

N.º 5

SAMUEL M. DOS SANTOS PACHECO

N.º 641

BREVE ESTUDO

SOBRE O

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DOS KYSTOS HYDATICOS
DO FIGADO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCÓLA MEDICO CIRURGICA DO PORTO



PORTO
IMPRESA PORTUGUEZA
Rua do Bomjardim, 181

1889

5415 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Vicente Urbino de Freitas. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria . | Pedro Augusto Dias. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica . . . | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Isidoro da Fonseca Moura. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Secção medica | { João Xavier d'Oliveira Barros. |
| | { José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Antonio Bernardino d'Almeida. |
| | { Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { Antonio Placido da Costa. |
| | { Maximiano Augusto de Lemos. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge. |
| | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto Belarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|-------------------------------------|

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação
e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escóla* de 23 d'abril de 1840, art.º 155.º)

Á MEMORIA DE MEU PAE

A MINHA MÃE

A MINHA TIA

A MEU TIO

A MEUS PRIMOS

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

Dr. José Joaquim Dias da Silva
Counselheiro Dr. José da Rocha Fradinho
Antonio de Barros Freire

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

Eugenio Soares Luna
João Teixeira de Mesquita
João Valente d'Almeida

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

** João de Miranda Ascensa
Dr. Mendes Correia
João Mendes Esteves Junior
P.^{re} Vicente da Rocha*

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

**Dr. Manoel Gaetano de Lima
Dr. João Cezario de Lacerda**

AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

Dr. Joaquim d'Almeida Simão

Dr. Emilio Augusto d'Oliveira

Dr. Francisco Antonio de Moraes

Dr. Mario de Castro

Dr. José Antonio d'Ancias Proença

Dr. Vicente Ferreira dos Santos

Dr. J. Guilherme Baptista Dias

Dr. Eugenio Perdigão

Manoel Nepomoceno

Padre José Cardoso d'Abreu Castello Branco

AO ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

Miguel Malheiro Correia Brandão

E DIGNOS OFFICIAES DE CAÇADORES 9

AO CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

E ESPECIALMENTE AOS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

Dr. João Pereira Dias Lebre

Dr. Eduardo Pimenta

Dr. Azevedo Maia

Dr. Antonio Agostinho do Souto

Dr. Ricardo Jorge

Dr. A. H. d'Almeida Brandão

Dr. A. Placido da Costa

Dr. Roberto Belarmino Frius

AO MEU EX.^{mo} AMIGO

Anselmo de Moraes

E SUAS EX.^{mas} FILHAS

AOS MEUS VELHOS AMIGOS

Guilherme Ferreira de Castro

Alvaro de Meirelles

Joaquim de Araujo

João Alexandre Sergio Gago

João de Sousa Tavares

Rosendo d'Abreu Lobo Bacellar

Filippe Vieira da Fonseca

Alfredo Loureiro Dias

A TODOS OS MEUS CONDISCIPULOS

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL

Dr. Joaquim Martins da Silva

José de Azevedo Vasquinho

Dr. A. A. de Azevedo

Dr. João Meirelles

João Novaes

José Alberto dos Santos Pimenta

Dr. Hypolito Francisco Alvares

Dr. Eduardo Pimenta

Dr. Candido da Cruz

João Lopes do Rio

Fernando Touret

Dr. Thomaz Leão

M. da Costa Mattos

Antunes Leite

AO MEU PRESIDENTE

ILL.^{mo} EX.^{mo} SR.

Dr. Maximiano A. d'Oliveira Femos Junior

Este anno lectivo tivemos occasião de observar nas enfermarias da nossa Escóla dois kystos hydaticos do figado, e a curiosidade de estudar esta doença, nova para nós, levou-nos a lêr varias publicações sobre o assumpto. Admiramos, então, quanta incerteza e indecisão havia ainda no seu diagnostico e tratamento, verdade esta que a pratica nos confirmou.

Não é, pois, este trabalho mais do que uma recopilção do muito que achamos escripto, não adiantando, portanto, nada de novo aqui.

Sabemos bem que é um trabalho deficientissimo, mas nem a nossa saude, nem os nossos minguidos recursos intellectuaes, nos permitiram fazer melhor, apezar da nossa boa vontade.

Ao illustradissimo jury, que nos ha-de julgar, pedimos toda a benevolencia para quem só forçado pelas leis commette tão enorme attentado.

Dividiremos este nosso trabalho em tres partes. Na primeira parte diremos duas palavras sobre a etiologia e historia natural dos kystos hydaticos do figado. Na segunda trataremos do seu diagnostico. E, finalmente, na terceira occupar-nos-hemos do seu tratamento, principalmente do seu tratamento cirurgico.

Seguindo a opinião de varios auctores, entre outros Trelat e Segond, estabeleceremos quatro sedes para os kystos hydaticos e d'ahi teremos quatro variedades: Primeiro, kystos hydaticos—antero-superiores. Segundo, kystos hydaticos—antero-inferiores. Terceiro, kystos hydaticos—postero-superiores. Quarto, kystos hydaticos—postero-inferiores.

PRIMEIRA PARTE

Duas palavras sobre a etiologia e historia natural dos kystos hydatricos

Os parasitas dos kystos hydatricos do figado são os echinococos, representando um grau de evolução da *tœnia echinococus*, que vive no intestino do cão, do mesmo modo que o *cysticercus cellulosaë* do porco é tambem uma phase da evolução da *tœnia solum*, que vive no intestino do homem.

Os embryões são expulsos do intestino do cão, quer pelos vomitos, quer nas materias fecaes, passando então ao corpo do homem, ou por transporte directo, o que parece bem averiguado, pois citam-se casos de pessoas tendo kystos hydatricos, que viviam em contacto com os cães, ou então d'um modo menos directo, por meio da agua, hortaliças, etc., podendo conter ovos da tœnia, e servindo-lhe assim de vehiculo.

É assim que se explica o numero elevadissimo de casos de kystos hydaticos, que se observam constantemente nos habitantes da Islandia (um para tres ou cinco habitantes), devido isto ao grande numero de cães que empregam na guarda dos rebanhos, que é a principal industria do paiz, vivendo assim n'uma certa promiscuidade homens e cães; e além d'isso, a falta de limpeza que se nota no geral dos habitantes, dá razão da grande facilidade com que absorvem os germens dos echinococos.

Vejamos agora como se formam os kystos hydaticos (1):

Os ovos, introduzidos nas vias digestivas do homem, perdem ahi, ao contacto do succo gastrico, as suas membranas de involucro, ficando a nú os embryões, que se chamam *hexacanthos*, por estarem munidos de seis colchetes, com os quaes perfuram os tecidos, e, atravessando os vasos chyliferos, vão lançar-se nas ramificações da veia porta. Levados assim pela torrente sanguinea chegam ao figado, logar mais frequente, onde param e se fixam, podendo comtudo desenvolver-se em quasi todas as partes do organismo. Chegados ao figado, perdem os seus colchetes, segregam uma membrana de involucro e enkystam-se. Fica, então, constituida a bolsa hydatica, que é composta d'uma parede interna—a do embryão—e d'uma parede externa, producto de secreção. A bolsa está cheia

(1) Dieulafoy, *Pathologie interne*.

d'um liquido claro e transparente. Mais tarde forma-se uma nova parede, que não faz parte do kysto e é devida á irritação do tecido conjunctivo hepatico circumvisinho:—é uma membrana conjunctiva, fibroide, que póde adquirir meio centimetro de espessura, ou mais, e recoberta d'uma rede vascular, parecendo ser ella que alimenta o tumor (1). Este involucro fibroso está intimamente ligado ao parenchyma do figado, mas póde destacar-se facilmente do kysto hydatico.

Isolado o kysto d'este involucro, apresenta uma fórma espheroidal, molle, esbranquiçada, trememente como se fosse gelatina.

Vamos estudar as duas membranas que o formam: A externa é analoga a albumina mal cozida e formada de muitas camadas estratificadas, que lhe dão uma apparencia absolutamente caracteristica. A camada interna, chamada *membrana fertil* de Robin ou *membrana germinal* de Ranvier, tem um aspecto granuloso devido a grande quantidade de pequenas saliencias, a principio sesseis, depois pediculadas e kysticas, guarnecidas mais tarde de quatro ventosas na sua extremidade livre. Estas pequenas vesiculas podem ficar adherentes á *membrana germinativa*, mas geralmente des-

(1) Giraldes.

tacam-se, tornam-se livres na cavidade do kysto. As vesículas assim formadas são chamadas *vesículas filhas*. São mais ou menos volumosas, contendo muitas vezes uma terceira e quarta geração. A sua estrutura é perfeitamente idêntica á do kysto gerador. Quando a *membrana germinativa* não dá nascimento a vesículas com *echinococcus*, a hydatide chama-se *acephalocista*, e quando chega o momento em que os produz, chama-se então — *fertil*.

SEGUNDA PARTE

Diagnostic

Geralmente os kystos hydaticos, ou pelo seu pequeno volume, ou por estarem mais ou menos incluídos no parenchyma, ou na face concava do figado, escapam aos diversos meios de exploração, e até kystos volumosos tem sido encontrados, nas autopsias, sem que symptoma algum durante a vida tal fizesse suspeitar.

Outras vezes ha apenas symptomas mal definidos.

Tem-se dito mesmo que os kystos hydaticos do figado não apresentam symptomas proprios, e quizeram até fazer d'isto um character especial d'estes tumores. Com effeito, não se encontra conjuncto de signaes, que caracterizam tal ou tal doença; o que se observa são principalmente symptomas de vizinhança—é mais a séde que a natureza da affecção, que fazem, aqui, a symptomatologia.

Comtudo, quando os kystos teem attingido um volume maior, são ordinariamente mais fa-
ceis de reconhecer, ainda que não haja, como
já dissemos, uma symptomatologia constante.

As relações d'estes tumores com o figado e
portanto com o tubo digestivo e com todos os
orgãos da cavidade abdominal, quando se des-
envolvem na face concava, ou com os orgãos
da cavidade thoracica quando se desenvolvem
na face convexa, fazem toda a symptomatologia
funcional, que resumidamente apresentaremos
aqui:

Temos: perturbações digestivas—dispepsias,
extravagancias de appetite, aborrecimento pela
carne, repugnancia pelas gorduras (1); ás ve-
zes nauseas, mais raramente vomitos, em cer-
tos casos diarrhea, etc.; dôres vagas, fugazes,
apparecendo por accessos, e mal localisadas;
uma sensação de peso que obriga os doentes a
desapertar o fato.

Ha predisposição para as hemorrhagias (2)
(epistaxis, hemoptises, metrorrhagias, hemate-
meses). Podem tambem encontrar-se pleure-
sias seccas da base ou com derrame, ictericia,
geralmente moderada, palpitações, oppressão,
abafação sem se notar cousa alguma do lado
do pulmão ou do coração, etc.

Nota-se ás vezes a apparição d'uma urticaria
sem causa explicativa e fóra de toda a interven-

(1) Dieulafoy, *Pathologie interne*.

(2) Trousseau, *Cliniques du Hôtel-Dieu*; Davaine, *Traite des
entozoaires*.

ção, segundo observações de Dieulafoy. Este mesmo auctor dá uma certa importancia tambem ás regorgitações das materias gordurosas que sobrevém depois das refeições, quando o doente tenha comido alimentos gordos, mesmo o caldo.

Ha geralmente dôr na espadua direita. Todos estes symptomas podem ter alguma importancia, quando haja algum tumor abdominal, que faça chamar a attenção do medico para o figado. Fóra d'isso não teem grande significação, pois podem apresentar-se os mesmos phenomenos em outras affecções do figado ou do estomago. Sómente as erupções repetidas de urticaria podem ter algum valor.

Demais estes symptomas podem faltar nos kystos hydaticos do figado. Tem havido doentes que, affectados d'esta doença, nunca apresentaram quaesquer perturbações digestivas.

Ainda assim, quando reconhecida a existencia d'um tumor, além d'estes symptomas mal definidos, póde haver alguns de valor decisivo, como adiante veremos.

Os principaes caracteres d'estes tumores são:

Á *apalpação* — são geralmente lisos, uniformes, globulosos, arredondados, achatados, indolentes, se não ha complicações inflammato-

rias. Em muitas observações, que temos lido, havia uma fluctuação manifesta e mesmo nos dois casos, que tivemos occasião de observar, a podémos apreciar. No entanto parece não ser isto sempre assim, pois que os kystos, por conterem pouco ou nenhum liquido, no caso de estarem cheios de *hydatides filhas*, não se tornam muito proprios a produzir a fluctuação, ou por terem uma parede muito espessa ou por haverem soffrido alguma degenerescencia. E até nos casos da bolsa estar muito cheia de liquido, é raro tambem que a haja.

Estes tumores são ordinariamente tensos, renitentes, elasticos, e não fluctuantes, segundo a opinião de Trélat.

A *indolencia*, quando ha phenomenos inflammatorios, é o symptoma proprio d'este tumor. É curioso como certos doentes, portadores de kystos hydaticos bastante volumosos, não tenham accusado qualquer dôr.

A *percussão* dá *som basso* ao nivel do tumor, som este que se continúa sem interrupção com o figado; pôde comtudo existir entre a viscera e o tumor uma zona de *som claro* muito nitida.

A percussão pôde ainda dar um signal particular, o *fremito hydatico*, que alguns auctores consideram de grande valor, mas que muitas vezes falta. Briánçon foi o primeiro que estudou este symptoma em 1828 e Piorry, no seu tratado de percussão, tambem falla d'elle. Davaine e Sadde, inspirando-se em Tillaux, dizem:

«On applique une main sur la tumeur, puis avec les doigts de l'autre main, on donne sur la première un *coup sec et rapide*; un instant après si l'on a bien soin d'appuyer légèrement la main appliquée, on sent sous celle-ci des vibrations ayant lieu dans toute la masse, et se prolongeant, avec une intensité décroissante, pour disparaître bientôt complètement, et se renouveler à chaque nouvelle percussion.

«Ces vibrations donnent à la main la sensation que feraient les vibrations d'un sommier élastique».

Em summa, muitos auctores teem percebido o *fremito hydatico* e teem-no descripto; nós, nas duas observações a que já nos referimos, não o podémos reconhecer.

Cruveilhier (1) também nunca o observou e chega mesmo, no *Dictionnaire de Medecine*, a negar-lhe a existencia, considerando-o uma sensação illusoria.

Esta duvida é também partilhada por grande numero de observadores.

Trousseau diz nunca ter encontrado este symptoma. Racle faz notar que é um dos phenomenos mais raros e que nunca o tinha observado. Gosselin também diz que o phenomeno é raro, mas que existe com seus caracteres especiaes, que o distinguem da crepitação ossea e emphysematosa e apresenta alguma similhaça com a sensação granulosa de certos

(1) *Anatomic pathologique.*

abcessos— a sensação d'amido ou de neve apertada entre os dedos.

Jaccoud diz que o *fremito hydatico* é a *onda que não deve ser confundida com a fluctuação — é uma onda com caracter vibrante*.

É possível que tal symptoma exista e que tenha uma grande importancia para o diagnostico, mas é de notar a sua raridade e a sua apreciação é geralmente muito delicada e difficil.

De duas maneiras explicam os auctores este phenomeno.

Segundo uns, as vibrações são devidas a que o choque e o abalo do liquido contido no kysto põem em jogo a elasticidade da membrana. D'esta opinião são Briánçon, Piorry e Davaine. Este, além d'isso, faz representar um grande papel á quantidade e fluidez do liquido (1). Segundo outros, o fremito é devido ao choque das hydatides entre si, no interior da bolsa kystica. Era esta a theoria admittida por Cruveilhier (2). É tambem hoje esta a opinião da maior parte dos cirurgiões, que admittem a existencia do *fremito hydatico*.

Já vimos, portanto, que o exame clinico poderá, com ajuda dos diversos meios de que dispõe a exploração physica, fazer-nos conhecer

(1) Davaine, *Traite des entozoaires*.

(2) *Anatomie pathologique*.

que existe no abdomen uma collecção de liquido; mas nem sempre poderá determinar a natureza do conteúdo, nem a séde do tumor.

Os hystos que se destacam da *face inferior do figado* fazem saliencia para a parte inferior do abdomen e podem chegar mesmo até á pelve. Muitos podem ser pediculados, de modo que entre elles e o figado ha uma facha de *som claro*, fazendo suppôr que não se trata d'um kysto do figado, mas de collecções desenvolvidas no *epiploon* ou no *mesenterio*. Comtudo distinguem-se bem, pois estas collecções são muito moveis transversalmente e não teem alguma influencia do lado do aparelho digestivo e mesmo são muito raras.

Tambem será difficil confundil-os com uma *hydronephrose*, pois que esta traz consigo sempre perturbações no aparelho urinario, que não existem no kysto hydatico, e phenomenos de intermittencia nas perturbações locaes que são caracteristicas.

Quando estes kystos da *face inferior* são muito desenvolvidos, podem confundir-se com os kystos do ovario. Ora o kysto hydatico do figado desenvolve-se de cima para baixo e o kysto do ovario desenvolve-se de baixo para cima. Mas geralmente os doentes não tomam conta na direcção segundo a qual se tem desenvolvido o tumor. Ainda estes kystos apresen-

tam um caracter particular que não se dá no kysto do ovario e vem a ser os movimentos de ascensão e de descida, synchronicos com os movimentos do diaphragma; mas tambem estes movimentos podem ser annullados quando o tumor desce até á fossa illiaca e ahí cria adherencias com a parede abdominal.

Deve praticar-se sempre o toque vaginal e tentar repellir o tumor para o hypochondrio direito, o que será possivel se se tratar d'um kysto do figado, enquanto que se se tratar de um kysto ovarico, a pelve continuará a ficar cheia.

A confusão clinica entre os kystos hydaticos da face inferior do figado e os kystos hydaticos ovaricos, póde dar-se, como tem acontecido a clinicos de valor, taes como Terrier, L. Championnière, Richelot e outros.

Podem ainda confundir-se estes kystos com a *ascite* e o *abcesso por congestão*.

Os kystos tambem da *face inferior*, mas *postero-inferiores*, isto é, que se desenvolvem atraz da cavidade posterior dos epiloons, são mais raros que os precedentes, com os quaes podem tambem ser confundidos, e ser tomados não só por kystos ovaricos e outros já acima enumerados, mas ainda por tumores do rim e particularmente pelas colleções liqui-

das d'este orgão. Não havendo, porém, perturbações urinarias, não se tratará d'uma *pyélonephrite suppurada*. O diagnostico com os kystos do rim é mais difficil; no entanto estes são muito mais raros e n'aquelles nunca se observa o *balanceamento renal*, signal este a que Guyon dá muita importancia (1).

Desenvolvendo-se o tumor no lobulo esquerdo do figado, póde confundir-se com um tumor kystico do baço. Fazendo, porém, uma percussão minuciosa, encontrar-se-ha uma zona muito clara entre o tumor e o figado, se aquelle pertencer ao baço, emquanto que se o tumor fôr do figado não haverá differença de som entre o tumor e esta viscera.

Os kystos que se desenvolvem na *face superior* e que ficam na parte anterior—*kystos antero-superiores*—são os mais frequentes e fazem uma saliencia mais ou menos apreciavel, umas vezes abaixo do rebordo das falsas costellas, outras ao nivel da região epigastrica. Se estão situados fóra do ligamento suspensor, o rebordo costal direito fica levantado pelo tumor; se estão para dentro, levantam o epigastro. Se nascem no lobo esquerdo do figado, levantam a parte inferior esquerda do thorax. Estes kystos são algumas vezes recobertos por

(1) Guyon, *Diagnostic des tumeurs du rein*.

uma espessura variavel de tecido hepatico, de modo que estão em parte ou totalmente incluídos na viscera. São estes kystos que E. Boëkel chama *centraes* (1).

Podem ser confundidos com os tumores liquidos, ou não, do figado, com as hypertrophias d'este orgão, sem haver tumor propriamente dito.

Geralmente o diagnostico com os *grandes abcessos* do figado é facil de fazer, pois quasi sempre estes succedem á dysenteria prolongada, a enterites ulcerosas e principalmente á hepate dos paizes quentes. Podem ser, é verdade, confundidos os abcessos com os kystos hydaticos suppurados, mas, nos abcessos, apresentam-se sempre os symptomas que dissemos; a sua manifestação dá-se em individuos que habitaram nos paizes quentes. Além d'isso, o erro não teria importancia para o tratamento, pois é identico nas duas doenças.

A *vesicula biliar* distendida pela bile tem passado por kysto hydatico do figado e vice-versa (2). A fôrma e a situação anatomica da vesicula, a ictericia, as colicas hepaticas violentas, que se dão na distenção da vesicula, faltam geralmente nos kystos hydaticos. No entanto, todos estes symptomas podem ás vezes apresentar-se nos casos de kystos hydaticos, e fazer suppôr a lithiase biliar, mas examinando

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1889.

(2) Denucé, *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*.

as fézes, com cuidado, encontrar-se-hão hydatides (1).

Ha muitos casos de *degenerescencias kysticas* de tumores do figado, que teem dado causa a erros de diagnostico.

O cancro mesmo, sem degenerescencia kystica, tem passado por um kysto hydatico do figado.

Até as cirrhoses não escaparam á confusão com os kystos hydaticos do figado. Jaccoud cita exemplos em que nas cirrhoses a fluctuação era tão manifesta, que chegaram a fazer-se punçções repetidas, esperando tirar liquido, que confirmasse o diagnostico de kysto hydatico do figado (2).

Emfim, não são sómente as affecções do figado, mas até os tumores desenvolvidos por diante d'elle, como na *fascia infra peritoneal*, ou na propria parede do peritoneo teem sido causa d'erro de diagnostico.

Os *kystos postero-superiores*, mais frequentes do que os *postero-inferiores*, são comtudo tambem raros. Tem grande tendencia a dirigirem-se para o thorax e abrirem-se n'elle. A abertura nos bronchios, ou nas pleuras é uma

(1) Berthout, *Sur l'élimination des kystes hydatiques du foie par les voies biliaires.*

(2) Jaccoud, *Leçons clin. de la Pieté.* Paris, 1885.

complicação muitas vezes observada n'esta variedade de kystos e tem dado causa a muitos erros de diagnostico. Invasa a cavidade thoracica, ha *som basso* na base em maior ou menor extensão, ausencia de murmurio vesicular, abahulamento do thorax, com desapparecimento dos espaços intercortaes, podendo fazer confundir o kysto hydatico com a *pleuresia* e mesmo com a *pleuresia com derrame*, quando se tratar d'um kysto suppurado.

Vamos agora ver, qual o valor da *puncção exploradora*, como meio de diagnostico.

Acabamos de ver quão grande é a difficuldade que ha para julgar da qualidade do tumor da natureza do seu contheudo, ou mesmo para determinar precisamente a sua séde.

Guyon, (1) a proposito dos kystos hydaticos do rim, diz que quando o tumor é muito grande, occupando quasi todo o ventre, não é de tal ou tal região, mas do abdomen. Assim o cirurgião muitas vezes ver-se-ha obrigado a abrir a cavidade abdominal, sem ter um diagnostico preciso.

Para julgar da natureza do tumor a puncção aspiradora presta relevantes serviços, algumas vezes; e digo algumas vezes, pois que nem sempre esta aspiração dá os resultados desejados. Assim por vezes acontece, que embora se trate d'um kysto hydatico, a puncção

(1) Guyon, *Diagnostic des tumeurs du rein. Annales genito-urinaires*, 1888.

nada nos diz com respeito ao diagnostico, pois que os kystos podem não conter liquido, ou este ser em pequena quantidade, estarem cheios de vesiculas filhas e terem estas soffrido degenerescencia. Póde ainda o liquido não conter colchetes, ou estar purulento, ou não apresentar os caracteres proprios: ser claro como agua de rocha, rico em chloreto de sodio, sem albumina e conter colchetes. A presença de palhetas de cholesterina, a que se tem dado grande valor, não é pathognomonica, pois esta encontra-se em muitos outros liquidos, segundo alguns.

A punção pratica-se de dois modos, quer com a seringa de Pravaz, quer com o aspirador de Dieulafoy, servindo-se o operador d'uma agulha n.º 1. É necessario tornar o instrumento aseptico pelas lavagens com soluções de sublimado corrosivo, ou d'acido phenico e ainda passar a agulha por uma lampada d'alcool. O campo operatorio, mesmo, deve ser lavado cuidadosamente. Enterra-se então a agulha no sitio onde o som fôr mais *basso* e a saliencia maior.

A punção aspiradora tem comtudo alguns inconvenientes que vamos enumerar.

As punções repetidas podem determinar adherencias, que prejudicarão mais tarde, quando se quizer tentar o tratamento cirurgico (laparotomia), ou tambem fazer suppurar o kysto se não tiver havido cuidados antisepticos que assegurem uma perfeita asepsia. Póde dar-se o caso do kysto ser atravessado, pela agulha,

de lado a lado ou esta passar-lhe rente, ou ir lesar órgãos vizinhos importantes, em particular grandes vasos sanguíneos.

Os accidentes que podem sobrevir em seguida á ponção, são: a urticaria e a peritonite, que póde tornar-se rapidamente gravissima.

TERCEIRA PARTE

Do tratamento

O tratamento dos kystos hydaticos, pelos meios pharmacologicos, foi abandonado por quasi todos os medicos, pois que os resultados tem sido negativos. Assim o proto-chloreto de mercurio, o chloreto de sodio e outros medicamentos, taes como o iodeto de potassio, que teve algum favor, são medicações inefficazes e insufficientes.

A morte das hydatides, para obter a cura do kysto, era o fim de todos os methodos, chamados medicos, por Poulet (1) e n'este numero inclue a *acupunctura* de Trousseau, processo que consistia em espetar no tumor trinta a quarenta agulhas, ao pé umas das outras.

Este processo tem sido muito pouco empregado.

(1) Poulet, *Revue de chirurgie*—1886.

A *puncção simples*, inventada por Jobert de Lamballe, consistia em introduzir todos os dias no tumor um trocate capillar, até o tumor diminuir de volume; mas geralmente esta regressão não se dava e sobrevinham suppuração e complicações graves, ás vezes mortaes mesmo. Esta puncção era muito differente da que se pratica actualmente, na qual fallaremos mais adiante, e tinha por fim matar as hydatides pela picada das paredes do kysto, como a *acupunctura* de Trousseau ou a *electro-punctura*.

A *electro-punctura* consiste em enterrar na bolsa kystica agulhas metallicas e por intermedio d'ellas fazer passar uma corrente electrica no tumor. Este methodo tem sido muito usado em Inglaterra. Fagge e Durham tiveram oito casos com bom resultado por este processo. Finsen empregou-o na Islandia. Semmola e Gallozi, na Italia, não obtiveram grandes resultados com elle. Dujardin Beaumetz tambem o applicou sem successo. Apostolli, grande enthu-siasta por este methodo, parece ter obtido muito bons resultados.

Os seus inconvenientes são: provocar a suppuração, determinar dores vivissimas. Foram estas dores que levaram Dujardin Beaumetz a renunciar ao methodo, depois de tres tentativas. Não dá grandes resultados e traz accidentes.

Ora, effectivamente, a *electro-punctura* foi

usada na enfermaria de clinica cirurgica e, segundo se vê na observação junta, a doente queixou-se de dores horrorosas durante a operação e o resultado póde dizer-se quasi negativo, apesar de parecer que o kysto tinha diminuido um pouco de volume.

Puncção aspiradora.—É uma modificação do methodo de Jobert de Lamballe que, como já vimos anteriormente, não pretendia evacuar o liquido do kysto; esta evacuação era apenas incompleta, trazendo quasi sempre a supuração do kysto e muitas vezes accidentes serios, como já dissemos.

A puncção simples com a aspiração é Dieulafoy que com a sua energica impulsão, lhe tem dado vida e a tem salvado do naufragio dos antigos methodos de puncção. Já vimos que, quando não servisse para o tratamento dos kystos, o que aliás não é assim, pois alguns resultados bons se tem colhido d'elle, tem grande utilidade como meio de diagnostico.

O que parece necessario é que a evacuação seja completa para que a bolsa do kysto não fique tensa e evitar que saia algum liquido pelo orificio, feito pela agulha, e vá cahir na cavidade peritoneal, o que será prejudicial.

Methodo operatorio.—Já vimos as precauções anti-septicas que é necessario tomar quando se opera. Colloca-se o doente em decubito dorsal, tendo-lhe previamente posto em volta da cinta uma facha de flanella de comprimento

e largura tal, que se possa apertar o doente, depois da punção, sem lhe fazer executar algum movimento.

Estando tudo assim preparado, o operador percute o tumor e enterra resolutamente a agulha, embebida em oleo phenificado, no ponto que der o som *mais basso*. Ordinariamente sente-se que a agulha, depois de ter atravessado a parede do kysto, póde girar livremente na cavidade do kysto. Abre-se em seguida a torneira de comunicação e o liquido sae, em virtude do vacuo formado no apparelho. Deixa-se sahir todo o liquido que possa, sem fazer pressões no abdomen, para favorecer ou apressar a evacuação. Quando o liquido deixa de correr, sem fechar a torneira e continuando a fazer o vacuo, retira-se a agulha rapidamente, afim de que não caia alguma gotta. Fecha-se em seguida o orificio com gaze iodoformada recoberta de colloidio, depois applica-se uma boa camada de algodão e por cima ajustam-se as duas extremidades da facha de flanella que se tinha previamente collocado, de modo que exerça uma pressão dôce, mas forte. O doente, durante alguns dias, deve evitar fazer qualquer movimento brusco.

Ha outros methodos que teem por fim matar as hydatides por meio de injeccões parasiticidas nos kystos. Os dois liquidos mais empregados teem sido a *bile e tintura de iodo*.

Os medicos notaram os effeitos da *bile* nos casos em que um canal biliar se abria accidentalmente no kysto. A cura era muitas vezes rapida e tiveram então a ideia de fazer seguir a punção d'uma injecção d'este liquido.

Dolbeau propôz este methodo em 1856; mas foi Voisin quem primeiro o usou, obtendo um bom resultado, que parece não se repetiu. Outros tambem experimentaram este methodo, mas ou sobrevieram accidentes, ou o resultado foi negativo. O que é certo é que este methodo cahiu no esquecimento.

Quem primeiro experimentou a tintura de iodo foi Boinet na Charité, quando ao serviço de Briquet. Communicou os seus resultados á Société de Chirurgie, e Nelaton acolheu bem este processo que tambem pôz em pratica. Em breve teve grande voga, porém os bons resultados não compensaram os accidentes, porque não sómente se dava o iodismo, ainda assim pouco grave, mas a inflammação, a suppuração e até a peritonite.

Os casos de morte foram muito numerosos, o processo foi pouco a pouco abandonado e hoje não é empregado.

Outros liquidos foram usados, taes como o alcool, tintura de eucalyptus, etc., porém o resultado não foi melhor e o tratamento dos kystos hydaticos por injecções parasiticidas estava

completamente abandonado, quando em 1887, o professor Guido Bacelli deu a conhecer um processo particular de tratamento por elle empregado, e que, em resumo, consistia em tirar, por meio d'uma seringa, analogá á de Parvaz, 20 centímetros cubicos do liquido do kysto e substituil-os por egual quantidade d'uma solução de sublimado corrosivo a $\frac{1}{4000}$, obtendo algumas curas por este meio. Debove modificou-o, porém, da maneira seguinte: evacuava completamente o kysto pela punccão aspiradora e injectava depois 100 grammas de licor de Van Svieten, ou menos, conforme o tamanho do kysto e tornava a tirar o liquido injectado. Parece ter obtido assim tambem bons resultados.

Este methodo parece ser digno de attenção, pois aproveitou, principalmente, em kystos uniloculares, e sendo praticado com as precauções habituaes, é tido por inoffensivo. No entanto, necessita ainda que o numero dos casos e o tempo o venha confirmar.

Vamos agora passar em revista os *methodos cirurgicos propriamente ditos*.

Methodos antigos. — Todos tinham por fim abrir o kysto, esvacial-o e laval-o repetidas vezes, até se obter a retracção do sacco e a cura, porém os operadores antigos, ignorando a asepsia cirurgica, não ousavam abrir a cavidade peritoneal, e por isso tentavam todos estabelecer primeiramente adherencias entre o sacco do kysto e o folheto seroso parietal, podendo de-

pois abrir-se o kysto sem communicar com a cavidade do peritoneo.

Estes methodos chirurgicos teem variado muitissimo, mas visavam a estabelecer adherencias previas, antes de abrir o kysto.

Recamier, seguindo o methodo de Graves nos abcessos do figado, imaginou o processo que tem o seu nome, que consistia em fazer na parede abdominal por diante da bolsa do kysto, applicações successivas de causticos, que mortificando as partes molles da superficie para a profundidade, provocassem adherencias com a bolsa kystica e mesmo a abrissem, para assim se poder esvasiar para o exterior. Este processo teve modificações; assim Dolbeau não esperava que o kysto se abrisse pela acção do caustico, e fazia uma incisão crucial na eschara com o bisturi. Os causticos de que se serviam foram, nas primeiras operações, pasta de Vienna, nas seguintes pasta de Canquoin.

Este processo tinha inconvenientes graves, pois que havia necessidade de fazer muitas applicações de causticos, provocando grandes dores e trazendo grande demora, pois eram precisos nada menos de 16 dias para que o kysto se abrisse.

Tillaux modificou este processo do modo seguinte: abria com o bisturi toda a parede abdominal, excepto o peritoneo, até ao kysto, e n'este introduzia então uma flexa de Canquoin, que perfurava a serosa. Ao fim de 3 ou 4 dias o kysto estava aberto. Este methodo dos caus-

ticos, mesmo com esta modificação de Tillaux, é longo, incerto, e as adherencias são ás vezes fracas. No entanto, teem tido resultados bons, a mortalidade é, segundo Hanxley, de 36 por cento. Está hoje geralmente abandonado mesmo por Tillaux. Para evitar as dores e a morosidade, este methodo foi modificado, fazendo-se a incisão em dois tempos. Esta modificação foi feita pelo proprio Recamier, apesar de a terem attribuido a Begin, pelo nome de quem é conhecida—*processo de Begin*.

Esta modificação consistia em fazer uma incisão da parede abdominal, comprehendendo o peritoneo até ao kysto exclusivamente. Na ferida punha-se um penso, que ao fim d'alguns dias se tirava, estando as adherencias já estabelecidas; fazia-se então a incisão do kysto. Póde fazer-se ideia quaes seriam os perigos, tendo por penso, sobre o ventre aberto, um pano untado com ceroto! Por conseguinte esta modificação foi logo abandonada, persistindo o primeiro processo de Recamier, apesar das dores que causava. No entanto, a incisão era de proveito, e só lhe faltavam os beneficios da cirurgia antiseptica para o tornar praticavel.

Foram os allemães e em particular Volkmann, que desde 1877 pozeram em voga novamente o methodo da dupla incisão. Volkmann procedia como Begin, mas usava um penso antiseptico com gaze de Lister, deixando-o ficar durante 8 a 9 dias. Então fazia a incisão da

bolsa, evacuava o seu contheudo; fazia lavagens antisepticas e *drenava*. Este methodo, assim modificado, deu excellentes resultados e tornou-se o methodo classico na Allemanha, tendo-se conservado assim até nossos dias. Contudo não necessita ser conservado e deve ser substituido pelos methodos de incisão em um só tempo, pois que, se as adherencias eram necessarias aos antigos, que não tinham a asepsia ao seu serviço, com os beneficios preciosos d'esta, as adherencias não são uma protecção, não são uma necessidade, são antes um obstaculo. Mesmo não davam, ás vezes, senão uma falsa segurança, porque não tinham sufficiente extensão ou solidez bastante.

Boinet, procurando um methodo que fosse menos doloroso que os precedentes, e tivesse segurança contra o perigo peritoneal, inventou um que é apenas uma modificação do processo de Jobert de Lamballe. Do mesmo modo esperava no tumor um trocate de hydrocelo, com torneira, e deixava-o ficar durante muitos dias e quando julgava que as adherencias já estivessem formadas, retirava então o trocater e o liquido sahia pelo orificio que este deixava. Mas como este orificio era pequeno, o liquido sahia mal, e então Boinet mandou construir um trocater curvo, que entrando na bolsa do kysto sahia por outro sitio para o exterior, fazendo duas aberturas, e seccionava mesmo a parte com-

prehendida entre os dois orificios, utilizando as adherencias formadas n'este nivel, ficando assim uma larga abertura muito vantajosa. Mas estas adherencias nem sempre eram sufficientes, e este methodo pouco tempo se conservou na pratica. Simon d'Heidelberg modificou-o tambem d'este modo: servia-se de dois trocates finos, que enterrava no tumor distantes alguns centimetros um do outro. De tempos a tempos deixava correr por elles um pouco de liquido; depois, quando o kysto suppurava, ligava por uma incisão os dois orificios, ao nivel dos quaes havia adherencias, mas não existindo ainda estas, suturava-o á pelle.

O *processo de Kuster* é quasi o mesmo do da dupla punção de Boinet, mas em vez de sectionar a parte intermedia entre os dois orificios com o bisturi, fazia esta secção com a ligadura elastica.

Estes methodos, que temos apresentado até aqui, são antigos, alguns d'elles ainda usados, mas o actualmente adoptado, verdadeiro *methodo novo*, é o da incisão em um tempo. Aplica-se aos kystos hydaticos do figado o tratamento dos tumores abdominaes em geral, dos kystos ovaricos em particular.

É a Lindemann que se attribue a paterni-

dade do processo, exposto por Kirchner, seu alumno, em 1879, mas, segundo parece, Sanger tinha praticado uma operação analoga em 1876, que passou desapercibida. Da Allemanha, foi transportado para a Inglaterra, e Lawson Tait adoptou-o desde 1880, e só mais tarde, em 1885, é que a França o usou tambem, primeiro por erro de diagnostico (Ferrier, L. Championnière, Richelot) e depois resolutamente (Trelat, Segond, Bouilly, Campenon, Monod) etc. Em Lisboa fizeram-se tambem tres operações d'este genero. A primeira foi feita pelo ex.^{mo} sr. Boddallo Pinheiro, em 19 de agosto de 1886, com bom resultado.

O operado era um rapaz de treze annos, em boas condições para supportar a operação. No fim de setenta e oito dias o doente levantava-se com uma pequena fistula e, no mez seguinte, sahia do hospital apenas com uma pequena depressão no ponto onde tinha havido a fistula.

A segunda foi feita pelo professor de clinica cirurgica, o ex.^{mo} sr. Oliveira Feijão, em 31 de dezembro do mesmo anno. A operada morreu passados nove dias, devido talvez ao estado de fraqueza extrema em que se encontrava já, mesmo antes da operação, pois que na autopsia nada se encontrou que, attribuindo-se á operação, podesse explicar a morte. Este mesmo resultado dar-se-ia decerto com qualquer outra operação que se lhe fizesse.

A terceira, feita tambem por este mesmo il-

lustre professor, no dia 8 de junho de 1887. O resultado pôde dizer-se bom, pois a publicação (1) d'onde tiro estes apontamentos dava, vinte e dois dias depois, o operado em via de cura. A ferida muito reduzida, 0,^m03 apenas, e continuando a cicatrizar-se perfeitamente. O estado geral magnifico.

Este mesmo processo operatorio foi usado pelo nosso professor, o ex.^{mo} sr. Azevedo Maia, no caso que faz parte do diario, que apresentamos no fim d'este trabalho, mas esse não era um kysto hydatico do figado, mas sim um kysto hydatico do fundo do sacco de Douglas.

A doente a que me refiro tambem tinha um grande kysto do figado, mas que só foi reconhecido na autopsia.

Para não tornar muito extenso este trabalho, não descreveremos aqui o processo operatorio, pois elle é exactamente, para os kystos hydaticos do figado, o mesmo que o nosso ex.^{mo} professor praticou n'aquelle caso, o qual vae adiante minuciosamente descripto no diario a que me refiro, variando comtudo um pouco sómente segundo a séde do kysto. Assim, se o kysto é *antero-inferior*, deve recorrer-se á laparotomia anterior, sendo o kysto volumoso; porém sendo de mediana grandeza, a laparotomia deve antes ser lateral.

Para os kystos *postero-inferiores*, recorrer-se-ha tambem á laparotomia lateral, excepto nos

(1) J. J. Alegre, dissertação inaugural. Lisboa, 1887.

casos em que se tenham desenvolvido na linha media. Finalmente a *via transpleural* é conveniente sómente para os kystos postero-superiores.

OBSERVAÇÃO I (1)

Um caso de kystos hydaticos

Antonia Moreira de Figueiredo, filha de Antonio Moreira e Olinda da Conceição, de vinte e quatro annos, casada, costureira, natural e residente na rua do Principe, Porto.

Pae saudavel. A mãe lançara em tempo uma toenia, depois do que ficara a soffrer do estomago e cabeça.

Teve oito filhos: um morreu com um tumor no pescoço, que suppurara por muito tempo; outro, com um padecimento no ventre, a respeito do qual a doente não conhece pormenores; outro, finalmente, nasceu morto.

A doente foi sempre bastante fraca, tendo tido em pequena caroços no pescoço. As regras appareceram-lhe aos treze annos, depois de tomar em quantidade tonicos como oleo de figado

(1) Tanto esta como a observação que se segue foram extrahidas dos diarios clinicos apresentados á Escola por dois nossos condiscipulos.

de bacalhau, ferro e banhos de mar. Como cressem em demasia, applicou panos com vinagre sobre o ventre, o que os fez suspender. D'ahi em diante tem sido regularmente menstruada.

Teve tres filhos: o primeiro, depois de sete mezes e meio de gestação, morreu com quinze dias d'um ataque de cabeça, talvez meningite; o segundo, de nove mezes, morto; o terceiro, de termo, vivo, morreu de nove mezes, com um ataque identico ao do outro.

Durante a gestação d'este ultimo filho, sentiu por vezes dôres violentas em todo o ventre, dôres que augmentavam pelo movimento, vendo-se a doente obrigada a demorar-se na cama geralmente tres dias. Passados estes, desappareciam e o seu estado voltava a ser satisfatorio. O parto correu regularmente. Levantando-se, notou no ventre tumores: um ao lado direito, um pouco abaixo do figado, outro na fossa ilíaca esquerda, outros menores, do volume de castanhas, ao nivel do umbigo. Estes tumores eram moveis e indolentes. Uma vez depois do parto, reappareceram as dôres, sentindo-as d'ahi por diante quasi todas as semanas. No fim de um anno recolheu-se ao hospital, onde esteve cerca d'um mez sem que lhe apparecessem as dôres, posto que não fizesse tratamento algum. Sahindo do hospital, voltaram-lhe de novo e assim esteve durante tres annos, passados os quaes tornou a alcançar, soffrendo por essa occasião fortes dôres, que desappareceram para

voltar cinco mezes depois, prolongando-se durante quinze dias.

A doente resolveu então recolher-se outra vez ao hospital.

O exame feito, então, mostrou: pela *inspeção*, o ventre bastante volumoso e proeminente; a *apalpação*, ao centro e na parte inferior do abdomen, um tumor duro, quasi immovel e bastante volumoso, e á esquerda, acima d'este, um outro molle com *fluctuação*. No tumor central sentiam-se movimentos.

A *percussão* dava um som baixo, salvo n'uma facha estreita, abaixo do bordo das falsas costellas direitas, ao lado do epigastro e bordo esquerdo do abdomen. Pela *auscultação*, ao nivel do hypogastro, ouvia-se um sopro isochrono com o pulso; sobre o pubis distinguiam-se uns ruidos seccos, muito mais frequentes que o pulso e com intervallos eguaes. Pelo *toque vaginal* reconhecia-se uma laceração profunda e transversal do collo e este apertado contra a symphisis por um tumor que fazia saliencia no fundo do sacco posterior; este tumor era quasi immovel, um tanto duro, mas dando uma sensação obscura de *fluctuação*.

A falta de menstruação, a existencia de um tumor central fazendo corpo com o collo, os sopros uterinos e os ruidos fetaes, bem como os movimentos do feto, punham fóra de duvida a existencia d'uma prenhez, mas complicada de tumor ou tumores extra-uterinos e da pelve. De que natureza eram esses tumores? A prenhez

não permittia resolver com precisão este problema; mas um facto incontestavel era a sua existencia e a sua origem, pelo menos d'um, se não havia mais, na pelve.

A primeira questão a resolver, e com urgencia, era se devia deixar a prenhez seguir o seu curso, ou se conviria provocar um parto prematuro.

As dôres accusadas pelo doente e devidas provavelmente a phenomenos inflammatorios, levavam a receiar uma complicação séria no resto da prenhez. Suppondo mesmo que esta chegasse a termo sem outra especie de desordens, em que circumstancias nasceria a creança e que risco correria a mãe? Em trinta e oito casos de kystos do ovario, referidos por Puchelt, quinze foram mortaes para a mãe e vinte e tres para o filho. Demais, os tumores parecem ser kystos hydaticos, e então provavelmente algum do ovario, ou, como os antecedentes da doente fazem receiar, são de natureza tuberculosa, kysticos.

Em qualquer dos casos a vida da mãe estava exposta a grande risco e as probabilidades de salvar a creança eram quasi nullas. A intervenção parece que se impunha e immediatamente visto que o crescimento do feto tornava cada vez peor a sua expulsão. Foi o que se resolveu. Para o conseguir procedeu-se á dilatação do collo pela introdução d'uma haste de laminaria, depois dos devidos cuidados anti-septicos, conseguindo-se esse resultado no

fim de dous dias. Feita uma lavagem do utero, esperou-se um dia, e, como da parte d'esse orgão não se notassem signaes de reacção, fizeram-se injecções hypodermicas de ergotina em numero de tres no espaço de dous dias, effectuando-se o parto na madrugada do terceiro, com toda a regularidade. De manhã fez-se uma lavagem do utero, e ainda no dia seguinte, sahindo com ellas restos da placenta. A temperatura oscillou sempre entre 37° e 37,5. Dois dias depois, como os seios se tornassem duros e dolorosos, applicaram-se-lhes umas cataplasmas de linhaça, por tres dias. Os lochios correram sempre regularmente, mas, tornando-se por essa occasião bastante fetidos, usou a doente irrigações vaginaes com deutiodeto por oito dias, findos os quaes os lochios diminuíram bastante, cessando completamente quatro dias depois.

Passou regularmente durante doze dias, depois dos quaes appareceu-lhe a menstruação com algumas dôres, que cessaram com applicações de cataplasmas no ventre. Alguns dias depois voltaram-lhe as dôres que costumava ter antes de entrar para o hospital. A temperatura elevou-se a 38,5; novas applicações de cataplasmas fizeram abrandar essas dôres, que duraram tres dias. Pouco depois a doente quiz sahir do hospital por motivos particulares, voltando passados oito dias. Contou-nos o seguinte: logo que sahio começou a sentir fortes dôres de cabeça e em todo o ventre; um grande

fastio e febre. Este estado durou todo o tempo que esteve fóra. Examinada de novo, notou-se: pela *inspecção*, o ventre ainda augmentado de volume e proeminente. As falsas costellas ditas um pouco levantadas. Á *apalpação*, um tumor no flanco direito, de diametro um pouco maior que o d'uma laranja e não muito duro. Acima do umbigo mais tres do volume de pequenos ovos de gallinha. Fazendo respirar profundamente, notava-se que esses tumores acompanhavam os movimentos das visceras.

Pela *percussão*, limitava uma facha de som claro que, partindo do lado direito do abdomen, passava abaixo do figado, prolongando-se pelo epigastro, descendo pela parte externa até meio do flanco esquerdo. No centro do abdomen e parte inferior dos flancos esquerdo e direito, tirava-se um som obscuro com percussão leve; percutindo, porém, profundamente o som tornava-se claro. Na parte postero-lateral esquerda, em contacto com o baço, a percussão dá um som obscuro que se prolonga com o do baço.

O *toque vaginal* deu o mesmo que anteriormente e mais um pequeno tumor, muito doloroso, adiante do que já lá existia.

Para o diagnostico, duas questões temos a resolver: quaes as relações dos tumores e qual a sua natureza.

Applicando a mão sobre o ventre vimos que, com uma respiração profunda, a massa central acompanhava os movimentos do dia-

phragma; era, pois, da cavidade abdominal. O som baixo, á percussão, leva-nos a excluir a ideia de que provenha do rim, do pancreas, da cavidade posterior dos epiploons e do mesentereo, por isso que esses tumores são sempre cobertos pelo intestino. Resta-nos o ovario, o figado, o baço e o grande epiploon.

A falta de relação com o tumor pelvico, indicada pela apalpação combinada, exclue o ovario. Não tem o seu ponto de partida no figado ou baço, porque entre estes órgãos e os tumores ha uma facha de som claro; demais, a doente diz lembrar-se que nenhum dos tumores crescera de cima para baixo, mas sim debaixo para cima. A saliencia das falsas costellas parece indicar que algum provém do figado, mas a ser assim, esse não está ao alcance da nossa exploração. Fica-nos, portanto, o grande epiploon. Um facto, que vem confirmar esta hypothese, é a sua maior mobilidade para os lados que de cima para baixo. Quanto ao tumor da pelve, esse só pôde ser formado no fundo do sacco de Dougglas, pois que um tumor da parede antes d'ahi chegar determinaria phenomenos de compressão nos órgãos da bacia, o que não se deu; se partisse do utero ou annexos, desenvolver-se-hia antes para o abdomen que para baixo.

O som obscuro, continuando-se com o do baço, leva-nos a crêr que d'este órgão parte tambem algum.

É possível que varios outros se encontrem na cavidade abdominal, mas esses escapam á nossa exploração.

Quanto á sua natureza, esta póde ser cancerosa, tuberculosa ou hydatica.

O cancro é caracterisado por um tumor duro, irregular, ondeado, o que aqui se não observa; determina um estado cachetico, e a doente padece pelo menos ha cinco annos sem que o seu estado geral se tenha resentido sensivelmente; de resto, os antecedentes hereditarios permitem excluir esta hypothese.

A tuberculose, pelo contrario, parece ter na doente um terreno bastante favoravel, como se vê pela inspecção e antecedentes. Póde ser que, localisada e enkystada, as manifestações intestinaes e pulmonares, que geralmente acompanham este estado, não tenham apparecido. Podem ainda ser kystos hydaticos; esta hypothese é talvez mais favoravel e mais de harmonia com a historia da doença; como, porém, a precedente não está excluida, só uma punção exploradora poderá tirar de duvidas. Foi o que se fez no tumor pelvico. O exame microscopico do liquido retirado mostrou os colchetes pathognomicos; eram kystos kydaticos.

As dôres que a doente frequentemente sentia, e acompanhadas de febre, como tivemos occasião de observar, eram sem duvida signaes de ruptura de alguma bolsa; a febre que atacou a doente durante o tempo que esteve fóra do

hospital e continuaram até que se fez a operação significavam que algum dos kystos suppurára.

Tem-se tentado, mas com pouco ou nenhum resultado, o tratamento medico. Assim, preconisou-se successivamente o chloreto de sodio, os mercuriaes, o oleo de petroleo, o iodeto de potassio, etc.; porém, os resultados colhidos foram tão negativos que, póde-se affirmar, só os tratamentos cirurgicos podem curar a doente. A punção capillar é sem duvida o mais simples e inoffensivo, mas, além de falhar muitas vezes, era inapplicavel ao caso presente, visto tratar-se de grande numero de tumores, uma verdadeira sementeira. Esta circumstancia trachava-nos o caminho a seguir; abrir a cavidade abdominal, tirar os que fossem possiveis e algum que, por grandes adherencias ou qualquer outro motivo, não podesse ser extrahido, puchal-o á abertura abdominal, esvasial-o e dreanal-o. E no caso d'algum outro estar um tanto afastado, impossivel de ser trazido á abertura, abrir-se-hia mais tarde, ao seu nivel; a cavidade abdominal e proceder-se-hia com elle do mesmo modo que com os outros.

Foi isto o que se resolveu fazer e a que se procedeu no dia 5.

Operação:

Desde a antevespera principiou-se a *toilette* da região operatoria, lavando a parte e esfregando com agua quente, sabão e escova, e em seguida com o soluto de deuto-iodeto de mer-

curio a 1 por 1000, e deixando-se a região protegida por uma compressa embebida do referido soluto e coberta com oleado para impedir a evaporação rápida.

Além d'isso, a doente foi purgada e posta a caldos apurados. No dia 5, depois de evacuada a bexiga e administrado um clyster de leite e cognac, foi a doente anesthisada no seu leito e em seguida transportada para a meza de operações no gabinete contiguo, onde tudo estava a postos, instrumentos, ajudantes, esponjas, etc., sendo novamente lavada, a agua phenica forte quente, a região operatoria. Por uma incisão de seis a oito centímetros, chegou-se sobre o peritoneo parietal, que só após uma cuidada hemostase foi aberto. Uma rápida tentativa para repellar o epiploon mostrou que este adheriria intimamente ás ansas intestinaes retro e subjacentes e patenteou a existencia d'um kysto do volume d'ovo de perua na sua espessura que reclamava maior abertura para a sua extracção. Assim, a ferida abdominal foi accrescida até ao umbigo, realisando-se a ablação d'este kysto. Em seguida foi extirpado outro pouco menos volumoso e de fórma irregular, desenvolvido no ovario direito, sendo o acto demorado por difficuldades nascidas, já das adherencias com os órgãos visinhos, já da falta absoluta de pediculo. Depois poudo verificar-se pelo toque vagino-pelvico a existencia de outro tumor volumoso, formado entre o utero e o recto, com adherencias invenciveis em toda a su-

perficie, excepto na parte supero-anterior, impossivel de trazer á abertura abdominal, emquanto cheio, por isso foi introduzido n'elle o trocater mais volumoso do aspirador Potain, sahindo pela respectiva canula algumas grammas de liquido; a pouco espaço, porém, o liquido kystico começou de sahir entre a canula e o orificio kystico, sendo recebido na sua maior parte, pelo menos, por pequenas esponjas chatas perijacentes. Uma vez bastante reduzida a tensão introkystica foi a parede pinçada por fórma a obliterar o orificio do kysto e este trazido á abertura abdominal, onde foi largamente aberto e evacuado directamente para o exterior. O seu conteúdo, que consistia em liquido turvo, purulento e hydatides mortas, era extremamente fetido, e o involuero externo do kysto esverdeado, em visivel estado de esphacelo. Mantida permanentemente a abertura d'este kysto fóra do abdomen por meio de pinças, pôde então ser continuada a operação. Assim foram extirpados mais uma duzia de kystos desde o volume d'uma grande cereja até ao d'um ovo de perúá, sendo de notar que tres existiam livres, isto é, sem a menor adherencia na cavidade peritoneal; outros, porém, tinham prisões internas e externas. Decorrera hora e meia e a exploração da cavidade abdominal revelou ainda um grande numero de kystos, alguns dos quaes impossiveis de extirpar, por terem fortes prisões nas regiões lombares por diante dos rins. Fizeram-se em grande numero ligaduras per-

didas a catgut e sêda chata. A maior parte dos kystos eram epiploicos e mesentericos com fortes adherencias ás ansas intestinaes. Reconhecida a impossibilidade d'uma operação radicalmente extirpadora, passou-se ao tratamento do kysto do fundo do sacco de Douglas. Reconhecido o mau estado da parte não adherente do kysto, não havia grandes probabilidades de ser efficaz a sutura d'esta parede á ferida abdominal, entretanto foi esta sutura feita com pontos separados de catgut grosso e estabelecido um dreno até ao fundo do sacco de Douglas. Em seguida foram lançados os pontos de sutura debaixo para cima e fechado o peritoneo do modo usual. Lavada uma ultima vez a ferida foi feito o curativo usado, na enfermaria, em taes casos e contido por uma facha adequada de flanella. A duração total foi de cerca de duas horas e meia. Depois o nosso professor declarou que deveria ter estabelecido um dreno pelo fundo do sacco de Douglas, sahindo pela vagina. Assim ter-se-hia evitado com mais efficacia a queda do liquido kystico-purulento dentro da cavidade abdominal.

O thermometro marcava, depois da operação, $37^{\circ},2$, subindo em seguida gradualmente até á noite, sendo então de $39^{\circ},2$. O pulso oscilava entre 96 e 110 pulsações. Poucos vomitos. Sómente bebeu agua com cognac.

No dia seguinte a temperatura conservou-se sempre um tanto elevada: de manhã, $38^{\circ},2$; á tarde, entre $38^{\circ},8$ e $39^{\circ},3$.

O pulso bastante fraco e muito frequente; chegou a dar 148 pulsações de manhã. Algum tympanismo; poucos vomitos de manhã, muito frequentes á tarde e durante a noite. Estes, hemorrhagicos. Tomou durante o dia hostias com bicarbonato de sodio e calomelanos; sahiram quasi todos com os vomitos.

Terceiro dia.—Temperatura, 37°,6 de manhã, 37°,8 á tarde. Pulso um pouco mais forte que no dia anterior. Vomitos repetidos e hemorrhagicos de manhã; á tarde cessaram quasi de todo, reaparecendo em abundancia de noite. Continuou com o uso das hostias, conservando muitas. Levantou-se o curativo, achando-se a ferida com bom aspecto; lavou-se o sacco do kysto e fez-se uma irrigação vaginal. A doente accusou poucas dôres.

Quarto dia.—O pulso de manhã extremamente frequente, incontavel e muitissimo fraco. Vomitos repetidos e hemorrhagicos; tympanismo. Applicaram-se sinapismos no ventre, tomando ao mesmo tempo um purgante de oleo de ricino; pouco depois vomitava-o quasi todo. Tomou em seguida, com pequenos intervallos, agua de Loeches com gelo: nenhum effeito. Ás tres horas o pulso quasi se não sentia; momentos depois dizia a doente que não via. Foi declinando pouco e pouco até que ás quatro e meia da tarde fallecia.

A autopsia feita no dia seguinte mostrou:

A abertura abdominal já unida, salvo no ponto em que se suturou o kysto; uma prega

d'este não affrontava bem com a parede, permitindo que o conteúdo cahisse na cavidade abdominal. A parede d'este mostrava-se congestionada e com signaes de inflammação. Na cavidade havia um liquido hemorrhagico purulento. Por toda a superficie do peritoneo um sem numero de pequenos kystos; fazendo corpo com o epiploon, achavam-se uns tres de grande volume; em contiguidade com o baço, um outro tambem de enormes proporções; outro, egualmente volumoso, encostado á columna vertebral, ao nivel do rim direito.

Na parte externa do bordo posterior do figado, havia um outro, tambem de grossas dimensões, cheio d'uma substancia branco-amarellada, de consistencia cebacea, resultado da reabsorpção dos liquidos do kysto morto e accumulção das materias solidas, restos de echinococos e de hydatides, colchetes, etc. Do angulo supero-direito do utero, partia um, de fôrma alongada, semelhando uma cabaca delgada com longo pediculo. A maior parte dos kystos acima enumerados continham vesiculas filhas.

O que foi suturado á abertura feita para a operação adheria a toda a parede posterior do utero, occupava todo o fundo do sacco de Douglas e, depois de contrahir fortes adherencias com o grande epiploon e orgãos visinhos, vinha abrir-se na parede.

Qual a causa da morte da doente? Septicemia e peritonite, resultantes do derramamento do conteúdo do kisto suturado.

As paredes d'este, achando-se sem vida, tornava-se impossivel o trabalho phlegmasico, condição indispensavel para que a união das paredes do kysto aos labios da ferida abdominal se fizesse completamente, ficando assim independentes as duas cavidades. A não união não foi, portanto, erro de sutura.

As relações do kysto com o abdomen, vistas durante a operação e verificadas na autopsia, tornavam absolutamente impossivel a sua extirpação; restava um ultimo recurso—era a sutura e drenagem; foi o que se fez.

A falta de symptomas caracteristicos da peritonite, explica-se pela tolerancia que adquirira o peritoneo com os repetidos traumatismos e inflamações que soffrera durante annos.

Houve absorpção dos principios scepticos, derramados na cavidade, e estes, talvez mais que a inflammação, foram a causa da morte.

OBSERVAÇÃO II

Um caso de kystos hydaticos do figado e do peritoneo

Bernardina Francisca de Paiva, com 44 annos, casada, natural de Castello de Paiva, entrou no hospital em 31 d'outubro de 1888.

Antecedentes pessoases.—A doente, de cons-

tituição regular, foi menstruada aos 16 annos pela primeira vez, tendo sido sempre regular até ha perto de tres mezes, em que se tornou irregular, chegando mesmo a suspender-se por vezes; teve já seis filhos e não padeceu de alguma doença a não ser de febres eruptivas, que geralmente costumam sobrevir na infancia.

Doença actual.—A doente já por duas vezes tem estado no hospital por causa de tres tumores, intra-abdominaes globulosos e moveis, que lhe appareceram na fossa illiaca esquerda. Estes tumores, que a principio apresentavam o volume d'um ovo, augmentaram consideravelmente e obrigaram-na a entrar, ha dois annos, no hospital; aqui, tendo permanecido algum tempo, e como não dessem remedio a seus males, resolveu pedir alta e retirou-se para Arouca, terra da sua residencia. Por alguma violencia que fizesse ou por qualquer outro motivo, e estando já havia alguns dias em Arouca, notou que os tumores lhe haviam desaparecido; ao mesmo tempo enfermou gravemente d'uma peritonite (os symptomas que então apresentou eram os seguintes: febre intensa, dór no abdomen e vomitos esverdriados).

Passado algum tempo, como um dos tumores não tivesse desaparecido e lhe produzisse dores constantes e bastante fortes, que a impossibilitavam de trabalhar, entrou de novo, o anno passado, para o hospital, onde não permaneceu por muito tempo, sahindo no mesmo estado em que entrou.

Exame da doente.—O que motivou a entrada da doente para o hospital pela terceira vez, foi a aparição d'um novo tumor no hypochondrio direito. Como a doente chamasse a attenção logo para ahi, procedi immediatamente ao exame do abdomen.

Inspeção.—O abdomen apresentava um volume anormal; esse augmento de volume, porém, não era uniforme e não apresentava a fôrma ascitica. Havia um abahulamento bastante consideravel do lado direito do abdomen, que occupava o hypochondrio, a região lombar direita e parte do mesogastro e epigastro.

Palpação.—Por este meio de exploração reconhecia-se a existencia d'um tumor intra-abdominal de superficie lisa, regular renitente e um pouco doloroso. Seguia-se perfeitamente com a mão o rebordo do tumor, que se limitava assim muito melhor pela palpação do que pela percussão. Esses limites estendiam-se para além da linha media e para baixo do umbigo uns quatro ou cinco dedos; do lado direito esses limites não eram tão nitidos. O tumor apresentava uma fluctuação bem manifesta.

Percussão.—Pela percussão notava-se uma zona de *som basso* na região correspondente ao tumor, limitada pelo som tympanico intestinal; em outros pontos, porém, do abdomen notavam-se novas zonas de *som basso* muito menos consideraveis e correspondentes a pequenos tumores, cuja existencia já a palpação tinha revelado.

Puncção exploradora.—Como o tumor de maior volume parecesse pertencer ao figado, porque a percussão não mostrava interrupção na zona do som basso hepatico e do tumor, e como além d'isso a sua fluctuação bem manifesta mostrava que se tratava d'um tumor liquido, lembrou-nos logo diagnosticar um kysto hydatico do figado. Todavia procuramos em vão o fremito hydatico, signal considerado por alguns como pathognomonic n'este genero de kystos; além d'isso, a doente nunca accusou alguns symptomas bastante communs a esta doença, como a urticaria, as epistaxis repetidas, um grande aborrecimento para os alimentos gordos, etc. Em presença d'isto e para esclarecer todas as duvidas, praticou-se uma puncção exploradora com um trocate, recolhendo, então, um liquido claro e limpido como agua de rocha, que examinado ao microscopio revelou a existencia de numerosos colchetes de echinococcus. O nosso diagnostico, portanto, estava feito; restava porém saber sobre que ponto do figado se implantava o kysto, e se não existiam outros na cavidade peritoneal. A resolução d'estas questões tinha a maxima importancia, porque d'ella dependia não só o modo de tratamento, mas ainda a gravidade ou benignidade do prognostico.

Diagnostico.—Como já foi dito, em presença dos signaes que pude colher, diagnostiquei um kysto hydatico do figado, mas esse kysto não era unico, existiam outros muito mais peque-

nos, dispersos na cavidade peritoneal, como mostravam a palpação e a percurssão. Estes naturalmente tinham-se desenvolvido sobre o grande epiploon. É demasiado conhecido o mechanismo porque taes tumores chegam a desenvolver-se no peritoneo e, portanto, não insistirei n'isso.

Diagnosticados os kystos hydaticos do peritoneo e do figado restava saber qual a séde do kysto implantado n'este ultimo orgão. Era evidente, porém, que a sua séde de implantação era a face inferior e que se localisava principalmente no lobulo direito. O seu desenvolvimento mais á direita do que á esquerda e a ausencia de ictericia, de ascite ou de outros phenomenos de compressão, levaram-me a suppôr isso, desde logo.

Prognostico. — Bastante grave, attendendo sobretudo a que existiam outros kystos disseminados no peritoneo, o que tornava inefficaz qualquer genero de tratamento. Além d'isso, esta doença está exposta a serias complicações, como a suppuração do sacco e a ruptura do kysto, que pôde dar origem a uma peritonite, por vezes, mortal. Este accidente mesmo parece que já uma vez lhe sobreveio, como já referi a proposito da historia da doença.

Tratamento. — Tendo-se posto de lado immediatamente a punção evacuante em virtude dos seus resultados incertos e dos accidentes a que pôde dar logar e deixando para mais tarde a laparotomia com abertura do kysto,

meio mais efficaz sem duvida, mas bastante perigoso, resolveu-se empregar a electro-punctura. De resto, todos esses meios therapeuticos, em razão da multiplicidade dos kystos, difficilmente poderiam dar a cura da doença.

Diario

No dia 7 de março empregou-se, pois, o meio therapeutico pelo qual se havia decidido. Collocou-se uma placa em communicação com o polo negativo da bateria de Apostoli, na parte superior e anterior da coxa e enterraram-se tres agulhas no interior do kysto hepatico. Cada uma d'estas agulhas foi posta em communicação com o polo positivo durante 10 minutos. A intensidade da corrente nunca excedeu 45 a 50 milliamperes. Esta primeira sessão durou meia hora.

Como a doente se queixasse de dôres intoleraveis, mandou-se-lhe dar uma injeccão hypodermica de morphina.

No dia seguinte essa dôr havia já desaparecido; todavia a retracção do kysto não era bem sensivel. A temperatura era quasi normal.

As nossas notas nada mais apresentam de notavel; e á data em que passamos a limpo este diario, a doente permanece ainda no hospital, quasi no mesmo estado, parecendo apenas que o kysto diminuiu alguma coisa de volume, tendo subido até á altura do umbigo. Pelo contrario, alguns dos kystos peritoneaes tem-se tornado mais sensiveis.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Normalmente o utero está em ante-flexão.

Physiologia.—A reacção acida do succo gastrico é devida, principalmente, ao acido chlo-rydrico.

Materia medica.—Os calomelanos teem uma acção diuretica.

Pathologia externa.—No tratamento dos kystos hydaticos do figado preferimos a laparotomia.

Pathologia interna.—Muitas vezes é impossivel o diagnostico differencial entre a ulcera do estomago e o cancro do mesmo orgão.

Partos.—No caso de laceração do perineo optamos pela sutura logo em seguida á terminação do parto.

Operações.—Na amputação do collo do utero preferimos o emprego da ansa galvanica.

Anathomia pathologica.—A etiologia dos tumores é ainda desconhecida.

Hygiene.—Não se devia deixar estabelecer casas de ensino sem previa auctorisação do medico hygienista.

Pathologia geral.—A lepra é uma doença contagiosa.

Visto,

Maximiano de Lemos.

Póde imprimir-se.
O conselheiro-director,
Visconde de Oliveira.