

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DO PROFESSOR RUBIÃO MEIRA

SÔBRE UM CASO DE ABCESSO AMEBIANO DO FIGADO ABERTO NO PULMÃO (1)

Acadêmicos

F. FANGANIELLO

e B. TRANCHESI

(Quinto anistas)

O caso de que nos vamos ocupar foi observado na enfermaria do Prof. Rubião Meira entre os doentes a cargo do Dr. José Ignacio Lobo. Trata-se de um doente portador de abcesso amebiano do figado com umas das suas complicações relativamente frequentes — abertura para o pulmão direito. Achamo-lo interessante não só pela sintomatologia clínica como pelo ótimo resultado obtido com a terapêutica emetínica pela via endovenosa.

Resumiremos a observação evidenciando apenas o que ha de positivo para a boa compreensão do caso.

A. M. brasileiro, idade 21 annos, solteiro, caixeiro, procedente da capital. Deu entrada no hospital em 17 de Novembro de 1934 queixando-se de dores no hipocôndrio direito e na parte inferior e posterior do hemi-torax do mesmo lado. Sua molestia data de cinco mezes. Na historia progressa refere que ha 6 mezes tinha suores frios á tarde, sentia-se muito fraco, porém conservava bom seu appetite. Não tinha tosse nem qualquer perturbação para o lado do aparelho respiratório. Consultou um médico nessa ocasião que lhe receitou vermífugo e do qual nenhuma melhora obteve. Numa nova consulta apresentava febre tendo o médico receitado capsulas para combatel-a. Dias depois a febre voltou e começou a sentir uma dor abrangendo o hipocôndrio direito e a parte inferior e posterior do hemi-torax do mesmo lado. Esta dor era de pequena intensidade, sem irradiação, hemi-torax do mesmo lado. Esta dor era de

(1) Apresentado ao Departamento Científico em 16 de Maio de 1935.

pequena intensidade, sem irradiação, piorava quando levantava o ombro do lado homônimo, mas não o impedia de deitar-se em qualquer dos decúbitos. Com o correr dos dias essa dor aumentou impedindo-o de permanecer em decúbito lateral direito. Refere que conseguia aliviar os seus sofrimentos, sentando na cama, com a perna direita fletida sobre a coxa e esta sobre a bacia e apoiando o queixo sobre o joelho. A respiração profunda exacerbava a dor do hemi-torax direito. Mais ou menos dois meses depois do início da moléstia começou a tossir expetorando pouca quantidade de catarro acompanhado de sangue de côr muito escura. Convenientemente interrogado negou vômica. Fez uma radiografia do pulmão tendo o médico diagnosticado pleuriz. Fez tratamento nesse sentido sem resultado. Emagreceu muito referindo que pesava 60 ks. e passou a pesar apenas 46 ks. Ao entrar no nosso serviço o doente sentia-se muito fraco, com tosse e expetoração abundante de côr chocolate, como pudemos verificar, e com a dôr já referida. Não apresentava febre nessa ocasião.

— Nos antecedentes familiares hereditários nada havia digno de nota.

— Nos antecedentes pessoais pudémos verificar que não era etilista nem tabagista.

Não tinha antecentes venéreo-sifilítico. Na infância teve pneumonia e ha dois annos mais ou menos apresentou diarréia evacuando fazes moles de mistura com catarro e sangue. As evacuações eram frequentes, referindo puxos e tenesmo.

Não teve febre nessa ocasião. Fez tratamento caseiro durante um mêz e obteve bons resultados, entretanto apresenta as vezes, novos suros diarrêicos com catarro e sangue.

— No interrogatório sobre os diferentes aparelhos nada constatámos de importante.

EXAME SOMÁTICO DO DOENTE.

Tratava-se de um individuo de côr branca, profundamente abatido pesando 54 ks., sem febre, permanecendo no leito em decúbito lateral esquerdo ou sentado na cama com a perna fleida sobre a coxa, esta sôbre a bacia e com o queixo apoiado sobre o joelho. Não havia infartamento¹ ganglionar. A marcha era escoliôtica para o direita e muito lenta.

O exame especial da cabeça e pesçoço nada revelava. O exame especial do torax apresentava dados importantes ao que se referia ao aparelho respiratório, vejamos.

A) inspecção estática — Feita pela parte anterior mostrava ombro e mamilo esquerdo mais altos que os respectivos direitos. Clavícula esquerda mais saliente que a direita. As fôssas supra claviculares eram igualmente escavadas, enquanto a infra-clavicular direita era mais escavada que a esquerda. A base do hemi-torax esquerdo apresentava-se

abaulada. Posteriormente observava-se escoliose da columna para a direita. Fossas supra e infra-espinhosas igualmente escavadas.

Omoplata esquerda mais proxima da linha espondileia.

B) Inspeção dinâmica. O tipo respiratório era costal superior predominantemente, com trinta movimentos por minuto. A respiração era superficial, regular em tempo e amplitude. A amplitude respiratória era maior no hemi-torax esquerdo, quer no apice, parte media ou base. O sinal de Litten foi visto só a esquerda. Notava-se sinal de Lemos Torres no sétimo espaço intercostal direito sobre a linha axilar posterior.

C) Palpação — a pesquisa do frêmito tóraco-vocal mostrou normalidade na parte anterior. Na parte posterior e lateraes havia maior intensidade á esquerda, sendo que na base direita estava completamente abolido.

D) Percussão — Pela percussão delimitamos uma zona de massicez no hemitorax direito que tinha por limite superior uma linha horizontal passando pelo ângulo inferior da omoplata e dois dedos acima do mamilo. O limite inferior confundia-se com a massicez hepática. No ápice direito havia hipersonoridade.

A percussão da zona de massicez embora leve era muito dolorosa.

E) Ausculta — Na zona de massicez não havia murmúrio vesicular, audível. No ápice direito notavam-se muitos estertores húmidos de finas e médias bolhas. Murmúrio vesicular pueril do pulmão esquerdo e no direito acima da zona de massicez.

— No exame de aparelho cárdio-vascular notámos acentuação do segundo tom aórtico sem modificação de timbre. O pulso fino e rítmico com 120 pulsações por minuto. A pressão arterial marcou pelo Tycos Max. 114 e Mim. 58.

— O exame do abdómen não revelou tumor no hipôndrio direito nem sensação de flutuação. O figado foi palpado dois dedos abaixo da reborda costal, com bórda dura muito dolorosa. Havia grande hiperestesia da parede na região hepática.

Pudemos observar que não havia um ponto em que a dôr era mais forte.

Baço não era palpável. Os segmentos do grosso intestino palpáveis não dolorosos.

— Nada havia para o lado do sistema nervoso.

— EXAMES DE LABORATORIO.

A punção exploradora praticada no sétimo espaço intercostal ao nível da linha axilar posterior revelou a existência de uma substância puriforme de côr chocolate. Os exames microscôpicos e os culturais deste material não revelaram a presença de germens de qualquer natureza. O

exame de fezes (retiradas pelo toque retal) foi negativo para amebas. A reação de Wassermann no sôro sanguíneo foi negativa.

A fórmula leucocitária mostrou o seguinte:

Leucocitos	6.800	Basófilos	0%
		Eosinófilos	2%
		Mielócitos	0%
		Jovens	1%
	Neutrofilos 68%	Bastonetes	3%
		Segmentados	64%
		Linfócitos.	22%
		Monócitos.	8%

— Exame de urina: a pesquisa de pigmentos e sais biliares foi negativa.

As radiografias tiradas em 20 de Novembro de 1934 de acôrdo com o relatório do Dr. Paulo Toledo mostraram: Sombra opaca densa de tonalidade homogênea ocupando todo o lobo inferior direito cujos limites visíveis são convexos. (Fig. 1).

Pela radiografia de perfil verifica-se a existência de pneumoperitônio (previamente praticado) com deslocamento parcial em pequena extensão da cúpula diafragmática direita que se apresenta elevada. As porções médias e inferior da cúpula não se descolaram o que faz supor a existência de aderências com a face superior do figado. Transparência normal do lobo superior direito e do pulmão esquerdo.

DISCUSSÃO

Da observação clínica que acabamos de expor é preciso lembrar os seguintes dados que nos parecem de capital importância: profundo abatimento do doente indicando a existência de uma perturbação mais ou menos grave. Expectoração abundante de cor chocolate datando de dois meses após o aparecimento dos primeiros sintomas da moléstia. Dor no hemi-torax e hipocôndrio direitos que se exacerbava com a respiração profunda e o obrigava á atitude escoliotica para a direita, impossibilitando-o de deitar-se em decúbito desse mesmo lado. O exame do hemi-torax doloroso fornecia elementos semiológicos que se esposavam perfeitamente com os dados anamnésticos indicando comprometimento pleural: Abolição do frêmito, massicez e silêncio respiratório na base, ausência do fenômeno de Litten, presença do sinal de Lemos Torres e diminuição da amplitude respiratoria.

O exame do abdomen revelava grande dor na borda inferior do fígado e grande hiperestesia da parede. Havia ausência de esplenomegalia.

A punção exploradora mostrou uma substância puriforme com os mesmos caracteres do expectorado e da qual os exames microscópicos e os culturaes revelaram-na absolutamente estéril. A reacção de Wassermann no sôro foi negativa e a fórmula leucocitária esteve na proximidade do normal. Quando foi examinado o doente não apresentava febre e durante o tempo que permaneceu na enfermaria apenas duas vezes sua temperatura foi a 37.°5 tendo sempre estado abaixo de 37°.

Diante do quadro sintomatológico apresentado o que nos chamou mais á atenção foi a cor achocolatada do expectorado abundante e do material retirado pela punção. A verificação de um passado disentérico com catarro e sangue nas fezes puxos e tenesmos, ausência de febres, recidivas frequentes, típicos da amebiose intestinal nos fizeram pensar tratar-se de uma localização pulmonar amebiana secundária. Entretanto os dados semiológicos mostraram mais um comprometimento pleural do que propriamente pulmonar. Eram evidentes os sinais de derrame da base direita. Voltámos então nossas vistas para o fígado que era muito doloroso, dor cuja irradiação não pode ser precisada, pois a irradiação típica para a espadua das dores hepáticas estava mascarada pela dor de todo o hemi-torax direito.

A marcha em escoliose direita a quem Romberg dá muito valor, a ausência de esplenomegalia e dos sinais de insuficiência hepática, permitem pensar em abcesso amebiano do fígado que embora não chegasse a ter manifestações muito evidentes como tumoração e flutuação, tivesse perfurado a pleura e procurando drenagem através dos brônchios. No nosso caso não existia a típica febre de supuração. Entretanto, a ausência de febre pode ser verificada em abcesso encapsulados, ou nos casos como o nosso em que havia drenagem. A côr e a ausência de germens no pus precisavam ser levadas em conta. Parece este dado fazer distinguir o pus do abcesso amebiano daqueles das outras supurações. A fórmula leucocitária não mostrava leucocitose que costuma acompanhar estas entidades mórbidas. Este dado hematológico já não existe quando ha encapsulamento do abcesso pelas barreiras naturais do organismo ou com drenagem para o exterior. Com grande probabilidade nosso doente já teria apresentado aumento dos leucócitos.

Embora tudo nos parecesse claro quisemos entretanto afastar em referência ao aparelho pulmonar a tuberculose, que conquanto não encontrasse no nosso caso aquelas manifestações que são o apanágio desta afecção ficou ainda mais afastada pela negatividade do exame para bacilos de Koch.

A dôr hepática podia se prestar a confusões com as hepáticas infecciosas e os abscessos por angiocolite, mas estas entidades mórbidas vêm sempre acompanhadas de icterícia, esplenomegalia e sinais urinários da insuficiência hepática.

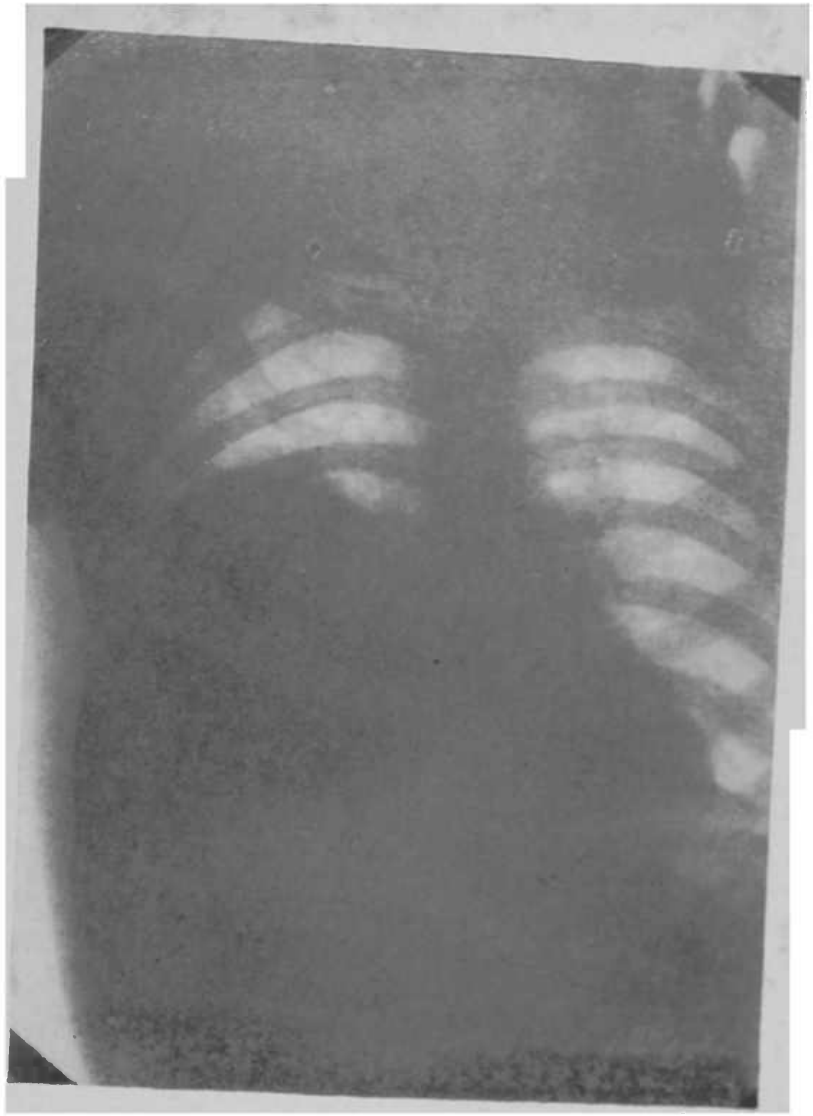
EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

O tratamento usado nos quatro primeiros dias consistiu em injeções de calcio e coaguleno. No 5.º dia iniciámos a terapêutica pela emetina (cloridato de emetina de Bruneau a 2%) as injeções foram feitas diretamente na veia em dose de 0,08 sendo que apenas a primeira foi de 0,06. A primeira série foi de 8 injeções perfazendo um total de 0,62. A segunda série iniciou-se após um descanso de 15 dias e consistiu em quatro empôlas de 0,08 dadas diariamente. Nesta série o total foi de 0,32, dando um total geral de 0,94, dados num espaço de tempo de 27 dias. No intervalo entre a primeira e a segunda série foram dados 24,5 de Yatrem dando-se 6 capsulas de 0,50 por dia. Tres dias após a segunda série de emetina foi iniciada uma série de 7 injeções de 914 e dadas com intervalo de 3 dias. A primeira, segunda, terceira continham respetivamente 0,30; 0,45; 0,60 e as quatro ultimas 0,75. O total de 914 foi de 4,35.

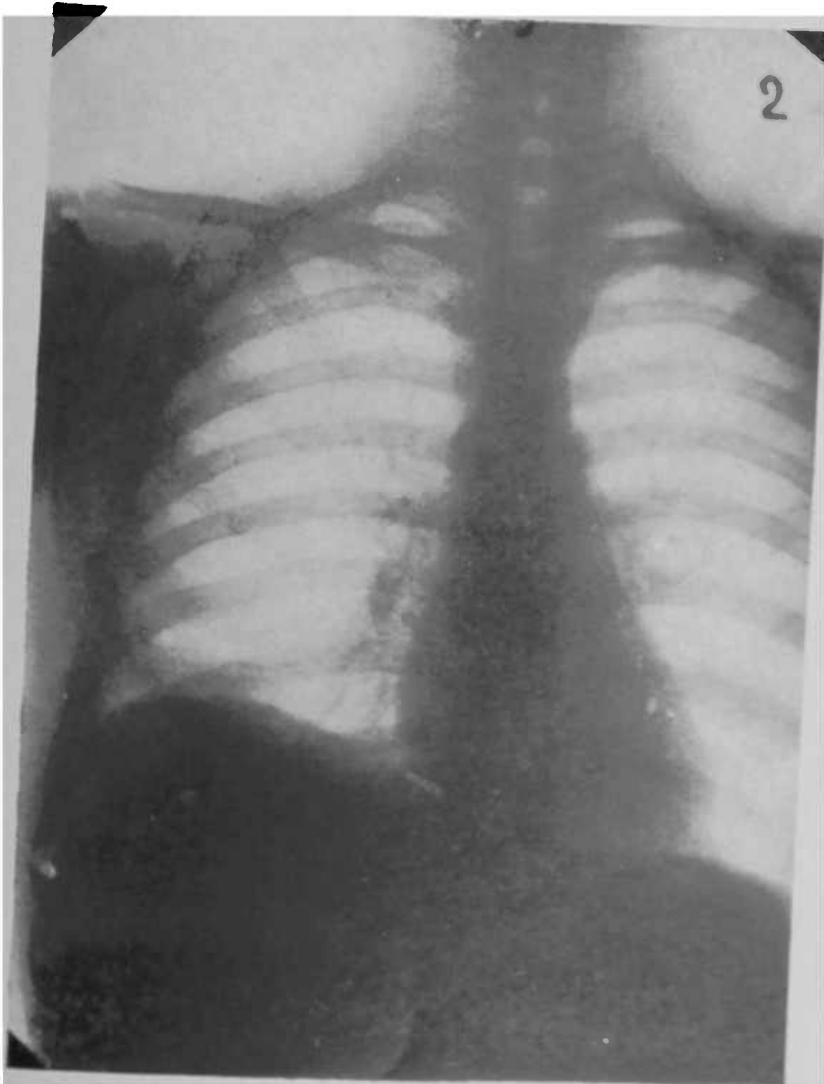
Para verificar a evolução da moléstia foram feitos dois exames clínicos acompanhados de exames radiológicos, quinze e trinta dias após a terapêutica pela emetina os quais mostraram sensíveis melhoras como atestam ás radiografias cujos relatórios do Dr. Paulo Toledo transcrevemos:

Em 24 de Dezembro de 1934 Estrias de fibrose com ligeira exsudação pulmonar do lobo inferior direito, porção posterior. Todo o lobo inferior acha-se retraído o que se verifica pela posição baixa da scisura princeps. Espessamento pleural visível na face lateral do hemitorax.

Em 19 de Janeiro de 1935. Espessamento pleural da face lateral do hemi-torax direito e pequena faixa de condensação pulmonar junto ao seio costo-frênico correspondente. Transpa-



(Fig. 1)



(Fig. 2)

sôbre o abcesso, pois é sabido que em localizações anômalas as amebas não se encistam.

O Yatrem age tanto sôbre as formas císticas como sôbre as vegetativas. Para terminar queremos frisar que a cura obtido pela emetina mostra a natureza amebiana do abcesso. De fáto, embora alguns autores querem ver na emetina apenas um medicamento capaz de elevar a resistência orgânica a maioria acha que ella deve ser admitida como especifico para amebiase.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Kaufmann Anatomia patologica
- 2) Lepehne. Afecções do figado
- 3) D'Amato Tratado italiano de Medicina Interna
- 4) Cardarelli Lezioni Scelte
- 5) Staffieri El dia Medico (25-2-35)
- 6) Castex El dia Medico (18-8-30)
- 7) Labbé Presse Medicale (23-7-30)
- 8) Moreau e Celice Paris Medical (15-2-30)
- 9) Fliederbaum Presse Medicale (13-9-30)
- 10) Mattei. Paris Medical (3-6-33)
- 11) Sullmann. Experimental Farmacology