

Sei 20 Outubro de 1924

Presidente Prof. Dias

IV

A. J. J. / T. Bastos
N.º 198

Prof.
Barnack

Volnei J. / L. J. J.
FRANCISCO AUGUSTO GOMES ARTOSA Namathas

✓

"QUISTOS HIDÁTICOS DO FÍGADO"

(monografia clínica)

Tese de doutoramento apresentada

à

Faculdade de Medicina do Porto

-:-:-:-

Outubro de 1924



206/4 FM7

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director - Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
 Secretario - Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE - Professores ordinarios

Anatomia descriptiva - Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
 Histologia e Embriologia - Dr. Abel de Lima Salazar
 Fisiologia geral e especial - Vaga
 Farmacologia - Vaga
 Patologia geral - Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
 Bacteriologia e Parasitologia - Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
 Higiene - Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
 Medicina legal - Dr. Manoel Lourenço Gomes
 Anatomia cirurgica - Dr. Hernani Bastos Monteiro
 Patologia cirurgica - Dr. Carlos Alberto de Lima
 Clinica cirurgica - Dr. Alvaro Teixeira Bastos
 Patologia medica - Dr. Alfredo da Rocha Pereira
 Clinica medica - Dr. Tiago Augusto de Almeida
 Terapeutica geral - Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
 Clinica obstetrica - Dr. Manoel Antonio de Moraes Frias
 Dermatologia e sifiligráfia - Dr. Luiz de Freitas Viegas
 Psiquiatria - Dr. Antonio de Sousa Magalhães Lemos
 Pediatria - Dr. Antonio de Almeida Garrett

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas
na dissertação.

(Art.º 15.º § 2.º do Regulamento Privativo da
Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de
Janeiro de 1920).

DUAS PALAVRAS

Dos vários doentes que durante o ano lectivo de 1923-1924, passaram pelas salas de clínica medica do Hospital de Santo António, houve uma que se me afigurou digna de registo, não só pela raridade em frequencia, mas ainda pela maneira como esse padecimento evolucioneu. Tratava-se de um caso de quisto hidático do fígado em que as reacções laboratoriais eram apenas duvidosas, e em que o estudo clínico predominou para o diagnostico.

Vale pouco o meu trabalho, mas ao ilustre Juri que tem de julgar-me eu peço a maxima benevolencia, pois o tempo não sobejava para trabalhos de outra ~~maneira~~ monta, nem para isso tem envergadura quem ainda ha pouco abandonou os bancos desta Faculdade.

Ao Exm.^o Professor Tiago de Almeida, meu ilustre Presi-

dente de tese, agradeço reconhecido todos os esclarecimentos
que para ele me proporcionou.

MANIFOLD

OBSERVAÇÃO

A doente J. da C. de 38 anos, casada, domestica, deu entrada na enfermaria de clínica médica no dia 14 de Fevereiro de 1924.

Apresentava como sintomas gerais, três positivos - astenia, emagrecimento, micropoliadenia - um negativo, - a sua apirexia - pois, não existindo, tem a sua importancia, como veremos.

SINTOMAS DIGESTIVOS -

Lingua saburrosa, esbranquiçada. Eructações abundantes de gosto amargo. Apresenta-se obstipada e refere que este facto se repete sempre que tem de estar retida no leito, e só com lavagens repetidas, as dejectões se podem efectuar regularmente.

As fezes são duras e escuras.

À inspecção do abdomen nota-se abaulamento no hipocóndrio direito e à palpação dá-nos a sensação de tumefacção lisa, regular, oferecendo aos dedos que palparam uma certa resistencia, como que uma impulsão em sentido contrario.

é dolorosa, tendo um ponto que corresponde ao lóbulo inferior do fígado em que há verdadeira hiperestesia.

A percussão deu uma zona de som baço, desde o 3.º espaço intercostal direito, a quatro dedos abaixo do rebordo costal do mesmo lado, e medindo esta zona ao longo da linha mamilar 26,5 centímetros.

Não havia ascite e todo o abdomen apresentava som timpânico.

A doente apresentava repugnância pelas gorduras.

APARELHO RESPIRATORIO

Abaulamento do hemitorax direito. Macissez na base direita desde o 3.º espaço intercostal e diminuição do murmúrio vesicular á medida que desciamos para a base, até á sua completa abolição.

Dôr na espadua direita sem irradiações.

APARELHO CIRCULATORIO

Pulso pequeno, hipotenso.

12 de máxima, 8 de mínima. Choque da ponta, difuso, com sede máxima num ponto situado um pouco para dentro da linha mamilar, e no terceiro espaço intercostal esquerdo. Palpitações na região precordial. Ruídos batidos em todos os focos e mais intenso. O 2.º aortico por vezes desdobramento no foco mitral.

Pulsações nítidas das jugulares á direita.

APARELHO URINARIO

Diurese oscilando entre 700 - 1500 gramas - Urina clara não contendo albumina.

Pontos renaes - dolorosos os quatro costolombares e mais ligeiramente o renal superior esquerdo.

Do lado do sistema nervoso, encontramos exagero dos reflexos roteliano, tricipital e radial - sobresaltos noturnos.

mas ~~mas~~ volantes e cefaleias vesperais.

A curva do azul do metileno, com uma injeção de 5 centígramas de azul, começou a eliminação no fim da primeira meia hora, com o seu máximo hora e meia depois, declinando nas 24 horas.

A radioscopia mostrou-nos o diafragma subido, mais á direita, coração um pouco para cima e uma sombra á direita, por baixo do diafragma, sombra que se desloca, deixando um espaço claro entre ela e a parede.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Desde os 2 anos que sofre do fígado e desde essa idade notou o aparecimento duma tumefacção do lado direito, tumefacção que tem aumentado lenta, mas gradualmente.

Teve cólicas durante alguns dias e que veem de ha 5 anos.

Come bem e tem repugnancia pelas gorduras. A doente sentia aumentar a sua astenia e emagrecimento á medida que a tumefacção aumentava, tornando-se dolorosa e impedindo-a de trabalhar, dando entrada no Hospital a 14 de Fevereiro.

ANTECEDENTES -

Em 1919 teve uma febre tifoide. Sarampo e variola em creança. Ha 18 anos teve uma enterite demorada. Sofria de cefaleia desde creança. Refere uso muito moderado de aguardente. É casada ha 20 anos e tem filhos saudaveis. A mãe que ela diz ser saudavel teve três abortos e sete filhos falecidos em creança, tendo dois tuberculosos. Pae vivo, sofrendo da bexiga e testículos. O marido parece ser saudavel.

693

Depois de feito o estudo clinico da doente, passo a referir as analises realizadas no Laboratorio do Prof. Dr. Alberto de Aguiar que veem completar o estudo da doente e auxiliar o seu diagnostico e consequentemente o tratamento.

ANALISES DO LABORATORIO DO
 PROF. DR. ALBERTO DE AGUIAR

R. Wasserman - suspeita

R. Weilberg Parvu - levemente suspeita.

Formula leucocitaria

Polinucleares

neutróficos - 69,2
 eosinófilos - 3,6
 basófilos - 0,4

Mononucleares

grandes - 1,2
 medios - 11,2
 linfocitos - 14,4

Índice antitripico - 60

Ha uma leve eosinofilia, pois o normal sendo de 1 a 2 % é aqui de 3,6.

Intra-dermo-reação hidática com duas áreas de centímetro cúbico - levemente positiva.

Anti reação - negativa

Análise de urinas

Não continha albumina, nem glucose, nem pigmentos e apenas uma pequena porção de Indican.

FUNÇÃO PROTEOPEXICA

Prova da hemoclasia digestiva

antes da ingestão do leite	T M 14	leucocitos
	T m 8	8.800
depois da ing. do leite (20')	TM. 12	leucocitos
	T m 7	4.800
45' depois	TM. 12	leucocitos
	Tm 7,5	7.200
1 h e 20'	TM 14	leucocitos 6.800
	T m. 8,5	

CONCLUSÃO - prova muito positiva

(leucopenia)

Glicosuria provocada - negativa

Coefficiente unico 53 (hipoaguturia, pois o normal é 70).

A função urilogica estava prejudicada, pois sendo o normal de 20 a 22 gr. de ureia, encontramos apenas 6,5.

DIAGNOSTICO

Do exame que fizemos da nossa doente, podemos para fins de diagnóstico, fixarmos os seguintes factos de ordem clínica laboratorial .

S. Clínico - 1.ª Saliencia do hipocondrio direito, a sua regularidade, a sua evolução demorada sem grave repercussão no estado geral.

- 2.ª Estado geral regular, integridade das suas funções digestivas e ausencia de quatro factos:

ausencia de icterícia, ausencia de esplenomegalia, e nós sabemos como o bazo é facilmente tocado nos padecimentos do fígado; ausencia da ascite e da rede venosa periférica.

Das reacções laboratoriais temos a fixar - Weimberg - suspeita leucocgmia -Eosinofilia e intradermo reacção duvidosa.

Depois da fixação destes pontos teriamos de estabelecer o diagnóstico diferencial com as variadas doenças do fígado, como: Cirrose atrofica ? Não poderia ser pois a hipertrofia do fígado e ausencia de ascite.

Hipertrofica ? Da ictericia a ~~faixa~~ a fezes e urinas carregadas de bilis e aumento de apetite.

Fígado canceroso ? O estado geral não o indica e muito menos a diurese.

P. tuberculoso ? A doença evoluciona sem febre, sem perturbações intestinais e não encontramos sintomas tuberculosos apesar de se encontrar nos seus antecedentes.

Mas com o fígado sífilítico ? Um fígado sífilítico pode evolucionar de na muito, principalmente na sífilis hereditária. A mãe teve tres abortos e ela apresenta de longa data cefaleias vesperais. Mas se é certo haver na doente estigmas sífilíticos, não poderemos fixar a sífilis no fígado fazendo dela toda a origem dos seus padecimentos.

A hipertrofia do fígado sífilítico na sua primeira fase é uniforme e aqui apresenta uma forma tumoral, localizada, apesar de haver tambem hipertrofia de todo o resto do órgão.

A Wassermann foi duvidosa e tem ainda para nós importancia a Neuberg suspeita e a eosinofila de 3,6.

Fomos pois levados a fixar o diagnostico num quisto hidático do fígado.

No dia 19 de Março foi a doente operada pelo Prof. Dr. Teixeira Bastos. Obtivemos a confirmação do diagnóstico pois apareceu ao corte do fígado, em linha obliqua abaixo do rebordo costal, um volumoso quisto cheio de hidatídes mortas e de vesículas filhas, com uma pequena porção de líquido, claro como água de rocha - o líquido hidático - O quisto teria a capacidade de 2,5 a 3 litros.

A abertura do saco, fez-se depois da formolisação, que matando os hidatídes, evitava que o seu conteúdo derramado noutros órgãos fosse a origem de novos quistos. A parede do quisto era resistente, esclerosada, encontrando-se o ^{direito} lóbulo do quisto congestionado.

A punção exploradora, feita antes da incisão, foi negativa, devido á grande quantidade de hidatídes mortas, ~~que~~ que impediam a entrada do líquido no trocarter.

Entre outros inconvenientes de punção exploradora, este é um a fixar, pois poderia acarretar erros graves.

Além deste, pode fazer a sementeira de quistos e provocar o choque traumático e síncope.

Depois de esvaziado e fechado foi o saco ligado á pa-

rede abdominal para mais facilmente ser esvaziado em caso de derrame sero-hemático, tão frequente depois destas operações.

Foi o que succedeu a estudante, que fez febre dias depois da operação, formando-se um derrame em grande quantidade e que foi retirado por meio de drenagem. A febre foi diminuindo á medida que o derrame desaparecia.

O seu estado geral hoje é bom apesar de ainda haver uns trajectos fistulosos, que estão em via de cicatrização.

QUISTOS HEDÁTICOS DO FÍGADO

Desde longa data se vinha discutindo a patogenia desta afecção. Sabe-se hoje que os quistos hedáticos são tumores devidos ao desenvolvimento dum verme vesicular conhecido pelo nome de "Toenia echinococcus".

Esta tenia vive no estado adulto, na primeira porção do intestino delgado do cão. De comprimento variando de 2,5 mm a 6 mm, com uma cabeça munida de colchetes e 4 ventosas. O pascoço tem 3 ou 4 anéis e o último, logo que atinge a maturação, destaca-se, torna-se livre, levando consigo os ovos que se tornam livres, a seguir á ruptura do anel, espalhando-se no intestino do cão, sendo depois expelidos com as fezes.

As águas, os legumes etc. levam-os ao intestino do homem, onde o suco digestivo exerce a sua acção sobre a casca dura do ovo, ~~dissolvendo-a~~ e libertando assim um pequeno embrião, que tem num dos polos tres pares de colchetes, pelos quais se fixa á mucosa do intestino, perfurando-a e penetrando assim na corrente circulatória, fixando-se em seguida em diferentes órgãos - fígado, pulmões, etc - é o "embrião

hexacante".

É pela veia porta que ele chega ao fígado, passando nalgum capilar de menor calibre que lhe interrompe a passagem.

Como é constituído um quisto hidático ?

Apresenta uma parede continente e um conteúdo.

A parede tem duas porções, a externa, formada á custa do órgão lesado, de natureza conjuntiva - membrana periquística - e que é um tecido de resistencia ao parasita, e outra interna, que não é senão o verme vesicular.

Este ainda apresenta duas camadas, a externa "membrana hidática" e interna "m. germinativa" dando as vesículas filhas, ficando estas no interior dos quistos e banhada num líquido claro, como agua de rocha e o líquido hidático -

Este líquido é amicrobiano, mas é dotado de propriedades tóxicas o que explica a patogenia destes sintomas, como a *urticária* e de certos accidentes de intoxicação hidática post-operatória.

SINTOMAS FUNCIONAIS

Sintomas funcionais

O parasita evoluindo no seio do parenquima hepático, não provoca, apesar do seu volume, senão pequenas lesões desse parenquima que o envolve.

Além disso, há uma hipertrofia compensadora do órgão, segundo Chauffard e Nanot, de modo que só muito tarde poderemos encontrar os sintomas de insuficiência hepática.

E só assim poderiam explicar que a nossa doente sendo portadora do seu quisto durante nove anos, ele não se modificasse senão recentemente, o seu estado geral, mantendo-se apirética, e apresentando, como sintoma primordial, a sua tumefação dolorosa no fígado.

O exame clínico deve pois ser cuidadoso, para assim poder despistar os mais pequenos sinais de insuficiência hepática, que nos servirão de grande auxílio para o diagnóstico.

Entre eles não devemos esquecer como mais frequentes a ematência, a repugnância pelas gorduras (sinal Dieulafoy) os vômitos, a diarreia, a dor na epádua direita e a urticária.

Vimos que a nossa doente apresentava alguns destes sinais, que nós fixamos, como seja, o enfraquecimento, a sua astenia, a repugnancia pelas gorduras, que era muito nítida, as regurgitações ácidas e as crises de diarreia, com fezes escuras. Não houve urticária, e nós já vimos que a urticária era devido a uma intoxicação nadática produzida pela acção tóxica do líquido nadático. Na nossa doente este líquido era em muito pequena quantidade, talvez devido a que o quisto vinha de longa data.

SINTOMAS LOCAIS - Classificação

Os quistos nadáticos no fígado, podem ser superiores, inferiores, anteriores e ainda centrais.

Cada uma destas variedades apresenta caracteres proprios que uma investigação cuidadosa permite destringar.

Na ainda a tumeração difusa do fígado, a mais rara, e neste caso só o diagnóstico diferencial com a tuberculose do fígado e com a forma hipertrófica da cirrose alcohólica, nos poderá fixar um diagnóstico, com o auxilio ainda de punção exploradora, apesar de perigosa, como já referi.

Nas formas localizadas teremos de procurar os caracteres próprios e assim é que, nos quistos superiores, os da face convexa do fígado podem formar como que um tumor juxta-posto ao órgão, dissimulado pelas costelas que podem formar abaulamento, notando-se á auscultação alterações dos phenomenos respiratórios, como a diminuição ou abolição das vibrações torácicas e uma zona de maciez á percussão, que se vai acentuando á medida que descemos para a base do pulmão.

O murmúrio vesicular é mudo. O pulmão encontra-se, por vezes, reduzado a $1/4$ ou $1/3$ do seu volume.

Mas neste caso o diagnostico diferencial, entre o quisto e o derrame intra-pleural, impõe-se.

Só a falta dos sinais, de derrame pleural, nos poderá tirar de dificuldades. No quisto, a linha de maciez desenha sempre uma curva de concavidade superior, em que o eixo não se encontra sobre a linha angulo-costal, mas sim sobre a linha axilar.

Ben diferente pois da linha parabolica de Damoiseau.

Aqui ainda a punção exploradora poderia prestar um grande auxilio no diagnostico.

Podemos procurar ainda o sinal de Chauffard, ou sinal da "onda transtoráxica" colocando a mão esquerda por baixo da ponta da omoplata direita, enquanto a mão direita, percute ligeiramente e ao mesmo nível, a ~~grande~~ parede toráxica anterior.

Na nossa doente investigamos este sinal, colocando a mão esquerda na região dorsal e percutindo com a mão direita muito levemente na zona abaulada, sentindo nitidamente por transmissões as pequenas pancadas da percussão.

Alguns auctores citam casos em que houve neste sinal, a autopercepção.

Se o quisto fosse localizado na face anterior notava-se um abaulamento consideravel do hipocondrio, com sensação nitida de fremito hedático, podendo nós facilmente apreciar os contornos do quisto, liso, regular, arredondado, sem flutuação (Trelat). A percussão nestes casos dá um som bago na zona de abaulamento. Os quistos da face anterior são os de diagnóstico mais facil, e a sua maciszez continua nitidamente a zona de maciszez hepática, porquanto, nos quistos do bordo inferior, apparece por vezes, entre a

macishez hepática, e a macishez quística, uma zona de timpanismo, o que pode confundir o diagnóstico com hidronefroses, quistos do mesentério e ainda quistos do ovário.

Estes quistos inferiores dão ainda sintomas de compressão.

Os quistos centrais são os de mais difícil diagnóstico, notando-se a hipertrofia geral do fígado, sem por vezes notarmos nenhuma zona de abaulamento.

Na nossa doente o quisto era ventral, pois faltava o fremito do anterior, os sinais de compressão do inferior e os sinais respiratórios do superior.

E só devido ás grandes dimensões do quisto, nós podemos observá-lo pela palpação, mas ainda assim, observando mal os seus contornos e a sua regularidade. Na operação obtivemos a confirmação deste facto, encontrando, como dissemos, um volumoso quisto central de capacidade aproximada de três litros.

Se os sinais clínicos tem importancia no diagnóstico do quisto hepático e valor incontestavel, pois foram eles que nos fixaram o diagnóstico na nossa doente, temos contudo outros elementos, hoje de maxima importancia, para o estudo

dos quistos hidáticos.

Quero referir-me ás reacções laboratoriais e análises que são hoje o principal guia do clínico. Contudo, não devemos pôr de parte o que a prática clínica através das gerações nos tem fornecido, para seguir exclusivamente o que o laboratório nos indica.

Para não irmos mais longe basta lembrar o pouco que vale a R. de Wassermann negativa.

Além disso influem neles outros factos de ordem individual.

A reacção de Weinberg e Faxon que está para o quisto hidático como a Was. na sífilis, tem por antígeno o líquido hidático de animais portadores de quistos. Seria para nós de um grande valor uma reacção de Weinberg positiva, mas ela, como a Wassermann, pode em casos de infecção nítida, mostrar-se negativa ou levemente suspeita. E ainda, é curioso notar o seguinte facto: - Sabemos pela experiencia a frequencia da negatividade da Was. na sífilis hereditária e nas sífilis tardias, e a reacção de Weinberg é, segundo Corby quasi sempre negativa nos quistos hidati-

cos de longa data.

A nossa doente confirma esta observação. Portadora de um volumoso quisto hidático, que vem de ha nove anos, tem apenas uma Weinb. levemente suspeita.

A eosinofilia - que tambem é considerada como um elemento importante de diagnóstico, pode não estar em relação com a existencia de um quisto hidático, e por outro lado, ha variadissimos casos de ~~espirocoose~~ em que ella se mostra dentro dos limites normais - Na nossa doente a eosinofilia era de 3,6, estando pois um pouco aumentada, mas só elles, sem o auxilio de outros elementos não nos podiam levar a fixar o diagnóstico do quisto, pois sabemos que a eosinofilia nos lembra apenas a existencia de vermes, e que nós a vamos encontrar positiva e varias outras enfermidades, como ainda succedeu no decorrer do ano lectivo findo (1923-24) em que um doente portador de anquilostomíase deu nitidamente a eosinofilia.

Varios outros casos se poderiam citar, mas lembrei apenas este por se ter dado no decorrer do mesmo ano lectivo, e por isso por mim observado.

À a intra dermo reacção ou reacção de Casoni que tem

noje mais adeptos, pela grande percentagem de positividade em casos de quistos hidáticos, comparada com a Weinberg e eosinofilia.

Esta reacção que desde 1912 se tem realizado em Italia, com successo, injectando o líquido vivo na dose de duas décimas de centimetro cubico, foi na nossa doente levemente positiva.

O metodo de Casoni, consiste em provocar com o líquido hidático uma reacção anafilática, formando-se uma pápula urticada, que facilmente desaparece, vindo substitui-la uma placa de erisipela.

De varios trabalhos realizados, deu para esta reacção a percentagem de 90 a 95 % de successo, ao passo que para a Weinberg e eosinofilia, respectivamente 50 e 40 por cento.

Segundo alguns auctores a reacção de Casoni é positiva anos depois da extracção do quiste, e ao mesmo tempo, affirmam que a febre e o estado de depressão orgânica a reduzem.

A nossa doente, que se apresentava com emagrecimento e astenia, pode admitir esta explicação por a sua reacção ser apenas duvidosa, ou antes levemente positiva.

MARCA E COMPLICAÇÕES

O principio é, em geral, difficil de precisar. Apenas nos limitamos, como no nosso caso, a acreditar que a doente vem soffrendo do fígado de ha 8 annos para cá.

Em alguns casos, raras, o quisto pode terminar pela cura espontanea, quer pela morte dos parasitas, ou ainda pela reabsorção do líquido, quer pela retraction fibrosa das paredes. Abandonado a si mesmo termina pela supuração ou sutura.

A bolsa hidática pode abrir-se tanto nos bronquios como na pleura e ainda no pericardio.

Num ataque de tosse com expectoração, podemos ver em caso de abertura do quisto nos bronquios, sair com essa expectoração, uma grande quantidade de vesículas.

Os tumores da face inferior do fígado podem abrir-se no peritoneo, no tubo digestivo e nas vias biliares.

Ainda pode apparecer, mas muito mais raramente, a abertura cutanea ao nivel do ~~umbigo~~ umbigo.

Muitas vezes a terminação do quisto faz-se pela calci-

ficção das hidátides, que segundo Cochez e Laprot é devida á existencia dentro das vesículas, de cristais de colestina, e ainda pela precipitação dos sais de cal, no líquido albuminoso oposto.

Em casos de calcificação, fazem estes auctores a indicação formal da extração total do quisto.

TRATAMENTO

O tratamento dos quistos hidáticos no fígado, é o tratamento cirúrgico.

Varios tem sido os metodos empregados pelos diferentes cirurgiões, havendo uns que empregavam a massupialisação, na quasi totalidade dos casos, outros que preferiam fechar e abandonar assim o quisto na cavidade abdominal, e outros ainda que prendem, ou antes, fixam o fígado depois de esvaziado e ligado á parede abdominal.

E passarei levemente pela descrição de cada um destes metodos, para assim, melhor frisar o método empregado hoje, pela grande maioria dos cirurgiões. Antes da extirpação

do quisto, temos de efectuar as chamadas manobras previas, que são as seguintes:

1.ª - descoberta do quisto e exploração cuidadosa dos órgãos vizinhos, que nos mostre não só a sua situação, como o numero de quistos.

2.ª - Esterilização previa do conteúdo quístico, por uma injeção de uma solução de formol. Esta solução está hoje sendo empregada de dois até cinco por cento.

Depois de aberta o quisto e esvaziado, encontramos um quisto vazio que devemos tratar. É nesta parte da operação, a mais importante, que a opinião dos cirurgiões se tem dividido, e dahi o serem usados vários processos.

O da "enucleação" que consiste em separar o periquístico do restante parenquima hepático, foi posto de parte quando se provou que esta periquística não era senão uma camada fibrosa, que resultou da transformação progressiva do parenquima hepático, transformação esta que era uma reação de defesa contra o parasita.

A periquística apresenta numerosos vasos no interior do seu tecido, que neste metodo de descolamento

produziam hemorragias abundantes.

A marsupialização é um processo velho, que apesar de ser seguro não satisfaz hoje as exigências dos cirurgiões, pelos acidentes que ela pode acarretar, como: colerrias primitivas ou secundárias, hemorragias, fístulas, escoturações e sobretudo a lentidão da cicatrização. Apesar disso ainda há casos em que se pode empregar a marsupialização, como em casos de quistos supurados e ainda nos quistos em que se não tenha a certeza de os ter evacuado completamente, como sucede nas formas multivesiculares, sobretudo, quando a proliferação da germinativa foi, não só endógena, como exógena.

Segundo DÍVY esta multi-vesicularidade representa uma modalidade evolutiva, reacional, isto é, uma forma de resistência adotada pelo parasita, contra as diversas causas de destruição como: biológicas, mecânicas, tóxicas e infecciosas. O contacto prolongado de um derrame biliar com a membrana germinativa, produz também a multivesicularidade, por irritação desta membrana e produzindo a infecção do espaço peri-vesicular.

MANUSCRIPT

E passamos agora a occupar-nos da oclusão do quisto, já esvasiado, seguida de seu abandono na cavidade abdominal. Dois elementos principais o caracterizam:

1.ª - a supressão de toda a drenagem, como resultado da oclusão do sacco, pois está hoje provado que a ampla comunicação com o exterior é que constitue o principal perigo de marsupialização, pois permite a infecção secundaria das paredes do quisto.

2.ª - o abandono do sacco assim fechado, dentro da cavidade abdominal.

Como *evolue* este quisto esvasiado e assim abandonado na cavidade abdominal ? Em geral as suas paredes encontram-se, aderem entre ellas e em vinte ou vinte e cinco dias, o doente está curado.

Por vezes produz-se um derrame seroso ou sero-sanguinolento, por transudação resultando da descompressão produzida pelo esvasiamento do quisto, derrame que quasi sempre se reabsorve espontaneamente.

Outras vezes o derrame é bilioso, resultando de uma verdadeira colerragia intraquística, e se muitas vezes este

derrame /é aseptico e se reabsorve, outras não se absorve espontaneamente e pode abrir-se para o exterior. Outras vezes ainda, o conteúdo do quisto supura, e segundo a virulencia dos microbios a marcha é mais ou menos rapida e mais ou menos grave. Abandonado a si mesmo, o quisto, tanto se pode abrir numa viscera como na pele e ainda no peritoneo, dando neste último caso lugar a accidentes mortais.

Estas supurações, reconhecem habitualmente uma origem biliar e por isso dizia Dévé que o sacco reduzido fica á mercê do estado bacteriológico da biliar derramada no seu interior.

Conjuntamente com os derrames líquidos, podem encontrar-se nos sacos quísticos, gases, constituindo o que dum modo geral se denomina "pneumotosis quística" post-operatória", bem conhecida depois dos trabalhos de Henera na Argentina e de Dévé e Cerní em França. Pareciam estes gases corresponder a dois tipos distintos; num seria o ar atmosférico residual que fica encerrado durante a operação e acompanhado de um pequeno derrame seroso constituindo a "hidro pneumotosis quística post operatória" que se produz principalmente

na face anterior do fígado - o outro tipo, corresponde aos gases febrís, acompanhados de derrames supurados, são os "pic-pneumo-quistos, e que nos justificam a abertura imediata do saco: Como se vê, a evolução do líquido intrequístico, depende do estado bacteriológico da Bilis que penetre no saco e assim, não pode o cirurgião apesar de todas as suas precauções, prevenir a infecção do saco. A vigilância cuidadosa do operador, permite reconhecer pelos sintomas gerais e locais, o começo da infecção e assim o cirurgião tem tempo de intervir antes do aparecimento de acidentes graves. Delbét, propôs, para evitar a repleção do quisto, a união íntima, por meio de sutura, das duas ~~paredes~~ paredes do saco. Este método não tem sido usado, por se julgar desnecessário e sobretudo perigoso pelas hemorragias que pode acarretar. E d'aqui nasceram os multiplos processos de fixação do saco e parede abdominal.

Um dos métodos, o mais usado na América do Sul, onde estes casos são muito frequentes, é o método de Varáz (Baía Branca) que fixa o saco ao peritônio por meio de uma sutura circular, envolta da incisão praticada no quisto. Assim fica o saco debaixo da vigilância imediata do cirurgião e

pode ser punccionado sem perigo, e aberto sem dificuldade.

- CONCLUSÕES -

Em casos de suspeição de quistos hidáticos no fígado o exame clínico deve ser cuidadoso, pois fornece elementos importantes, que juntos aos ensinamentos que o laboratório nos pode dar, conduzem a um diagnóstico seguro.

O tratamento de eleição dos quistos no fígado não complicados, é o seu esvaziamento, seguido de sutura e fixação do saco esvaziado ao peritoneu parietal.

Os doentes operados por este processo, devem ser retidos pelo menos, dois meses, sob a vigilancia do médico.

As punções exploradoras, depois de suspeita de derrame, devem ser feitas precocemente e muito a miudo, caso seja necessário.

A marsupialização, deve ficar reservada, para os quistos supurados e completamente evacuados.

VISTO
Tiago de Almeida
Presidente

PODE-SE IMPRIMIR
Alfredo de Magalhães
Director

-:-:-