4º. Vol.

DUAS PALAVRAS

SOBRE

KISTOS HYDATICOS DO FIGADO

E O SEU

TRATAMENTO

90/1 EMC

Ja
Aos 14 de Outubro, pelas 11
horas da manhã
Presidente o Cidadão Augusto
Henrique d'Almeida Brandão
Primeiro
Secretario
Antonio d'Azevedo Maia
Antonio Placido da Costa
Ag.ta Roberto Bellarmino R. Frias
Candido Augusto Correa de Pinto

MANOEL DE MORAES E COSTA

N.º 1

DUAS PALAVRAS

SOBRE

KISTOS HYDATICOS DO FIGADO

E O SEU

TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

EM

OUTUBRO DE 1897



PORTO
Imprensa Portugueza
112, Rua Formosa, 112
—
1897

90/1 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE SOUSA PEREIRA LIMA

SECRETARIO, O ILL.mo E EX.mo SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

	OS ILL.mos E EX.mos SRS.
1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2.ª Cadeira — Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira — Medicina operatoria	Eduardo Pereira Pimenta.
6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8.ª Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira — Clinica cirurgica	Candido Augusto C. de Pinho.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. Almeida Brandão.
11.ª Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12.ª Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. O. Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	Dr. José Carlos Lopes. José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	João Lopes da Silva M. Junior. Alberto Pereira P. d'Aguiar.
Secção cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias. Clemente J. dos Santos Pinto.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Carlos A. de Lima.

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

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

Á MEMORIA

DO

MEU QUERIDO E NUNCA ESQUECIDO PAE

A falta que me fizestes foi tão grande, como immensa e eterna é a saudade que ella me causou.

A minha maior felicidade, no dia d'hoje, ao terminar a minha carreira, cujo começo tantos cuidados e sacrificios vos custou, seria ter-vos perto de mim para n'um abraço longo vos significar o meu reconhecimento por tudo quanto vos devo; mas, já que a pedra d'uma sepultura nos separa e para sempre, lá da sombra incoercivel do mysterio, concedei-me, se possivel fôr, a vossa santa benção e acceitae, como penhor, as lagrimas saudosas do vosso

Manoel.

A minha querida Mãe

Ao vosso carinho e aos cuidados que o vosso amor filial sempre me dispensou, devo eu a alegria que hoje experimento ao terminar a minha carreira.

Offerecer-vos o meu ultimo trabalho escolar não tem outro valor mais do que testemunhar-vos o muito amor e dedicação que vos tributa o vosso filho

Manoel.

A MINHA MULHER

A amizade e carinho com que me tens tratado, tornam-te crédora d'uma divida que se não liquida com o offerecimento d'um tão humilde e defeituoso trabalho; mas vê n'elle o muito amor e dedicação que te consagra o teu

Manoel.

A MEU FILHO

Para ser feliz no dia d'hoje, precisava poder ter ao nosso lado o teu avôsinho, e receber, de ti, meu José, as tuas meiguices. A morte roubou-o e a doença quiz privar-me do infindo prazer dos teus sorrisos...

Acceita, meu filho, mil beijos, emquanto vou curtindo a magua de não te poder curar.

A MEU SOGRO

Antonio da Costa

Eis terminada a vossa grande obra! Á vossa generosidade e á amizade que sempre me dispensastes, «devo o que sou hoje». É, portanto, muitissimo grande, collossal a minha divida; mas, a minha gratidão e reconhecimento serão eternos.

A MINHA SOGRA

D. Maria Emilia da Costa

Respeito e amizade.

A MEU IRMÃO

É tão raro encontrar um irmão tão extremoso e dedicado como tu o tens sido, que, sem a tua amizade e dedicação, não teria chegado a concluir a minha carreira. Perdi o nosso querido Pae no primeiro anno do curso, mas, encontrei, em ti, um segundo Pae, tão bom e generoso como elle era. Possa eu viver muitos annos, para evidenciar-te a minha indelevel gratidão e a muita amizade que te consagra o ten

Manoel.

A MINHAS IRMÃS

Maria Amelia de Moraes e Costa
Hedwiges de Moraes da Cunha e Costa
Aurelia de Moraes e Costa
Zulmira de Moraes e Costa

Como o nosso irmão, tendes sido, para mim, tão boas e dedicadas que me constituis, como elle, em divida perpetua de affectos e cuidados.

Acceitae, pois, a minha sincera amizade e muita gratidão, unica recompensa que vos póde, por agora, offerecer o vosso

Manoel.

Á MEMORIA DE MEUS AVÓS

Á MEMORIA DE MINHA SANTA MADRINHA

D. Venancia Rosalina de Moraes Lucena

Veneração e saudade.

Á MEMORIA DE MEU TIO

JOSÉ FERREIRA LUCENA

Saudade.

Á MEMORIA DE MEUS IRMÃOS

MANOEL E ZULMIRA

Profunda saudade.

Á MEMORIA DE MEU SOBRINHO

MARIO

Perdi-te meu amiguinho! mas resta-me a saudosa recordação dos teus carinhos de creança incomparavel.

AOS MEUS CUNHADOS

Acceitae um abraço do vosso

Manoel.

AOS MEUS SOBRINHOS

Henrique, Alice, Ruy, Elmano e Maria do Céo

Um beijo.

A meu tio

ANSELMO EVARISTO DE MORAES SARMENTO

Tributo de gratidão.

A TODOS OS MEUS PARENTES

E EM ESPECIAL A MEU TIO

Jayme Clemente de Moraes Sarmento

Tributo de gratidão.

A MEU PADRINHO

Padre Manoel do Amaral

Respeito e gratidão.

AO MEU MESTRE

O EMINENTE OPERADOR

Dr. Julio Estevão Franchini

Como prova d'admiração pelo seu talento e testemunho da mais indelevel e sincera gratidão.

AO MEU AMIGO

Dr. Antonio Andrade Junior

Reconhecimento e amizade.

AO ILL.mo E EX.mo SR.

Conselheiro dr. Domingos de Souza Moreira Freire

Como prova d'admiração pela nobreza do seu caracter e do seu muito talento, e como testemunho da mais sincera amizade e indelevel gratidão.

AO MERETISSIMO AUDITOR

DO

TRIBUNAL DO CONTENCIOSO FISCAL DA ALFANDEGA DO PORTO

O ILL.mo E EX.mo SR.

Conselheiro Antonio Alves Carneiro

Profunda veneração pelo vosso nobillissimo caracter e respeito pelo vosso elevado talento e incomparavel justiça.

AO EMINENTE NEVROLOGISTA

O ILL.mo E EX.mo SR.

DR. JULIO XAVIER DE MATTOS

Profundo respeito e admiração pela vossa superior mentalidade, inconcusso caracter e sincero reconhecimento pelos obsequios prestados á minha familia.

AO DISTINCTISSIMO CLINICO

O ILL.mo E EX.mo SR.

DR. TITO AUGUSTO FONTES

Homenagem de respeito pelas suas eminentes faculdades e de indelevel gratidão.

AO MEU BOM AMIGO

O ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. Joaquim Arantes Pereira

(Eminente bacteriologista e director do Instituto Pasteur do Porto)

A minha admiração pelo seu muito saber e gratidão pelos favores recebidos.

AO ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. José Luciano Alves Quintella

Para as innumeras finezas que eu e minha familia vos devemos, não encontro palavras que traduzam bem a muita amizade e gratidão que vos tributa o vosso

Manoel.

AO ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. Antonio Maria Esteves Mendes Corrêa

AO MEU PATRICIO E BOM AMIGO

O EX.mo SR.

Dr. Luiz Augusto da Fonseca Regalla

Tributo de gratidão.

AO MEU EX.mo AMIGO E PATRICIO

Dr. Manoel Pereira da Cruz

Muito reconhecimento.

AO ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. Luiz A. de Vasconcellos Corte-Real

Como homem de sciencia merece a minha admiração, como amigo o meu eterno reconhecimento.

AO MERETISSIMO JUIZ DE DIREITO

O ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. Fernando Frederico Bartholomeu

Homenagem de respeito pela sua superior intelligencia.

AO MEU DISTINCTO PROFESSOR DE PREPARATORIOS

E MEU INTIMO AMIGO

GERVASIO FERREIRA D'ARAUJO

E SUA EX.ma ESPOSA E FILHOS

Homenagem de respeito e admiração ao habil e incansavel professor, e tributo da mais sincera e indelevel gratidão pelos favores recebidos.

AO MEU PROFESSOR DE PORTUGUEZ

O EX.mo SR.

JOSÉ MARIA GUEDES D'AZEVEDO

Seria um ingrato se pudesse olvidar um momento sequer o muito que vos devo. O meu reconhecimento será eterno.

Á MEMORIA DO MEU AMIGUINHO

HORACIO FERREIRA D'ARAUJO

Testemunho de muita saudade.

AO MEU PARTICULAR AMIGO

Antonio Alberto Gonçalves

Jámais poderei esquecer as provas d'amizade que sempre me dispensou.

Se continuar a merecel-as, julgar-me-hei feliz, mas fallido perante uma liquidação.

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL AOS EX.mos SRS.

Dr. Augusto Cezar Bianchi
José Ferreira Gonçalves
Antonio Dias Pinto
Reynaldo Rangel de Quadros Vidal Oudinot
Julio Cardozo de Lima
Ernesto Maria da Fonseca Guimarães
Americo Ferreira d'Almeida
Antonio Fernandes Baptista
Augusto Lagôa
José de Castro Sequeira Vidal
Antonio Maria Duarte
Elisiario Luiz Monteiro
Francisco de Paulos Teixeira
Marcellino d'Almeida
Antonio Amorim de Carvalho
José da Silva Pinto
Augusto José de Brito
José Antonio Ferreira
José Eduardo de Castro
Joaquim Cardozo
José Maria Ribeiro
Ignacio Rodrigues de Azevedo Machado

AO ILLUSTRE CORPO CLINICO

DO

HOSPITAL DA MISERICORDIA

Muito reconhecido pelas sabias lições que de vós recebi durante o internato.

AO MEU INTIMO

Dr. Eduardo Corrêa da Costa Guimarães

Nove annos d'intima camaradagem fizeram-me conhecer bem a nobreza do seu caracter e a bondade do seu generoso coração. Acceite, n'este ultimo abraço de companheiro d'estudo, o testemunho indelevel da minha amizade e o protesto da minha admiração.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

Dr. Luiz Innocencio Ramos Pereira
Dr. Tito Jorge da Costa Malta
Dr. Custodio da Conceição Pinto
Dr. Augusto Cardia Pires
Dr. Felix Pereira de Magalhães Guedes e Castro
Dr. João Augusto Ferreira

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

E EM ESPECIAL A

Aurelio Augusto Rodrigues Seara
Joaquim Antonio d'Oliveira
Manoel Lopes Pereira
Henrique da Silva Amorim

AO ILL.^MO E EX.^MO SR.

Dr. José Carlos Lopes

(Illustre professor jubilado d'esta Escola)

O discipulo reconhecido.

AO ILLUSTRADO CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICA DO PORTO

E EM ESPECIAL A

Dr. Antonio d'Azevedo Maia
Dr. Roberto Bellarmino do Rosario Frias
Dr. Ricardo d'Almeida Jorge
Dr. Alberto Pereira d'Aguiar

O discipulo grato.

AO MEU MUITO DIGNO PRESIDENTE

O ILL.mo E EX.mo SR.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

(Distincto lente da cadeira de anatomia pathologica)

Homenagem sincera de gratidão.

DUAS PALAVRAS

Durante o anno d'Internato no Hospital da Misericordia, tivemos occasião de ver no serviço do ex.mo sr. dr. Julio Franchini, alguns casos de kistos hydaticos do figado, o que muito prendeu a nossa attenção.

No trabalho obrigatorio para conclusão do nosso curso, escolhemos de preferencia este assumpto, por nos parecer de summa importancia, e por desejarmos que factos da nossa observação servissem de base ao nosso estudo, ainda que incompleto pela natureza da obra, e carencia de conhecimentos do seu auctor.

Seria vaidade mesmo, fazermos suppôr que ideias novas ou obscuridades desfeitas se vão encontrar no texto, pois que, para isso, condições especiaes eram necessarias, e em que, infelizmente, não podemos encontrar-nos... D'esta fórma, nada

é de estranhar o incompleto e imperfeito do nosso trabalho, tendo ainda, a absolver-nos a falta de tempo e a exiguidade de casos clinicos. A tudo isto suppre a boa vontade que tinhamos de realisar um trabalho digno de louvor e que deixasse satisfeito o illustrado jury que tem de julgal-o e a cuja apreciação respeitosamente o submettemos, na esperança de que a sua benignidade não deixará de proteger o

Auctor.

SUMMARIO

Duas palavras.

1.ª) *Parte theorica:*

Anatomia.

Physiologia.

Histologia.

2.ª) *Parte clinica:*

Historia.

Etiologia.

Anatomia pathologica.

Symptomatologia.

Diagnostico.

Prognostico.

Tratamento.

Observações.

PARTE THEORICA

Anatomia

SUMMARIO: — Definição — Peso — Volume — Densidade — Côr — Conformação exterior — Involucros do figado — Circulação (arteria hepatica, veia porta, veias supra-hepaticas e lymphaticas) — Apparelho excretor (ductos biliares, canal hepatico, vesicula biliar, canal cystico e canal choledoco).

O figado é uma glandula volumosa, annexa ao apparelho digestivo, situado no hypochondrio direito, estendendo-se ao epigastro e hypochondrio esquerdo.

Está em relação, superiormente, com o diaphragma que o cobre, e, inferiormente, com o estomago e intestinos.

O seu peso, no adulto, é, em média, de 1500 grammas.

É a glandula mais volumosa do corpo humano. O seu volume está na razão inversa do desenvolvimento do individuo.

Testut, chega mesmo a estabelecer o seguinte

quadro, baseando-se nas investigações de Huschke e Meckel:

N'um embryão	de 1 mez,	a relação	é de	1	para	1
» »	de 3 mezes	»	é de	1	»	3
» »	de 5 »	»	é de	1	»	16
N'um fœto...	de 8 »	»	é de	1	»	18
» »	de 9 »	»	é de	1	»	20
No adulto.....		»	é de	1	»	33

Isto prova-nos que, á medida que o figado vae augmentando de volume, desde o periodo embryonario até attingir o seu completo desenvolvimento, o corpo cresce n'uma proporção muito maior.

Podemos referir o seu volume aos tres diametros: o transversal, que mede approximadamente 25 centimetros, o antero-posterior 18 e o vertical 6 a 8. Estes dados estão muito longe de serem constantes, mesmo no estado physiologico, e variadissimas são as causas capazes de fazerem variar o volume do figado. Alguns auctores affirmam que estas cifras se pódem reduzir a metade e Cruveilhier a um terço.

O uso do espartilho, nas mulheres, tem uma tal influencia, que o diametro antero-posterior chega a ser, approximadamente, egual ao diametro transverso.

Comprehende-se ainda que o estado de circulação, influa consideravelmente no seu volume, se attendermos a que o figado, sendo um orgão extremamente vascularisado, augmenta dimensionalmente com os 450 grammas de sangue que os seus vasos encerram (Sappey). D'aqui se deduz a influencia que as affecções pulmonares e do coração devem exercer

no figado, augmentando-lhe o seu volume, contrariamente ao que se dá em casos de hemorrhagias abundantes que diminuem a quantidade de sangue que circula nos seus vasos.

A densidade é, segundo Sappey, 1,0467; Krause considera-a mais elevada e dá-lhe 1,0623 a 1,0853.

A côr é d'um castanho avermelhado mais ou menos denso, segundo o estado de replecção dos vasos.

Emquanto á sua conformação exterior, diremos com Testut, que tem a fórma d'um ovoide, de grande eixo transversal, tendo a parte mais dilatada á direita.

Temos a estudar-lhe duas faces, uma antero-superior e outra postero-inferior; dois bordos, um anterior, outro posterior e duas extremidades direita e esquerda.

A face antero-superior é lisa e convexa, coberta, em quasi toda a sua extensão, pelo diaphragma, excepto ao nivel do epigastro que está em relação immediata com a parede anterior do abdomen.

Inferiormente, do lado direito, corresponde ao rebordo das ultimas costellas, do lado esquerdo á sexta, setima e oitava costellas. Superiormente e por intermedio do diaphragma, está em relação com o pulmão direito, a base do esquerdo e a face posterior do coração.

O ligamento coronario e os dois ligamentos triangulares direito e esquerdo, limitam-na atraz e aos lados; o ligamento suspensor, ou falciforme, inserido de diante para traz, divide-o em duas partes deseguaes, chamadas lobulo direito e lobulo esquerdo do figado.

A face postero-inferior é concava, irregular, com depressões e elevações, correspondentes aos sulcos longitudinaes e transverso.

Os dois sulcos longitudinaes dividem esta face em tres zonas: lateral direita, a média e a lateral esquerda.

A lateral direita está situada á direita do sulco da vesicula biliar e da veia cava.

Apresenta tres depressões chamadas anterior, média e posterior, correspondentes aos orgãos visinhos n'ellas implantados.

A depressão anterior tem uma fórma quadrangular, e corresponde ao angulo formado pelo colon ascendente e pelo transverso; e é, por isso, tambem chamada *depressão colica.*

A média é concava, de fórma triangular e corresponde á face anterior do rim. Pela relação que tem com este orgão denomina-se *depressão renal.*

A posterior, umas vezes plana, outras convexa, está em relação com a capsula supra-renal direita, recebendo, por isso, o nome de *depressão supra-renal.*

A zona média está situada entre os dois sulcos longitudinaes antero-posteriores.

O sulco longitudinal esquerdo, tambem chamado sulco da veia umbilical e do canal venoso, divide, com o ligamento falciforme, a face superior em dois lobulos. Na sua metade anterior, contém, no fœto, a veia umbilical e, no adulto, o cordão fibroso; na metade posterior contém o cordão fibroso, que corresponde, no fœto, ao canal d'Arantius.

O sulco longitudinal direito, tambem chamado

sulco da vesicula biliar e da veia cava, é parallelo ao sulco longitudinal esquerdo na sua parte anterior, onde apresenta uma impressão maior, ovoide, chamada *fosseta cystica*, porque recebe n'ella a vesicula biliar; a parte posterior, mais profunda, aloja a veia cava inferior.

Entre estes dois sulcos, ha um terceiro, chamado *sulco transverso* ou *hilo do figado*, que fórma com elles um H maiusculo. Este sulco transverso é dirigido da direita para a esquerda e mede aproximadamente 6 centimetros de comprimento. N'elle se encontra a veia porta, a arteria hepatica, vasos lymphaticos, canaes biliares e filetes nervosos.

A veia porta fica situada na parte posterior do hilo; logo adeante fica a arteria hepatica e mais profundamente e um pouco adeante ainda, ficam os canaes biliares.

A zona media, de que já fallamos, é dividida por este sulco em duas partes: uma anterior, de fórma quadrangular, chamada *lobulo quadrado do figado* ou *eminencia porta anterior;* outra denominada *lobulo de Spigel* ou *eminencia porta posterior*, ligada ao lobulo direito do figado por uma porção de tecido hepatico.

O *bordo anterior* do figado dirige-se obliquamente de baixo para cima e da direita para a esquerda, costeando, no hypochondrio direito, o rebordo das falsas costellas d'esse lado; chegado ao epigastro, está em relação immediata com a parede anterior do abdomen, e, no hypochondrio esquerdo, desapparece debaixo da sexta, setima ou oitava costella.

Este bordo, delgado e cortante, tem duas chan-

fraduras correspondentes á extremidade anterior dos dois sulcos longitudinaes.

O *bordo posterior*, contrariamente a este, é muito espesso na parte correspondente ao lobulo direito e vae adelgaçando á medida que se aproxima da extremidade esquerda. Está ligado ao diaphragma pelos folhetos superior e inferior do ligamento coronario, e apresenta, ao nivel do lobulo de *Spigel*, uma chanfradura, muitas vezes convertida em canal, onde aloja a veia cava inferior.

A extremidade direita é lisa, convexa, e, por si só, enche todo o hypochondrio direito. Está em relação com o diaphragma, que a separa das costellas, ás quaes está unido pelo ligamento triangular direito.

A extremidade esquerda, delgada e achatada, está situada no hypochondrio esquerdo, entre a grande tuberosidade do estomago e o diaphragma a que está unido pelo ligamento triangular esquerdo.

Os involucros do figado dividem-se em dois grupos: superficiaes e profundos.

Os primeiros são constituidos pelo peritoneo; os segundos pelos involucros fibrosos e pela capsula de Glisson.

O peritoneo fórma sete pregas que ligam o figado, ou á parede abdominal ou ás outras visceras. São ellas: o ligamento suspensor ou falciforme, o ligamento coronario, o ligamento triangular direito, o ligamento triangular esquerdo, o epiploon gastro-hepatico, o ligamento hepato-renal e ó hepato-colico.

O *ligamento suspensor, falciforme*, chamado ainda grande *fouce do peritoneo*, é um septo que liga a face

antero-superior do figado á face inferior do diaphragma e á parede anterior do abdomen.

O *ligamento coronario,* que vae do bordo posterior do figado, dirige-se para a parte tambem posterior do diaphragma.

Os *ligamentos triangulares* são dois, um direito, outro esquerdo.

O direito é horisontal; apresenta tres bordos, o bordo interno que se insere á face superior do figado, o bordo externo que se fixa ao diaphragma e o bordo anterior que é livre e constitue a base do triangulo.

O esquerdo é obliquo para cima e para fóra. Compõe-se de dois folhetes unidos entre si, um superior, outro inferior.

O *epiploon gastro-hepatico ou pequeno epiploon* vae da pequena curvatura do estomago ao sulco transverso e á parte posterior do sulco da veia umbilical e do canal venoso.

O *ligamento hepato-renal* estende-se desde a face inferior do figado á face anterior do rim direito ou á capsula supra-renal.

O *ligamento hepato-colico* desce da impressão colica da face inferior, ao angulo formado pelo colon ascendente e pelo transverso.

O *involucro fibroso* é uma tunica membranosa, extremamente delgada, semi-transparente, correspondendo, pela sua face interna, ao peritoneo.

Ao nivel do hilo, esta tunica, reflecte-se sobre si mesma e fórma, no interior do figado, bainhas cylindricas, onde se aloja a veia porta, a arteria hepatica e os canaes biliares. Esta parte da tunica fibrosa é que constitue a *capsula de Glisson.*

A capsula de Glisson é constituida por uma serie de canaliculos, intimamente unidos aos lobulos do figado e separados dos differentes canaes, que encerram, por uma camada de tecido cellular.

O figado, orgão extremamente vascularisado, recebe sangue arterial que lhe é dado pela arteria hepatica e os seus ramos, e sangue venoso pela veia porta e as suas multiplas ramificações.

A arteria hepatica é um dos tres ramos de divisão do tronco cœliaco. Parte d'este tronco para o sulco transverso do figado, onde se divide em dois ramos: a *arteria pylorica* e a *arteria gastro-epiploica.*

A arteria pylorica é um vaso de pequeno calibre que, a principio, desce até ao pyloro, e depois se curva para a esquerda anastomosando-se com a coronaria estomachica. Ramifica-se em arteriolas que se vão distribuir no estomago e duodenum.

A gastro-epiploica direita é uma arteria mais volumosa que a pylorica, que se anastomosa com a gastro-epiploica esquerda. Fornece ramos *ascendentes* e *descendentes.* Os primeiros vão para o estomago, os segundos para o epiploon. Além d'estes dá ainda a *arteria pancreatico-duodenal* que dá ramos para o pancreas e segunda porção do duodenum.

A arteria hepatica, ao chegar ao hilo, divide-se em dois ramos de calibre desegual: um direito, outro esquerdo. Estes dois ramos, por divisões successivas, dão: os *ramos dos ductos biliares, ramos vasculares ou vasa vasorum, ramos capsulares* e *ramos interlobulares* que se distribuem respectivamente nos canaes biliares, nas paredes dos vasos, (ramos da veia porta, da arteria hepatica e veias supra-hepaticas),

no involucro fibroso, e, finalmente, nos espaços interlobulares.

A estas differentes ramificações da arteria hepatica accrescenta Testut uma serie d'arteriolas provenientes da coronaria estomachica ou da pylorica, da mammaria interna e das diaphragmaticas inferiores, a que, pela sua menor importancia, chamou *arterias hepaticas accessorias*.

A veia porta formada pela reunião das mesaraicas e da splenica, caminha ao longo do bordo direito do epiploon gastro-hepatico até chegar ao hilo do figado, onde se subdivide em dois ramos, direito e esquerdo.

O primeiro dirige-se para a extremidade direita do sulco transverso e divide-se em tres ramos que vão irrigar o lobulo direito, a parte direita do lobulo quadrado e a do lobulo de *Spigel*.

O esquerdo, mais comprido que o direito, dirige-se para a extremidade esquerda do sulco transverso, onde se divide em dois ramos, um que vae para o lobulo esquerdo e o outro para a parte esquerda do lobulo de *Spigel* ou para a do lobulo quadrado.

Estas divisões da veia porta caminham nas bainhas tubulosas que formam a capsula de Glisson com uma ou duas arterias reunidas por anastomoses, um ducto biliar e vasos lymphaticos. A estas veem aggregar-se, no seu percurso intra-hepatico, as *veias capsulares* e as *veias vasculares*.

No seu trajecto atravez os espaços interlobulares, onde tomam o nome de *veias interlobulares*, cada divisão fornece cinco ou seis veinulas que se distribuem em egual numero de lobulos.

O figado recebe ainda sangue venoso d'um certo numero de grupos venosos, chamados *veias portas accessorias:* o *grupo gastro-hepatico,* o *grupo diaphragmatico,* o *grupo cystico,* o *paraumbilical* e o grupo a que Sappey chamou *veias vasculares.*

*
* *

O figado, que recebe sangue, como vimos, pela arteria hypatica e veia porta, cede-o em seguida pelas veias supra-hepaticas e pelos vasos lymphaticos.

O sangue venoso e o arterial, chegados ao lobulo hepatico, lançam-se na veia intralobular no estado de sangue venoso, e, em seguida, nas veias supra-lobulares, depois veias supra-hepaticas, transformando-se successivamente em vasos d'um calibre mais volumoso, taes como a *veia hepatica direita* proveniente do lobulo direito do figado e a *veia hepatica esquerda* que provém dos dois lobulos, e se vão lançar juntamente com as outras veias mais pequenas na veia cava inferior.

Os vasos lymphaticos do figado dividem-se em *superficiaes* e *profundos.*

Os superficiaes formam uma rêde de malhas apertadas que caminham á superficie exterior do figado, passam entre os dois folhetos do ligamento suspensor, atravessam o diaphragma e terminam no canal thoracico; outros ha que se dirigem para os ganglios supra-hepaticos e supra-diaphragmaticos, depois de terem percorrido o bordo posterior do figado ou as suas extremidades.

Os lymphaticos profundos, dividem-se em *descendentes* e *ascendentes*.

Os primeiros terminam nos ganglios d'esta região, caminhando atravez das bainhas tubulosas da capsula de Glisson.

Os ascendentes seguem o mesmo trajecto das veias supra-hepaticas, atravessam o diaphrama e lançam-se nos ganglios supra-diaphragmaticos.

Para complemento do estudo resumido da anatomia do figado, falta-nos fallar do seu apparelho excretor.

Este, é constituido: pelos *ductos biliares, canal hepatico, vesicula biliar, canal cystico* e *canal choledoco*.

Os ductos biliares, são, como a palavra indica, canaes destinados a conduzir a bilis. Caminham na espessura do figado desde os espaços intralobulares até ao hilo. De cada lobulo partem cinco ou seis canaliculos que se dirigem para os espaços interlobulares, constituindo os chamados *ductos biliares interlobares*. Estes anastomosam-se entre si, formando a *rede interlobular*.

D'esta rede partem os *canaes biliares propriamente ditos* que se dirigem para o hilo do figado e formam, pela sua reunião, tres canaes que se fundem e formam o *canal hepatico*.

O canal hepatico, formado, como vimos, pela fusão dos canaes biliares, nasce da parte direita do sulco transverso, dirige-se de cima para baixo e da direita para a esquerda, para se reunir ao *canal cystico* e formar o *canal choledoco*.

A vesicula biliar ou *cholecysto*, ainda chamada vulgarmente *vesicula do fel*, é um reservatorio membranoso ordinariamente em fórma de pera, situada na face inferior do figado, na *fosseta cystica*.

Divide-se em tres partes: *fundo, corpo* e *collo*.

A porção inferior ou fundo, está voltada para o bordo anterior do figado, mas, ultrapassando-o, fluctua livremente por cima da massa intestinal e corresponde, na parede anterior do abdomen, á união da oitava e nona cartilagens direitas.

A porção media ou collo apresenta duas faces, uma superior, outra inferior. A face superior está em relação com a fosseta cystica; a face inferior livre, lisa, convexa, é recoberta pelo peritoneo e em alguns pontos unida á porção direita do colon transverso por uma dependencia do peritoneo, chamada *ligamento cystico-colico*.

A porção inferior ou collo, é a parte mais estreita da vesicula. É flexuoso, curvo duas vezes em direcções contrarias, formando um S. Continua-se superiormente com o corpo e inferiormente com o *canal cystico* dos quaes está separado por verdadeiros estrangulamentos.

O canal cystico, é a continuação do collo da vesicula. D'ahi se dirige obliquamente para baixo ao encontro do canal hepatico com o qual fórma o *canal choledoco*.

O canal choledoco é formado pela reunião do canal cystico e do hepatico. Pela sua direcção e calibre, parece ser a continuação d'este ultimo. Dirige-se de cima para baixo, da direita para a esquerda e de

deante para traz, por deante da veia porta para se abrir na segunda porção do duodenum, na parte interna e inferior, sobre a *ampola de Vater*.

Esta ampola é uma pequena cavidade conoide de base superior, cujo vertice se abre no duodenum por um orificio muito pequeno arredondado ou ellyptico.

Physiologia

SUMMARIO: — Complexidade das suas funcções; — Secreção biliar, propriedades, volume e densidade da bilis, sua composição, acidos e pigmentos biliares, materias corantes, acção da bilis — Funcção glycogenica, o figado como formador do assucar, elementos que o formam, glycogene ou amido animal, origem da glycogene — Poder antitoxico do figado, como se effectua — Funcção assimiladora — Funcção uropoietica — O figado como productor de substancias albuminoides.

A physiologia do figado é d'uma complexidade tal, nas suas variadissimas funcções, que não seremos nós, que nos embrenhemos n'um assumpto tão espinhoso, tão rodeado de precipicios, onde nos abysmaria logo a nossa incompetencia.

Muito se tem escripto sobre a funcção da cellula hepatica e, comtudo, o seu estudo está ainda por fazer. Uns, como Galeno, teem considerado o figado, como o orgão principal da vida, outros, pelo contrario, confiáram-lhe um papel bem insignificante. E, n'este vaivem de incertezas e contradicções, ha muito ainda que explicar, muitissimas difficuldades a vencer.

Falta-nos a competencia para o fazermos, mas, além d'isso, não é nosso proposito fazer aqui a physiologia do figado, visto que o assumpto da nossa *these* é bem outro. Comtudo, não podemos deixar de escrever duas palavras sobre as principaes funcções da cellula hepatica, porque algumas d'ellas teem intima relação com o nosso estudo.

De todas ellas, a que merece as honras de primazia em a nossa descripção, é sem duvida a

Secreção biliar

A secreção biliar consiste na formação chimica das substancias caracteristicas da bilis, á custa de elementos tirados do sangue. Estes phenomenos chimicos, verdadeiras oxidações, preparadas na intimidade da cellula hepatica, são continuos, e a bilis formada, vae accumular-se na vesicula biliar, para, no momento da digestão, ir actuar sobre os alimentos no intestino.

A quantidade de bilis formada e a sua abundancia no intestino depende, não só da influencia da circulação do systema nervoso e mesmo da alimentação, mas tambem do periodo da digestão. Attinge o maximo, duas a quatro horas depois da refeição e ainda uma segunda vez, quinze horas depois.

O seu volume, durante vinte e quatro horas, é, em média, 1:000 grammas.

A bilis é um liquido castanho-esverdeado ou castanho-amarellado, transparente, de reacção alcalina, viscoso devido á mucina que contém, de cheiro especial e um sabor amargo.

A sua densidade é 1,025 a 1,085. A composição da bilis é bastante complexa. Contém: agua, mucina, saes dos acidos biliares em pequena quantidade, materias corantes, cholesterina, lecithina, neurina, gordura, sabões gordos, urêa e cinzas. N'estes, encontram-se: chloreto de sodio, phosphatos de ferro, de calcio, de magnesio, etc.

De todas estas substancias as principaes e caracteristicas da bilis, são os saes dos acidos biliares e os pigmentos biliares.

Os acidos biliares são dois: *o acido glycocholico* e o *acido taurocholico*, que existem na bilis debaixo da fórma de *glycocholato e taurocholato de soda*. São dextrogiros, teem um sabor amargo e dão como productos de decomposição o *acido cholalico* e a *glycocolla*.

Os pigmentos biliares reconhecem-se:

1.º *Pela reação de Gmelin.* — Juntando cuidadosamente acido nitroso, gota a gotta, a uma solução de pigmentos biliares ou á bilis, forma-se, no ponto do contacto dos dois liquidos, um annel de côr verde e uma série d'outros que teem a côr azul, violeta, purpura, castanho, e amarello.

2.º *Pela reacção de Pettenkofer.* — Juntam-se, a uma solução de pigmentos biliares, algumas gottas d'uma solução de glucose a 10 %, e em seguida gotta a gotta um volume duplo d'acido sulfurico concentrado. Aquece-se a uma temperatura, que não deve exceder 70°, e forma-se uma coloração intensa de purpura.

***

As materias corantes são: a *bilirubina* e a *biliverdina*; e, segundo uma ou outra predomina, assim a côr da bilis é castanho-amarellado ou castanho-esverdeado.

***

Já descrevemos a composição da bilis, e sua secreção, falta-nos expor a sua

Acção

1.º *Acção diastatica.* — A bilis contém um fermento diastatico, cuja acção digestiva sobre os alimentos é insignificante, mas que transforma o amido e o glycogene em assucar.

2.º *Acção sobre as substancias albuminoides.* — A bilis não tem acção directa sobre os albuminoides, mas na passagem do chimo do estomago para o duodeno, o acido chlorhydrico do suco gastrico precipita o acido glycocholico que vae arrastar a pepsina (Burkart). Além d'isto, o acido taurocholico precipita a santonina, a peptona e a propeptona.

3.º *Acção emulsiva sobre as gorduras neutras.* — A acção emulsiva da bilis, resulta da propriedade que teem os saes dos acidos biliares de formarem sabões alcalinos e acidos biliares, pela sua decomposição pelos acidos gordos. Estes sabões alcalinos em contacto com as gorduras, gosam d'um poder emul-

sionante muito energico, dividindo-as em gottas microscopicas, suspensas no liquido, e de facil absorpção pelo intestino.

4.° *Acção antiseptica e desinfectante.* — A bilis não só impede a putrefacção das materias intestinaes, mas destroe os microorganismos, e egual acção exerce sobre os *echinococcus.*

5.° *Acção excitante sobre as fibras musculares do intestino.* — Activa as contracções das fibras musculares das vellosidades, facilitando assim a absorpção.

*
* *

Em segundo logar fallaremos da sua

Funcção glycogenica

O figado, este grande laboratorio de transformações chimicas, é o encarregado do fabrico do assucar, cuja formação tem sido comprovada por milhares de experiencias, feitas por eminentes physiologistas, como Paggiale, Nasse, Schiff e Heynsius e pelo sapientissimo Claude Bernard, a quem se devem tão comprovativas experiencias e um estudo aturado e intelligente de 29 annos, sobre glycogenia hepatica.

Se as experiencias de Paggiale, Nam, Schiff e outros não bastassem para affirmar a formação do assucar no figado, a de Claude Bernard pela picada sobre o pavimento do quarto ventriculo, provar-nos-hia que elle não se fórma directamente dos alimentos, mas sim depois de serem estes elaborados na cellula hepatica ou em outras cellulas especiaes do organis-

mo, e de soffrerem a acção de um fermento, segregado somente no parenchima da glandula biliar.

Ainda assim, a origem d'este fermento é duvidosa, apesar de Claude Bernard e Wittich, terem empregado toda a sua boa vontade e valioso saber em demonstral-a. É Schiff principalmente o auctor que mais acirradamente combate a noção da origem biliar do fermento que elle defere ao sangue.

Á custa, pois, de que elementos se fórma o assucar?

Lehmann suppõe que o assucar se fórma á custa da fibrina do sangue. Bernard tirava-o das materias albuminoides. Porém novas experiencias provaram-lhe que o assucar se não fórma *d'emblée* no tecido hepatico, mas que é um producto da transformação d'uma substancia não azotada, d'um hydrato de carbono, o *glycogene* ou *amido animal*, por intermedio d'um fermento analogo á ptyalina que existe na saliva.

D'onde vem este glycogene?

Pavy tira a sua origem dos hydratos de carbono ingeridos com a alimentação, *Claude Bernard*, dos albuminoides, *Salomon*, das gorduras e gelatina, e *Weiss*, da glycerina. Todas estas substancias são productoras de glycogene, o que nos prova que a sua origem é multipla.

Como é, que se fórma o glycogene á custa d'estas substancias?

Se se trata dos hydratos de carbono, são estes transformados por uma simples deshydratação; o processo já é differente, se o formarmos á custa dos albuminoides, porque então a transformação é prova-

velmente devida a uma hydratação com formação de dextrina (Schützenberger). Relativamente á gordura, alguns auctores, não admittindo a formação do glycogene á custa do figado, affirmam que elle desapparece d'esta glandula por uma alimentação exclusivamente gorda; Weiss exceptua a glycerina e Seegen admitte que embora as gorduras não dêem glycogene podem, comtudo, dar directamente assucar.

***

Uma outra funcção não menos importante e que tão intimas relações tem com a glycogenia hepatica é o

Poder anti-toxico do figado

«O poder anti-toxico do figado é funcção do seu papel glycogenico; é o que exprime a lei estabelecida por H. Roger: *Um figado, que não contem glycogene, cessa, por isso mesmo, d'actuar sobre as substancias toxicas que deve deter ou transformar*» (1).

O poder anti-toxico do figado, consiste na neutralisação de certos venenos ingeridos, e de substancias toxicas que constantemente se formam no organismo, e que o figado se encarrega de eliminar pela via biliar, destruir, combinar ou reter.

Nas nossas observações II e IV, a eliminação das hydatidas pela via biliar e a sua morte á custa da

(1) Dr. Alberto d'Aguair — These de Concurso — «*Cellula hepatica* e *crase urinaria*».

bilis, são phenomenos, para nós, devidos ao poder anti-toxico do figado. Os casos que demonstram esta acção anti-toxica superabundam de tal fórma, que fôra inutil apresental-os.

***

Além d'estas funcções, desempenha ainda o figado uma *funcção assimiladora*, bem pouco conhecida ainda, e que deriva da sua *funcção uropoietica;* fabríca *gorduras* e ainda *materias albuminoides*.

Histologia

SUMMARIO: — Figado considerado em histologia — Cellulas hepaticas, sua conformação e constituição, funcção e disposição em campos polygonaes — Vasos sanguineos, ramificações da veia porta, veias interlobulares, veia central ou veia intralobular; ramificações da arteria hepatica, ramos capsulares — Canaes biliares, canaliculos biliares, ductos intercellulares, canaes interlobulares — Vasa aberrantia — Capsula de Glisson — Vasos lymphaticos — Nervos.

Histologicamente, o figado é uma glandula em tubo composta.

As cellulas glandulares que o formam, são cellulas polygonaes irregulares, desprovidas de membrana d'involucro, e constituidas por um protoplasma granuloso, molle, encerrando um ou mais nucleos com nucleolos.

A fórma, o volume e o aspecto d'estas cellulas varia consideravelmente, segundo estão ou não em actividade. Normalmente medem 18 a 26 μ. Diminuem de volume em jejum, e são turvas, de contornos irregulares e pouco nitidos; avolumam-se, pelo contrario, durante a digestão e cobrem-se de grandes granulações de *glycogene*.

As cellulas hepaticas conteem, muitas vezes, pequenissimas gottas de gordura nas pessoas que teem uma alimentação abundante e escolhida.

A disposição d'estas cellulas, é em campos polygonaes, separados uns dos outros, por uma camada mais ou menos espessa do tecido conjunctivo interstitial. Estes campos são os *lobulos hepaticos ou acini.*

Entre estes lobulos hepaticos, encontram-se as ramificações da veia porta, as *veias interlobulares,* d'onde partem numerosos vasos capillares que convergem para o centro e formam a *veia central* ou *veia intralobar.*

Estão situadas ao longo dos bordos das cellulas hepaticas, anastomosam-se entre si, irradiando da peripheria para o centro, formando as chamadas trabeculas hepaticas.

A veia intralobar atravessa obliquamente o lobulo e fórma, á peripheria, a *veia sublobular.*

Os ramos da arteria hepatica seguem, no seu trajecto, as ramificações da veia porta, ás quaes cede capillares, assim como, aos ductos biliares, veias portas e veias hepaticas. As ramificações da arteria hepatica não penetram no lobulo, perdem-se nos espaços interlobulares. Na capsula de Glisson, a arteria hepatica fórma, á custa de ramos e arterias, chamados ramos capsulares, uma rede de malhas largas.

Os canaes biliares, tambem chamados *canaliculos biliares,* quando extremamente pequenos, estão situados entre duas cellulas seguindo as suas faces a egual distancia dos bordos; denominam-se então *ductos intercellulares.*

D'estes canaliculos partem ductos muito finos

que penetram na cellula hepatica, tornando-se mais volumosos á medida que se aproximam da peripheria do lobulo, porque se anastomosam com canaliculos visinhos. Formam assim os *canaes interlobulares* que se anastomosam com outros semelhantes, tornando-se cada vez mais volumosos até que chegam ao hilo do figado juntamente com os ramos da arteria hepatica e da veia porta.

Chamam-se *vasa aberrantia* os canaes biliares isolados que seguem o seu trajecto á superficie do figado e terminam em fundo de sacco.

O seu logar d'eleição é ao nivel do bordo esquerdo do figado no ligamento triangular esquerdo, no hilo do figado e na visinhança da veia cava.

A capsula de Glisson é uma membrana conjunctiva, elastica, que acompanha os differentes vasos no seu trajecto intra-hepatico, formando uma bainha especial.

Os vasos lymphaticos nascem do interior dos lobulos, por canaes *pericapillares,* acompanham as ramificações da veia porta. Anastomosam-se, formando troncos mais volumosos, que saem do figado pelo hilo, ou por differentes pontos da sua superficie.

Os nervos do figado, são constituidos por fibras nervosas de myelina, ainda que raras, e por fibras de Remak.

Não se conhece qual é a sua terminação, unicamente se sabe que acompanham as ramificações da arteria hepatica com a qual penetram no figado, sendo interrompidos no seu trajecto pela presença de *cellulas ganglionares.*

PARTE CLINICA

Historia

A pathologia dos kistos hydaticos do figado, não é d'hoje. Já Hippocrates notava que o figado era susceptivel de se encher d'um liquido, que se esvasiava, algumas vezes, no peritoneo, produzindo accidentes de tal gravidade que tinham a epilogal-os a morte.

Galeno chamava-lhe uma especie de hydropesia hepatica.

N'esse tempo, era já conhecida e applicada a puncção, como o prova a seguinte passagem *d'Aretée*: « *Il est une sorte d'hydropisie qui existe dans le foie; elle est formée par de petites vessies remplies de liquide, et rassemblées en grand nombre au milieu où se forme. Voici le signe de cette maladie: si vous percez l'abdomen, il en sortira peu d'eau, parce que l'ouverture est bouchée par la vessie; si vous enfoncez une segonde fois l'instrument, l'eau coule de nouveau* ». (1)

(1) Traité de medecine de Charcot, Bouchard et Brisseau — tomo III.

Comtudo só no fim do seculo XVI e no seculo XVII, é que o estudo dos kistos hydaticos do figado adquiriu um certo desenvolvimento.

Apezar das descobertas helminthologicas, citadas por Redi em 1684, e confirmados por Hartmann e por Tyson em 1693, e não obstante o naturalista Linneu (1) ter classificado os vermes vesiculares como animaes, os medicos continuaram a viver na ignorancia da animalidade d'estes parasitas, suppondo que as hydatidas do figado eram bolsas de serosidade, provenientes ou não da dilatação dos vasos lymphaticos.

Pallas no seu trabalho, publicado, em 1760 demonstrava a natureza parasitaria d'estes kistos, descrevendo os caracteres do echinococcus e estabelecendo as relações d'affinidade que os ligam ás tœnias.

Chamou-lhes *tœnia hydatigenea*, que, pouco depois, recebeu o nome de *tœnia globosa* e *visceralis*, dado por Gmelin e Mongeot.

Em 1782 Gœze mostrou que a hydatida, não era mais do que uma phase do desenvolvimento dos *vermes vesiculares imperfeitos*.

Laënnec, em 1804, descrevendo os vermes vesiculares, chamou *accphalocystos*, aos kistos formados por uma só vesicula.

D'então para cá, a historia dos kistos hydaticos é fecunda em factos, já hoje bem esclarecidos.

Rudolphi e Bremser estabelecem a perfeita identidade entre o echinococcus do homem e o da tœnia hydatigenea.

(1) Linneu—Systema natura XII pag. 1320.

As transformações successivas porque passa o embryão da tœnia para se tornar echinococcus e depois tœnia perfeita, foi assumpto para onde convergiu ultimamente a attenção dos eminentes helminthologistas, como Van Beneden, Davaine, Leuckart, Küchenmeister e outros, desvendando a mysteriosa etiologia d'estes kistos, a principio tão obscura.

Dois factores importantissimos vieram esclarecer algumas questões de pathogenia, ainda não bem interpretadas, e animar o cirurgião a lançar-se a empreza mais arrojada: tratar cirurgicamente os kistos hydaticos do figado por processos difficillimos, mas que se teem ido cada vez aperfeiçoando mais.

Estes dois factores, são a bacteriologia e antisepsia, que, n'este seculo, teem acompanhado de mãos dadas a sciencia, descobrindo uma novos horizontes, e a outra facilitando e animando o cirurgião a intervenções que, alguns annos antes, seriam consideradas um contrasenso ou temeridade. Assim é, como se explica o quasi abandono a que foi votado o tratamento medico d'estes kistos, e a attenção e as perfeições a que tem chegado o tratamento cirurgico.

Não é n'este logar que nos compete tratar este assumpto o que faremos a proposito do tratamento.

Etiologia

SUMMARIO: — Kisto hydatico etiologicamente considerado, sua conformação — Divisão dos *Cestoides* em Thenideos e Bothriocephalideos — Caracteres dos Tœnideos, principaes especies — *Tœnia echinococcus* — Trabalho experimental, analyse d'urina normal do coelho, analyse depois d'inoculação de hydatidas — Phases de evolução do ovo da Tœnia echinococcus: *embryão hexacantho, hydatida, echinococcus* e *proglottis ou estado perfeito* — Conformação do embryão hexacantho, meios de transporte até o figado, sua transformação — Modo de formação da hydatida — Crescimento e proliferação por tres modos: *fertil, esteril* e *mixto* — O *Echinococcus* — Causas predisponentes: distribuição geographica, a frequencia dos kistos hydaticos em Portugal, principaes causas — Hygiene — Sexo — Edade — Profissão e Traumatismo.

Etiologicamente o kisto hydatico é uma phase de desenvolvimento, no *estado vesicular*, da *Tœnia echinococcus* que habita o intestino do cão e do lobo.

Estes parasitas, os mais relacionados com o homem e animaes superiores, pertencem ao typo dos *Cestoides*, e vivem no intestino delgado dos Vertebrados.

De corpo ou *strobila*, molle e achatado, são cons-

tituidos por uma serie linear d'anneis em numero, ordinariamente, muito consideravel.

No seu completo estado de maturação sexual, estes anneis augmentam de volume, e, reabsorvendo as suas glandulas genitaes, enchem-se d'ovos, que se dessiminam differentemente, segundo as familias.

Ficam reunidos entre si e á cabeça, durante muito tempo, ou desligam-se precocemente, vivendo livres e constituindo os *proglottis*.

Não se encontram n'elles, bocca, intestino ou anus. Teem, comtudo, uma cabeça, *scolex* de Van Beneden ou *nutrix* de Steenstrup, com duas ou quatro ventosos e algumas vezes, em volta d'uma pequena trompa, chamada *rostro* ou *rostellum*, uma serie de colchetes que formam a coroa.

Os *Cestoides* existentes no homem e nos animaes domesticos, são os *Tœnideos* e os *Bothriocephalideos*. Anatomicamente são distinctos, mas debaixo do ponto de vista do seu desenvolvimento e das suas emigrações, caracteres ha que os aproximam.

Não nos interessam, para o nosso trabalho, senão os primeiros, razão por que nos occuparemos aqui dos seus principaes caracteres.

***

Devido ao estudo aturado de eminentes helminthologistas, presentemente, contam-se umas quatrocentas especies, de Tœnideos, embora as emigrações d'uma grande parte, não sejam ainda conhecidas. No emtanto, está hoje estabelecido, como lei geral, que a larva se encontra em animaes hervivoros ou omni-

voros, e que o animal adulto é frequente nos carnivoros ou insectivoros. Se seguissemos com todo o rigor esta lei, não podiamos admittir *Cestoides* no intestino d'animaes que se alimentassem exclusivamente de vegetaes, como são, por exemplo, os ruminantes. Comtudo, elles lá existem, embora se não conheça a sua proveniencia.

Não repugna conceber que, o parasita, bem installado e em condições favoraveis ao seu desenvolvimento, ahi cumpra toda a sua evolução. Isto, porém, não passa de hypothese que não tem a fundamental-a nenhuma observação directa.

Os Tœnideos são caracterisados por terem uma cabeça ou *scolex*, guarnecido de quatro ventosas, e o mais das vezes, um *rostellum*, rodeado ou não de colchetes, e um *strobila* composto de anneis mais ou menos numerosos que se desligam expontaneamente, sós, ou reunidos em cadeias.

O seu apparelho reproductor reabsorve-se completamente e cada annel transforma-se n'um sacco repleto d'ovos que encerra o *embryão hexacantho*.

D'estes parasitas salientam-se, pela sua vulgaridade e importancia, tres especies: o *Cysticerco*, o *Cœnureo* e o *Echinococcus*. Estas tres formas larvares caracterisam outras tantas subdivisões do genero Tœnia que se relacionam com as especies mais communs que se resumem no seguinte quadro (1):

(1) *Revista de Hygiene.* — Blanchard.

Larva	Hospede intermediario	Cestoide adulto	Hospede definitivo
Cysticercus cellulosae Rudolphi.....	Porco, homem.....	Tœnia solium Rud.....	Homem.
Cysticercus tenuicollis Diesing.....	Macacos, Ruminantes.....	Tœnia marginata Batsch.....	Cão.
Cysticercus piniformis Zeder.....	Ratos cas., coelho, lebre.....	Tœnia serrata Goze.....	Idem.
Cysticercus fasciolaris Rud.....	Ratos cas., rato do monte.....	Tœnia crassicollis Rud.....	Gato.
Cysticercus bovis Cobbold.....	Boi.....	Tœnia saginata Goze.....	Homem.
Cysticercus tarandi Moniez.....	Rangifer.....	Tœnia Krabbei Moniez.....	Cão.
Cœnurus cerebralis Rud.....	Carneiro.....	Tœnia cœnurus Küchenmeister.....	Idem.
Cœnurus serialis Baillet.....	Coelho.....	Tœnia serialis Baillet.....	Idem.
Echinococcus polymorphus Dies.....	Carneiro, homem, porco.....	Tœnia echinococcus von Siebold.....	Idem.
Gryporynchus pusillus von Nordmann..	Tenca.....	Tœnia macropeos Wedl.....	Nicticorax griseus.
Gryporynchus pusillus Aubert.....	Idem.....	Tœnia unilateralis Rud.....	Ardea cinerea.
Larva não denominada.....	Caranguejo, Gammarus pulex.....	Tœnia tenuirostris Rud.....	Fuligula marina.
Idem.....	Idem.....	Tœnia sinuosa Zeder.....	Auser cinereus.
Idem.....	Cyclops brevicaudatus.....	Tœnia tombosa Batsch.....	Cyprives.
	Cyclops serrulatas.....		

Seria curioso descrever a evolução e desenvolvimento d'estas tœnias, cujo interesse todos conhecemos, mas, alongaria immenso o nosso trabalho e o pouco tempo de que dispomos, precisamos aproveital-o em assumpto propriamente da nossa these.

Vamos, pois, tratar da *Tœnia echinococcus* que alguns helminthologistas confundem impropriamente com a *Tœnia nana*, descripta por Siebold.

A *Tœnia echinococcus*, muitissimo pequena, pois não mede mais de 5 millimetros, é formada por uma cabeça *(scolex)* armada, e uma série de tres ou quatro anneis. O ultimo, quando chega ao seu completo estado de desenvolvimento, attinge, ou mesmo excede, o volume do resto da Tœnia.

N'esta occasião os anneis, estão repletos d'ovos que são evacuados com as materias fecaes do cão, chegando ao exterior e putrefazem-se. Os ovos, postos em liberdade, são levados pelas correntes atmospherica a toda a parte, depositando-se sobre os legumes, as hervas, os pastos e mesmo os fructos, ou ainda são varridos pela chuva que os leva aos ribeiros e ás fontes.

D'esta maneira, facil é, comprehender-se que elles possam ser introduzidos no tubo digestivo quer com os alimentos solidos quer com as bebidas.

As experiencias iniciadas por Siebold e Küchenmeister, fazendo engulir a cães, hydatidas e produzindo-se n'elles a Tœnia echinococcus, e reciprocamente, provocando a formação de hydatidas pela ingestão de ovos de Tœnia, a vitellas novas, foram continuadas nos herbivoros e d'ahi generalisados para o homem, o que nos prova hoje que os kistos hydati-

cos do figado teem por *unica causa os ovos da Tœnia echinococcus, do cão,* introduzidos no intestino humano.

Nós mesmo tivemos desejo de verificar experimentalmente os factos d'observação dos pathologistas que se dedicaram a este estudo, e, servindo-nos das hydatidas do kisto da nossa observação III, que recebemos no momento da operação, n'uma solução physiologica antecipadamente preparada, introduzimos por laparotomia no abdomen d'uma cobaya e d'um coelho algumas hydatidas.

Em virtude do estado de suppuração do kisto, não podémos fazer mais do que estas duas inoculações porque poucas hydatidas estavam completas.

Com um tão diminuto numero de observações, nada ou quasi nada podemos apresentar de conclusivo.

Desejosos de podermos apresentar mais desenvolvida a parte experimental do nosso trabalho, fizemos o sacrificio de addiar para outubro a conclusão da nossa carreira escolar, na esperança de que novos casos clinicos nos permittiriam a continuação de novas experiencias; infelizmente, para nós, estes casos são muito exiguos e nem um mais appareceu.

Pouco vale o que fizemos, mas não foi nossa a culpa. Sem materia prima que poderiamos fazer? Comtudo, alguma coisa de pathologico encontramos na autopsia do coelho.

As inoculações foram feitas no dia 26 de fevereiro de 1897.

A cobaya morreu ao oitavo dia e a autopsia revelou-nos, como causa da morte, uma peritonite. As

hydatidas tinham já sido reabsorvidas, mas nada se encontrou de pathologico.

Com o coelho não se deu o mesmo. Foi pesado antes da operação e accusava 1510 grammas.

No dia da operação a temperatura subiu, nos dias seguintes, começou a descer, havendo comtudo dia sim, dia não, uma ainda que pequena recrudescencia. Esta recrudescencia augmentou principalmente nos ultimos dias.

A analyse, que fizemos, das urinas antes da inoculação das hydatidas, é bem differente da que analysámos no dia 13 de março, isto é, desanove dias depois da laparotomia.

Pelos quadros seguintes, podemos vêr as differenças importantes a que chegamos.

Analyse da urina normal do coelho

Volume de 24 horas — 300 cc'.
Côr — amarello-palha.
Aspecto — turvo, transparente por filtração.
Cheiro — normal.
Consistencia — fluida.
Reacção — ligeiramente acida.
Deposito — abundante.
Densidade a 15° — 1,017.
Acidez total..... — 0gr,912 por 24 horas.
Acido urico..... — 0gr,050 » » »
Residuo fixo ..... — 9gr,090 » » »
Residuo mineral .. — 4gr,800 » » »
Residuo organico . — 4gr,290 » » »
Urêa..... — 2gr,187 » » »

Acido sulfurico . . . — 0gr,267 por 24 horas.
Acido phosphorico — 0gr,151 » » »
Chloretos . . . . . — 2gr,036 » » »

Elementos anormaes

Albumina, assucar, acidos biliares e pigmentos biliares — não tem.

Indican — normal.

Analyse da urina do coelho depois da inoculação

Volume — 200 cc'.
Aspecto — turvo, transparente por filtração.
Densidade a 15° — 1,0249.
Reacção — alcalina.
Cheiro — ammoniacal.
Consistencia — fluida.
Acidez — é alcalina.
Acido urico . . . . . — 0gr,022 por 24 horas.
Sulfatos . . . . . — 0gr,252 » » »
Acido phosphorico — 0gr,282 » » »
Residuo fixo . . . . . — 10gr,700 » » »
Residuo mineral . . — 4gr,100 » » »
Residuo organico . . — 6gr,600 » » »
Urêa . . . . . — 4gr,216 » » »
Chloretos . . . . . — 1gr,036 » » »
Albumina, glucose e pigmentos biliares — não tem.
Acidos biliares — tem em pequena quantidade.
Indican — normal.
Exame ao microscopio — phosphatos e oxalatos, e alguns claros crystaes d'acido urico.

A analyse da urina indica-nos que alguma coisa de pathologico se passou no coelho. A natureza da affecção não a conhecemos, porque não basta uma observação para tirar conclusões. Se tivessem apparecido mais casos clinicos, era nossa intenção continuar estas experiencias, principalmente no cão, onde ellas são mais interessantes.

O coelho morreu no dia 28 de março.

A autopsia revelou-nos a presença de ganglios enfartados, reconhecidos ao microscopio. Das tres hydatidas que lhe inoculamos, duas foram absorvidas; uma, porém, estava enkistada n'uma capsula espessa adherente ao intestino. Esta capsula, analysada ao microscopio, não deu senão globulos de gordura; na hydatida encontraram-se ainda alguns colchetes.

*
* *

Verificada como está, e comprovada pela experiencia que os *ovos da Tœnia echinococcus* são a unica causa dos kistos hydaticos do figado, vejamos a serie de transformações porque passam para produzirem o kisto.

O ovo, que se encontra nas poeiras ou na agua, é de fórma approximadamente espherica ou ovalar.

Reconhece-se facilmente pela espessa membrana de bastonetes que o limitam exteriormente; uma outra membrana dobra internamente a precedente e encerra o embryão hexacantho.

Desde que o ovo é introduzido no tubo digestivo, com a alimentação solida ou liquida, soffre, no estomago, a acção do succo gastrico, que lhe dissolve a

membrana exterior, e põe em liberdade o *embryão hexacantho*.

Fica assim constituido o *estado embryonario*.

O *embryão hexacantho* é uma pequena massa gelatinosa, ovoide, medindo 25 μ e tem n'um dos seus polos tres pares de colchetes que se approximam ou afastam em torno do *rostellum*. Entra então em actividade e auxiliado pela sua armadura, afasta os tecidos e penetra no intestino, continuando a sua laboriosa marcha na trama dos tecidos, aloja-se n'um capillar ou vaso chilifero que se encarregam de leval-o a orgãos os mais distantes.

Não sendo assim, difficilmente se comprehenderia, embora o poder de penetração e progressão dos seus colchetes seja muito grande, que podessem atravessar as partes duras do esqueleto ou chegar ao globo ocular, á medulla, ao cerebro, ás meningeas, etc. E assim explica-se bem a frequencia dos kistos hydaticos no figado, sendo a veia porta o caminho directo que leva o *embryão hexacantho* até elle.

Seja este o caminho que elles percorrem, ou seja mesmo outro, o *embryão hexacantho*, chega ao parenchyma hepatico, escolhe o logar proprio para assentar os seus arraiaes, fixa-se ahi, perde os colchetes, augmenta rapidamente de volume, e fórma, á custa dos elementos constitutivos do figado, a *camada adventicia conjunctiva*.

O *embryão hexacantho* é então transformado n'uma pequena esphera ôca, contendo um liquido hyalino, e denomina-se *hydatida*.

É esta a segunda phase de desenvolvimento, conhecida pelo nome de *estado de larva*.

No fim d'alguns dias, esta é já do comprimento d'um millimetro; a sua estructura é simples: exteriormente, uma delgada *cuticula* de laminas sobrepostas que provéem directamente da capsula do *embryão hexacantho*, e internamente uma outra camada chamada *membrana germinativa* ou *fertil*.

Formada a *hydatida por hydropesia do embryão hexacantho* (1), soffre em seguida varias modificações para o seu crescimento, as quaes Reclus distribue em dois grupos: 1.º O *crescimento propriamento dito*; 2.º a *proliferação*.

O *crescimento propriomento dito*, fórma-se simplesmente por dilatação do sacco e augmento do liquido hyalino que contém. Este continua sendo transparente como o crystal da rocha e a camada externa ou *cuticula* apresenta de notavel as suas estratificações, em folhetos sobrepostos, enrolando-se sobre si mesmo.

A *proliferação* da hydatida póde fazer-se de tres modos: *modo fertil*, *modo esteril* e *modo mixto*.

O *modo fertil* dá-se quando a *membrana germinativa* ou *fertil* da hydatida produz *scolex* de tœnia.

A *membrana germinativa da hydatida mãe*, produz por gemmação uma serie de papillas que se liquifazem internamente, formando as *vesiculas proligeras*. A face interna d'estas *vesiculas* contém um certo numero de mamillos, ás vezes tres e quatro, que são outras tantas cabeças de *tœnia* com as suas *quatro ventosas*, o *rostro* e uma dupla fileira de colchetes que a circundam.

(1) Duplay et Réclus — *Traité de Cirurgie*, pag. 264.

Termina então a phase larvar e começa o seu terceiro estado: o de *Echinococcus.*

Este, introduzido no intestino d'um cão, produzir-lhe-hia a *Tœnia Echinococcus;* mas no figado do homem, só póde crescer, *emquanto não morre.* Assim ficaria constituida a ultima phase do desenvolvimento da *Tœnia Echinococcus.* O seu crescimente faz-se pela formação de *vesiculas secundarias* derivadas da vesicula mãe, em fórma d'uma massa gelatinosa, apresentando pouco depois os caracteres d'esta vesicula.

O *modo esteril* fórma o que Laënnec chamava o *acephalocysto,* isto é, tœnia sem cabeça, mas que não é uma especie á parte: é a segunda phase da evolução do *embrião hexacantho.* N'este caso, não ha *membrana germinativa* e resume-se tudo á formação de vesiculas filhas, que, por seu turno, darão outras vesiculas, e assim successivamente. A sua multiplicação é por *proliferação endogena.*

O *modo mixto,* como a palavra o indica, é constituido á custa dos precedentes. Por *hydropesia* do *embryão hexacantho,* resulta a *hydatida mãe* que cresce e se desenvolve por *proliferação endogena de vesiculas secundarias,* que podem ser *estereis* ou *ferteis.*

Em resumo, poderemos dizer que as diversas phases por que passa a *Tœnia hydatigenea* são quatro, segundo Davaine:

1.º *Embryão hexacantho;*

2.º *Hydatida;*

3.º *Echinococcus;*

4.º *Proglottis ou estado perfeito.*

Segundo Van Beneden, resumir-se-hiam em duas:

proscolex e *scolex;* para Streenstrup, a *hydatida* é chamada *grande nutrix* e o *echinococcus nutrix.*

***

Definida e demonstrada a verdadeira *causa occasional* dos kistos hydaticos, podemos accrescentar-lhe as *causas predisponentes.*

Estas são, pelo seu grau de importancia: a *distribuição geographica,* a *hygiene,* o *traumatismo,* a *edade, a profissão* e o *sexo.* Poremos de parte, como fazem hoje todos os pathologistas, a *hereditariedade* e a *diathese verminosa* de *Beauclais et Viguier,* porque não tem a fundamental-a factos clinicos que mereçam alguma importancia.

De todos os paizes, aquelle que dá maior contingente aos kistos hydaticos, é a *Islandia.* N'este paiz, esta affecção chega a ser endemica.

É que o numero de cães é enorme, attinge, em media, 15 a 20 mil por 70:000 habitantes, e d'estes, 28 por cento, são tœniferos. D'aqui resulta que um sexto eu pelo menos um setimo da população, é atacada de kistos hydaticos.

Em seguida vem a Allemanha. São muito communs os *echinococcus* em Berlim e Würzburg, segundo as investigações necroscopicas de *Wirchow.*

Vem depois a França, a America, onde são rarissimos, o Egypto e por ultimo a India, onde mal se conhecem.

Reservámos para ultimo logar o nosso Portugal, não porque elle offereça uma cifra muito diminuta de

casos, mas porque não podémos obter uma estatistica precisa, que nos elucidasse a tal respeito. Comtudo, consultando os livros de operações do Hospital da Misericordia, de 1889 a esta data, encontramos muitos, mesmo muitissimos casos, attendendo á pequenez do nosso territorio. Sem todavia nos podermos comparar á Islandia, a historia d'estes casos pathologicos tem, infelizmente, em Portugal, um dos primeiros factores. E não nos surprehende.

As pessimas condições hygienicas em que vive o povo portuguez, tanto das aldeias como das cidades, a alimentação descuidada, exigua e muitas vezes impropria, são a concorrente mais poderosa para que o *hydatidismo,* seja frequente entre nós. Se percorrermos a provincia de Traz-os-Montes e o Alto Minho, por exemplo, não ha povoação onde se não encontre, em promiscuidade o homem e os animaes domesticos, e muito principalmente o cão. Ás vezes o prato e a tigela são communs. Onde come o dono, come o cão. E isto sem escrupulo, porque vae passando de paes a filhos este systema de *communismo,* tendo a escudal-o, para desviar toda a repugnancia que, por acaso, possa suggerir, o seguinte adagio: *A baba do cão, come-se com pão.*

E é d'esta fórma, que um povo, cheio de preconceitos, analphabeto, sem a minima noção de hygiene, vae pouco e pouco definhando moral e physicamente, na inconsciencia dos *predestinados.*

E este mal não ataca só as aldeias: os grandes centros não lhe são estranhos. Reparemos. O que são as ilhas? Uns fócos de infecção, onde o operario, depois de doze horas de trabalho n'uma fabrica, vae

acabar de envenenar-se, respirando um ar viciado e comendo um caldo, que, as mais das vezes, é temperado com oleo de purgueira ou com outro condimento de proveniencia muito duvidosa. . .

Assim, depauperada a cellula, fica campo aberto a toda a especie de germen desequilibrador da normalidade physiologica.

Mas não condemnaremos o povo, essa eterna creança que caminha pela mão dos que o dirigem, quer a um abysmo, quer a um banho de luz. A nossa repulsão é para os poderes dirigentes que, menosprezando tudo o que seja de interesse geral, vão *galopando* sempre á cata do que lhes póde dar felicidade e aos seus apaniguados. Que o povo morra de fome ou de doença, pouco importa!

Vive em promiscuidade com o cão, o carneiro e o suino? Que importa? Mais ou menos uma defuncção, mais ou menos um lar sem chefe, mais ou menos uma viuva na desgraça, uns filhitos nus, dormindo sobre o lagedo das ruas, tendo a cobril-os um céo brumoso ou estrellado, que importa? Gosemos nós, em nossos palacios, seja em Luso, em Cascaes ou Estoril, ou n'outro ponto qualquer d'este paiz, e o resto que se governe. Não ha serviço de hygiene publica? Os mercados regorgitam de generos alimenticios, mortiferos pela sua má qualidade ou estado de putrefacção? Deixal-o. Comtanto que os que nos são fornecidos sejam bons, não nos importa. Adoecemos? Temos o conforto da familia; temos haveres de sobra nos bancos estrangeiros, porque os nossos não offerecem segurança, que nos dão direito á assistencia d'um bom clinico.

O que moureja, esse tem o hospital e, á sahida, a caridade publica...

É devido a esta especie de indifferentismo, a que bem poderiamos dar a classificação de *larvar*, que tudo, o que diz respeito a hygiene publica, corre á matroca n'este paiz. E, não será para admirar que, continuando assim, os kistos hydaticos sejam mais frequentes.

O numero de cães abunda entre nós, e, se bastante se tem feito para evitar a hydrophobia, muito pouco se tem cuidado em prevenir o que faz objecto da nossa dissertação.

Sem podermos alongar-nos n'este capitulo de hygiene em Portugal, porque temos de tratar em geral toda a vastissima materia que diz respeito a kistos hydaticos, falta-nos o tempo para especialisarmos alguns pontos, embora fosse esse o nosso desejo. É, certamente, esta parte, que mais merecia a nossa attenção.

*
* *

Já vimos, como relativamente ao nosso paiz e a todos os outros, a *frequencia de cães* nas *habitações*, expõe o homem a receber directamente o germen, que evolucionando-se depois d'absorvido, dá origem ao kisto hydatico. Como já dissemos, os ovos da *Tœnia echinococcus*, são evacuados juntamente com as fezes, o que não impede que se façam tambem no intervallo das dejecções. Quando o ultimo annel attingiu o seu completo desenvolvimento, em virtude do movimento de reptação de que é animado, póde

passar o anus e fixar-se nos pellos que o guarnecem. D'ahi, facil é a transmissão para a lingua e pellos do focinho de outros cães, dados, como são, ao habito de se lamberem. Os ovos, assim dispostos, podem com facilidade communicar-se ao homem, já pelas caricias que o dono faz a estes animaes, já porque muitas pessoas ha que se deixam lamber pelos cães e muitas vezes na face. São casos que se presenceiam a cada momento. Porém, o principal meio de transmissão, são os alimentos de que já fallamos.

Como prophylaxia, devem beber-se só aguas filtradas e lavar-se os legumes com a mesma agua nos logares infectados.

O sexo pouca importancia tem na etiologia dos kistos hydaticos, comtudo alguns auctores querem que sejam as mulheres, que pagam maior tributo, devido isto ao uso do espartilho, que actua, e a nosso ver como o traumatismo.

Os kistos hydaticos do figado pertencem á edade adulta, dos 20 aos 40 annos.

No emtanto, póde dizer-se que elles pertencem a todas as edades. Cruveilhier cita um caso d'uma creança da edade de 12 dias, Bodson de 4 annos, Trousseau cita tambem alguns casos, e muitos mais existem, com certeza, se nos lembrarmos, como diz Beich-Heirschfeld, que muitos kistos hydaticos do figado constatados na edade adulta, foram contrahidos durante a infancia. Sabe-se, quanto é lenta a evolução do tumor kistico, e, quando elle se torna visivel teem decorrido muitos annos. Muitissimas vezes o diagnostico é feito na autopsia, e n'uma edade, não muito avançada.

Nos velhos, são ainda menos frequentes, mas, comtudo, citam-se alguns casos. Monod refere-se a um velho de 77 annos.

Ignora-se se a profissão terá um valor etiologico importante.

Diz-se que são muito raros nos marinheiros. Isso, depende, não só d'um regimen alimentar especial, mas ainda da menor convivencia com os cães.

Os pobres são mais atacados do que os ricos. Não admira; o pobre, pela sua posição social, é sempre o bode expiatorio de todo o flagello. É obrigado a viver em casas malsãs, em continua promiscuidade com estes animaes, e a alimentar-se especialmente de legumes.

O traumatismo actua, despertando o *embryão hexacantho,* que existia no estado latente, e que, d'esta fórma, é conduzido pela corrente sanguinea, indo fixar-se em logar mais apropriado ou vae *imprimir* ao kisto hydatico preexistente uma nova evolução.

Duvernoy, Frerichs, Tillaux, Terrillon citam um grande numero de observações, em que o *traumatismo* determina um *locus minoris resistentiæ,* onde o germen hydatico se vae enxertar directamente.

Anatomia pathologica

SUMMARIO:—Séde, frequencia no lobulo direito e face convexa —Divisão anatomo-pathologica—Volume do kisto e numero d'elles—Elementos primordiaes do kisto hydatico; *camada adventicia conjunctiva,* sua estructura; *vesicula mãe,* estructura, hydatidas, seu numero, volume, duração, morte por *compressão, inanição* e *envenenamento;* modificações do kisto por morte das hydatidas, suppuração do kisto, ruptura por suppuração, crescimento demasiado, traumatismo ou adherencias; *conteudo,* sua analyse chimica e microscopica.

Os kistos hydaticos do figado não teem propriamente logar d'eleição; formam-se n'uma ou n'outra face, n'um ou n'outro lobulo ou mesmo no centro.

Confrontando as observações que nós apresentamos e muitas outras que lêmos, deduzimos que assim acontece ordinariamente.

Para Trousseau seria o lobulo direito, mais do que o esquerdo, e a face convexa, mais do que a concava. Reclus et Duplay são d'opinião que elles se desenvolvem no centro e que, em virtude, do seu desenvolvimento véem fazer saliencia em qualquer ponto

da superficie do figado, por baixo da capsula de Glisson.

Em virtude da inconstancia de séde d'estes kistos, dividil-os-hemos, com Reclus, debaixo do ponto de vista anatomo-pathologico em quatro grupos:

1.º *Kistos antero-superiores* ou *kistos centraes* — que nascem do centro do figado, desenvolvem-se ahi, ficando sempre intra-hepaticos, ou véem fazer saliencia na região epigastrica e afastar os espaços intercostaes.

2.º *Kistos postero-superiores* ou *infra-diaphragmaticos* — que se desenvolvem do lado do thorax, conservam sensivelmente fixo o bordo inferior do figado, mas recalcam o diaphragma que chega ás vezes a attingir o nivel da terceira costella.

3.º *Kistos postero-inferiores* — que ficam collados á parede abdominal posterior, simulando um tumor renal.

4.º *Kistos antero-inferiores* — que se desenvolvem na face antero-inferior, pediculisam-se e véem fazer saliencia na parede anterior do abdomen.

***

O volume do kisto hydatico do figado é muito variavel; póde ser constituido por um pequeno sacco kistico ou attingir um volume consideravel, como os maiores tumores do abdomen.

O numero tambem é variavel, um só d'ordinario apparece, póde comtudo ser multiplo como acontece nas nossas observações I e III.

Não é raro encontrar simultaneamente um kisto

hydatico, com outro n'um orgão differente. Vimos um caso d'estes na nossa observação v. N'esta doente, depois d'operada, começou a sentir n'um ovario toda a symptomatologia que havia sentido no figado. Esperavamos que ella viesse operar-se novamente, como nos promettera, para completar a nossa observação assaz interessante, mas a doente não voltou.

Reduzido aos seus elementos primordiaes o kisto hydatico é constituido: 1.º *pela camada adventicia conjunctiva;* 2.º *pela vesicula mãe;* 3.º *pelo conteudo.*

A *camada adventicia conjunctiva* já vimos, na etiologia, que era formada á custa dos elementos constitutivos do figado. É uma casca espessa, podendo ter $^1/_2$ centimetro ou mais de espessura, intimamente adherente ao parenchyma hepatico.

A *vesicula mãe* é constituida por uma massa gelatiniforme, semelhante á albumina coagulada. Esta substancia que a fórma, é homogenea, elastica, friavel, constitue uma membrana disposta em camadas estratificadas parallelas.

Tivemos occasião de verificar ao microscopio esta disposição anatomica das estratificações, servindo-nos d'uma hydatida da nossa observação I, que foi endurecida pelo alcool nas differentes graduações, e depois obtida uma tenuissima camada por meio do micrometro.

A *vesicula mãe,* a não ser que seja esteril, é revestida por uma membrana especial d'onde nascem os echinococcus.

Contém um liquido onde nadam ordinariamente muitas hydatidas; casos ha em que se teem encontrado milhares d'elles.

Boudet viu um kisto hydatico que continha quasi quatro mil.

Bremser cita um caso de Pemberton em que encontrou quinhentas e sessenta; Allen observou dois, dos quaes um continha sete a oito mil e o outro nove mil.

N'estes casos, o volume do kisto chega a attingir o tamanho de uma cabeça d'adulto.

Quando o kisto tem uma só hydatida enche-o completamente e tapeta-lhe as paredes; quando contém mais, o seu volume varia desde o tamanho da cabeça d'um alfinete, até o da cabeça d'um fœto a termo. O mais vulgar é serem do volume d'uma avelã até o d'uma laranja. A sua fórma, primitivamente spheroidal ou ovoide, é modificada algumas vezes pela pressão das partes circumvisinhas. As suas paredes são incolores e transparentes, opalinas em alguns pontos e d'uma espessura uniforme. São constituidas por uma camada exterior estratificada, e uma interna, a *membrana germinativa,* d'onde nascem os echinococcus. É n'esta face interna que apparecem rugosidades esphericas ou irregulares, transparentes ou opacas, cheias ou ôcas. A não ser que sejam extremamente pequenas. todas teem uma cavidade contendo liquido hydatico.

A duração d'estas hydatidas é indeterminada; teem uma vida muitissimo longa. Ha tumores muito antigos que as conservam perfeitamente intactas; os echinococcus chegam a desapparecer, mas ficam os colchetes, unico vestigio da existencia d'estes parasitas. A membrana da hydatida, perde a sua homogeneidade pela presença de granulações gordurosas;

o liquido diminue, conservando comtudo a sua limpidez.

A sua duração, sendo indeterminada não é infinita. A hydatida tambem póde morrer e são tres as suas causas: a *compressão*, a *inanição* e o *envenenamento*.

A morte por compressão, dá-se quando a *vesicula mãe* tem por membrana externa uma camada de tal fórma espessa ou calcificada, que lhe não permitte o crescimento e desenvolvimento.

A morte por inanição, é devida á inflammação traumatica ou espontanea da membrana fertil; este estado, impede que as trocas osmoticas, que se fazem atravez do involucro do kisto, se effectuem naturalmente, e os echinococcus morrem por inanição. Segundo Rendu, é assim que se explicam alguns casos de cura espontanea.

A morte por envenenamento póde effectuar-se á custa da bilis. Já fallamos do seu papel antiseptico e desinfectante, na *parte theorica*, a proposito da physiologia do figado, e quaes as propriedades toxicas dos saes dos acidos biliares e da bilirubina. Em virtude da sua acção, é natural que a morte das hydatidas pela bilis seja rapida, porém, para que ella se faça, é preciso que haja uma fissura da vesicula, pela qual a bilis possa entrar no seu interior. Berthaud mostrou que a penetração da bilis n'um sacco kistico contendo uma hydatida, não sendo esta atravessada por este liquido, póde não lhe produzir a morte. E, assim se explica porque kistos contendo bilis desde muito tempo, conservam ainda hydatidas que não foram destruidas.

D'aqui podemos deduzir, que, sendo incompativel a vida da hydatida com a bilis, não podemos conceber o desenvolvimento primitivo do kisto, como querem alguns auctores, no interior das vias biliares.

Morta a hydatida por qualquer d'estes processos, o que acontece ao kisto?

O liquido perde a sua transparencia, reabsorve-se mais ou menos completamente, e torna se albuminoso. Os detritos solidos de echinococcus, de colchetes, agglomeram-se e transformam-se n'uma massa caseosa, algumas vezes, córada pela bilis.

O sacco, dobra-se, retrahe-se, torna-se espesso, transforma-se por tempo n'uma fibro cartilagem ou chega mesmo a ossificar-se por infiltração de saes calcareos.

Como modificações consecutivas, temos a suppuração do kisto. Póde apparecer quando este tem terminado as suas modificações regressivas, ou quando está no auge da sua actividade evolutiva. N'um ou n'outro caso, está hoje demonstrado, que a infecção se não póde dar com a hydatida intacta; se não ha fissura da vesicula, a suppuração nada tem que vêr com a sua biologia, mas sim com uma hepatite perikistica de natureza microbiana.

O aspecto d'um kisto hydatico suppurado é o d'uma vasta cavidade purulenta, de paredes irregulares, contendo uma serosidade purulenta ou mesmo pus, córado algumas vezes pela bilis. N'este liquido nadam detrictos de hydatidas e não é raro encontral-as inteiras, como vimos na nossa observação III, onde havia hydatidas perfeitamente intactas, cheias

de liquido transparente e em algumas mais ou menos turvo.

Além d'este processo d'abertura do kisto, por suppuração, dois cutros casos se podem ainda apresentar.

Supponhamos que o kisto não contrahiu adherencias com os orgãos visinhos: n'este caso, em virtude do seu crescimento demasiado, ou da influencia d'um traumatismo, o liquido hydatico espalha-se na pleura ou no peritoneo.

Se contrahiu adherencias, com o intestino ou o pulmão, a ruptura faz-se ao nivel d'estas adherencias e o liquido é trasvasado no intestino ou nos bronchios. N'este ultimo caso, sobrevem a suppuração que não é a causa da abertura do kisto, pelo contrario, esta é que a produz. Os kistos do figado podem abrir-se no exterior, no peritoneo, no tubo digestivo, nos bronchios, na pleura ou no pericardio, e ainda nas vias biliares e no apparelho circulatorio, o que se explica pelas relações anatomicas que ligam o figado a estes differentes orgãos.

Feitas as aberturas, são portas abertas para a infecção.

O *conteudo* é formado por liquido hyalino, como o crystal de rocha, raras vezes opalino, não contém albumina, a não ser leves vestigios, e chloreto de sodio. A sua reacção é levemente alcalina ou neutra. A densidade é de 1,008 a 1,013» (Davaine).

A analyse que fizemos do liquido d'uma hydatida do kisto da nossa observação I, deu-nos o seguinte resultado:

Analyse do liquido d'uma hydatida

Reacção -- sensivelmente neutra.
Aspecto — claro limpido.
Densidade — 1,008.
Residuo fixo..... — 18gr,200 por litro.
Residuo mineral.. — 4gr,500 » »
Residuo organico. — 13gr,700 » »
Chloretos ..... — 2gr,574 » »
Albumina — não continha.
Exame microscopico — detrictos de cellulas, echinococcus em grande quantidade e scolex.

*
* *

No dia 16 d'abril foi extrahido á mesma doente 650 grammas do liquido hydatico, cuja analyse deu o seguinte:

Analyse de liquido hydatico obtido por puncção

Reacção — levemente alcalina.
Aspecto — claro, mas menos limpido que o da primeira analyse.
Densidade a 17° — 1,010.
Residuo fixo..... — 29gr,100 por litro.
Residuo mineral.. — 9gr,700 » »
Residuo organico. — 19gr,400 » »
Chloretos ..... — 5gr,656 » »

Albumina — vestigios que depois se reconheceu serem de metaglobulina em certa quantidade.

Gordura — não continha.

Exame microscopico — deu detrictos de cellulas, algumas córadas por substancia hepatica e não continha scolex ou echinococcus.

Symptomatologia

SUMMARIO: — Complexidade da symptomatologia dos kistos hydaticos — Classificação dos symptomas em dois periodos: *inicial* e *do tumor* — Symptomas do *periodo inicial*, tensão epigastrica, dôr na espadua direita, tosse hepatica, pleuresia secca, hemorrhagias: *epistaxis de repetição, metrorrhagias* e *hemoptyses de repetição; perturbações dyspepticas, urticaria*, etc. — Periodo do tumor, a inspecção, palpação e percussão; crepiditação amidonada, fremito hydatico, sua frequencia — Terminação por suppuração, ruptura do kisto ou por cachexia — Ruptura para o *thorax*, o *abdomen* e os *tegumentos*; marcha e duração.

A symptomatologia dos kistos hydaticos do figado é extremamente complexa, e estes muitissimas vezes, passam-nos despercebidos. Não teem symptomas caracteristicos que os definam, de fórma que, a maior parte dos kistos hydaticos do figado, de pequeno volume, são só diagnosticados na autopsia. Mesmo para aquelles individuos, portadores de kistos hydaticos que attingiram grande desenvolvimento, não é raro ouvir-lhes dizer «que nunca sentiram outra coisa», a não ser que o ventre se lhes avolumava.

Reclus e Duplay affirmam a falta de symptomas

para o kisto hydatico, e consideram a sua extensão compativel com uma saude rasoavel ou mesmo boa. No emtanto para commodidade d'estudo dividiremos os symptomas d'esta doença, como o faz Bouchard, em dois periodos: *inicial* e *do tumor*.

O periodo inicial, corresponde ao evolucionamento do embryão hexacantho, antes de se transformar em tumor visivel.

Alguns doentes queixam-se d'um mal-estar que nem sabem definir, uma sensação de peso ou *tensão epigastrica*. *A dôr na espadua direita* e na região do omoplata, é quasi constante no kisto hydatico, embora seja symptoma commum a quasi toda a pathologia hepatica; *a tosse hepatica* e os signaes d'uma *pleuresia secca* com oppressão e dispnêa, são muito frequentes. Outros doentes como que teem uma certa predisposição para as *hemorrhagias* de qualquer natureza, ou seja *epistaxis de repetição* pela narina direita, ou *metrorrhagias* ou ainda *hemoptyses de repetição*. « Galliard (1) cita o caso d'uma mulher de sessenta annos, cuja mãe tinha morrido tysica, e que, havia dois annos, fôra tratada, no Hospital, d'uma pleuresia direita. Apresentava á primeira vista, os signaes de tysica pulmonar, emmagrecimento, bronchites e hemoptyses de repetição e escarros cinzento-esverdeados. Tratava-se, comtudo, d'um caso de kisto hydatico da face convexa do figado ».

As *perturbações dispepticas*, a que alguns auctores ligam muita importancia, foram-nos confirmadas, mais

(1) *Semaine médical*, 1890, pag. 168.

uma vez, pelas nossas observações I e IV, feitas n'uns doentes que durante muito tempo se trataram d'uma dispepsia. Dieulafoy notou, como symptoma muito precoce, *uma certa repugnancia pelas gorduras*. N'um doente de sua observação, esta repugnancia existia havia dois annos e era tão grande, que o doente prohibia, em casa, o emprego da manteiga e de qualquer gordura. Cita ainda Dieulafoy (1) casos curiosissimos a este respeito: « Une femme, atteinte de kiste hydatique, éprouvait dès le debut de sa maladie le dégoût des aliments gras; après ses repas, elle était prise de régurgitation, et sans nausées, sans efforts, sa bouche se remplissait des parties grasses de l'alimentation qu'elle rejetait avec sa salive. Chez une autre malade, cette régurgitation des matières grasses était si marquée au début de sa maladie, qu'elle les rendait aussitôt après ses repas; ses crachats prenaient sur le papier l'apparence d'une tache d'huile, et elle comparaît sa salive à ce qu'on nomme vulgairement les yeux du bouillon. Ce symptôme exista seul, pendant plusieurs semaines, à l'exclusion de tout autre trouble digestif, puis il disparut avec les progrès de la maladie ».

Não menos curioso é o caso a que se refere Bouilly, d'uma doente a quem cada refeição provocava uma diarrhéa intensa.

A apparição de *urticaria* sem causa apreciavel, e não a que se manifesta repetidas vezes durante a evolução do kisto, não é menos symptomatica.

(1) Dieulafoy, *Manuel de Pathologie Interne*, 1896, pag. 829.

São estes os principaes e mais importantes symptomas do periodo inicial.

O periodo do tumor. N'esta phase evolutiva do kisto, a *inspecção* local póde dar-nos um abaulamento do epigastro ou uma saliencia da parede thoraxica, que a palpação e percussão confirmam. Porém, n'estes casos, o diagnostico é susceptivel d'erro, e facilmente se confundirá o kisto hydatico com o chamado *grande figado;* comtudo, se os confrontarmos bem, veremos que o abaulamento do kisto hydatico, é globuloso e não se apresenta uniforme e regular como na hypertrophia do figado; é *uma saliencia sessil e circumscripta.*

A palpação, nos kistos postero-superiores e antero-superiores, de pouco vale. Comprehende-se, que o kisto abrigado pela parede thoracica, não nos possa dar indicações precisas sobre a sua fórma e consistencia. Não acontece o mesmo com os kistos infra-diaphragmaticos em que a palpação nos póde dar a sensação de *fluctuação,* negada por Trélat e confirmada por Reclus, Desprès, Lannelongue e Dentu. Reclus cita uma *crepiditação amidonada,* distincta do *fremito hydatico.* A *palpação* póde ainda dar-nos a sensação de *renittencia,* ou mesmo uma *dureza especial.* E, ao mesmo tempo, facil nos será apreciar a sua fórma, contornos, séde, mobilidade e consistencia. Todavia, casos ha, em que estes kistos teem adquirido um volume tal, que qualquer exploração é impossivel.

A percussão póde dar-nos um symptoma, *o fremito hydatico,* considerado por alguns como pathognomonico e cuja existencia outros nem sequer admittem.

As divergencias começam, quando se trata de

descobrir o seu auctor. Reclus diz que elle foi descoberto por Blatin em 1813 e estudado depois em 1828 por Briançon; Davaine procura demonstrar que a descoberta pertence inteiramente a Briançon e não a Piorry, como querem outros.

Mas pertençam as honras da descoberta a quem pertencerem, para definir-se o *fremito hydatico,* o caso pouco nos importa, é uma sensação especial semelhantemente á que se experimenta quando se colloca a mão sobre um sino em vibração (Sade).

Piorry define-o assim:

«Si l'on tient une montre à répétition de telle sorte qu'elle repose par son boitier sur la paume de la main gauche, et si alors on percute légèrement sur le verre avec les doigts de la main droite, on éprouve une sensation de vibration, due aux oscillations du timbre; c'est précisement la même impression que perçoit celui qui percute des hydatides refermées en grand nombre dans un kiste commun. On peut encore s'en faire une juste idée en frappant sur de la gelée de viande dont la consistence est ferme.»

Admittida a sua existencia, apesar de não ser um symptoma constante, vejamos a que é devido. Variadissimas são as theorias, que pretendem explical-o, e cuja critica tanta attenção mereceu a Muguet. Postas de parte, como estão na maior parte, ficam duas, hoje geralmente admittidas.

Uma, que explica o *fremito,* pelo embate, das vesiculas filhas; outra e a que nos parece mais acceitavel, que explica as vibrações pela elasticidade da membrana do kisto, posta em actividade pelo abalo do liquido. Se aquella fosse verdadeira, seriamos obri-

gados a negar o *fremito* nos kistos d'uma só vesicula, e, comtudo, Potherat, na sua these, cita casos demonstrativos da sua frequencia: Além d'isto, para sentir o *fremito,* uma só vesicula é bastante. Collocada esta sobre a palma da mão, e percutindo forte e rapidamente com a outra, sente-se, as mais das vezes, bem distinctamente o *fremito.*

O *fremito hydatico* é muito raro, e Segond confirmando a sua existencia, cita tel-o encontrado uma só vez em doze casos.

Que existe, não póde haver duvida, affirma-o Tillaux, Reclus, Dieulafoy, Duguet, Rogivue e muitos outros. Nós mesmo tivemos occasião de o verificar na nossa doente da nossa observação I.

Será um symptoma pathognomonico? De maneira nenhuma. Já Potain affirmava que todo o kisto podia dar a sensação de *fremito,* desde que este tivesse uma parede delgada e distendida por um liquido. Réclus cita um caso d'um kisto do ligamento largo em que o *fremito* era nitido, e comtudo não era um kisto hydatico.

Em conclusão, diremos, que o *fremito* é mais um symptoma a juntar aos outros, mas não é um symptoma, que, por si só, tenha um valor absoluto.

O grande desenvolvimento que attingem alguns kistos provoca, por compressão mecanica, perturbações de respiração, como já dissemos, e algumas vezes, esta, fazendo-se ao nivel dos canaes biliares, provoca a ictericia, como notamos na nossa observação II; se se faz sobre os vasos, formam-se œdemas nos membros inferiores, ascite, e as veias portas accessorias desenvolvem-se consideravelmente.

A terminação mais vulgar d'estes kistos, é uma complicação: *a suppuração* ou *a ruptura do kisto.*

Mais raras vezes, as digestões fazendo-se mal, faltando o appetite, as forças vão diminuindo com o emmagrecimento do doente, e este cae n'um estado de cachexia do qual, difficilmente, sahirá.

Quando se dá a suppuração, a symptomatologia, é a de todas as suppurações e principalmente das hepaticas: augmento de temperatura, que, n'estes casos, toma o typo remittente ou typo intermittente, arripios repetidos, suores e ictericia.

A ruptura póde fazer-se em tres direcções differentes: para a cavidade thoracica, para a abdominal e para a pelle.

A abertura na cavidade thoracica faz-se para o *pericardio,* a *pleura* e *os bronchios.*

De todas a menos frequente é a abertura no *pericardio,* que a fazer-se, é sempre mortal. Em seguida vem a da *pleura* que vem quasi sempre acompanhada da abertura no pulmão. De todas é esta a mais frequente. Umas vezes a ruptura faz-se no pulmão esquerdo, mas geralmente é no direito. N'esta occasião, o doente sente uma dor dilacerante, agonia e suffocação, tosse *quintosa,* e termina pela sahida do liquido e vesiculas pela bocca. Porém, se a abertura é estreita, a evacuação faz-se lentamente com a tosse extremamente penosa, *por quintas* successivas, acompanhando-se d'uma expectoração fetida e purulenta. A percussão e a palpação, dão-nos, na base do pulmão, signaes caverno-amphoricos, ou symptomas de piopneumothorax ou de gangrena pulmonar. N'estes casos, a terminação, é geralmente

a morte; alguns factos se contam de cura, mas são rarissimos. Se a descarga se fez rapida e completamente, a cura póde dar-se, a não ser que uma hemoptyse fulminante lhe ponha termo. Estabelecida a fistula hepato-bronchica, é porta aberta para a infecção. E, se a bilis se junta aos escarros, não só se torna intoleravel para os doentes, como provoca, segundo está demonstrado, a maior frequencia da gangrena pulmonar e da hemoptyse.

Quando um kisto hydatico do figado se abre na cavidade abdominal, póde esvasiar-se no *peritoneo*, nas *vias biliares*, ou no *tubo digestivo*. A abertura no peritoneo é rara. Se o kisto não está suppurado, e o liquido é limpido, provoca um accesso d'urticaria, mas a peritonite póde faltar; se, pelo contrario, o kisto está suppurado, a peritonite é fatal, tendo por consequencia a morte.

A abertura no *intestino* é mais frequente; é de ordinario precedida dos symptomas da peritonite localisada. O doente experimenta uma dor dilacerante, e, momentos depois, semanas e até mezes, deita, juntamente, com as fezes, membranas d'hydatidas.

A evacuação faz-se ordinariamente ao nivel do colon, o que é d'um prognostico mais favoravel, ou mais acima, no intestino delgado, ou mesmo ao nivel do duodeno, e n'este caso, as hydatidas são lançadas com o vomito, o que torna o prognostico mais obscuro.

A evacuação nas *vias biliares*, não muito rara, seria favoravel, attendendo ao papel desinfectante da bilis, se esta entrasse no sacco kistico em pequena quantidade, o que provocava a cura. A evacuação

póde fazer-se tanto nos grossos canaes biliares como na vesicula biliar; se as hydatidas se fragmentam, estas chegam ao duodeno e são então facilmente expulsas com as fezes; se são muito volumosas, produzem a obstrucção total ou parcial dos canaes excretores da bilis, produzindo toda a symptomatologia da colica hepatica e ictericia, como vimos em os doentes das nossas observações II e IV, até que as hydatidas sejam expulsas com as fezes.

A ruptura pelos *tegumentos*, é pouco frequente, e tende a tornar-se tanto mais rara, quanto mais se vae avançando no tratamento cirurgico d'estes kistos, instituido a tempo. Esta abertura faz-se ordinariamente ao nivel do umbigo.

A marcha d'estes kistos é extremamente lenta, e a duração é quasi sempre de muitos annos. Não é raro apparecerem os primeiros symptomas e só passados quinze ou vinte é que o tumor se torna visivel.

Davaine cita o caso d'uma mulher portadora d'um tumor hydatico que se abriu nos intestinos só passados trinta annos.

O *Journal medico-cirurgical d'Edimburg*, relata um outro caso d'uma mulher que morreu de setenta e tres annos e no figado da qual, encontraram dois kistos completamente osseos. «Il parut probable, d'après les symptomes, que cette femme avait eu ces tumeurs dès l'age de huit ans.» (1)

E, como estes, muitos outros casos poderiamos citar bem conhecidos de todos nós.

(1) Davaine, *Traité des Entozoaizes*.

Diagnostico

SUMMARIO: — Difficuldades d'um bom diagnostico — Diagnostico dos kistos intra-hepaticos ou antero-superiores com a *congestão chronica* do figado, *deformações globulosas da syphilis, cancro* e *cyrrhose hypertrophica* — Diagnostico dos kistos infra-diaphragmaticos ou postero-superiores com a *pleuresia chronica* ou *purulenta*, a *pneumonia chronica*, a *tuberculose* e a *gangrena pulmonar* — Diagnostico dos kistos de desenvolvimento abdominal, antero-inferiores com a *distenção da vesicula biliar*, os *kistos do rim e do baço* e *o abcesso por congestão* — Diagnostico dos kistos de desenvolvimento abdominal, postero-inferiores com os *kistos do ovario*, a *hydronephrose* e as *collecções liquidas do epiploon* — Importancia da analyse das urinas — Puncção e laparotomia exploradora.

São tantas as difficuldades na diagnose dos kistos hydaticos, e o medico vê-se tão seriamente embaraçado, que, se quizer ter a presumpção de a determinar com segurança, erra o mais das vezes.

Sem querermos fallar das difficuldades de diagnostico, antes que o tumor tenha deformado o figado e provocado as perturbações funccionaes de que já fallamos, o que torna então o diagnostico impos-

sivel, não é raro, n'este caso, vêr cahir em erro os melhores cirurgiões.

N'uma epocha em que o tumor seja perfeitamente circumscripto, não doloroso, lento e regular na sua evolução, de consistencia elastica, o diagnostico de kisto hydatico quasi se impõe. Mas, quantas vezes, os encontraremos nós n'estas circumstancias?

O melhor é fazer o diagnostico d'estes kistos, para facilidade d'estudo, de accordo com a sua classificação anatomo-pathologica:

a) *Diagnostico dos kistos intra-hepaticos* ou *antero-superiores*. N'este caso, póde haver confusão com a *congestão chronica* do figado, *deformações globulosas da syphilis*, *cancro* e *cyrrhose hypertrophica*.

A *congestão chronica* reconhecer-se-ha pela estabilidade da fórma do figado e pela investigação de antecedentes de impaludismo ou alcoolicos.

As *deformações globulosas da syphilis* poder-se-hão reconhecer pelos antecedentes pessoaes do doente e pela ausencia de renittencia kistica.

O *cancro* produz saliencias multiplas que se não confundem com a saliencia unica e uniforme do kisto hydatico.

Na *cyrrhose hypertrophica* não ha tumor, mas ictericia persistente, ascite e augmento de volume do baço.

b) *Diagnostico dos kistos infra-diaphragmaticos* ou *postero-superiores*. N'esta variedade, principalmente, quando o bordo inferior do figado, não é deslocado, o que acontece geralmente, as difficuldades, para o medico, são enormes. Quantas vezes, se terá diagnosticado uma *pleuresia chronica* ou *purulenta*, uma *pneu-*

monia chronica, uma *tuberculose* ou *gangrena pulmonar*, tratando-se d'um kisto kydatico do figado?

A auscultação fornece signaes d'algum valor, concordamos, mas muitas vezes, são só subtilezas de ouvido que a autopsia confirma ou demonstra o erro. No caso de derrames pleureticos, diz-se que a fórma do limite superior de som baço, tem uma grande importancia, e auxiliado ainda com os signaes de auscultação, o diagnostico devia então ser infallivel, e, comtudo, fica-se o mais das vezes, hesitante ou surprehendido com o resultado da autopsia.

c) *Diagnostico dos kistos de desenvolvimento abdominal, antero-inferiores.* A confusão é possivel, n'este caso, principalmente, com a *distensão da vesicula biliar* ou os *kistos do rim ou do baço.*

Como se vê, em a nossa observação II, póde haver dores, colicas hepaticas, ictericia, descoloração das materias fecaes, e, comtudo, tratar-se d'um kisto hydatico do figado.

Se o kisto é do lobulo esquerdo, a confusão com um kisto do baço, não é difficil.

Só a palpação os póde differençar, e, embora seja feita methodicamente e por mãos habeis, não deixa de ser susceptivel d'erro. Reclus enganou-se duas vezes: uma diagnosticando um kisto do rim, tratando-se d'um kisto do figado e inversamente diagnosticou um kisto do figado que a operação demonstrou ser do rim.

Menos raro, na verdade, porém, o erro ainda é possivel com um *abcesso por congestão.* Potherat referiu um caso d'estes, observado na pratica do professor Trélat.

d) Diagnostico dos kistos de desenvolvimento abdominal postero-inferiores.

Esta variedade induz susceptivelmente a erro, pela confusão a que póde dar, pela semelhança, com todos os tumores abdominaes, e, principalmente, com os *kistos do ovario*, e ainda com a *hydronephrose* e *collecções liquidas do epiploon.*

Debaixo do ponto de vista do diagnostico differencial com os kistos do ovario, consideramos dois casos, como o faz Reclus: Se o kisto hydatico é tão volumoso que encha todo o abdomen, como acontece nos enormes kistos do ovario, e o interrogatorio nada diz do inicio do tumor, não ha meio de fazer o diagnostico, e tambem nem necessario é, porque a intervenção cirurgica é a mesma e a unica nos dois casos.

Se é menos volumoso, pediculado, e ignorando-se o ponto de inserção hepatica, a confusão é possivel com a *hydronephrose* e as *collecções liquidas do epiploon*, tornando-se, com os kistos do ovario muito maior. Reclus et Duphay citam o seguinte caso de erro, bastante curioso:

Tratava-se d'uma mulher na qual tinham diagnosticado, kisto do ovario com longo pediculo. Prepara-se tudo para a operação; a doente é chloroformisada, e, cahindo em syncope, foi necessario fazer a inversão. Com esta manobra, o tumor desapparece. Cortam a parede abdominal por baixo das falsas costellas do lado esquerdo e apparece um kisto hydatico do figado com um grande pediculo.

*
* *

Confrontando os symptomas, que podem simular quasi toda a pathologia, tanto medica como cirurgica, com o diagnostico differencial, vê-se, que este, tem um valor bem relativo.

Potherat liga uma grande importancia á presença dos saes biliares nas urinas. Fez esta analyse em todos os casos de kistos hydaticos da sua observação sendo sempre confirmada.

Como meio do diagnostico, ficam ainda dois processos: a *puncção* e a *laparotomia exploradoras*.

Da sua importancia, e dos seus inconvenientes e da sua applicação, fallaremos, tão minuciosamente, quanto podermos no capitulo do tratamento.

Prognostico

A gravidade do prognostico dos kistos hydaticos do figado, deduz-se facilmente do seu diagnostico.

Vimos, na verdade, que eram susceptiveis de curar-se espontaneamente, quer pela morte das hydatidas e regressão consecutiva do kisto, quer pela abertura espontanea para os bronchios ou tubo digestivo. Mas, se se pódem contar alguns casos felizes, a quantos perigos está exposto o doente, portador d'um kisto hydatico do figado, embora este se evacue espontaneamente para os bronchios ou mesmo para os intestinos?!

A gravidade depende de tantas circumstancias, que difficilmente as poderiamos enumerar aqui. A séde do kisto, o seu numero ou o numero de lojas que o formam, o estado de suppuração, etc., são outras tantas causas que tornam o prognostico mais grave.

Sem querermos fallar nas graves complicações, que uma simples puncção com uma seringa de Pravaz, póde occasionar, e de muitas outras de que já fallámos, a septicemia por retenção e a infecção se-

cundaria, são dois factores importantissimos para tornar muito mais grave o prognostico.

Em virtude da seriedade que estes kistos apresentam, convém intervir o mais depressa possivel. E, ainda assim, diremos como Rendu, que em presença d'um kisto hydatico do figado devemos « se ténir sur la reserve et ne jamais s'avancer jusqu'à prédire le lendemain ».

Tratamento

Rendu, no seu artigo *Figado*, no diccionario de Deschambres, começa por fazer a seguinte pergunta: — Em casos de kisto hydatico do figado, deve-se ou não intervir? No estado actual da sciencia, com os progressos da cirurgia e os rigores da asepsia e antisepsia, que todo o clinico é obrigado a conhecer e não descurar, a pergunta é superflua. *Deve-se intervir.* E, devemos intervir, porque não se póde, nem se deve contar com a cura expontanea d'estes kistos. Já vimos de que maneira ella se póde dar, quanto é rara, e quaes as consequencias e os perigos a que está exposto o doente, se o kisto se abriu em qualquer das cavidades de que já fallámos, o que devemos sempre recear.

Dividiremos esta parte da nossa dissertação em quatro capitulos: 1.º Tratamento medico; 2.º Punções com ou sem injecções parasiticidas; 3.º Tratamentos largos, depois da formação d'adherencias destinadas a servir de barreira ao liquido kistico; 4.º Tratamentos novos, laparotomia, incisão tanspleural, etc.

Tratamento medico — agentes physicos

O tratamento medico, foi, durante muito tempo, o unico que se empregou na cura dos kistos hydaticos do figado. Propunham, os medicos, por este methodo, introduzir no sangue, substancias medicamentosas, que, levadas até á bolsa kistica, produzissem a morte dos echinococcus. O processo era commodo, facil e talvez mais agradavel ao doente; mas, será possivel obtel-o? Parece-nos que não.

Para o tratamento da blenorrhagia, estão a apparecer dia a dia, novas injecções especificas, cada uma d'ellas mais vangloriada e efficaz, para o fim a que se destina, e comtudo, bem sabemos que nenhuma d'ellas o attinge em todos os casos e em todas as circumstancias. Aqui, acontece o mesmo. Basta vêr a enormissima lista d'este *menu* therapeutico, para se conhecer, que, em materia de tratamento medico e de efficacia de substancias medicamentosas, reina a maior obscuridade.

Hoje, este tratamento medico, está, quasi totalmente, posto de parte, porque os insuccessos teem sido tantos, que se se encontram ainda alguns medicos partidarios d'este processo de tratamento, acarretam, sobre si, a responsabilidade da saude e da vida do doente.

Os medicamentos empregados teem sido muitos, muitissimos, mas nós só apresentaremos os mais preconisados. Entre elles, citaremos os vomitivos e os purgantes: calomelanos, extracto de féto macho, kousso e muitos outros, extremamente perigosos,

pela facilidade com que podem produzir a ruptura do kisto nos orgãos visinhos. Laënnec recommendou o uso interno da agua do mar, ou em banhos; Hjaltelin (1869), a tintura de kamala, ainda hoje empregada na Islandia, na dose de 30 gottas por dia, continuada durante um mez ou mais tempo; Buchter Kirch (1879), a essencia de eucalipto em inhalações.

Depois vem a série indefinida dos topicos; fricções com sabão, fricções com petroleo (Chabert), emplastros de cicuta, oleo de terebinthina, vesicatorios, etc., etc.

Por ultimo vem o iodeto de potassio, tão preconisado por Hawkins e atacado por Murchinson e Frerichs, porque, dizia este, nunca encontrara o iodo no liquido kistico.

Esta asserção parece-nos demasiadamente absoluta e, como tal, combateram-na Jaccoud e Semmola, mostrando que, em certos casos, o iodo podia penetrar até o interior do kisto. É o unico medicamento, que merece attenção e ser talvez ensaiado na pratica; todos os outros, são verdadeiras preciosidades, proprias para figurarem nos museus archeologicos da therapeutica. Assim o considera Segond, julgando-os preciosos documentos para a historia da therapeutica dos kistos hydaticos do figado.

Ao lado d'estes, andaram sempre os agentes physicos, hoje tambem quasi abandonados, a *acupunctura* e a *electropunctura*.

A acupunctura, aconselhada por Cruveilhier e praticada por Trousseau, consiste em picar os kistos com longas agulhas, enterrando-as profundamente e passeando-as dentro do tumor. Este processo, ainda

hoje empregado na Islandia, tem sido quasi completamente abandonado nos outros paizes. Foi ainda completado pela electrolyse.

As agulhas são enterradas obliquamente e postas em communicação com uma pilha electrica, que pelas suas descargas seria capaz de matar os echinococcus.

Segundo Heurot, estas descargas, poriam em liberdade a soda contida no liquido, que mataria estes parasitas. Este methodo foi empregado por Durham, Cooper, Forster, Apostoli e preconisado por Dujardin-Beaumetz.

Comtudo, este auctor, nas suas lições de clinica therapeutica reconhece a impossibilidade de cura completa, mas, no emtanto, acceita uma diminuição no sacco sem produzir accidente algum.

Este methodo tem contra si um grande inconveniente: ser muito demorado, produzir dores violentissimas por causa das picadas, e principalmente, na extracção das agulhas depois de feita a electrolyse, apresentando, além d'isso, perigos de suppuração.

As puncções

Podemos dividir as puncções em dois grupos:

a) As puncções simples;

b) Puncções seguidas d'injecções parasiticidas e antisepticas.

Puncções simples. — Antes mesmo de dizermos qual é o seu fim e a sua applicação, vejamos o seguinte: Devel-as-hemos empregar? Serão inoffensivas? Analysemos os diversos casos apresentados pe-

los auctores, e vejamos se esta operação é, sem inconvenientes. *Moissenet* refere um caso de peritonite mortal em dezoito horas; *Davaine*, dois casos de morte e cinco seguidos de manifestações graves; *Martineau* um caso de morte em vinte minutos; *Guyot*, sete casos de morte em vinte e quatro horas; *Duclos*, cita um caso em que uma simples puncção capillar exploradora matou a doente em oito dias por suppuração do kisto. Rendu dá uma mortalidade de 23 por 100. Com uma semelhante estatistica, não seremos nós quem aconselhe um tal processo, e se alguma vez fossemos obrigado a pratical-o, não seria sem receio. Ha medicos que o aconselham, porque tendo feito do doente uma verdadeira pregadeira d'agulhas de Pravaz, ou de qualquer especie de trocate, não viram sobrevir symptomas alguns assustadores. Será porque só esses medicos saberão fazer puncções? Isso não se admitte, porque o processo é bem simples e todos nós sabemos como ellas se fazem. A que attribuir, pois, esse resultado? Provavelmente ás condições especialissimas em que se encontra o doente e o kisto.

Tivemos occasião de vêr o resultado d'uma puncção a que nos reportamos em a nossa observação I. Não fomos nós quem a fez, nem principiante algum; foi o nosso mestre, o habilissimo e talentoso operador dr. Julio Franchini, que, apezar dos seus exuberantes conhecimentos e do cuidado com que a praticou, não pôde impedir que a agulha perfurasse uma pequena lamina do pulmão, o que produziu no dia seguinte um hydropneumothorax, com todo o seu cortejo symptomatico, factor este bem importante,

segundo a nossa opinião, para a morte da doente.

Não podemos deixar de dizer, que, debaixo do ponto de vista do diagnostico, a puncção exploradora lhe prestaria valioso auxilio, mas as graves consequencias que póde produzir, como é a peritonite e a suppuração do kisto, fazem com que nos abstenhamos, por assim dizer, em absoluto, de as empregar.

Vejamos, porém, qual é a razão do seu emprego, e em que consiste a puncção.

Admitte-se que, as hydatidas, privadas do seu liquido nutritivo, se enrugam e soffrem, em parte, a transformação adipo-sebacea.

Tem se, por isso, procurado evacuar o liquido hydatico, fazendo um orificio cada vez mais pequeno.

Este methodo, chamado puncção, consiste em introduzir no tumor um trocate com o fim de dar sahida ao liquido na totalidade ou, sómente, em parte. Para isso, teem-se empregado trocates variadissimos: trocates finos, capillares, trocates medios, trocates de hydrocelo, trocates grossos d'ascite ou de kistos do ovario e trocates munidos de garras para apanhar as paredes do kisto e fixal-as á parede abdominal.

É sobre este principio que repousava o methodo de Boinet, que se servia d'um trocate de hydrocelo ou de kisto do ovario. Por este processo, modificado por Verneuil e seguido por Terrillon, Labbé, Routier, Monod, que consiste em introduzir no calibre do trocate um grosso tubo de *caoutchouc* vulcanisado, fazel-o chegar até o kisto, onde se conserva para que se possam fazer lavagens abundantes. Com estas puncções, não se consegue mais do que matar a

hydatida mãe, mas fica ordinariamente uma membrana espessa, que póde, na realidade, reabsorver-se ou enkistar-se, mas que, o mais das vezes, actua como um corpo estranho e póde provocar accidentes d'uma certa gravidade (Labbé).

Puncção aspiradora simples — Esta especie de puncção, faz-se com a agulha n.º 2 e com o aspirador de Dieulafoy ou o de Potain. A sua technica é extremamente simples, e escusado será descrevel-a. Este processo facilita a evacuação do sacco kistico, mesmo com um trocate de pequeno calibre; quanto mais pequeno é, e menor a abertura, menos probabilidades ha de que o liquido passe para o peritoneo, ou de que o ar ahi penetre.

A puncção aspiradora simples é bem superior á puncção simples, mas, quantos inconvenientes não tem! Se o liquido é completamente evacuado, as vesiculas, faltando-lhes os elementos nutritivos, morrem provavelmente; o tumor será transformada n'uma massa calcarea, semi-gordurosa ou semi-calcarea. Se assim acontecesse sempre, tinhamos um bom resultado, mas é muito raro. Os inconvenientes formulados por Labbé para a puncção simples, subsistem ainda. Se, pelo contrario, o liquido não é evacuado completamente, o que fica, é sufficiente para a sustentação das hydatidas filhas, e o kisto continua a ter a mesma fertilidade, reforma-se, porque as suas paredes encarregam-se de segregar mais liquido kistico.

Este processo poderá ter probabilidades de curar? Crêmos que sim, mas tratando-se de kistos em condições especiaes, como são os kistos pequenos, no-

vos, ou mesmo kistos volumosos, não ferteis ou *acephalocystos*. É d'esta maneira que se apresentam casos de cura de kistos volumosos, mas só depois d'um certo numero de puncções e ainda algumas vezes com suppuração.

Isto ainda se admitte nos casos de kistos monoloculares, porém, se se trata de kistos polyloculares, ou multiplos, a puncção só póde curar um, mas os outros? Deveremos fazer como Dieulafoy, que n'um doente, fez 300 puncções e não conseguiu cural-o? O processo é deshumano, e, certamente que rarissimos doentes se sacrificariam a soffrer um tal supplicio.

Suppondo mesmo, que a puncção aspiradora ficasse para os kistos monoloculares, teremos nós sygnaes physicos, exteriores, que nos digam se um kisto, é mono ou polylocular? Sendo impossivel averigual-o, a puncção é uma operação ás cegas.

Esta especie de puncção, menos perigosa do que a simples, não é comtudo isenta de perigos. A *urticaria* é uma complicação muito frequente, embora a menos grave. Não se lhe conhece bem a origem, comtudo parece ser devida á absorpção de elementos, contidos no liquido hydatico, pertencente ás leucomainas. Algumas vezes produzem lacerações do tecido hepatico, occasionadas pela agulha do apparelho. Outras vezes, como notamos na doente, da nossa observação I, produziu-se um hydropneumothorax, por perfuração d'uma pequena lamina do pulmão.

Os casos de morte subita ou consecutivos a estas puncções são numerosos. Além dos que já expuzemos, affirmam Millard e Bryant ter visto produzir-se nas mesmas condições, um caso de morte subita.

De todos os accidentes os mais graves são a peritonite e a septicemia, que se podem produzir, por falta de rigor na antisepsia. No estado actual da sciencia custa a admittir taes descuidos, mas infelizmente, são ainda bem frequentes.

Scott Orr refere um caso de peritonite mortal em seguida a uma puncção; Pillot, um caso de morte por septicemia e hemorrhagia egualmente, em seguida a uma puncção; Reclus, refere um caso de morte por peritonite sobre aguda, com a segunda puncção; Siredey, um caso de morte no dia seguinte ao da puncção; Sardac, um caso de morte por septicemia em seguida a uma puncção. Rendu attribue a este processo uma mortalidade de 15 por cento.

Um outro inconveniente bastante grave, é o perigo de penetrar o liquido kistico no peritoneo e da transformação ou desenvolvimento de hydatidas n'esta serosa, quando algumas gottas de liquido contendo echinococcus, possam cahir na sua cavidade.

D'aqui se conclue que a puncção aspiradora simples póde curar alguns casos de kistos hydaticos, com a condição de serem monoloculares e acephalocystos; no emtanto devemos contar com as recahidas.

Este processo só póde servir para assegurar o diagnostico no momento em que se opéra.

Regeitada, como está, segundo a nossa opinião, a puncção aspiradora, não podemos admittir a puncção seguida de injecção, porque além dos inconvenientes d'aquella tem os que são provocados pela natureza do liquido a injectar, como vamos vêr.

Puncção aspiradora, seguida de injecção antiseptica. — A introducção de substancias medicamento-

sas, introduzidas no interior do kisto com o fim de matar as hydatidas, tinha sido outr'ora tentada. As substancias empregadas eram: o alcool, o chloral, o acido salicylico a 10 %, a creosota a 2 %, o licor do Labarraque, o extracto de féto macho, a tintura de iodo (Hardy), a solução iodo-iodada, etc.

De todas estas, a tintura de iodo deve ser illiminada, não só pelo soffrimento que póde produzir, como pelos accidentes consecutivos, de iodismo e de peritonite, a que póde dar origem.

Em 1856, Dolbeau preconisou as injecções de bilis, usadas por Voisin, Lutton, etc., baseando-se nas suas propriedades antisepticas e desinfectantes, affirmando a sua efficacia na morte das hydatidas e na regressão do kisto. Embora seja acceitavel, tem, todavia, o inconveniente de ser muito irritante e os casos de cura, por este processo, não superabundarem. Recentemente, tem-se feito uso do sulfato de cobre a 5 % e do peptonato de mercurio de Delpeuch.

Os processos seguidos, são: o de Debove Mesnard, o de Bacelli Sermett e o de Hanot-Bouilly.

O primeiro consiste em esvasiar, tanto quanto possivel, o kisto hydatico e injectar-lhe no sacco, licor de Van Swieten. Deixa-se o liquido em contacto com a parede da bolsa kistica durante dez minutos, retirando-se por aspiração.

O segundo é uma modificação do precedente. Bacelli, depois de extrahir 10 grammas de liquido hydatico, injecta e abandona no sacco kistico egual volume d'uma solução de sublimado corrosivo, contendo 1 a 20 centigrammas, dóse que julgam sufficiente para matar os echinococcus.

O terceiro é uma applicação dos outros dois. Como Debove, Hanot evacua a bolsa kistica, e, como Bacelli, injecta-lhe 15 a 40 grammas de licor de Van Swieten, inferior portanto á dóse toxica. Bouilly segue esta mesma technica, mas a quantidade de liquido que injecta, é muito menor, 5 a 10 grammas.

Passemos em revista cada um d'estes processos e vejamos quaes os seus inconvenientes e vantagens.

O processo de Debove Mesnard, exige muito tempo, para o escoamento completo do liquido, e a evacuação do sublimado, póde ser incompleta, ficando, no sacco kistico, uma quantidade toxica da solução.

Os partidarios d'este processo Juhel-Rénoy, Chauffard, Debove e Sevestre, preferem o emprego da agua naphtolada a 1 por 2:000 pelos inconvenientes que póde occasionar o licor de Van Swieten; Sevestre porém, aconselha, depois de tirar, quanto possivel, a injecção de licor, dar uma outra de agua esterilisada para arrastar o resto do sublimado. Como se vê, esta technica é muito demorada e os resultados não são compensadores.

O processo de Bacelli Sermett não tem vantagem alguma.

Que proveito se póde colher, retirando do kisto tão diminuta quantidade de liquido?

A tensão não é diminuida, e fica assim aberta uma porta, por onde, facilmente, se escapará uma parte do liquido para o peritoneo. Além d'isso, tirando a quantidade minima do liquido, não se póde saber se o kisto encerra ou não numerosas hydatidas filhas.

Mas porque razão se não póde evacuar completamente o liquido kistico?

Dos tres processos, o de Hanot-Bouilly é o preferivel; tem a vantagem de evacuar completamente o kisto, e de não injectar senão uma pequenissima quantidade de sublimado. Não fica, comtudo, isento de defeitos. Dada a hypothese que as hydatidas morram, estas ficam actuando como corpos estranhos, capazes, mais tarde, de produzirem uma intoxicação geral, e verdadeiros perigos para o parenchyma hepatico. Não é este o unico inconveniente; a retenção hydrargirica, acarreta tambem gravissimos inconvenientes. Félizet e Verneuil citam dois casos de intoxicação, seguidos de morte.

Para prevenir este inconveniente, já fallámos do emprego do naphtol n'uma solução tal, que não podendo ser retirado, não produzisse intoxicação. A solução de Juhel-Rénoy é de 40 centigrammas de naphtol por litro, com tantas vezes dois milligrammas de iodeto de potassio e bi-iodeto de mercurio, quantos forem os kilogrammas que pese o doente.

Este methodo deu bom resultado na clinica de Trélat, Terrillon, Spilmann, etc. Chauffard serve-se d'uma solução sobre-saturada a 1:2000, e emprega bastantes vezes uma solução de 1:100, de fórma a ter em suspensão uma certa quantidade de naphtol para continuar a acção parasiticida.

Juhel-Rénoy, na cura d'um kisto, fez nove punções successivas augmentando cada vez as dóses, que começaram por um gramma e terminaram por 25 grammas para 750 d'agua.

Babier prefere em logar do napthol, o benzoato

de mercurio, cujo poder antiseptico é forte e o poder coagulante é menor do que o do sublimado.

Todos estes methodos de puncções com injecções parasiticidas, feitos d'uma maneira absolutamente aseptica, teem as suas vantagens, não obstante os perigos que as rodeiam, principalmente da suppuração do kisto. O tratamento tem de ser muito demorado, sobretudo se se trata de kistos multiplos.

Para terminar este capitulo diremos como Segond, que se póde tentar a cura d'um kisto por puncção, seguida d'injecção, quando este não esteja suppurado e movel. Se, pelo contrario, está suppurado ou houve recahida seguidamente á puncção, deve-se intervir cirurgicamente e o mais depressa possivel.

Tratamento por incisões largas

O tratamento cirurgico por incisões largas é novo, não tem um seculo d'existencia.

Sem querermos fazer a sua historia, diremos que consiste em provocar uma inflammação localisada do peritoneo, de fórma a obter adherencias do folheto parietal ao folheto visceral, impedindo assim que o liquido passe para o peritoneo.

O processo mais antigo é o de Récamier. Servia-se da potassa caustica com que fazia applicações successivas até ao sacco, depois abria este, com um grande trocate. Dolbeau preferia a abertura do sacco, feita com bisturi, cortando em cruz a escara.

Richet, Blachez, Tillaux, Saint-Germain, etc., substituiram a potassa caustica, pela pasta de Vienna, o

chloreto de zinco e o caustico de Filhos; porém todos os processos eram os mesmos.

Récamier, em 1830, aproveitou outro processo, conhecido antes pelo nome de processo de Bégin e que consiste em cortar a parede abdominal, comprehendendo o peritoneo até ao kisto, exclusivè, applicar um penso na ferida e abrir o sacco, quando as adherencias estão solidas.

O processo de Richet, comprehendia quatro tempos: 1.º puncção capillar exploradora; 2.º cauterisação com a pasta de Vienna, seguindo-se-lhe a de chloreto de zinco; 3.º quando o peritoneo é attingido, assegurar-se da espessura das partes a atravessar e da solidez das adherencias; 4.º puncção com um grosso trocate, ficando a canula até ao dia seguinte, e não esvasiar senão metade do kisto, quando muito; no dia seguinte, ou dois dias depois, substituir a canula metallica por uma canula de gomma do mesmo calibre, e por fim as injecções.

Gardner simplificou estes processos.

Depois da applicação da potassa caustica enterrava um grosso trocate que deixava no logar da applicação. As adherencias continuavam assim e o liquido e as hydatidas eram facilmente evacuados. Contava, por este processo, tres curas em tres casos.

Antes de expôr o processo de Volkmann, vejamos os principaes inconvenientes d'estes processos dos causticos.

A difficuldade da applicação do caustico, as dores violentissimas que provoca, a incerteza na extensão e solidez das adherencias produzidas e, finalmen-

te, a lentidão do tratamento, são um grande inconveniente.

Tem-se visto casos de morte subita pela applicação da pasta de Vienna. Ha mais. A massa caustica póde cahir sobre uma ansa intestinal, sobre a vesicula biliar, ou ainda sobre uma peritonite antiga suppurada, limitada por adherencias intestinaes, produzindo a peritonite sobre aguda e mortal, na occasião em que o trocate penetra na escara.

Finalmente o caso mais frequente é a possibilidade de encontrar a pasta caustica, uma parte de tecido hepatico, depois de ter destruido a parede abdominal. N'este caso, podem sobrevir accidentes muito graves, como são os abcessos, phlebites, etc.

Não vemos, portanto, utilidade de fazer soffrer durante muito tempo o doente, para lhe enterrar um trocate, que mal deixará sahir o liquido kistico.

Todos estes processos devem ser abandonados; estudemos o processo de Volkmann, que foi o primeiro que apresentou um caso de cura por incisão larga.

Este processo comprehende dois tempos.

No primeiro tempo, feita a asepsia da pelle e a chloroformisação, corta-se parallelamente ao rebordo costal, as partes molles, comprehendendo o peritoneo. Enche-se a ferida de gaze fenicada ou iodoformada, afim de obter adherencias solidas.

No segundo tempo, quando se suppõem formadas as adherencias da parede kistica e da ferida, o que leva approximadamente oito dias, corta-se o sacco e evacua-se o seu contheudo; em seguida lava-se a cavidade com uma solução de acido salycilico; collo-

ca-se um dreno e o competente penso antiseptico. De dois em dois, ou de tres em tres dias, fazem-se irrigações e no fim d'uma semana, a membrana germinativa desliga-se aos pedaços. A ferida diminue rapidamente em tres semanas; fica só uma fistula que se vae fechando lentamente. A incisão do sacco faz-se a bisturi ou com o thermo-cauterio nos casos em que não ha tecido hepatico a atravessar.

O segundo tempo faz-se sem chloroformio, porque o tecido hepatico é insensivel e os esforços do vomito, produzidos pela narcose podem romper as adherencias (Volkmann).

Qualquer que seja o processo cirurgico empregado, vemos que a preoccupação dos auctores é evitar a penetração do contheudo do kisto no peritoneo, por meio das adherencias.

Será necessario e indispensavel obtel-as? Suppomos que não. Quando o liquido é claro, limpido, a gravidade, para a serosa, é nulla ou insignificante; porém, se é turvo ou purulento, as perturbações podem ser muito mais graves. O liquido claro, cahindo no peritoneo, póde reabsorver-se, enkistar-se mesmo, ou ser-se obrigado a fazer uma laparotomia para o esvasiar.

Chegamos ao tratamento cirurgico moderno.

É d'essa parte que vamos tratar no quarto capitulo do tratamento. Estudaremos a laparotomia, a hepatectomia, a enucleação, a operação de Billroth-Delbet, para terminarmos com a incisão transpleural.

Tratamentos largos modernos

Eis-nos chegados ao tratamento, por excellencia, dos kistos hydaticos do figado.

Como vimos, na anatomia pathologica, ha quatro variedades de kistos hydaticos do figado; e, segundo a séde, o tratamento cirurgico é differente. Vejamos.

Nos kistos *antero-inferiores*, a *laparotomia* é a operação de escolha; nos *antero-superiores* ou diaphragmaticos, é ainda applicada a mesma operação; nos *postero-superiores*, ha duas operações a seguir: a *incisão transpleural* ou a *laparotomia com luxação do figado;* nos *postero-inferiores*, a operação indicada é a *incisão lombar de Villaret.*

Principiaremos pela

Laparotomia

A laparotomia ou incisão em um só tempo, é uma operação dos nossos dias. É devida a Lindemann Landau que a expôz pela primeira vez em 1879.

Consiste n'uma incisão na parede abdominal, comprehendendo o peritoneo parietal, e em suturar os bordos d'este á pelle, por meio de fios de *catgut* fino. Fixa-se em seguida o sacco kistico á parede por meio de dois grossos fios de *catgut*, levados parallelamente á incisão, d'um anglo para o outro da ferida, atravez o tumor. D'esta maneira, obriga-se uma porção do sacco kistico a fazer hernia, e a outra parte fixa-se contra a parede abdominal, impedindo assim que o liquido hydatico entre no peritoneo. Aberto o kisto,

entre os dois fios de *catgut*, em toda a extensão da incisão cutanea, suturam-se os bordos do kisto aos bordos da pelle.

A maior difficuldade está em conservar hermeticamente fechada a cavidade do peritoneo, para que impeça a passagem do liquido kystico para esta serosa. Para o conseguir, ha varios processos, que não apresentamos, porque o melhor processo a seguir, só nos póde ser indicado no decorrer da operação, obrigando o cirurgião a lançar mão, d'este ou d'aquelle, sem se sujeitar a um determinado.

Esta operação é muito superior á de Volkmann, porque, introduzindo a mão, reconhecemos as adherencias com os orgãos visinhos, se as ha, ou a existencia d'um segundo kisto. Além d'isso a operação em um só tempo é sempre preferivel.

Onde se deve fazer a incisão? Não se póde responder em absoluto. A incisão póde ser feita na linha branca ou parallelamente a esta, á direita ou á esquerda, ou mais ou menos obliquamente ao longo das falsas costellas.

Não podemos preferir esta áquella; unicamente devemos procurar a parte mais saliente do tumor.

A natureza do fio de sutura, pouco importa; alguns cirurgiões preferem o *catgut*, outros a sêda de Czerny, a crina de Florença e ainda o fio de prata. Todos são bons; no emtanto, parece-nos que o fio de prata seria o melhor para as suturas comprehendendo o tecido hepatico.

O modo como se faz a sutura, é tambem indifferente; póde ser feita por pontos separados ou muito approximados, ou ainda pelo processo de Max-Mul-

ler, que consiste em apanhar o peritoneo ao mesmo tempo que a parede kistica e a pelle.

Feitas as suturas, lava-se o interior do sacco com agua fervida ou qualquer liquido antiseptico, agua borica, agua phenicada, sublimado, acido thymico, etc.

Depois da lavagem, drena-se, por meio de tubos de *caoutchouc* vulcanisado ou mesmo gaze, e applica-se um penso antiseptico feito com gaze iodoformada, algodão hydrophilo e uma faxa bem apertada. O penso deve ser retirado todos os dias e feita a lavagem com soluções antisepticas.

Os pontos de sutura são tirados ao decimo ou duodecimo dia, e se não houver formação de fistula consecutiva á operação, a cura faz-se em seis semanas ou dois mezes.

Se se trata d'um kisto suppurado, a technica, que acabamos d'expôr, é um pouco modificada. A suppuração produziu adherencias solidas entre o peritoneo e a parede, de maneira que, quando se abre o abdomen, abre-se ao mesmo tempo o kisto; é uma verdadeira abertura de abcesso.

Póde dar-se um outro caso: é tratar-se d'um kisto tão volumoso, que, em virtude do seu peso, é levado para as partes de maior declive; encontra-se então pediculado. N'este caso a operação é bem simples e a extirpação é total. Aperta-se o pediculo entre duas fortes pinças de Péan e secciona-se entre as duas, e tira-se o kisto da mesma fórma, como se tiraria um kisto ovarico.

Finalmente póde ainda acontecer que uma parte do figado recubra o kisto. Aqui divergem um pouco as opiniões, mas a que nos parece acceitavel é a de

Terrilion: *Resecção de toda essa parte por ligadura elastica.*

Nos kistos antero-superiores ou diaphragmaticos podem apresentar-se dois casos: o kisto é intra-hepatico ou só o é parcialmente.

Se é intra-hepatico, devemos seccionar o figado sem receio, porque os pedaços que recobrem o kisto são, em geral, muito delgados e as incisões do figado não são perigosas; assim o affirmaram Tillmann, Klob, Segond, Knowley Thorstan e Lawson Tait. A hemorrhagia capillar, é facil suster por meio de pinças ou suturas approximadas e ainda pelo thermo-cauterio. Estes kistos intra-hepaticos são verdadeiros abces sos do figado e como taes se devem tratar.

Se o kisto está só parcialmente incluso no tecido do figado, podem ainda apresentar-se dois casos: a parede livre estar em relação com a parede abdominal, e faz-se então a laparotomia com resecção do sacco; ou o kisto predomina para a face inferior do figado, de fórma que é recoberto por uma lamina de tecido hepatico.

Pratica-se então a *hepatotomia* e evacua-se o sacco; mas, como fica assim em más condições d'escoamento do liquido, resecca-se a parte do tecido hepatico, situada adiante, faz-se a *hepatectomia,* como a fez Lawson Tait com o melhor resultado.

Os kistos antero-superiores, são muitas vezes intra-hepaticos. Se se trata d'um kisto pequeno, deveremos fazer, como Pozzi, a *enucleação.* Consiste na incisão da camada hepatica, seguida das suturas pelo methodo de Pozzi, que sutura primeiro o peritoneo, depois as aponevroses e por ultimo as partes molles.

Os dois primeiros planos são feitos com *catgut*, por pontos approximados, depois pontos isolados com *catgut* ou seda phenicada para reunir os dois tecidos subjacentes.

Esta operação só póde ser applicada para os kistos pequenos, monoloculares. É necessario que a parede não seja muito friavel e que não haja adherencias com o intestino.

Em virtude d'estes inconvenientes, julgamos mais prudente fazer a simples laparotomia, a não ser em casos excepcionaes que a contraindiquem.

Muitas vezes é impossivel poder chegar-se, por este processo, aos kistos d'esta variedade antero-superior.

Para remediar este inconveniente de summa importancia, aconselhava Volkmann fazer a incisão, seguindo-se o rebordo das falsas costellas; mas este processo, precisando de fazer luxar o figado, não é possivel, quando esteja intimamente unido ao diaphragma.

Lannelongue aconselha a resecção de toda a parte cartilaginosa do thorax; Bœckel é de opinião que se pratique a abertura n'esta variedade de kistos, o mais alto possivel, para não atravessar a pleura, nem o peritoneo. Resecca, depois, um fragmento da setima costella, que prefere, para não lesar o peritoneo; se o fragmento é tirado entre a linha axillar e a mamillar, a pleura ficará incolume.

Vemos, portanto, que n'estes kistos antero-superiores, a laparotomia, com ou sem resecções costaes, é ainda a operação usada.

Incisão transpleural

Os kistos prostero-superiores, os mais frequentes, depois dos da face antero-inferior do figado, podem ser tratados de duas maneiras: a *laparotomia* e a *incisão transpleural.*

Estes kistos nem sempre são accessiveis por laparotomia e n'esse caso devemos recorrer á incisão transpleural.

Foi imaginada, por Israël, em 1879, que a fazia em trez tempos. No primeiro, cortava a parede e a pleura parietal, depois fazia a resecção d'um fragmento costal na extensão de dois centimetros, pouco mais ou menos e tapava a cavidade peritoneal com gaze iodoformada ou phenicada. No segundo tempo, cortava o diaphragma, abria a cavidade peritoneal e tapava a ferida com gaze anti-septica, e, finalmente, no terceiro tempo, abria o kisto. Entre cada uma d'estas intervenções, mediava um espaço de tempo de oito dias, para que se podessem formar as adherencias. Faz-se a incisão das partes molles com ou sem resecção costal, depois a incisão do diaphragma, a puncção do kisto, a abertura d'este a bisturi e a sutura das suas paredes aos labios da incisão cutanea.

Apesar de todas as precauções, não se tem podido evitar a penetração do liquido kistico na cavidade pleural e a morte sobrevinha rapidamente por pleuresia septica, como aconteceu n'um caso de Maunoury.

Esta operação terá vantagens? Certamente, e

grandes. Mas, ao lado d'ellas, encontram-se tambem grandes inconvenientes.

A fazer-se, deve ser em um só tempo; em tres, como o faz Israël, a ferida é susceptivel de ser infectada antes da abertura do kisto. A resecção costal, não complica nem demora a operação; fica assim uma larga abertura pela qual se póde fazer a *toilette* da pleura e do peritoneo e collocar drenos, que evitem a formação d'uma fistula de longa duração.

Observações

OBSERVAÇÃO I (PESSOAL)

F., de 23 annos de idade, solteira, de profissão domestica, entrou para o Hospital de Santo Antonio, para a enfermaria n.º 13, no dia 26 de outubro de 1896.

Constituição fraca, temperamento mixto.

Antecedentes hereditarios. — Não refere nada de interesse a não ser que a mãe é frequentes vezes atacada de erysipela.

Antecedentes pessoaes e historia da doente. — Em pequena teve o sarampo e pouco tempo depois uma conjunctivite. Ha tres annos e meio, e quando estava em Setubal, começou a sentir-se doente: não podia comer, em virtude de nauseas e falta de appetite, acompanhado ainda de fortes dores no hypochondrio direito ao nivel das ultimas costellas, dores que a obrigavam a andar curvada. Ha um anno que a doente notou o apparecimento de uma tumefacção ao nivel do rebordo das falsas costellas, acompanhada de vomitos matutinos, d'um liquido bilioso, e algum tanto de diminuição do volume da urina. Pouco tempo depois, esta tumefacção augmentou de volume, acompanhando-se de dores localisadas á região do figado, e por vezes, irradiando por todo o abdomen. N'esta epocha appareceu-lhe uma manifestação cutanea, digna de nota, *a urticaria,* localisada primeiro nas pernas, em seguida nos braços e tronco, e por ultimo na face, acompanhada de grande prurido nas partes atacadas. Desde essa epocha, a tu-

mefacção tem crescido rapidamente, cessando, por completo, os vomitos e urinando muito mais regularmente. Tem sido, comtudo, sujeita a constipação de ventre. Quando a tumefacção começou a manifestar-se, as menstruações cessaram por espaço de sete mezes, voltando novamente, mas em pequena quantidade.

Estado actual. — Apresenta um abaulamento da parede, que se estende desde o sexto espaço intercostal, até $0^{m},03$ abaixo do umbigo, e, estendendo-se lateralmente desde $0^{m},05$ á esquerda do epigastro até ao angulo das costellas (linha de). Esta tumefacção é quasi indolente, com fluctuação bem clara e depressivel.

Fazendo a percussão vigorosa e rapida, nos limites do tumor, sente-se um *fremito*. Procurando traçar os seus limites por meio da percussão, reconhece-se que se estende verticalmente desde o sexto espaço intercostal direito até cerca de $0,^{m}03$ do umbigo; transversalmente desde o prolongamento da linha vertical, tirada do angulo, até $0,^{m}05$ á esquerda da cavidade epigastrica e abaixo do rebordo costal esquerdo, cerca de $0,^{m}06$.

Queixa-se d'uma tosse frequente, mas sempre secca. Examinando o apparelho respiratorio, não se nota alteração sensivel, excepto uma menor permeabilidade do tecido pulmonar da base do lado direito.

A auscultação do coração, mostrou-nos que, não obstante, o rythmo ser normal, — o coração era obrigado a um maior trabalho, resultando maior energia na contracção.

A doente foi operada no dia 3 de novembro de 1896.

O processo operatorio foi a laparotomia, seguida da abertura e sutura do sacco á parede abdominal. Aberto o sacco sahiu uma grande quantidade de vesiculas, desde o tamanho d'um ovo de perua, até o d'uma pequenissima ervilha.

A operação correu regularmente e a doente ficou bem. Fez-se o penso antiseptico, por drenagem do sacco, por meio de gaze esterilisada, e foi renovado diariamente, fazendo-se grandes lavagens com soluções antisepticas, como o sublimado e o acido thymico.

A marcha da temperatura tornou-se regular.

Comtudo as perturbações despneicas de que soffria a doente, accentuaram-se novamente, e no dia 1 de fevereiro fez-se uma puncção com uma seringa de Pravaz, que deu sahida a um liquido, limpido, claro.

Analysado ao microscopio, não revelou a presença de *scolex*, embora o liquido tivesse a apparencia de liquido hydatico. Não pudemos fazer a analyse chimica, em virtude da insignificantissima quantidade de liquido extrahido.

Estes symptomas não diminuiam apesar da applicação de causticos; os signaes de derrame tornavam-se evidentes, pela percussão e pela auscultação.

Como o soffrimento augmentasse dia a dia, o ex.mo sr. dr. Franchini resolveu tirar-lhe uma certa quantidade de liquido.

Fez-lhe a puncção aspiradora, por meio do aspirador de Potain, no dia 16 de abril, e extrahiu-lhe 650 grammas d'um liquido claro, que, pelos caracteres physicos e pelo resultado da analyse chimica, de que fallámos, a proposito da anatomia pathologica, se verificou ser liquido hydatico. Em seguida introduziu-lhe uns 10 ou 15 cc. d'uma solução de sublimado.

Longe de sentir allivio, peorou, a dispnêa augmentou, começaram a apparecer phenomenos congestivos, e, no dia seguinte, urticaria, e hydropneumothorax perfeitamente caracterisado. Esta symptomatologia aggravou-se e a doente fallecia no dia 1 de maio do mesmo anno.

Qual foi a causa da morte? O hydropneumothorax será sufficiente para a explicar? Haveria ruptura do kisto para a pleura, ou mediastino? Tratar-se-hia d'outro kisto do pericardio ou mesmo da pleura? Não o sabemos. Foi prohibida, pela familia a autopsia, e a causa da morte ficou, para nós, sendo desconhecida.

OBSERVAÇÃO II (PESSOAL)

Trata-se d'um doente da clinica do ex.mo sr. dr. Tito Fontes.

F., de 27 annos d'idade, casado, manipulador de tabaco, natural do Porto.

Antecedentes hereditarios. — O pae é incognito; da mãe, só sabe que soffre de cephalalgias repetidas. Collateraes maternos saudaveis. Não tem irmãos; tem dois filhos soffrivelmente saudaveis.

Antecedentes pessoaes e historia da doença. — Em creança teve o sarampo. Aos 15 annos teve uma colite, que pela situação parece ter sido colica hepatica, que lhe durou 4 ou 5 horas. Passada a colica as urinas tornaram-se mais carregadas. Depois d'esta, todos os annos era visitado por ella. Ha 3 annos a esta data, começaram a tornar-se mais frequentes, principalmente n'este ultimo, que teve uma em agosto e outra no dia 1 de novembro. Estas colicas eram acompanhadas de perturbações dispepticas, pyrosis, um quarto d'hora depois das refeições. Dizia o doente que presentia a colica, dias ou semanas antes, porque a pyrosis era a sua precursora. Durava-lhe uma ou duas horas, excepto a ultima de que está soffrendo ha 12 dias.

Estado actual. — O doente tinha tido repetição da colica.

Conta elle, que tendo-se levantado cedo, pouco depois sentira uns formigueiros na região do epigastro, que duraram uma hora ou hora e meia, transformando-se n'uma dor forte n'esse ponto, irradiando em toda a região do figado.

No dia 12 ou 13 de novembro, nova repetição da colica com toda a symptomalogia d'uma colica hepatica, urinas fortemente pigmentadas e ictericia visivel, principalmente na conjunctiva ocular.

O distincto clinico, dr. Tito Fontes, diagnosticou colica hepatica e mandou guardar as fezes ao doente, na esperança de lhe encontrar, no dia seguinte, algum calculo. Qual não foi a sua surpreza, quando, ao examinar as fezes, lhe encontrou, não os calculos que esperava, mas um montão de hydatidas, algumas inteiras, outras partidas, córadas por pigmentos biliares!

O sr. dr. Tito Fontes, sabendo que tinhamos escolhido, para assumpto da nossa dissertação inaugural, « *Kistos hydaticos do figado* », teve a gentilissima amabilidade de nos convidar a visitar este doente e a assistir pouco depois a uma conferencia com o ex.mo sr. dr. Julio Franchini.

Não havia abaulamento abdominal, nem signal algum que indicasse a séde ou mesmo a presença do tumor. Não se resolveu portanto intervir cirurgicamente. As colicas repetiram-se ainda algumas vezes com novas descargas de vesiculas hydaticas, e, sem outra therapeutica, o doente está completamente curado. É um dos raros casos de cura expontanea de kisto hydatico.

OBSERVAÇÃO III (PESSOAL)

F., de 33 annos de idade, creada.

Entrou no Hospital de Santo Antonio no dia 22 de março de 1897. Nada podemos apresentar relativamente aos seus antecedentes hereditarios e pessoaes, porque nos desappareceram esses apontamentos.

Lembra-nos, comtudo, que a doente foi operada no dia 25 do mesmo mez. Tinha sido feita, no dia 24, uma puncção exploradora com seringa de Pravaz, que deu sahida a um liquido claro.

A operação mostrou que se tratava de um kisto hydatico da face anterior do figado, suppurado, polylocular, contendo nos saccos kisticos, pus misturado de bilis, onde nadavam numerosas hydatidas, algumas das quaes intactas.

A operação foi a laparotomia lateral direita, abertura do sacco kistico e sutura das suas paredes á parede abdominal.

Vinte ou vinte e cinco dias depois notava-se nova saliencia por cima do logar da operação. Tinha-se resolvido operal-a novamente, apesar do estado de esgotamento a que tinha chegado; mas pedindo alta, morria passados dois dias por *cachexia hydatica* (?).

OBSERVAÇÃO IV (PESSOAL)

F., de 32 annos d'idade, viuvo, empregado da Escola Medica.

Antecedentes hereditarios. — O pae morreu aos 33 annos e era epyleptico. A mãe tem sido regularmente saudavel.

Antecedentes pessoaes. — Foi saudavel até aos 11 annos, idade em que teve uma colica, que o doente diz ter sido no estomago. Esta repetiu-se muitas vezes, até 1889, quando teve a ultima, passada a qual expelliu pelo anus grande quantidade de hydatidas.

As colicas eram acompanhadas de ictericia e urinas extremamente carregadas.

O doente desde os 11 annos que soffria de perturbações dispepticas com dilatação de estomago, de que ainda hoje soffre.

OBSERVAÇÃO V (PESSOAL)

F., de 23 annos d'idade, solteira, creada, natural de Valença, entrou para o Hospital de Santo Antonio no dia 27 de março de 1896.

Constituição regular, temperamento mixto.

Antecedentes hereditarios. — O pae é asthmatico e a mãe é rheumatica, teve erysipela e febres intermittentes. Dos collateraes nada sabe, digno de menção. Tem duas irmãs e tres irmãos; uma das irmãs soffre, desde creança, do estomago, e a outra é achacada a erysipela, tem tido frequentes metrorrhagias (?) e queixa-se egualmente dos rins.

Antecedentes pessoaes e historia da doença. — Aos 12 annos teve uma gastrite; aos 14 foi menstruada pela primeira vez sendo regular durante o primeiro anno. Aos 15 começou a sentir dores na região do pubis e nos rins, um dia antes de principiar a menstruação e durava-lhe emquanto corria o menstro. Começou a sentir então dores na região do figado que se prolongaram até que foi operada. Com estas dores, coincidia a formação d'um tumor que foi sempre augmentando. Aos 21 annos, começou a sentir dores nos ovarios, principalmente no esquerdo, difficultando-lhe a micção. Aos 22 teve uma angina.

Estado actual. — Sente as mesmas perturbações nos ovarios, um pouco mais exacerbadas, mas ficou curada do kisto do figado.

Exame local. — Apresentava esta doente a região do figado augmentada de volume, a ponto de a parede abdominal estar abaulada.

Pela palpação, reconhecia-se uma tumefacção, estendendo-se desde as falsas costellas até cerca de $0^{m},12$ abaixo do rebordo costal. Esta tumefacção era renittente, não dolorosa, com fluctuação profunda. O bordo do figado não se distinguia. A percussão deu-nos a limitação do tumor, mostrando-nos que se estendia desde o sexto espaço intercostal, até $0^{m},12$ abaixo do rebordo costal. Feita uma puncção com agulha de Pravaz sahiu liquido incolor e limpido.

Diagnostico. — Kisto hydatico do figado intra-hepatico.

Operação. — Foi feita a laparotomia lateral direita (região da

vesicula), abertura do sacco com fixação das suas paredes ás do abdomen; sahiu uma grande quantidade de liquido limpido e incolor, com bastantes hydatidas. Reconheceu-se que o kisto se tinha desenvolvido no meio do parenchyma hepatico.

N. B. Esta doente sahiu curada do kisto do figado, mas tinha ficado de voltar para se operar do do ovario. Não voltou ainda, motivo porque não pudemos completar a nossa observação.

OBSERVAÇÃO VI

Clinica medica — Dr. Azevedo Maia

F., de 29 annos d'idade, solteira, tecelã, natural do Porto.

Constituição regular, temperamento mixto.

Diagnostico. — Kisto hydatico desenvolvido na espessura do figado, com protuberancia na face inferior, revestido do peritoneo hepatico, contendo 2 litros e tanto de liquido claro.

Processo operatorio. — Laparotomia na linha branca entre o umbigo e o appendice syphoideo.

Anesthesico empregado. — 50 gr. de chloroformio.

Particularidades. — Foi reseccada a maior parte da parede do kisto, incluindo uma boa porção do figado que constituia cerca de metade da parede kistica (o pavimento superior do kisto).

O restante foi suturado á ferida abdominal. A operação durou 50 minutos.

Foi operada no dia 26 d'outubro e sahiu curada no dia 22 de dezembro de 1890.

OBSERVAÇÃO VII

Clinica medica — Dr. Azevedo Maia

F., 20 annos, casada, costureira, natural do Porto.

Constituição regular, temperamento mixto.

Diagnostico.—Kisto hydatico da face inferior do figado (lobulo esquerdo).

Processo operatorio.—Laparotomia na linha branca acima do umbigo.

Anesthesico empregado.—Chloroformio.

Particularidades.—Evacuado o kisto foi suturada a sua abertura aos bordos da ferida abdominal. A operação durou 35 minutos.

Foi operada a 28 de dezembro de 1890 e sahiu curada no dia 7 de fevereiro de 1891.

OBSERVAÇÃO VIII

Clinica medica—*Dr. Azevedo Maia*

F., de 14 annos d'idade, solteira, jornaleira, natural da Regoa.

Diagnostico.—Kisto hydatico da face inferior do figado.

Processo operatorio.—Laparotomia na linha umbilico-xyphodêa. Evacuação do kisto por trocate, abertura e marsupialisação da cavidade kistica. Em volta do kisto adherencias ao intestino e epiploon.

Doenças anteriores.—Peritonites peri-kisticas, tendo determinado adherencias em toda a volta.

Foi operada no dia 2 de março de 1894 e sahiu curada no dia 21 d'abril do mesmo anno.

OBSERVAÇÃO IX

Clinica medica—*Dr. Azevedo Maia*

F., de 30 annos d'idade, solteiro, varredor, natural do Porto. Constituição fraca, temperamento lymphatico.

Diagnostico. — Kisto hydatico do figado, suppurado, tendo rompido o diaphragma e adherido á parede thoracica.

Particularidades. — A cavidade era pyo-gazosa e foi aberta no 9.º espaço intercostal, sahindo uma membrana hydatica inteira.

Duas semanas depois appareceram identicos signaes. Zona movel de som claro, aureolada por som baço e fluctuação no 6.º e 7.º espaço intercostal.. Foi feita a pleurotomia seguida de evacuação do pus fetido e quantidade de fragmentos de hydatidas. A caixa thoracica do lado direito era (?) ôca até ao 2.º espaço.

O doente passou a cirurgia a 29 de junho de 1895, mas sahiu completamente curado.

OBSERVAÇÃO X

Clinica medica — Dr. Azevedo Maia

F., de 38 annos de idade, solteira, costureira, natural de Villa-Flor.

Constituição regular, temperamento mixto.

Diagnostico. — Volumoso kisto da face inferior do figado com lithiase da vesicula biliar e obstrucção do canal cystico.

Processo operatorio. — Laparotomia, marsupialisação do kisto e da vesicula biliar.

Particularidades. — Não pôde ser enucleada á parede kistica por motivo de fortes adherencias. A vesicula biliar adheria fortemente ao kisto e estava muito tumefacta.

Continha um calculo muriforme do volume d'um feijão e 60 grammas d'um liquido esverdeado e denso como synovia.

Doenças anteriores teve pneumopaludismo curado pelo quinino.

Foi operada a 2 de fevereiro de 1895 e sahiu curada a 27 de junho do mesmo anno.

OBSERVAÇÃO XI

Clinica medica — Dr. Azevedo Maia

F., de 34 annos d'idade, viuva, costureira, natural de Vizella. Constituição fraca, temperamento lymphatico.

Diagnostico. — Kisto hydatico da face postero-superior do figado, cercado de parenchyma hydatico em toda a superficie na espessura de um centimetro e mais com desenvolvimento thoraco-lombar até ao quinto espaço intercostal.

Processo operatorio. — Laparotomia inter-ombilico-xyphoidêa — Hepatothomia e marsupialisação.

Foi operada no dia 7 de julho de 1896 e sahiu curada no dia 19 de outubro do mesmo anno.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A disposição anatomica da primeira parte do intestino grosso, explica a frequencia da appendicite.

Physiologia — A hereditariedade é o resultado da continuação na cellula filha, da perturbação de nutrição, effectuada na cellula mãe.

Materia medica — Prefiro o salol ao iodoformio, nas grandes feridas do anus.

Pathologia geral — A agglutinação produzida em culturas por meio do sangue dos typhosos, já entrou no uso corrente da propedentica.

Anatomia pathologica — As flexões do appendice, representam um papel primordial nas lesões anatomo-pathologicas da appendicite.

Pathologia interna — A hypothermia, na febre typhoide, não indica a terminação da doença.

Pathologia externa — A morte occorrida immediatamente a intervenções abdominaes, nunca é produzida pelo choque traumatico.

Operações — Prefiro o methodo de Wladimiroff Mickulicz, nas suppurações do tarso posterior.

Partos — Reprovo a curetagem uterina na retenção da placenta *post abortum*.

Medicina legal — O exame espectral não é sufficiente para revelar manchas antigas de sangue.

Visto.
A. Brandão.

Imprima-se.
D. Lebre,
DIRECTOR INTERINO.