

Péritonite tuberculósa chronica

DOCTORANDO CASSIO VILLAÇA

QUINTO-ANNISTA JAIRO DE ALMEIDA RAMOS

Antonio Passos, brasileiro, de côr preta, com 24 annos de idade, solteiro, trabalhador rural, procedente de Campinas.

Queixa: — Entrou para o hospital para se tratar de barriga inchada.

Antecedentes hereditarios: — Paes fallecidos de molestia que o doente ignora. Tem 4 irmãos vivos que gozam perfeita saúde.

Antecedentes pessoaes: — Ha 8 ou 9 annos apanhou gonorrhœa e cancro molle. Nega syphilis. Fuma pouco e usa moderamente do alcool. Não se recorda de outra molestia anterior a actual, a não ser "cerebro fraco". Habitos de vida morigerados.

Molestia actual: — Refere o começo da sua molestia ha um mez, quando teve uma hemorrhagia em um dente, que durou 3 dias, tendo sido preciso recorrer a um profissional para estancar-a. Depois d'isso conta ter apanhado chuva uma semana toda. Em um dia, que não sabe bem precisar, mas posterior a estes acontecimentos, notou que depois das refeições a barriga lhe ficava muito inchada, sentindo o paciente uma sensação de peso no ventre; embora tentasse, não conseguiu evacuar nesse dia. Resolveu comparecer á consulta da Santa Casa, tendo-lhe o medico receitado um purgante; a medicação tomada fez effeito, tendo evacuado bastante; a inchação da barriga, porem, não desapareceu, pelo que novamente voltou a Santa Casa, tendo-lhe sido prescripto novo purgante, que, tomado nem produziu effeito, nem desinchou a barriga. Voltou novamente á procura do medico, que, como de outras vezes, receitou-lhe um purgativo; entendeu não dever tomal-o, e na noite desse dia, depois de muitos roncos na barriga, teve uma defecação abundante que de algum modo alliviou o seu estado geral, sem contudo desinchar a barriga. Resolveu, por isso, internar-se, tendo dado entrada na 2.^a enfermaria de medicina para homens da Santa Casa.

Interrogatorio: — Diz ter tido febre nestes ultimos dias. Podemos precisar que de ha 3 dias para cá ella se tem elevado á 39° e 40°, com ligeira remissão matinal. Accusa tosse, suores nocturnos e emagrecimento apreciavel. Em relação ás suas funcções digestivas, diz não ter appetite e que mesmo o estomago não acceta muito alimento, pois a barriga começa logo a inchar

Tem muita sede. Quanto ao aparelho uro-genital, nada ha de anormal; nada lhe resta da gonorrhéa ha 8 annos contrahida.

Causa-lhe somente attenção a côr muito carregada da urina.

Em resumo: — vinha o doente de ha vinte dias, soffrendo perturbações dispepticas, que se traduziam por inappetencia relativa, meteorismo accentuado após ás refeições, prolongando-se no intervallo d'ellas com menor intensidade, e alternativas de constipação e diarrhéa.

Exame physico: — Nada revéla o exame de conjuncto, que se apresenta favoravel ao observado.

Apparelho ganglionar. — Massas ganglionares na região inguinal de ambos os lados.

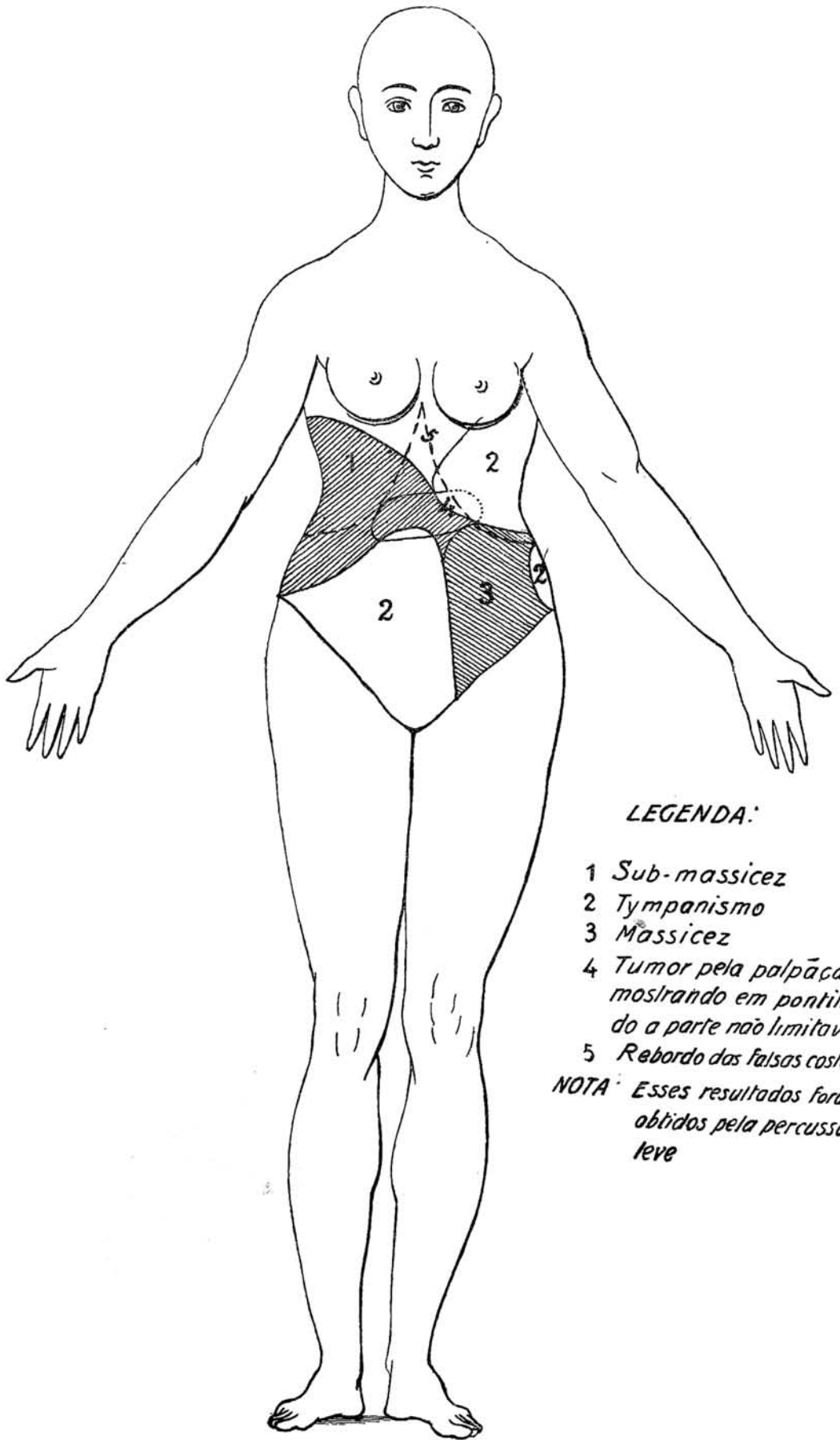
Apparelho respiratorio. — O exame dos pulmões nos revelou uma sub-massicez, augmento de fremito, respiração rude no apice do pulmão direito, nada mais havendo de notavel.

Apparelho cardio-vascular. — Apparentemente integro.

Abdomen — Inspeção: — Ventre abahulado, sendo mais notavel o abahulamento ao nivel da cicatriz umbilical, que é muito saliente, e no flanco esquerdo.

Palpação: — Tensão augmentada particularmente no epigastrio; doloroso á palpação superficial, particularmente no flanco esquerdo e no epigastrio, para cima da cicatriz umbilical. Notamos a presença de um tumor transversalmente situado acima da cicatriz umbilical, e indo da linha axillar anterior do lado esquerdo, até á mammilar direita, tendo mais ou menos 5 centimetros de largura. Seu bordo inferior era bem palpavel e não assim o bordo superior que era menos nitido. O polo esquerdo perdia-se no hypochondrio correspondente, não sendo limitavel. O polo direito era bem palpavel e distava uns 3 centimetros do rebordo costal do mesmo lado. A contracção dos musculos abdominaes fazia desaparecer o tumor. Nas inspirações o tumor não perdia em nitidez. A sua superficie era bosselada, era doloroso á pressão e á descompressão. Sentia-se attrictos peritoneaes e borborygmos em seu limite superior. O tumor apresentava mobilidade respiratoria dorso-ventral e era immovel no sentido axial. Apresentava ligeira mobilidade manual somente no sentido lateral; não havia mobilidade de decubito.

Percussão: — A percussão do ventre revelava: Tympanismo no quadrante inferior direito, no flanco e na região lombar do mesmo lado; massicez muito accentuada no flanco esquerdo, sendo muito pouco movel e dando a sensação de onda; tympanismo na região lombar do lado esquerdo; sub-massicez sobre o tumor pela percussão leve, tympanismo pela percussão profunda, tympanismo gastrico no hypochondrio esquerdo, invadindo um pouco o epigastrio. Não se pôde pela percussão delimitar o figado do tumor no hypochondrio



LEGENDA:

- 1 *Sub-massicez*
 - 2 *Tympanismo*
 - 3 *Massicez*
 - 4 *Tumor pela palpção mostrando em pontilhado a parte não limitavel*
 - 5 *Rebordo das falsas costelas*
- NOTA:** *Esses resultados foram obtidos pela percussão leve*

Peritonite tuberculosa chronica (estudo feito no *Curso de palpção do abdomen*, professado, pelo Dr. A. Lemos Torres).



direito, o que contudo foi possível no epigastrio. Para maiores detalhes juntamos um eschema, mostrando os resultados obtidos pela palpação e pela percussão. Conseguimos palpar o illeon ascendente, o coecum, e o colon sygmoide, que não apresentavam relações com o tumor. O colon transverso não poudo ser palpado e nem tão pouco o figado e baço.

Exames de laboratorio: — Exame de escarro — negativo.

Exame de fezes — negativo.

Exame de urina: — albumina — traços.

assucar — não contem.

Diagnostico: — Como em todos os tumores abdominaes, a situação deste só póde ser: da parede, da massa cellulosa retro-muscular, intra-peritoneal, e retro-peritoneal. Com os caracteres positivos e negativos que apresentava o tumor, fornecidos pela palpação: mobilidade respiratoria dorso-ventral, immobilidade respiratoria axial, immobilidade de decubito, podiamos pensar em tumor da parede, ou melhor, da massa muscular anterior. Eliminamos esta hypothese porque o tumor não se tornava mais nitido, antes perdia em nitidez quando os musculos rectos se contraíam.

A hypothese de um tumor da camada cellular retro-muscular, entre os musculos e o peritoneo parietal, tambem não pode ser sustentada por haver claros indicios de compromettimento do peritoneo (que o diga a ascite enkystada no flanco esquerdo). Excluidas estas duas hypotheses, restavam-nos ainda as de ser intra-peritoneal ou retro-peritoneal. A existencia da mobilidade respiratoria dorso-ventral, nos fez por de lado esta ultima possibilidade, pois mesmo que contráiam adherencias com a parede, os tumores retro-peritoneaes não apresentam mobilidade respiratoria dorso-ventral, mas sim, fixam a parede anterior do ventre, tornando impossiveis as suas excursões nas phases respiratorias. Restava-nos ainda a hypothese de ser o tumor intra-peritoneal, vindo corroborar com isto o compromettimento do peritoneo. Pela sua séde topographica, poderiamos considerar as seguintes hypotheses: tumor do estomago, do pyloro, do colon, do figado, do baço, do pancreas (comquanto figurando entre os organs retro-peritoneaes já eliminados, consideramol-o aqui na sua parte chamada "cabeça de pancreas", que póde ser movel e ser mesmo provida de um meso), organ ectopico, tumor do epiploon. Passando a discutir estas hypotheses formuladas, teremos:

a) — **Tumor do estomago:** — Eliminamos por faltar o tympanismo gastrico pela percussão leve, pela forma allongada do tumor (forma em corda, "cable gastrique"), por não haver mobilidade respiratoria axial e, além disso, porque conseguimos delimital-o pela

percussão, que mostrava só haver relações de contiguidade entre o tumor e o estomago, pois passávamos bruscamente de sub-massicez do tumor para o tympanismo gastrico.

b) — **Tumor do pylóro:** — Eliminamos pela falta de mobilidade respiratoria axial, e pela falta de phenomenos de estase.

c) — **Tumor do colon:** — Não nos parece estar este seguimento intestinal compromettido, não só porque exames repetidos não nos revelaram phenomenos acusticos, como tambem pela ausencia de mobilidade respiratoria axial, que de regra os tumores do colon apresentam. Comquanto pela palpação não conseguissemos individualisal-o, o que é possível em 75 % dos casos, percebemos phenomenos acusticos no limite superior do tumor, parecendo-nos estar o colon em contiguidade com o tumor.

d) — **Tumor do figado:** — Eliminamol-o como sêde do tumor, porque tanto pela percussão do epigastrio, como pela delimitação do tumor no hypochondrio direito, conseguimos provar a não existencia de relações de continuidade entre esse orgão e o tumor; pela falta de mobilidade respiratoria axial e pela forma transversalmente allongada, em nada se assemelhando ao figado, pois é sabido que os tumores em regra reproduzem a forma do orgão sobre o qual se implantam.

e) — **Tumor do baço:** — Eliminamol-o pela falta de mobilidade respiratoria axial e pela forma, que em nada se assemelha a deste organ.

f) — **Tumor do pancreas:** — Eliminamol-o por faltarem symptomas de insufficiencia pancreatica (steatorrhéa), de compressão do choledoco, e a ictericia consecutiva.

g) — **Orgão ectopico:** — Poderíamos pensar em figado, baço e rim. A hypothese de ser figado não póde ser acceita, pois além de percutirmos esse orgão no hypochondrio direito, conseguimos palpa-lo no epigastrio. A hypothese de ser baço, apesar de não ser palpavel e nem percutivel no hypochondrio esquerdo, não poderemos accuitar, pois a forma do tumor em nada se assemelha a desse organ. A hypothese de ser rim tambem não póde ser acceita, pois um rim ectopico nunca toma a posição mediano-transversal no abdomen, seguindo sempre a sua bainha. Em um rim em ferradura tambem não poderíamos pensar, pois seria um tumor retro-peritoneal.

h) — **Tumor epiplon:** — Contra tumor do epiploon falaria a falta de mobilidade respiratoria axial e de mobilidade manual de baixo para cima. Porem estas propriedades só se referem ás neoplasias, podendo faltar em tumores de origem phlogistica. Em favor da hypothese de tumor phlogistico, falava-nos: 1.º dôr á pressão e descompressão; 2.º attrictos peritoneaes; 3.º ascite enkystada; 4.º febre, suores, e calafrios. Portanto deveremos admittir que o tumor

em questão seja de origem phlogistica. Determinada a origem, facil será admittirmos que se trata de um tumor do epiploon, pois assim poderemos explicar: 1.º sub-massicez á percussão superficial, tympanismo á percussão profunda; o que nos mostra que o tumor está adeante do tubo gastro intestinal — 2.º immobilidade respiratoria axial e mobilidade dorso ventral, resultado das adherencias com o peritoneo parietal, como frequentemente acontece; 3.º immobilidade manual e de decubito, pela mesma razão; — 4.º sua forma allongada e direcção transversal, característicos dos tumores deste orgão. Não é no emtanto sufficiente, saber que se trata de um tumor do epiploon, de origem inflammatoria, com reacção peritoneal; mas, devemos tambem determinar a sua etiologia.

Considerando o acima exposto e a duração da molestia, concluimos tratar-se de uma peritonite chronica. Ora, as peritonites chronicas dividem-se em 2 grandes grupos: 1.º peritonite chronica simples, fibrosa ou deformante; 2.º peritonite chronica tuberculosa.

A 1.ª é muito rara, coincide quasi sempre com uma pericardite e uma pleurite adhesiva. A 2.ª é muito frequente, tanto que Dieulafoy, no capitulo das peritonites chronicas, diz que de 12 autopsias feitas, em 11 tratava-se de uma peritonite chronica tuberculosa. Alem d'isso, a 1.ª é por muitos auctores considerada como sendo de origem tuberculosa. Concluimos então tratar-se de uma peritonite tuberculosa chronica, a saber:.

1.º **Ascitica essencial**, mais commum nas creanças, caracterisando-se por um começo febril, dôres, metorismo, nauseas e vomitos. Depois esses phenomenos, as mais das vezes, desapparecem, permanecendo a ascite, que desde o principio é o symptoma predominante.

2.º **Fibrosa**, caracterisando-se por perturbações dispepticas, alvas intestinaes aglomeradas, ás vezes phenomenos de obstrucção, grande epiploon espessado, estado geral quasi sempre bom.

3.º **Fibro-caseosa** ou ulcerosa ou locular, mais commum de 20 á 30 annos, caracterisando-se por um inicio insidioso, digestão difficil, ascite moderada e quasi sempre septada, dôr á pressão e descompressão, febre, suores e calafrios, attrictos peritonias e gargarejos, alternativas de diarrhea e constipação, e pela participação quasi constante do grande epiploon.

Visto de um modo summario os differentes typos de peritonites tuberculosas chronicas, devemos admittir que se trata da forma **fibro caseosa**, pois a favor d'isso fala-nos não só a symptomatologia do doente, como tambem a sua idade.

Removemos o doente para a 2.ª enfermaria de cirurgia para nomens, serviço do Professor Alves Lima, com o seguinte diagnostico: — **“Peritonite tuberculosa chronica, forma locular, espessamento do epiploon, derrame enkystado no flanco esquerdo.**

Dias depois, o nosso doente foi operado e damos abaixo o relatório do Prof. Alves de Lima.

Operação. — 21-2-1922 — Tempo — 10, horas 45 ás 11,5.

Chloroformio: — 30 grs. — Operador: Prof. Alves de Lima.

Auxiliares: — Dr. Leão Novaes e Mario Galvão.

Anesthesista: — Waldemar Pessoa.

Anesthesico: — Chlorophormio.

Laparatomia mediana. Incisão desde o appendice xyphoide até pouco acima do pubis. Aberto o peritoneo, verificou-se a saída de liquido ascitico (tendo sido a operação retardada uns 10 dias, por motivos irremoviveis, a ascite, que por ocasião do nosso exame se achava enkystada, generalisou-se, o que explica este facto observado na operação). Rapida exposição da massa intestinal, que se apresentava na parte inferior com o aspecto caracteristico de tuberculose miliar. As alças intestinaes se apresentam coladas umas ás outras, explicando os signaes de oclusão. As granulações observadas invadem toda a massa intestinal e o mesenterio, que se acha muito espessado. Grande epiploon muito espessado como se fosse um tumor, occupando toda a região epigastrica e invadindo os 2 hypochondrios. O diagnostico é confirmado de modo completo; espessamento do grande epiploon, peritonite tuberculosa, tuberculose miliar. Além da exposição da massa intestinal, fez-se lavagem com ether, tendo sido, tanto quanto possivel, descoladas as alças intestinaes. Feita a lavagem com ether, seguiu-se a lavagem com serum artificial, que foi em parte conservado na cavidade abdominal. Immediatamente procedeu-se o fechamento da cavidade abdominal em 3 andares; do seguinte modo: suturas internas com cat-gut e as externas (pelle), com crina de Florença e agrafes de Michel. A operação correu sem accidente, tendo o doente supportado bem a intervenção e a narcose”

Por ocasião da operação retirou o Prof. Alves de Lima um pedaço do grande epiploon que, examinado pelo Prof. Klotz, confirmou o diagnostico.

O nosso doente falleceu no dia 8 de Março, não tendo sido possivel praticarmos a necropsia.
