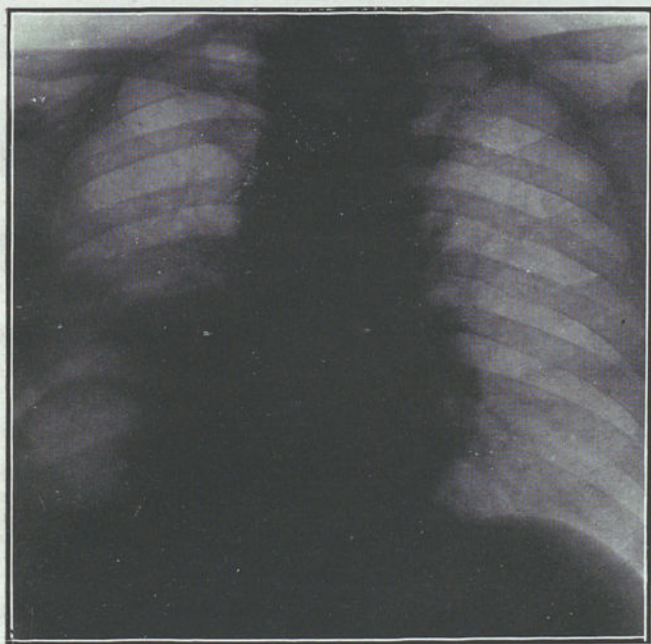


Fig. 7

«Sombra de densificação na base do hemitórax esquerdo com grande ascensão da cúpula diafragmática».

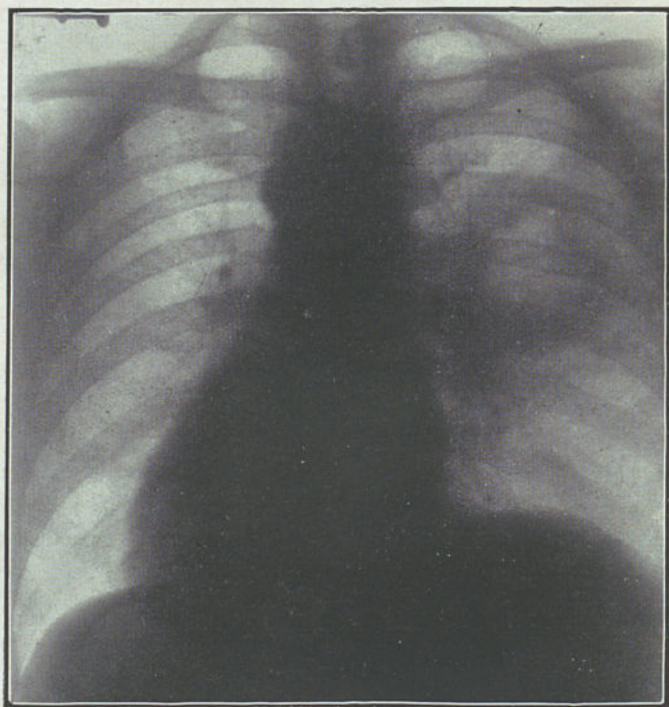


Fig. 8

«Abscesso esvaziado do lobo médio direito com grande reacção  
fibrosa periférica».

do hemitorax esquerdo, da qual resultou a fractura de uma costela, começou a sentir dores na região traumatizada, acompanhadas de febre, tosse e expectoração muco-sanguínea. Oito a dez dias depois, bruscamente, durante um violento acesso de tosse, teve uma vómitica ligeira (de 30 a 50 c. c. de pus), seguida de outras de intensidade variável ao mesmo tempo que a expectoração se ia tornando gradual e progressivamente fétida. Daí, conjuntamente com a persistência da febre e o agravamento do estado geral, a sua hospitalização, feita em 15 do referido mês de Dezembro, apresentando: temperatura entre 37,2 e 38,5 a 39°; taquicardia; sinais congestivos ligeiros na fossa infra-clavicular direita e base esquerda e muito acentuados, com ralas sub-crepitantes, atritos pleurais, matidez, etc., na base esquerda; dispneia e tosse intensa, expectoração purulenta fétida com raros pneumococos e ausência de bacilos de Koch; urinas sem elementos anormais (16-xu):

*Radiografia do tórax:* Fig. 10.

*Terapêutica:* Injecções sub-cutâneas de emetina, de óleo gomenolado e de insulina; endovenosas de Neosalvarsan (0,15 a 0,30 gr.) e de álcool em soro glicosado, expectorantes, etc. Em 20 baixa de temperatura (entre 37° e 37°,2; 36°,5 e 37°,5) mas agravamento do estado geral e sobretudo do estado cardíaco com morte, por colapso, em 6 de Janeiro.

*Autópsia:* «Pericardite seca; ectásia aórtica; pleurisia sero-fibrinosa à esquerda e seca, adesiva à direita; *abcesso do pulmão esquerdo* ao nível da base; existência, na base do pulmão direito, de uma solução de continuidade de forma elíptica, ao nível da face externa, *reliquat* de um processo supurado; nefrite e congestão renal bilaterais».

Como se vê, êste doente fêz um duplo abcesso pulmonar (ambos na base), o primeiro à direita e o segundo à esquerda. ¿Apareceria êste último em consequência do traumatismo local? ¿Seria independentemente dele? ¿A nefrite, verificada na autópsia, existiria quando do *exame das urinas* ou constituir-se-hia depois? Em qualquer dos casos, tendo em vista os hábitos alcoólicos, o duplo abcesso e as lesões aórticas, pericárdicas e renais, explica-se bem a morte dêste doente.

Obs. VII. — J. M. de 65 anos de idade, internado em 4.ª M. h. desde 7 de Fevereiro a 18 de Março do corrente ano.

Como antecedentes próprios acusa apenas uma pneumonia lobar direita aos 30 anos.

A sua história clínica resume-se no seguinte: em fins de Janeiro pontada

na base do hemitórax esquerdo (seguidamente a intenso e prolongado arrefecimento), acompanhada de tosse com expectoração mucosa, de arrepios e febre, etc. Três dias depois nova pontada na base do outro hemitórax, seguida, no fim de 4 ou 5 dias, de expectoração purulenta expelida por vômitos.

No dia da hospitalização, estado febril acentuado, sibilos disseminados no hemitórax esquerdo e ralas sub-crepitantes na base e fossa infra-clavicular (nesta muito discretas) do hemitórax direito, com diminuição do murmúrio vesicular, atritos pleurais, submatidez, expectoração purulenta abundante, etc.

*Exames laboratoriais:* Da expectoração, ausência de bacilos de Koch e presença de pneumococos em 9-II e em 18-III (desta vez raros); Urinas, normais; Wassermann do sangue, negativa.

*Radiografias do torax:* Figs. 11 e 12.

*Terapêutica:* Toni-cardíacos e expectorantes, injeções sub-cutâneas de emetina e endovenosas de álcool e de neosalvarsan.

*Resultado:* Cura.



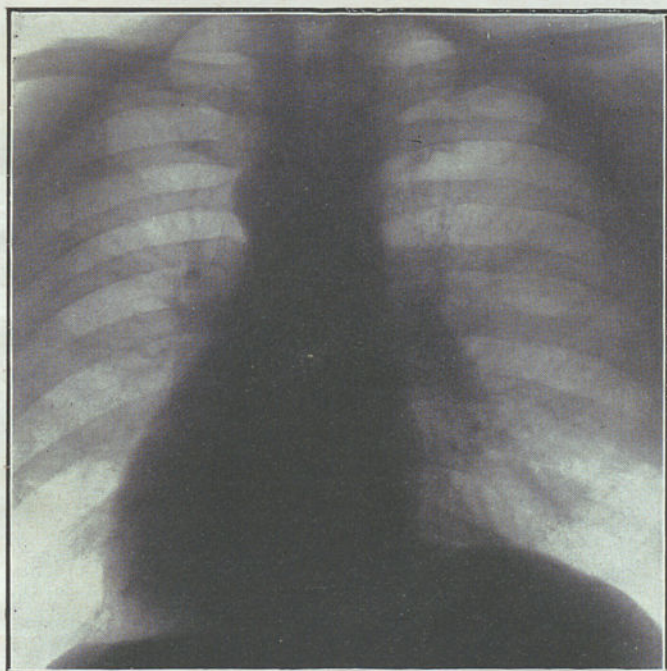


Fig. 9

«Sombras hilares aumentadas e de aspecto fibroso, principalmente à direita».

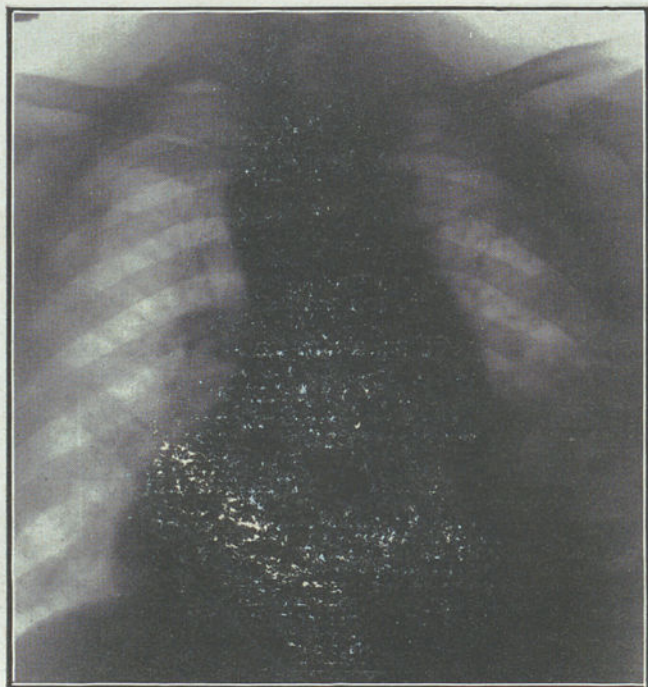


Fig. 10

«Abscesso pulmonar da base pulmonar direita com reacção pleural e acentuada retracção do hemitórax».

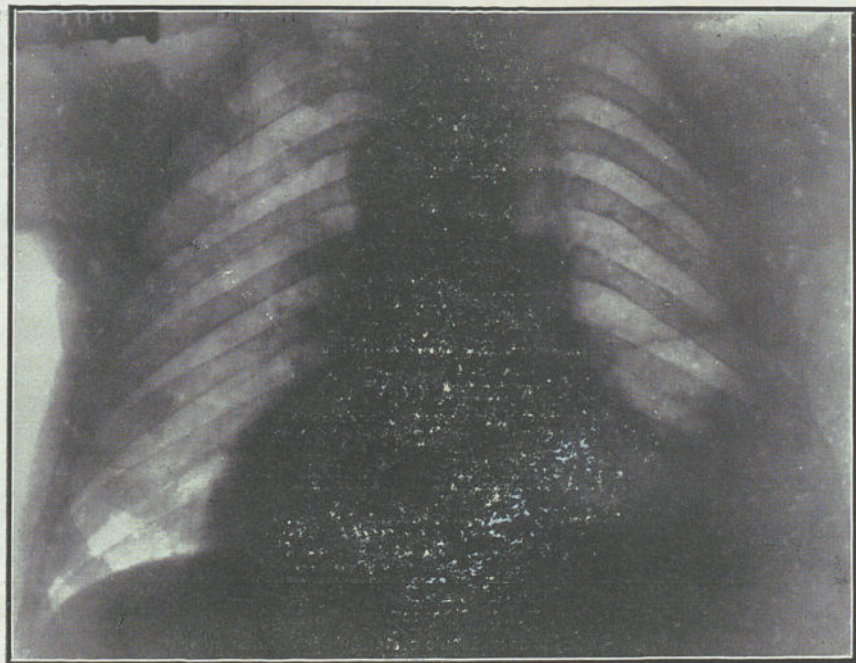


Fig. 11

«Opacificação da base direita por lesões pleuro-pulmonares e cisurite inferior».

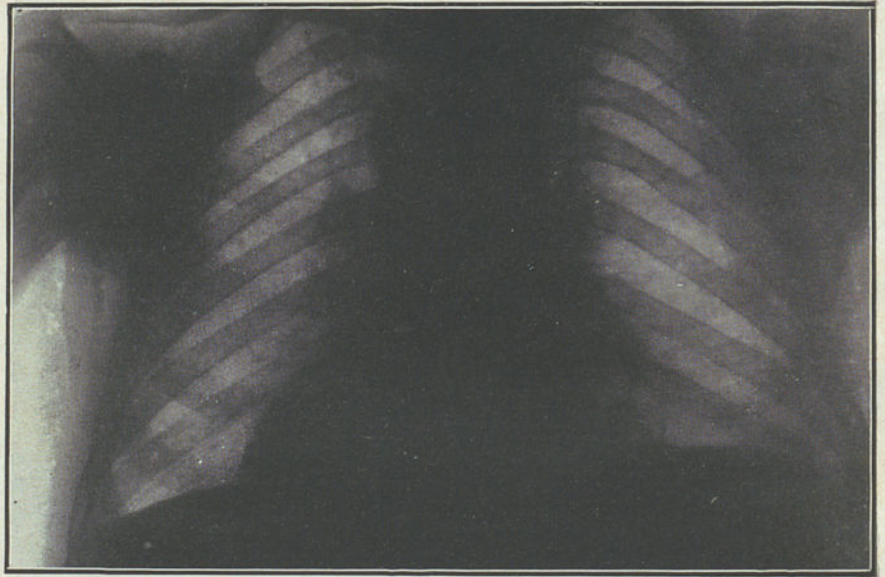


Fig. 12

«Ligeiras aderências no ângulo costo-diafragmático direito».

## RÉSUMÉ

Depuis quelques années, l'abcès pulmonaire est d'une grande fréquence. De l'avis de tous les auteurs il faut attribuer cela non seulement à un accroissement certain du nombre de cas de ces suppurations pulmonaires, mais encore au fait qu'autrefois on les prenait généralement pour des pleurésies interlobaires. En effet, cette affection, la pleurésie interlobaire, naguère si fréquente et maintenant exceptionnelle au point que beaucoup d'auteurs la considèrent comme un mythe, semble avoir cédé la place, en pathologie respiratoire, à l'abcès pulmonaire.

Celui-ci, au point de vue étiopathogénique, peut être provoqué par tous les microbes et cela par la voie endobronchique et surtout sanguine et lymphatique.

Parmi les microbes notons que ceux que l'on rencontre le plus souvent, sont : le pneumococcus, le streptococcus, le staphylococcus et le pneumobacille de FRIEDLANDER.

Quant à la symptomatologie, on peut dire qu'elle est très polymorphe : point de côté, fièvre, frissons, toux (parfois pénible), signes de condensation pulmonaire, etc., dans la première phase, expectoration purulente, rejetées de vomiques par petites quantités ou abondantes, dans la deuxième phase.

*Malgré tous ces symptômes, plus ou moins caractéristiques, le diagnostic ne peut être sûr qu'après les indications radiologiques: image hydroaérique ovalaire à grand axe vertical (contrastant avec l'image à grande axe horizontal de la pleurésie interlobaire) ou seulement image de condensation à contours nets ou flous.*

*Vu la possibilité de tant d'autres supurations broncho-pulmonaires qui peuvent se confondre avec l'abcès (gangrène pulmonaire, cancer cavitare, suppuré; dilatation bronchique, pleurésie enkistée, kiste hydatique, tuberculose et mycoses) il faut toujours les avoir présentes à l'esprit de façon que leur discrimination assure un bon diagnostic.*

*Le pronostic, évidemment, dépend de multiples facteurs: microbe causal (se rappeler que le pneumococcus est le plus bénin et le pneumobacille de FRIEDLANDER le plus grave), caractère circonscrit ou diffus, primitif ou secondaire, fétide (voire putride) ou non, etc. — toutes formes dont il faut signaler l'existence.*

*Pour ce qui est de la thérapeutique, on peut la résumer en disant qu'elle est surtout médicale pour les abcès aigus (néosalvarsan, émétine (1) et alcool à 20 ou 33 pour 100, etc.); sérothérapie, vaccinothérapie etc., et chirurgicale pour les abcès subaigus et chroniques: décollement pleuro-pariétal (abcès du sommet); thoracoplastie, phrénicectomie (abcès de la base, moyennement superficiels et bien drainés); pneumothorax*

---

(1) L'émétine, plus ou moins efficace dans tous les abcès, trouve son indication majeure dans l'abcès amibien dont elle seule permet, quelquefois, par son action rapidement curative, en faire le diagnostic.

(abcès profonds et bien drainés); pneumectomie voire lobectomie (abcès diffus, bronchectasiques, invétérés, avec pyosclérose). La pneumotomie et surtout la bronchoscopie, applicables de préférence aux abcès aigus, peuvent aussi être utiles dans toutes les autres formes. La pneumotomie est surtout indiquée dans les abcès corticaux et compliqués de pleurésie (abcès pleuro-pulmonaires).

La bronchoscopie, dont la pratique s'impose dans tous les services médico-chirurgicaux, étant donné ses multiples indications (drainage, antiseptie et vaccinothérapie locales, localisation de l'abcès, etc.), outre son application dans tous les abcès aigus et dans les poussées des abcès subaigus et chroniques, représente le vrai traitement des abcès secondaires aux corps étrangers des bronches. Mais pour aboutir à l'efficacité de tous ces moyens thérapeutiques, faut il encore tenir compte, comme le recommandent SERGENT, BAUNGARTEN et KOURILSKY, des accalmies trompeuses, des pseudo-guérisons et de la vraie guérison spontanée des abcès (dans deux cas sur trois pour les abcès simples et dans un cas sur trois seulement pour des abcès putrides d'emblée; au total dans une proportion de 20 à 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> des cas suivant les statistiques).

Nos sept observations, dont une suivie de mort, (abcès successivement double, dans un malade alcoolique), cinq guéries par les seuls moyens médicaux (deux abcès putrides d'emblée et trois simples, tous localisés) et l'autre à l'aide de la phrénicectomie, sont une confirmation de plus, à ce qu'il nous semble, de tout ce que nous venons de dire.





## BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉ BLOCH — «Complications broncho-pulmonaires des corps étrangers des voies aériennes». *Journ. Méd. Français*, 1926, p. 314.
- ALAIN-JULES-PIERRE-MARIE ROUSSEL — *Abcès du Poumon et Pleurésie Interlobaire*. Thèse de Bordeaux, 1929.
- A. LEMIERRE et R. KOURILSKY — «Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 56.
- A. PUECH, J. VIDAL M. DUFOIX — «Abcès du poumon. Guérison spontanée et rapide après vomique». *Soc. des Sc. Méd. et Biologiques de Montpellier*, 1932, p. 193.
- A. SOULAS — «Bronchoscopie et Bronchosco-thérapie dans les Maladies broncho-pulmonaires». *Ann. de Médecine*, n.° 4, Novembre, 1931, pp. 372-395.
- BEZANÇON, CHEVALEY et OUMANSKY — «Cinq cas de suppuration pulmonaire à guérison apparente rapide au cours de l'épidémie de grippe». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1929, pp. 880-894.
- CH. ACHARD — «Formes bénignes des suppurations pulmonaires». *Journal des Praticiens*, n.° 27, 1932, p. 443.
- CH. ACHARD et P. SOULIÉ — «Abcès aigu du poumon rapidement guéri. Bacilles fusiformes et spirochètes dans l'expectoration. Traitement par l'arsénobenzol». *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1929, p. 321.
- CH. FLANDIN, A. ESCALIER et F. JOLY — «Abcès putride pleuro-pulmonaire consécutif à une angine de LUDWIG opérée un an auparavant, guéri par l'association de la sérothérapie anti-gangréneuse, du novarsénobenzol et du poly-lysat vaccin de Duchon». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1932, p. 1323.
- CHEVALIER JACKSON (Philadelphie) — *Traitement endoscopique des maladies suppurées des bronches et des poumons*. Rapport au II<sup>e</sup> Congrès I. d'Oto-Rhino-Laryngologie (Madrid, 27-30 Septembre) 1932.

- CONSTANTIN TIFKOWITCH — *Le traitement Chirurgical des Abscès du Poumon*.  
Thèse de Paris, 1929.
- EDOUARD STOCLET — *Traitement par l'Éméline des Abscès du Poumon d'origine Discutable*. Thèse de Paris, 1929.
- E. RIST et A. SOULAS — «La bronchographie lipiodolée dans les bronchiectasies; précisions sur la technique et interprétation des clichés radiographiques». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1933, p. 600.
- E. SERGENT — «Histoire suggestive d'un abcès pulmonaire consécutif à une amygdalotomie». *Journ. des Patriciens*, 1933, p. 81.
- E. SERGENT et F. BORDET — «Les abcès putrides ou gangréneux du poumon d'origine naso-buco-pharyngée». *Journ. Méd. Français*, 1926, p. 299.
- E. SERGENT et POUMEAU-DELLILE — «Le lipiodol transparietal dans l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire». *Paris Médical*, 18 Février 1933, p. 156.
- ETIENNE NICOLAS — *Les Abscès du Poumons dans l'Enfance*. Arnette, édit.
- ETIENNE BERNARD et DESBUCQUOIS — «Volumineux abcès streptococcique du poumon. Septicémie. Abscès métastatiques. Guérison sans traitement special». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 103.
- ETIENNE BERNARD, GILBERT-DREYFUS et DESBUCQUOIS — «Abscès du poumon post-opératoire. Strepocoques dans l'expectoration. Guérison spontanée». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 97.
- F. BEZANÇON, A. JACQUELIN et JEAN CÉLICE — «Découverte radiologique d'un abcès du poumon à pneumocoques. Guérison rapide sans traitement spécial». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 52; «Abscès du poumon à staphylocoques dorés. Guérison après auto-vaccinothérapie». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1927, p. 91.
- G. DELAMARE, C. GATTI et R. JIMENEZ GAONA — «Fusospirochétose et Fusos-treptococcie interlobaires». *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Respiratoire*, 1932, p. 239.
- H. ANNES DIAS — «Abscesso Pulmonar». *Lições de Clinica Médica*, IV série, 1932.
- I. SNAPPER — «Bronchographie par la méthode de SINGER». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 1185.
- J. A. SICARD et J. FORESTIER — *Diagnostic et Thérapeutique par le Lipiodol*. Masson, édit.
- JEAN TAVERON — *Contribution à l'étude des Abscès du Poumon*. Thèse de Lyon, 1929.
- L. BOIDIN et M<sup>lle</sup> J. FONTAINE — «Grands abcès pulmonaires au cours d'une

- infection trainante à staphylocoques, guérison spontanée». *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 1149.
- M.<sup>ME</sup> MARTHE BÉDU-LORIOT — *Action Thérapeutique de l'Éméline dans les Abscesses Pulmonaires non Amibiens*. Thèse de Paris, 1929.
- PAUL GETTENOT — «Technique et Indications des Injections de Lipiodol pour le radiagnostic des Affections des voies respiratoires». *Arch. Médico-Chir. de l'Appar. Respiratoire*, 1931, p. 97.
- PETIT DE LA VILLÉON — «Traitement chirurgical de l'abcès du poumon». *Soc. de Méd. de Paris*, 7 de Octobre de 1932.
- PR. NOBÉCOURT — «L'abcès à pneumocoques du poumon chez l'enfant». *Journal des Praticiens*, n.° 44, 1932, p. 705.
- PR. J. NANU-MUSCEL et N. STOICHTZA (de Bucarest) — «Contribution à l'étude des abcès pulmonaires». *Arch. Médico-Chirurg. de l'Appareil Respiratoire*, n.° 4, 1930, pp. 295-312, etc., etc.







RÓ  
MU  
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



\*1329688095\*

