

PROF. SABINO SILVA (1)

(Catedrático de Clínica Médica, 3.^a cadeira)

Meus senhores:

O doente que lhes apresento deu entrada em nosso serviço em junho dêste ano e ocupa o leito n.º 58 da Enfermaria de S. Vicente. Erivaldo Cirino da Costa, 18 anos, natural dêste Estado, residente nesta Capital, solteiro, servente da Escola Politécnica, havendo residido antes na Ilha de Maré, onde nasceu.

Pai doente de reumatismo crônico, mãe de bôa saúde aparente. Teve 6 irmãos, cinco dos quais são asmáticos. Verminose, gripes, impaludismo; como a maioria de seus irmãos, teve também acessos de asma.

Há cerca de um ano, foi internado no Hospital Couto Maia, como suspeito de infecção tífica; a suspeita não foi confirmada e o que então se apurou foi um processo agudo respiratório; febre, dôr torácica espontânea, tosse, expectoração; a dôr, sob forma de pontada, na região inframamária direita, manifestou-se também, depois, na base do hemitórax esquerdo; a febre, de início, moderada, após ligeira melhora, recrudescceu, tornando-se mais alta, alguns dias, para, em seguida, declinar progressivamente, cessando, de todo, ao cabo de uma semana. Cedida a febre, teve alta do hospital ainda doente e doente continúa até hoje.

Queixa-se, agora, de emagrecimento, falta de sangue, fraqueza geral, cansaço respiratório, não só ao esforço, como em

(1) Lição proferida em Setembro de 46.

repouso; leve dispneia que se acentua ao esforço, tosse rara com expectoração mucosa, pontada fina na região inframária, infraescapular, na base do hemitórax direito, à inspiração profunda.

Biotipo longilíneo astênico. Nutrição deficiente: 1m66, de altura, peso atual 40k500, peso teórico 50k300. Expressão fisionômica atípica, atitude ativa. Palidez da face, das mucosas visíveis, inflamação conjuntival no olho esquerdo, manchas hiperocrômicas dos pólus e do dorso do nariz, hipertrofiados gânglios inguinais e epitrocleano esquerdo.

"Ictus cordis", no 5.º espaço intercostal esquerdo, a dois centímetros para fóra da linha medio-clavicular, visível e um pouco difuso, sem a resistência, nem a propulsividade do coração hipertrofiado. Hiperfonése pulmonar e hipofonése aórtica. Pulso regular, 60 por minuto, tensão máxima 11, mínima 6.5.

Índice respiratório de Hirtz igual a 5.

Apneia voluntária, 13".

Capacidade vital atual, 1800cc.

Capacidade vital, calculada pela superfície corporal, 3.800cc.

Dissimetria e dismorfia torácicas. Eixo vertical do esterno um pouco desviado para a direita, sem desvio da coluna. Na união do apêndice xifóide com o corpo do esterno, há uma saliência angulosa, que o paciente, por informação materna, diz que é de nascença. No hemitórax direito, relativamente mais ampliado que o esquerdo, há certo grau de hipotrofia dos músculos da cintura escapular, tornando mais deprimida a região infra-clavicular, mais fundo o cavado supra-clavicular, mais acentuada a fossa supra-espinhosa e derreada a espádua; há retração, depressão ativa, do 6.º e 7.º espaços intercostais,

durante a inspiração. Tipo respiratório diafragmático, inversão do ritmo, inspiração curta e expiração prolongada.

No hemitórax direito, há diminuição da expansão respiratória, das vibrações vocais, da sonoridade, do murmúrio vesicular e da ressonância vocal, na face anterior, lateral e posterior, principalmente, na região inframamária, infraaxilar e infraescapular, em que é mais acentuada. No meio da extensa zona de macicez, intercala-se uma estreita faixa de sonoridade, que corresponde, na face anterior, principalmente, ao 6.º espaço, e, na face posterior, ao espaço subjacente ao ângulo inferior do omoplata; pudera-se dizer uma zona de sonoridade suspensa, entre duas áreas de macicez adjacentes. Não há egofonia. Na região axilar, como nas bases, estertores sonoros, sibilantes e roncantes, pouco numerosos, que se associam a estertores bolhosos. No vértice do mesmo lado, com a hipotrofia da cintura escapular, a diminuição da expansão respiratória é mais acentuada que em outras partes do tórax, há verdadeira claudicação; não há sonoridade timpânica, clavipeitoral, porém, submacicez, diminuição das vibrações e do murmúrio vesicular.

Distonia neuro-vegetativa, de predominância vagal, particularmente circulatória. Nada mais, de significação expressiva, ao exame clínico dos outros aparelhos.

Exame de fézes: presença de áscare, tricocéfalos e ancilóstomo.

Exame de urina: volume nictemeral, 1.100 cm³. reação ácida, ausência de elementos anormais, microscopia do sedimento, negativa.

Wassermann +, Kahn ++, Kline ++

Hematimetria: 3.280.000 hemácias; hemoglobina 50%; valor globular 0,81.

res, já assinalada, e diferente do movimento de Kienbock, porque restrito ao hemidiafragma direito. Na primeira radiografia que tiramos, a radiografia simples, que aqui veem, observamos melhor a opacidade hemitorácica, que é intensa, não permite distinguir a sombra das costelas, senão ao nível do vértice, donde se notam os primeiros espaços intercostais mais estreitados, tem, aproximadamente, a mesma densidade da sombra cardíaca, com a qual se continua e confunde, aumenta de cima para baixo, até certo ponto, como se se tratasse de um grande derrame, em que a espessura do líquido cresce no mesmo sentido. A estreita orla de transparência pulmonar da base, de contôrno inferior bem nítido, é oblíqua para cima e para fóra, alargando-se e apagando-se, à medida que se aproxima da parede costal direita.

Tipo longilíneo astênico, distônico neuro-vegetativo, constituição alérgica, o paciente é um indivíduo predisposto às afecções e infecções do aparelho respiratório.

A dipnéia expiratória, a inversão do tipo respiratório, a modificação da respiração vesicular pela presença de estertores sibilantes e roncantes, de mistura com estertores bolhosos, refletem, no momento, a reatividade alérgica, que acompanha a afecção respiratória, em curso, no terreno asmogênico.

Essa afecção manifesta-se, essencialmente, como veem, pelos sinais torácicos: diminuição do índice respiratório, do tempo de apnéia, da capacidade vital, da expansão inspiratória do hemitórax direito, como do frêmito, da sonoridade, do murmúrio vesicular e da ressonância vocal.

Entre as síndromes respiratórias, brônquicas, pulmonares e pleurais, é nas síndromes pleurais ou de predominância pleural que observamos esse conjunto de sinais clínicos, porque isolam, mais ou menos completamente, o pulmão, da parede torácica, embaraçando ou impedindo a transmissão ao

parênquima das vibrações de percussão e a transmissão à parede das vibrações vocais e do murmúrio vesicular.

Pelos dados da observação clínica, não podemos chegar senão ao diagnóstico de um processo pleural crônico: Hidrotórax, derrame pleural exsudativo, pleuresia fibrosa crônica.

A ausência de sinais clínicos, circulatórios, renais, hepáticos ou humorais, de qualquer daquelas afecções que produzem o transsudato pleural, como a insuficiência cardíaca congestiva, a nefrose, a cirrose, etc., exclue a hipótese intercorrente de hidrotórax.

Um derrame da grande cavidade, cujos sinais físicos abrangem uma área tão extensa do tórax, que chega a determinar o desvio do mediastino para o lado oposto, e dá lugar a uma opacidade hemitorácica quase completa, há de ser necessariamente pressuposto um grande derrame; mas, nos grandes derrames, a saliência hemitorácica é ordinariamente geral; o exsudato, pela sua abundância, distende a caixa torácica, aumentando o hemitórax em todos os seus diâmetros: o ombro correspondente se torna mais elevado, alargando-se os espaços intercostais, principalmente inferiores, que se tornam salientes, encurva-se a coluna, tornando-a convexa para o lado doente, o esterno se desvia no mesmo sentido, de modo a constituir aquele tipo de tórax, chamado oblíquo ovalar, em que se positiva o sinal de Pitres.

A disformia torácica do paciente não oferece tais caracteres. O desenvolvimento do hemitórax direito não é proporcional ao grande derrame pressuposto. O hemitórax direito é apenas, em conjunto, levemente mais ampliado que o esquerdo; o esterno desvia-se muito pouco para o lado doente, o ombro é mais baixo, a coluna conserva-se rectilínea, e, em vez de saliência, há depressão ativa dos espaços intercostais inferiores.

Nos grandes, como ainda nos derrames de proporção média, a obscuridade radiológica do hemitórax resulta sempre em completa opacidade basilar; a imagem diafragmática, às vezes, mal se percebe, outras vezes, se perde nessa opacidade, como o contorno da sombra cardíaca do lado correspondente ao derrame.

No doente, o contorno da sombra cardíaca desaparece, mas a opacidade da base não é completa, é interrompida pela orla de transparência pulmonar a que já me referi, na vizinhança da base, disposta entre duas zonas adjacentes de opacidade; a esta orla de transparência precisamente se justapõe a estreita faixa de sonoridade pulmonar, já descrita, entre duas zonas de macicez, situada ao nível do 6.º espaço adiante, e abaixo do ângulo inferior do omoplata, para traz.

A hipotrofia da cintura escapular direita, que torna mais fundo o côncavo supraclavicular, mais acentuada a fossa supraespinhosa, mais derreada a espádua, a claudicação do vértice, a submacicez, em lugar da sonoridade timpânica, o skodismo, tanto mais agudo, quanto maior se torna o derrame, a diminuição do murmúrio vesicular, a discreta opacidade radiológica apical, que deixa ver a sombra das primeiras costelas mais aproximadas que as do lado oposto, evidenciam a retração do vértice, como indício de aderência pleural.

A sensação dolorosa que o paciente experimenta, durante a inspiração profunda, na base do hemitórax direito, a retração dinâmica, inspiratória dos espaços intercostais inferiores, do mesmo lado, as modificações da motilidade diafragmática, o movimento em balsa assinalado e em correspondência com essa retração costal, são elementos suficientes para que se suponha a existência de uma sínfise freno-costal.

Por tudo isso, chegamos à alternativa seguinte: ou se trata de um derrame já antigo, com organização pleural, re-

tração do vértice e retração da base, aderência apical e sinfise freno-costal, ou de uma pleurite fibrosa crônica, uma paquipleurite extensa, sem derrame, visto que outras hipóteses a síndrome física respiratória não alcança. É a pleurite fibrosa crônica o que mais se pode confundir com o derrame pleural. A opacidade do espessamento pleural, conforme a espessura, e, sobretudo, a densidade do tecido, pode tornar-se considerável, e até igualar a de um grande derrame.

Observa Asmann que a simples roentigenoscopia nem sempre nos permite diferenciar das paquipleurites, a não ser quando, de uma parte, há manifesta retração torácica consecutiva a estas últimas, ou, de outra parte, modificações estáticas, deslocamentos dos órgãos vizinhos, devidos à coleção líquida. Às vezes, a decisão segura só se consegue mediante a punção exploradora, cuja prática repetida, em diferentes sítios, nunca será bastante recomendada, sobretudo, nos casos duvidosos e suspeitos de empiema.

No doente em estudo, o aspecto da macicez e da opacidade radiológica, incompletas, na base do hemitórax, a retração do vértice e a retração da base, mas sobretudo, a negatividade da punção posterior, e aqui entra em jogo uma prova de caráter decisivo, sugeriam a hipótese de uma paquipleurite extensa. Todavia, na paquipleurite, tratando-se de um processo extenso, de longa evolução, como aqui seria o caso, em geral, o hemitórax atingido se retrai, as costelas se tornam mais inclinadas, os espaços intercostais mais estreitos, a coluna vertebral se arqueia, tornando-se convexa para o lado são, ao contrário do que se dá nos grandes derrames, o diafragma se eleva e os órgãos do mediastino se desviam para o lado doente.

Como o lado doente é o direito, a localização do "ictus cordis" dois centímetros para fóra da linha medio-clavicular

esquerda, o manifesto desvio do mediastino para o lado oposto, tornam inaceitável a hipótese de simples paquipleurite.

E' preciso pensar em outra coisa a mais, e não há outra coisa mais em que pensar, sinão no derrame; a não ser que suponhamos (e entramos aqui pelo caminho da imaginação) que o desvio do mediastino seja apenas o reliquat de uma pleuresia exsudativa anterior, sem relação direta com a paquipleurite atual.

Um dos diagnósticos mais simples e mais fáceis para estudante, aprendiz de clínica, é justamente o de derrame pleural, uma vez que êle traga em dia a corriqueira semiótica respiratória; mas, no caso presente, a trivialidade do processo assume aspectos menos comuns, para cujo esclarecimento não bastam os recursos puramente clínicos, nem os dados mais simples da radiologia.

As dificuldades do caso, como veem, não são apenas de ordem clínica, mas também, de ordem radiológica, visto como envolve a questão, muitas vêzes delicada dos hemitoráces opacos. Os mais variados processos morbidos, de origem pleural, pulmonar ou pleuro-pulmonar, podem dar o mesmo aspecto radiológico, como os derrames, os tumores, os cistos, a atelectasia, esclêrose, a pleurite fibrosa crônica, etc. E o pior é que o mesmo aspecto radiológico pode corresponder a estados mórbidos diferentes, de sinais físicos comuns, como no caso em aprêço.

Era preciso recorrer aqui a outro tipo de radiografia, capaz de nos permitir o mínimo de diferenciação e de contraste, de modo a dissociarmos os elementos constitutivos de opacidade hemitorácica; e o processo de escôlha era a radiografia penetrante, a radiografia em profundidade, pelo método de Enquin e Aguirre, que praticamos pela primeira vez em nosso serviço, um pouco modificado, pela estreiteza dos nossos recursos, mas com o precioso auxílio do competente especialista

Dr. Manços Chastinet. Não me detenho, no momento, nas bases do processo.

Vejam agora os senhores o excelente resultado que nos proporcionou a radiografia penetrante. A imagem em profundidade, como veem nessa segunda radiografia é bem diversa da imagem em superfície da radiografia panorâmica standard. O que agora se apresenta é uma sombra densa, em forma de bolsa estumecida, convexa para o hilo, de contôrno perfeitamente nítido na sua parte interna, ocupando mais de dois têrços da metade inferior do campo pulmonar direito, aplicando-se à grelha costal sem atingir a base do tórax, do qual se separa, por uma faixa de claridade, de transparência pulmonar. O seio costal diafragmático não está cheio. Percebe-se irregular e festonada a cúpula diafragmática, que ocupa uma posição mais baixa. A opacidade da sombra diminui de dentro para fóra e de baixo para cima. O resto do parênquima pulmonar aparece velado na parte que separa do hilo.

A punção exploradora, repetida agora anteriormente, veio demonstrar que se trata realmente de um derrame, localizado por aderências, constituindo uma pleurezia enquistada, que podemos dizer axilar e parietal; a natureza do líquido revela que a pleurizia, é purulenta. Empiema ou piotórax encapsulado.

O exame citológico mostra que é constituído o exsudato de polinucleares, na sua maioria deformados; o exame bacterioscópico foi negativo; a cultura estéril, a inoculação no cobaio permanece negativa.

Ou se trata de empiema encapsulado, que pode transcorrer sem febre, que não abriu caminho para o exterior, mas pode motivar uma septicemia ou um estado de caquexia tóxica, impondo um tratamento severo; ou se trata de um derrame pu-

riforme asséptico que cura rapidamente, mas faz receiar uma vômica.

O derrame asséptico é de rápida duração, caracteriza-se pela integridade dos polinucleares.

No caso presente, os polinucleares estão deformados como expressão de luta e de defêsa. (1)

(1) A publicação deste trabalho representa uma sentida homenagem à memória do prof. Sabino Silva, que o tinha em preparo quando a morte o surpreendeu. Ficou inconcluso. Por isso, assim vem a lume.

DESCRIÇÃO DAS FIGURAS



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Folha IV

FIG. 4 — Radiografia "standard", pósterio-anterior — Hemitórax direito opaco, menos intenso no ápice e deixando entrever uma área cordonear, semi-permeável, logo acima da cúpula frênica. O sombreado permite evidenciar uma redução dos espaços intercostais. O mediastino está ligeiramente deslocado para a esquerda.

Standard postero-anterior roentgenography. Opacity of right hemithorax, less intense at the apex and a semi-permeable string-like area is seen just above the phrenic dome. The shadow does not prevent the reduction of the intercostal spaces from being seen. The mediastinum is slightly deviated to the left.



Fig. 4

Folha V

FIG. 5 — Radiografia "penetrante" vertical (dorsal-ventral) dissociando as sombras do derrame enquistado e da paquipleurite.

The vertical "penetrating" roentgenogram (dorso-ventral) dissociates the shadow of the enkysted effusion and pachypleuritis.

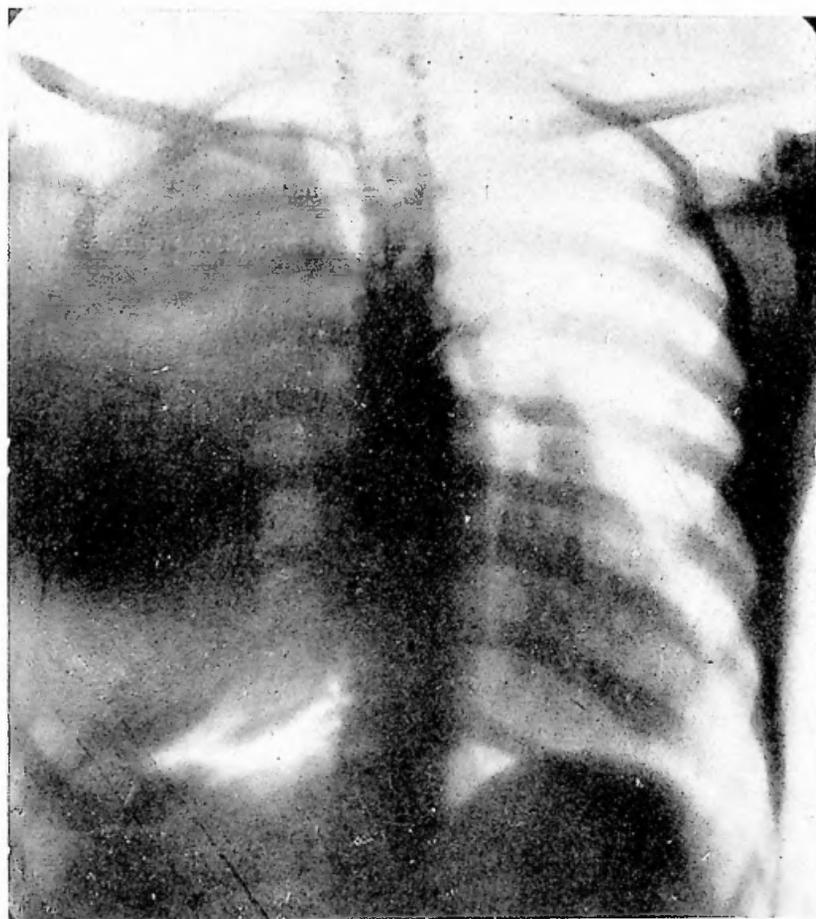


Fig. 5

Folha VI

FIG. 6 — Mesma técnica da anterior com mais quilovoltagem (melhor delimitação).

The same technic with more kilovoltage (better outline).

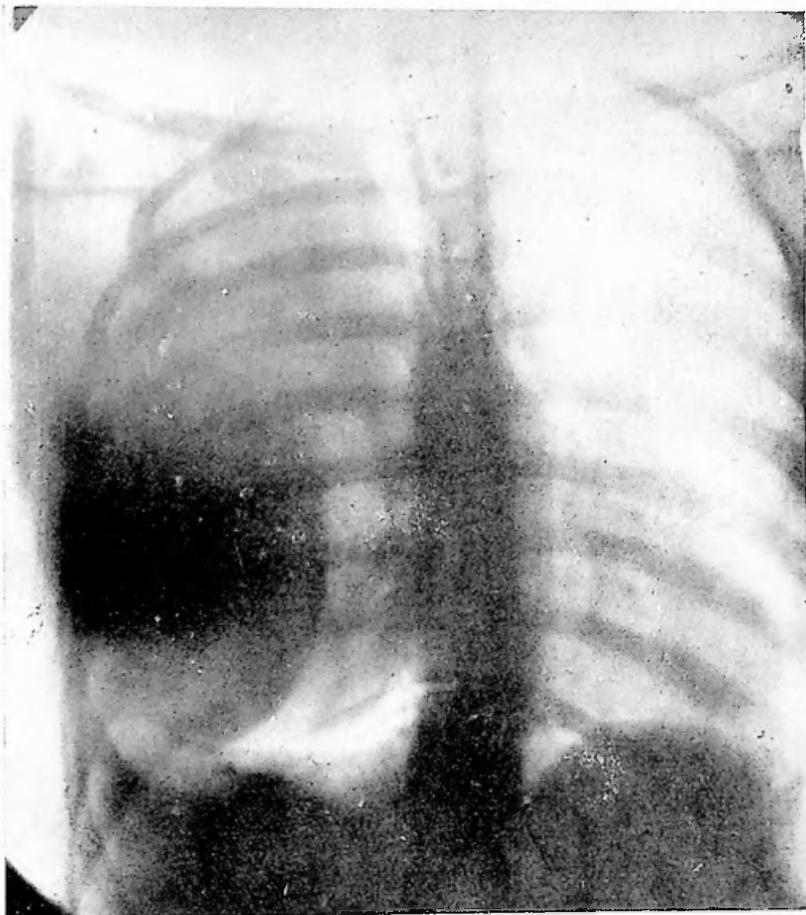


Fig. 6

Folha VII

FIG. 7 — Radiografia “penetrante” em perfil direito, consentindo uma melhor apreciação topográfica.

“Penetrating” roentgenogram in right profile allows a better topographic appreciation.



Fig. 7

Fôlha VIII

FIGS. 8 e 9 — "Penetrantes verticais" com variações de quilovoltagem, mostrando redução do derrame e clareamento parcial da base e do vértice, alguns dias após punção.

"Penetrating verticals" with variation of the kilovoltage showing reduction of the effusion and partial clearing of the basis and apex a few days after thoracocentesis.



Fig. 9

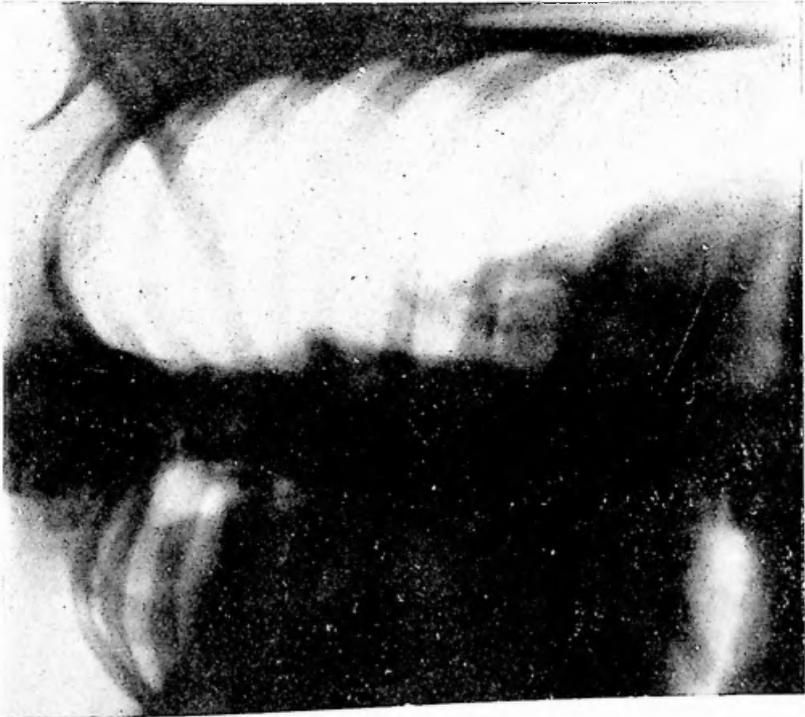


Fig. 8