

Vol. 267
(168)



TRATAMENTO DOS QUISTOS HIDATICOS DO FIGADO

168/1 FMP

João Francisco VIEIRA TROCADO

Tratamento dos quistos hidáticos do fígado

(A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL
apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto

168/1 FMP

Pôrto—1916

TIP. A VAPOR DE «O COMÉRCIO DA
PÓVOA DE VARZIM»
• . RUA 5 DE OUTUBRO, 29 A 35 . .

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

LENTE SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

1. ^a classe—Anatomia	Luis de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2. ^a classe—Fisiologia e Histologia .	Antônio Plácido da Costa José de Oliveira Lima
3. ^a classe—Farmacologia	Vaga
4. ^a classe—Medicina legal e Anatomia Patológica	Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga
5. ^a classe—Higiene e Bacteriologia .	João Lopes da Silva Martins Júnior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6. ^a classe—Obstetrícia e Ginecologia	Cândido Augusto Correia de Pinho Alvaro Teixeira Bastos
7. ^a classe—Cirurgia	Roberto Belarmino do Rosário Freitas Carlos Alberto de Lima Antônio Joaquim de Sousa Júnior
8. ^a classe—Medicina	José Dias de Almeida Júnior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria	Antônio de Sousa Magalhães e Lemos

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

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

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 153.º).

... *forsan et haec olim meminisse juvabit.*

Eneida

Era intenção minha dedicar o trabalho final do meu curso médico ao estudo de um assunto de obstetrícia, por ter sido, talvez, a cadeira de partos aquela que mais cuidados me mereceu durante o ano lectivo findo e ainda porque esse assunto — *Pelvimetria* — me tinha sido sugerido já pelo illustre 2.º assistente daquela cadeira, o Ex.^{mo} Sr. Dr. Alberto Gonçalves. Iniciadas as observações em maio, fui obrigado, após os actos, a ausentar-me temporariamente do Porto e, mais tarde, vi-me forçado a tornar definitiva esta ausência e a empregar a minha actividade e o meu tempo em trabalhos completamente extranhos às sciencias médicas.

O estudo começado ficou interrompido e, perdida a esperança de voltar com assiduidade a frequentar a enfermaria, comecei a procurar um caso clinico que pudesse ser estudado sem exigir visitas assíduas ao hospital.

Em fins de outubro último deu entrada na enfermaria n.º 8 do nosso hospital uma doente

portadora de um quisto hidático do fígado. O caso pouco tinha de interessante, para merecer as honras de uma dissertação inaugural; mas eu tinha necessidade de não demorar o acto final e, por isso, tomei conta do caso, contando, a propósito d'ele, escrever sobre o tratamento dos quistos hidáticos do fígado. Apesar da pressa com que este estudo foi iniciado, elle teve de ser interrompido por várias vezes, o que determinou que só agora pudesse apresentar-me a concluir o meu curso.

E' claro que não tenho illusões ácerca do mérito scientifico d'este trabalho; julgo, entretanto, que, como trabalho escolar, talvez possa servir para o fim a que o destinei.

E' por isso que o apresento.

* * *

Depois da exposição do caso clinico, entendi dizer alguma coisa sobre a etiologia, patogenia,

a anatomia patológica, a sintomatologia e o diagnóstico e prognóstico desta afecção; assim, escrevi resumidos capítulos antes de abordar o tratamento. O capítulo do tratamento subdividi-o em três partes: um resumo histórico; a exposição, crítica e indicações dos métodos cirúrgicos que veem sendo empregados na cura da equinococose hepática, e terminei por me referir à profilaxia.

* * *

Aos Ex.^{mos} Snrs. Prof. Roberto Frias por me honrar, presidindo à defesa desta dissertação, e Prof. Tiago de Almeida pelo auxilio que me dispensou, aqui deixo a expressão do meu reconhecimento.

Observação

C. da S. de 24 anos, casada, vendilhona, residente em Vila de Punha, Viana do Castelo.

Entra para o hospital de St.º Antonio em 22 de outubro do ano findo, apresentando a symptomatologia seguinte :

Ventre volumoso, de batráquio, distendido por ascite; no epigastro um tumor saliente globuloso, liso, solidário com o figado, sem aderências à parede abdominal, indolor, baço à percussão e dando o frêmito hidático. A doente conserva o apetite; pouco tempo após as refeições sente pêsso no estômago que em breve desaparece; fezes diarreicas, de coloração amarelo-esverdeada, duas vezes ao dia.

Não tem tosse; não sente dificuldade na respiração, excepto durante a marcha; sinais de pleurisia sêca, nas bases, com predominância à direita. Movimentos respiratórios 26, em média.

Pulso freqüente—100 pulsações por minuto.

Reacção de Weinberg—positiva.

Análise de urinas (Laboratório Nobre da Faculdade)

		Normal
Volume	1.460 c. c.	1.540
Côr	amarela-pálida	amarelo-citrina
Aspecto	levemente turvo	transparente
Depósito	pequeno	mt.º leve e flocoso
Cheiro	extractivo	<i>sui generis</i>
Consistência	fluida	fluida
Reacção	ácida	ácida
Densidade	1,014	1,018 a 1,021
Elem.º orgânicos	14,710	29,749
» minerais	6,310	16,216
Total de mat. dissolv.	21,020	45,875
Acidez total	0,727	1,191
Ureia	9,310	20,952
Acido úrico	0,235	0,608
» fosfórico	1,260	1,652
Ac. sulfúrico min.	0,758	1,767
» » dos sulfoc.	0,039	0,147
Enxôfre neutro	0,188	0,395
Clorêto de sódio	2,457	9,964
Urobilina	0,075	0,100
Albumina	Nula	Nula
Glucose	vestígios muito leves	»
Pigmento biliares	Nulos	Nulos
Acidos biliares	»	»
Indican	pouco abundante	levis.º vestig.

Exame microscópico

Bastantes células epiteliais das vias génito-urinárias, sendo algumas pequenas, arredondadas, muito semelhantes às células renais; alguns piócitos separados ou agrupados.

Relações urológicas nº

		Normal
Urica	2,5	2,9
Ureica	63,3	70,4
Coef. de desmineraliz.	30,0	35,1
Fosfo-ureica	13,5	7,8
Sulfo-ureica	8,5	9,1
Fosfo-sulfúrica	158,0	86,3
Sulfo-conjug.	4,7	7,7
Sulfúrica	19,0	17,1

Exame do sangue

	Hemoglobina	65 %.
	Gl. rubros	5.240.000
	Gl. brancos	6.200
Porcentagem em 395 glob. brancos	Polinucleares	69,8 %.
	Eosinófilos	4,8 »
	Mononucleares	12,0 »
	De transição	0,7 »
	Linfocitos	12,7 »
	Mielocitos	0,2 »

Temperatura oscilando entre 37,2 e 38,0
com ascensão vespertina.

História de doença

Nos primeiros dias de setembro de 1914 sentiu que o ventre aumentava de volume, attingindo em algumas horas proporções idênticas às que agora apresenta. Este aumento de volume era acompanhado de dispneia durante a marcha. Ausência de dores.

Tratou-se a principio com resultados mediores e, a conselho médico, veio ao Porto para ser operada. Aqui fizeram-lhe um exame radioscópico, ao que parece de resultados nulos, e mandaram-na de novo para a sua terra.

Esteve 23 dias no Gerez fazendo uso das águas; sentiu-se piorar, tendo aparecido nesta ocasião pela primeira vez edemas nas pernas. Regressou à sua terra onde foi novamente medicada, desaparecendo os edemas e diminuindo consideravelmente o volume do ventre o que permitiu melhor exame e daí o conselho do seu médico assistente para se fazer internar neste hospital. Nessa ocasião foi-lhe feita ainda uma punção exploradora e a doente refere que o líquido extraído se parecia com água. A seguir à punção sobreveiu-lhe uma febre violenta que durou alguns dias, baixando em seguida.

A hipertermia que a doente apresenta data muito provavelmente daí.

Antecedentes pessoais :

Sarampo.

Há 3 anos pontada sobre o hipocôndrio direito.

Antecedentes familiares

Pais saudáveis. Tem 10 irmãos vivos e saudáveis; 2 morreram, ignorando a doente a causa da sua morte.

Sua mãe teve 3 abortos.

A doente foi operada nos começos de novembro pelo Prot. Roberto Frias, depois de ter sofrido por duas vezes a aspiração do liquido ascítico.

Anestesia raquidiana. Laparatomia mediana; incisão de 8 cm., aproximadamente. Aberto o abdômen e reconhecido o quisto, este foi punccionado e procedeu-se à aspiração do liquido hidático. O liquido extraído era turvo, amarelado e em grande quantidade.

A seguir foi aberta a bolsa quística e esvaziada do seu conteúdo. Reconheceu-se que o quisto era de grandes dimensões, avaliando pela sua profundidade e pela quantidade de liquido retirado: a cavidade do quisto dirigia-se principalmente de diante para trás e deve ter-se extendido até ao bordo, posterior do figado, dando origem aos fenómenos de compressão mencionados (ascite e edemas). Por último, procedeu-se á marsupialização, ligando os lábios da incisão quística á ferida cutânea.

A operação ficou concluída com o estabelecimento da drenagem e cobertura da região com penso conveniente.

No dia seguinte verificou-se a existência da colerragia, que persistiu por bastante tempo.

Dois dias depois da intervenção sobreveiu um *poussée* de urticária, que se repetiu nos dois dias seguintes.

A doente tem melhorado sensivelmente; a temperatura, que se conservou ainda elevada durante muito tempo, terminou por entrar na

normalidade; a fistula reduziu consideravelmente o seu calibre, diminuindo pouco, 2 a 3 centímetros, em profundidade.

A doente continua em tratamento.

Etiologia e patogenia

O quisto hidático unilocular é produzido pelo embrião da *taenia echinococcus* ou *nana*. Este verme vive, no estado adulto, no intestino delgado do cão e do lobo. É muito pequeno (6 m.m. de comprimento, em média) e composto somente de três anéis, além da cabeça, o último dos quais contém enorme quantidade de ovos. Expulso, este anel, do intestino do cão com as matérias fecais, destroi-se deixando em liberdade os ovos que, espalhados pelo solo, águas, legumes, pastos, etc, podem ser veiculados pelos alimentos e introduzidos no tubo digestivo do homem ou dos animais. O suco gástrico dissolve-lhes a casca e liberta o embrião hexacanto, que, perfurando os tecidos por meio dos ganchos de que é provido, é arrastado geralmente pelo sangue da veia porta, chega ao fígado e pára numa das ramificações intraepáticas daquela veia.

Se o embrião consegue atravessar a circula-

ção porta, porque o capilar é de um calibre um pouco maior que de ordinário ou porque êle é de pequeno volume, chega ao coração direito, entra na pequena circulação e é detido nos capilares pulmonares—é o pulmão o órgão mais afectado de equinocorose primitiva depois do figado. Se consegue passar o pulmão cai na grande circulação e é levado por ela a qualquer ponto do organismo.

E' possível que chegue também à circulação geral por via linfática; contudo o caminho mais seguido é a veia porta e a sua localização mais frequente é no figado.

Uma vez neste órgão, o embrião perde os ganchos, segrega pela parte posterior uma membrana na qual se invagina, torna-se hidrópico e forma a vesícula hidática, nesta altura de pequeno volume, mas que vai crescendo lentamente, podendo alcançar um volume considerável.

A hidátide compõe-se de uma membrana externa, anista da natureza quitinosa, comparável à clara do ovo mal cozida e formada de camadas concêntricas—é a membrana cuticular. Esta membrana, quando intacta, é um filtro perfeito para os elementos figurados, mas, prestando-se às trocas osmóticas, deixa passar nos dois sentidos as substâncias coloides e cristaloides. A cutícula é forrada internamente por outra membrana, delgada, nucleada, (membrana prolígera) de aspecto viloso, devido a pequenas granulações que se destacam facilmente para caírem no interior da vesícula. Esta membrana

não é mais do que uma modificação do embrião, ao passo que a membrana cuticular é um produto de secreção.

Enche a cavidade vesicular um líquido cristalino, que tem sido comparado a água de rocha--o líquido hidático—, estéril, em consequência da impermeabilidade da cutícula externa em face dos microorganismos, mas contendo dissolvidas, além de outras, várias substâncias tóxicas mal definidas a que se atribuem os fenómenos de intoxicação hidática.

Enquanto a hidátide se conserva neste estado de simplicidade, é estéril. Não tem sido observados clinicamente casos em que as hidátides sejam estéreis, porque sendo estes quistos de evolução muito lenta e de diagnóstico precoce muito difícil, senão impossível, quando são denunciados pelos meios de exploração clínica já passaram desta fase. Possuem então, incluídas na membrana cuticular ou fazendo saliência para o interior do quisto, se não já livres no seio do líquido hidático, vesículas de tamanho variável, idênticas à hidátide mãe (vesículas filhas), por sua vez estéreis ou cheias de vesículas da mesma natureza (vesículas-netas). Se o quisto possui apenas destas vesículas, toma o nome de *acefaloquisto*. Mas, se existem outras vesículas provenientes da membrana prolígera, (vesículas prolígeras) contendo cabeças de ténias de pequeníssimas dimensões (escólex), o quisto diz-se *cefaloquisto*. Estas vesículas caindo no interior do quisto, constituem a *areia hidática*,

que se deposita no fundo do vaso onde se recolhe e deixa repousar o liquido hidático.

As vesículas-filhas transplantadas para qualquer ponto do organismo dão origem a novo quisto hidático.

Os escólex provenientes das vesículas proli-geras, engulidos pelo cão com as visceras infestadas de animais com equinococose, reproduzem no seu intestino os vermes adultos.

Os escólex podem produzir directamente novos quistos: Dêvé mostrou que a sementeira de escólex no peritoneu dá origem à equinococose secundária deste órgão. A par, portanto, do ciclo evolutivo normal—*Hidátide—vesícula prolígera—escólex—lênia adulta—embrião hexacanto—hidátide*, existe um ciclo mais simples—*hidátide—vesícula prolígera,—escólex—hidátide*.

Anatomia patológica

À medida que se desenvolve no seio do fígado, a hidátide vai recalcando a pouco e pouco o tecido hepático circunjacente, determinando a atrofia, primeiro, e, depois, o desaparecimento das células hepáticas; o tecido conjuntivo reage proliferando e sofrendo a transformação fibrosa, e cerca a hidátide, formando à sua roda um invólucro, que, anátomo-patologicamente, constitui por si só o quisto. Este mantém com a cutícula da hidátide simples relações de contigüidade; do lado do fígado, porém, continua-se insensivelmente com o tecido hepático.

No quisto não se encontram vasos de neoformação: os vasos sangüíneos intraquísticos são os que existiam na zona peri-hidática antes de esta se transformar em cápsula fibrosa. Os de pequeno calibre apresentam lesões de endarterite e endoflebite obliterante; os de maior calibre conservam-se permeáveis e deve contar-se

com êles nas intervenções cirúrgicas. São êles que fornecem à hidátide, por osmose, os materiais nutritivos. Além dos vasos sangüíneos, existem, aprisionados na parede do quisto, vasos biliares de calibre variável, que se obliteram menos fácilmente que os sangüíneos.

A atrofia que sofre o tecido hepático é limitada às regiões circunvizinhas da vesícula hidática e vai aumentando à medida que a hidátide cresce. Ao mesmo tempo o figado sofre, a distancia, um hipertrofia vicariante, que contribui para o aumento do seu volume.

A maior parte das vezes o quisto é único; outras vezes existem dois ou mais quistos, distantes ou contiguos. O seu volume é variavel, podendo, em casos expcionais, encher a cavidade abdominal. A sede é igualmente variavel; a localização primitiva mais freqüente e no lobo direito e centro do figado, onde passa maior quantidade de sangue porta. Raras vezes se apresentam centrais, quer dizer, cercados por todos os lados de parênquima hepático—ordinariamente o seu crescimento faz com que se aproximem da superfície, onde a sua cor branca contrasta com a cor hepática.

Segundo os pontos da superfície onde afloram, distinguem-se em anteriores, posteriores, superiores e inferiores e dão origem a uma symptomatologia que difere com a variedade da sede. Dos quistos que migram para o abdômem, alguns há que se pediculizam e ficam dependentes do figado apenas por uma lâmina relativamente pequena de tecido hepático.

Os quistos hidáticos quando não são supurados não provocam aderências, nem falsas membranas; por isso, se chegam a romper-se, a ruptura faz-se nas cavidades peritoneal ou pleural — não se abrem nunca nas visceras abdominais ou torácicas. Se são supurados provocam aderências das serosas (periquistite adesiva) e podem abrir-se directamente nas cavidades viscerais do abdómen ou do tórax.

Para que a supuração se estabeleça é necessario haver uma solução de continuidade, minima que seja, da cuticula hidática. Segundo Faure e Labbey as coisas passam-se do seguinte modo:

A infecção, por via linfática, venosa, arterial, ou a maior parte das vezes, por via biliar, estabelece-se na zona fibrosa que envolve a hidátide e determina um periquistite supurativa, sob cuja influência a membrana cuticular perde os seus meios normais de nutrição, torna-se sêca, granulosa e sobretudo frágil. A infecção da hidátide pode então realizar-se em virtude do menor traumatismo ou dos progressos de lesão.

A supuração pode ainda ser determinada por colerragia intraquística, após a evacuação de líquido hidático, não falando na supuração de origem externa provocada por punção feita com agulha séptica.

Nos quistos supurados tem sido encontrados todos os micróbios piogéneos, o coli com mais frequência.

A supuração produz a morte de hidátide—mãe; tem sido encontradas vesículas—filhas vivas em quistos supurados.

Por vezes encontram-se nestes quistos gases de petrufacção (pio-pneumohidátide).

Quando a hidátide morre, qualquer que seja a causa da sua morte, o parasita converte-se num conjunto de membranas, mais ou menos apertadas entre si e misturadas a uma substância pastosa contendo sais calcáreos e coleslerina; mais raras vezes o seu conteúdo converte-se numa substância gelatinosa. E' a cura espontanea.

O cadáver da hidátide nem sempre é inofensivo para a glândula hepática, porque pode mais tarde supurar.

Sintomatologia

Os primeiros sintomas desta afecção aparecem quando o tumor, possuindo um certo volume, é já apreciável pelos meios físicos de exploração clínica. Só então se podem evidenciar certas perturbações que foram consideradas suficientes para um diagnóstico precoce, mas que nada tem de constantes nem de características — perturbações digestivas (repugnância por certos alimentos e em particular pelas gorduras, náuseas, vômitos, diarreia após as refeições) sensação de peso na região hepática; dor profunda e constante no ombro direito; nevralgia intercostal; epistáxis, pleurisia à direita; *pous-sées* de urticária e eosinofilia.

Êstes dois últimos sintomas, embora não tenham valor patognomónico, são dos mais constantes.

A sintomatologia é variável com a sede do quisto e o sentido em que se desenvolve.

Os quistos centrais são irreconhecíveis clíni-

camente: o fígado apresenta sómente aumento de volume, sem nenhuma perturbação funcional; se, no seu desenvolvimento, se aproximam da superfície ficam a pertencer a qualquer das outras variedades.

Os quistos anteriores produzem uma deformação mais ou menos circunscrita da região hepática, com sensação de peso ou dor surda no hipocôndrio direito. O tumor é arredondado, liso, elástico, com excursões síncronas dos movimentos respiratórios, raras vezes flutuante, indolente, baço à percussão e dando algumas vezes o frêmito hidático.

Este sintoma, aliás inconstante, tem sido encontrado em tumores de outra natureza, mas tão raras vezes que pode considerar-se característico.

A auscultação combinada à percussão deixa ouvir como que o som de uma corda grossa de violino que vibrasse perto do ouvido—é o som hidático dos italianos (sinal de Santini).

O fígado hipertrofia-se. Há ausência de ascite e da rede venosa colateral. O estado geral do doente conserva-se bom, enquanto não sobreveem complicações. O baço, aqui, como em todas as outras variedades não aumenta de volume.

Os quistos inferiores desenvolvem-se para baixo, migram para a cavidade abdominal, não provocando deformação apreciável do ventre.

Apresentam-se como tumores abdominais, indolores, esferoides, renitentes, com mobilidade

lateral e mobilidade síncrona dos movimentos respiratórios.

Podem dar sinais de compressão: iterícia leve ou franca, às vezes acompanhada de cólicas hepáticas especialmente se são quistos do lobo de Spiegel; ascite, de desenvolvimento rápido e de reprodução incessante, só ou acompanhada de edema da metade inferior do corpo e circulação venosa colateral; e raras vezes obstrução intestinal.

Os quistos superiores evoluem para cima, para a cavidade torácica, recalcam o diafragma e o pulmão e não determinam tumefacção apreciável. O doente sente opressão na base do hemitórax direito, dispneia, tosse seca e penosa, sintomas estes que aumentam quando repousa em decúbito lateral esquerdo.

Os sinais físicos locais são á primeira vista os de uma pleurisia com derrame e, quando se manifestam em grande extensão, simulam perfeitamente um derrame total da pleura. Se estes sinais não existem em tão grande extensão a percussão pode diferenciar o diagnóstico, determinando a curva limitante da bacidade que tem, na pleurisia, a forma e situações marcadas por Damoiseau e Garland.

Quando se desenvolvem no lado esquerdo, invadem a parte esquerda do tórax e simulam uma pleurisia esquerda.

A radioscopia é um poderoso auxiliar na diferenciação do diagnóstico.

A percussão dá ainda nos quistos hidáti-

cos o sinal da onda transtorácia do Chauffard e o balouço supra-hepático.

Os quistos posteriores invadem a região renal e é necessário explorá-los como se explora um rim doente, pela palpação bimanual. São quasi sempre tomados por tumores renais, hidronefroses, etc; tem sido observados raras vezes. Podem dar accidentes de compressão venosa.

Os quistos não supurados podem, por traumatismo directo ou indirecto, ás vezes sem causa determinante apreciável, romper-se (deiscência asséptica)—os anteriores e os inferiores no peritoneu, os superiores, as mais das vezes na pleura.

A rotura no peritoneu, a julgar pela frequência da equinococose secundária deve poder fazer-se sem sintomas dignos de nota e com derrame parcial do conteúdo quístico. Se a rotura não se faz tão silenciosamente, os sintomas vão desde a simples dor na região hepática e *pous-sée* de urticária até á dor lacerante no hipocôndrio direito ou no epigastro, seguida de colapso, tendências sincopais, vômitos biliosos, soluços, ao mesmo tempo que o tumor, esvaziando-se, reduz de volume e desaparece.

Este accidente pode determinar a morte rápida por choque e intoxicação aguda; por peritonite generalizada, consecutiva a colerragia ex-vácuo.

Se o doente sobreviver, o derrame peritoneal, as mais das vezes formado por bilis e conteúdo hidático, reabsorve-se, deixando ou não adrên-

cias da serosa, que necessita de paracentese.

A presença da bilis não obsta a que a rotura seja seguida de equinococose secundária do peritoneu. Algumas vezes a eclosão dos escólex semeados no peritoneu não é completa, e aparecem na serosa pequenas granulações miliares esbranquiçadas, translúcidas, que lembram as lesões da tuberculose peritoneal tanto mais que podem ser acompanhadas de ascite.

A equinococose secundária traduz-se por vários tumores abdominais, redondos, lisos, indolores, móveis, aumentando a pouco e pouco de volume.

Êstes tumores podem determinar acidentes de compressão, sobretudo quando são pélvicos — concomitantemente aparecem perturbações uterinas, oclusão intestinal, retenção de urina, acidentes urémicos, relacionados com compressões da bexiga, uretra, ureteres, intestinos, etc.

Pode ainda traduzir-se exclusivamente por um estado de caquexia hidática, simulando a tuberculose ou o cancro abdominal.

Os quistos inferiores podem ainda romper-se nas vias biliares, acompanhando-se ou não da cólica hepática e íterícia por retenção, não sendo raro sobrevir a obstrução do colédoco.

Os quistos superiores crescem distendendo o diafragma, adelgaçando-o, podendo abrir-se na pleura através do diafragma. A rotura é anunciada por uma dor viva, seguida de dispneia lipotimias, urticária, e pode ser seguida de morte rápida. Se o doente sobrevive, apresenta sinto-

mas de derrame pleural que, no caso de ser bilioso, pode supurar.

A equinococose secundária da pleura é a consequência desta rotura.

A supuração dos quistos anteriores e inferiores manifesta-se por aumento de volume do tumor, com febre e dor *in loco*; o ventre meteoriza-se, e torna-se sensível e estes sintomas podem evolucionar para os de uma peritonite generalizada por propagação ou por sementeira directa, se o quisto se rompe.

Outras vezes a supuração manifesta-se por um estado sub-febril, dores vagas, mau estado geral, traduzindo o desenvolvimento de aderências aos órgãos vizinhos.

Em virtude destas aderências a abertura do quisto pode dar-se, não no peritoneu ou na pleura, mas nas cavidades viscerais do tórax ou do abdômem.

Os quistos supurados superiores ou inferiores podem abrir-se na pele. Os inferiores abrem-se ainda no cólon ascendente e transverso, no estômago e, excepcionalmente no intestino delgado. A abertura no intestino é precedida de sintomas dolorosos, depois dor brusca e mais tarde uma *débacle* intestinal purulenta com elementos hidáticos.

Quando a abertura se faz no estômago o conteúdo do quisto é evacuado por vômitos.

Os quistos desta variedade podem ainda romper-se na veia cava inferior, quer no seu tronco, quer nos ramos supraepáticos, deter-

minando embolias produzidas por retalhos de membranas, vesículas-filhas etc., e produzindo morte rápida.

Os quistos superiores supurados provocam dor do lado direito do tórax, confundível com uma nevralgia frênica ou intercostal; dispneia; sinais estetoscópicos de aderências que fazem com que a rotura, se vem a dar-se, se faça no pulmão e não na pleura e o conteúdo hidático seja expulso em vômito, após a qual se notam muitas vezes sinais duma grande caverna. A broncopneumonia, a gangrena pulmonar, a pleurisia purulenta são consequências da vômito. Ha casos de cura depois da abertura no pulmão.

Excepcionalmente tem sido observados casos de rotura no pericárdio, seguidos de morte em curto tempo.

Diagnóstico e prognóstico

O diagnóstico de quisto hidático do fígado assenta sobre a existência de um tumor.

Os sinais em que se quis basear o diagnóstico precoce desta afecção não teem, como já ficou dito, constância no seu agrupamento, faltam não varias vezes e, por outro lado, são comuns a outras afecções. E' somente quando se mostra apreciável um tumor, dependente do fígado, arredondado, liso, renitente, indolor e sem repercussão sobre o estado geral que o clínico é levado a suspeitar de um quisto hidático do fígado. Convém frizar, entretanto, que quistos há que modificam o estado geral do doente, determinando o seu emagrecimento, perda de forças, anemia, estado subictérico, etc.

Se o quisto é anterior o tumor tem a sede na região hepática e, além dos caracteres acima marcados, pode apresentar o frêmito hidático. O diagnóstico diferencial desta variedade é feito com o cancro, principalmente se o fígado é bos-

selado por dois ou mais quistos; com as cirroses hipertróficas alcoólicas; cirroses sífilíticas; e congestões passivas. Podem ser tomados por quistos desta natureza os grandes abscessos hepáticos e os abscessos de natureza tuberculosa originados nas costelas.

Os quistos inferiores podem ser tomados pela vesícula biliar distendida; pela litíase biliar, se se acompanham de icterícia e crises dolorosas; e por quistos do ovário, sobretudo se são muito volumosos.

Os quistos posteriores são de difícil diagnóstico e a maior parte das vezes confundidos com tumores renais, quistos do rins—hidronefroses. E' necessário tomar em conta os antecedentes urinários do doente.

Os superiores confundem-se principalmente com um derrame pleurítico. Deve atender-se à ausência de pectoriloquia atona, de egofonia, de sopro pleurítico e à situação e forma da curva de bacidez com cúpula na parte superior e à ausência de fenómenos febris. Por vezes a existência de uma pleurisia serosa ou purulenta por inflamação reaccional dificulta o diagnóstico.

Os centrais são de diagnóstico muito difícil, quasi impossível, que deve ser estabelecido por confronto com todas as hipertrofias hepáticas.

Quando há razões para se suspeitar de que se trata de um quisto hidático do fígado, são de grande importância os antecedentes do doente no que respeita à sua profissão e contacto com cães de matadouro. Devem também ser investi-

gados os sinais precursores do quisto, que, baixos quando isolados, tem valor quando associados à existência de um tumor.

Como o diagnóstico é, em certos casos, muito difícil e quasi impossível evitar a confusão com certas afecções hepáticas ou extra-hepáticas, visto os caracteres externos do tumor não serem sempre suficientes para demonstrar a sua natureza parasitária, tem-se lançado mão de outros meios de diagnóstico.

A punção exploradora, se não fossem os accidentes a que pode dar origem, seria um bom elemento de diagnóstico, apesar da frequência relativa de punções brancas feitas em pleno quisto. Mas ella é, não raras vezes, a causa de accidentes que podem ir desde uma inofensiva erupção urticariana até à supuração do quisto, embora o operador tenha procedido com a mais rigorosa assepsia, e até à equinococose secundaria por saída de gérmenes para o peritoneu. Tem sido observados casos de morte rápida após a punção exploradora de quisto hidático do figado.

A maior parte destes accidentes foram attribuidos a intoxicação por absorção do liquido hidático vertido no peritoneu; porém hoje, em face de experiências que demonstraram a fraca toxicidade do liquido, admite-se que elles são de natureza anafiláctica.

Dieulafoy, no seu Manual de Patologia interna, depois de se referir aos casos fatais de Moissenet, Martineau, Bryant e Chauffard, commenta-os e conclui:

«Regra geral: é preciso evitar as pequenas «punções, as punções incompletas e as punções «exploradoras; não devemos nunca, sob o pre-«texto de esclarecer o diagnóstico dos quistos «hidáticos do fígado, entregarmo-nos a êste «modo de investigação. Por mais fina que seja «a agulha, é necessario não esquecer que ela «póde deixar a porta aberta a um liquido sob «pressão, prestes a passar para o peritoneu, se «encontrar saída».

A punção exploradora só póde ser admitida se fôr transformada em punção curativa.

A nossa doente foi-lhe feita uma punção exploradora e os accidentes não se fizeram esperar. A temperatura que apresentava antes de ser operada, proveiu muito provávelmente dessa intervenção; e o quisto que então, a julgar pelas informações do doente, continha liquido limpido, possuia na ocasião da operação um liquido turvo, amarelado e a temperatura elevada traduzia bem um estado de supuração.

Se o quisto é supurado, cresce a eventualidade de uma infecção peritoneal.

A reacção de Weinberg-Parvu, reacção de fixação, presta grande auxilio em casos duvidosos; a sua negatividade não implica, comtudo, ausência necessária de quisto.

A eosinofilia, (4 a 8 % de eosinófilos, podendo ir muito mais além) é de grande constância, se o quisto não é supurado. Nos quistos supurados é de regra estar ausente. No nosso caso, apesar de supuração do quisto, a percentagem dos eosinófilos era de 4,8.

Fleig e Lisbonne estudaram um método de precipito-reacção ; mas, dos métodos biológicos de diagnóstico, a eosinofilia e a reacção de Weinberg-Parvu são os de maior valor.

Para substituir a punção exploradora muitos cirurgiões propõem a laparotomia exploradora, argumentando que esta operação «sendo mais séria na aparência, é mais certa nos seus resultados e tem a grande vantagem de constituir o primeiro tempo de uma operação curativa.»

Faure e Labbey consideram-na como sendo a única operação autorizada em casos de dúvida pela maior parte dos cirurgiões e declararam que a punção exploradora só tem os médicos a defendê-la. E aos inconvenientes de punção exploradora antepõem as vantagens da laparotomia exploradora: exploração larga do fígado; punção do tumor, em caso de dúvida, feita com toda a segurança, a descoberto; o reconhecimento de vários quistos vizinhos; a sua inocuidade, se for feita como deve ser.

A radioscopia e radiografia veem ainda em auxílio do diagnóstico.

Reconhecido o quisto hidático é necessário investigar se é único, procurando a existência de tumefacções satélites do tumor principal, quer pela palpação, quer pela radioscopia. A multiplicidade dos quistos é denunciada, às vezes, por focos distintos de frêmito hidático. Devem ser tomados em consideração os sintomas peritoneais, seguindo dor abdominal súbi-

ta e acompanhados de urticária, consecutivos ou não a traumatismo violento, porque levantarão no espirito do clinico a suspeita de ruptura do quisto e de equinococose secundária, sobretudo se no abdómen se notam outras tumefacções. A hipertermia com fenómenos dolorosos locais é um indício provável da supuração. Pode no entanto faltar em quistos supurados.

Se o quisto se acompanha de itericia leve, sem descoloração de fezes, concluir-se ha que está em relação com as vias biliares e que a colerragia intraquística está iminente ou já feita; se a itericia é franca, o quisto rompeu-se nas grandes vias biliares.

Os casos de cura espontânea são raros. A atecção abandonada a si mesma tem um prognóstico muito grave. Mesmo fóra das complicações o doente pôde cair num estado de caquexia—caquexia hidática—atribuida por Quénu e Duval a intoxicação por diálise lenta das toxalbuminas dissolvidas no liquido.

Um tratamento conveniente e estabelecido a tempo modifica consideravelmente o prognóstico no sentido da benignidade.

Tratamento

Antes de 1760 o tratamento dos quistos hidáticos do fígado era completamente empírico --ensaiou-se, sem resultado, um grande número de medicamentos, internamente ou em aplicações locais, e revulsivos. Nesta data Pálas descobre que o quisto é de natureza animal, compara-o às tênias e começa-se então a empregar vermífugos ainda com o mesmo resultado.

Em 1825 Recamier, por meio de aplicações de potassa cáustica, consegue crear aderências peritoneais e abrir o quisto, sem perigo para a serosa—a cura era obtida pela evacuação do conteúdo quístico.

Mais tarde Jobert de Lamballe preconiza a punção evacuadora, empregando um grosso trocarte; em vista dos resultados medíocres, é substituída pela dupla punção, feita com dois trocartes, a 3 cm, um do outro, que se deixavam na parede durante alguns dias para provo-

car aderências peritoneais, após o que se reuniam os dois orifícios por uma incisão com o bisturi ou com o termo-cautério.

Em 1871 Lindemann pratica a marsupialização em um tempo, que é modificada por Landau que lhe introduz a punção aspiradora antes da abertura do quisto. Volkmann faz a incisão em dois tempos. (1887)

Bacelli publica em 1888 casos de cura por punção seguida de injeção parasiticida, processo que é modificado por Debove, e mais tarde Hanot combina os dois processos.

Thornton primeiro e depois Bond reduzem o quisto sem drenagem; Delbet faz a capitona-gem; Quénu, depois dos trabalhos de Dévé sobre a equinococose secundária, emprega, para a evitar, a formolagem antes de abrir a bolsa.

Em 1914 renovou-se a tentativa de cura medicamentosa por meio do neo-salvarsan, mas sem resultado.

O tratamento da hidátose hepática reduz-se a dois métodos — a punção terapêutica e a abertura cirúrgica. O primeiro destes métodos provoca a morte da hidátide, cujo cadáver fica incluído no fígado, sofrendo as transformações já apontadas; o outro, por meio da abertura do quisto, extrai todos os elementos hidáticos.

Punção terapêutica

A punção terapêutica póde ser simplesmente

evacuadora ou ser seguida de injeção de líquido parasiticida.

A punção evacuadora simples é um meio terapêutico de técnica fácil e, em si, inofensivo, se for rodeado dos cuidados de assepsia necessários. O tumor deve ser puncionado, no ponto mais saliente da sua superfície, com um trocar-te de calibre médio ligado a qualquer aparelho aspirador; à medida que o líquido se vá escoando o operador deve levar a agulha um pouco mais profundamente para que esta não deixe de estar sempre dentro do quisto. Esvaziado o quisto, recomenda Dieulafoy, ao retirar a agulha deve manter-se a sua comunicação com o aspirador para evitar, na medida do possível, que alguma gota caia no peritoneu.

Após a punção, e feito o penso conveniente, o doente deve ficar imóvel durante algumas horas.

O escoamento do líquido pôde ser interrompido ou até impossível de se levar a efeito, se o quisto possui numerosas vesículas filhas que veem obstruir o trocar-te. Nos casos em que a obstrução é produzida pelo encostamento da parede do quisto ao orifício do trocar-te, imprimindo a este alguns movimentos de lateralidade ou um leve recuo, far-se-ha com que o líquido comece de novo a correr.

O que é necessário é que a assepsia seja rigorosa, que «o operador se prepare como para uma laparotomia», para obstar à supuração de origem externa, pela qual só ele seria responsável.

A saída do líquido produz uma diminuição considerável de pressão dentro da bolsa quística e, por isso, determina muitas vezes a rotura de condutos biliares compreendidos na parede do quisto. Estes condutos tem a sua parede adelgada, por vezes reduzida á mucosa, de modo que, não podendo suportar a diferença de tensão, rompem-se e vertem no quisto a bilis (colerragia *ex vácuo*).

Castaigne declara que se explica mal a morte do parasita por êste meio e pergunta se é necessario invocar a colerragia. Se esta colerragia produz a morte da hidátide, por outro lado pode ser a causa de supuração do quisto, nos casos em que a bilis derramada se encontre infectada, o que, aliás, não é raro.

Não é êste o único inconveniente de punção evacuadora simples: Há ainda a censurar-lhe a probabilidade de um derrame intraperitoneal do líquido hidático; a saída para o peritoneu de gérmenes, tendo como consequência a equinococose secundária da serosa; a sua insuficiência nos casos em que, havendo vesículas filhas, a colerragia não é de resultados certos, nos casos em que o líquido se reproduz sendo necessário praticar novas punções, e naqueles em que a punção vai fazer com que os gérmenes contidos no quisto entrem em actividade e o convertam num quisto cheio de hidátides.

De resultados mais seguros é a punção seguida de injeccção de líquidos tenicidas.

Três variantes deste processo podem ser praticadas : o processo de Baccelli, o de Debove e o do Hanot.

O processo de Baccelli consiste na punção do quisto e aspiração de uma pequena quantidade de líquido, que é substituída por igual quantidade de soluto de sublimado corrosivo a 1 por 1000. A quantidade de líquido retirado orça por 20 centímetros cúbicos.

Segundo o processo de Debove a evacuação do líquido tem de ser tão grande quanto seja possível; este líquido é substituído em grande parte pelo licor de Van-Sniten. O processo de Hanot exige uma grande evacuação de líquido, como o de Debove e o líquido parasiticida, ainda o soluto de sublimado a 1 por 1000, é injectado na quantidade de 20 centímetros cúbicos, como no processo de Baccelli.

A operação, segundo o primeiro destes processos, pode ser feita com uma seringa de 20 centímetros cúbicos : o líquido hidático é aspirado para a seringa, que se esvazia e enche em seguida do soluto de biclorêto de mercúrio que é injectado no quisto. Nos outros processos o líquido é retirado do quisto por meio dum aspirador e, após a evacuação, o líquido tenicida é injectado pela cânula do trocarte em grande quantidade para ser aspirado de novo (Debove), ou em pequena quantidade (20 cent. cúb.) para ficar no quisto (Hanot). Concluída a operação, um penso oclusivo com colódio obturará o orifício cutâneo, será feito um penso algodoado

compressivo e o doentê ficará alguns dias numa imobilidade rigorosa.

Êstes tres processos provocam a morte da hidátide-mãe e das vesículas, mergulhando-as num líquido parasiticida. O processo de Baccelli não diminui a pressão intraquistica e esta circunstância facilita a saída do líquido contido na bolsa através do orificio produzido pelo trocarte; por consequência torna provável o aparecimento dos fenómenos de intoxicação hidática já mencionados.

O processo da Debove, exigindo uma lavagem do quisto com um soluto de sublimado corrosivo, expõe-se à emergência de uma retenção deste liquido, por obstrução do trocarte pelas vesículas-filhas; e a permanência dentro do saco quístico de grande quantidade de um liquido tóxico que pode ser reabsorvido, não pode deixar de ser um inconveniente. Foi para obstar a isso que outros operadores propuseram que a lavagem fosse feita com uma substância que, sendo fatal para a tênia, fosse inofensiva para o paciente. Fizeram-se, neste sentido, lavagens com um soluto saturado de naftol, mas os insucessos frequentes—quistos houve que tiveram de ser lavados por várias vezes—levaram a abandonar esta prática.

Do que fica exposto resulta que, das variantes dêste processo, o método de Hanot é o que apresenta menores inconvenientes, pois nem o liquido injectado é em dose tóxica, nem fica sob pressão.

Díssemos que a punção seguida de injeção é de resultados mais seguros que a punção evacuada simples. Não é, contudo, isento de perigos, e os accidentes verificados após a evacuação simples, teem sido observados depois da evacuação seguida da injeção, em menor número de casos, é certo, mas com uma frequência que não é para desprezar. Devem, além disso, notar-se os casos de intoxicação por absorção das substâncias tóxicas introduzidas no quisto; e a insuficiência ainda dèste tratamento. Com effeito, são numerosos os casos de recidiva observados 2 e 3 anos depois da operação e com razão argumentam os cirurgiões partidários da abertura cirúrgica, dizendo que devem ser corrigidas as estatísticas referentes a curas da hidatose por líquidos tenicidas, por terem sido perdidos de vista muitos dos doentes que nessas estatísticas figuram como casos de cura. Teem-se citado casos de doentes atingidos de equinococose hepática, cujo quisto foi tratado por punção e injeção, que mais tarde tiveram de ser laparatomizados; e, como não sendo excepcionais, os casos em que, obtida a morte do parasita e a involução do quisto, sobreveiu uma supuração tardia provocada pela presença do cadáver da hidátide no figado.

Faure e Labbey citam, em abono da abertura cirurgica, a declaração insuspeita de Dieulafoy no seu Manual de Patologia interna:

«Em resumo: eu deixei a pouco e pouco o tratamento do quisto por punção aspiradora e aconselho recorrer à laparotomia».

E o Dr. Jorge Monjardino, num artigo inserto na «Medicina Contemporânea» sobre quistos hidáticos em que demonstra a natureza anafilática da intoxicação hidática, diz:

«No entretanto, a punção, ou simples ou dupla «ou seguida de injeccção modificadora, foi de em-
«prêgo usual em tempos, estando hoje, feliz-
«mente esquecida. A memória dos maus efeitos
«dêste processo, que convêm não avivar na prá-
«tica, é na realidade um documento precioso a
«favor das reacções anafiláticas explicativas da
«patogenia da intoxicação hidática».

Abertura cirúrgica

Este tratamento tem por fim abrir o quisto e esvazia-lo dos elementos hidáticos. Num primeiro tempo proceder-se ha à descoberta do quisto, depois praticar-se ha a incisão da sua parede para proceder ao esvaziamento, e por último tatar-se ha a cavidade ocupada pelo parasita. Foi o tratamento desta cavidade que deu origem aos diferentes processos em que se subdivide este método: marsupialização, redução sem drenagem e capitonagem da cavidade hepática.

As vias de acesso para a descoberta do quisto variam com a sua sede. Para descobrir os tumores abdominais ou condro-abdominais seguir-se ha a via abdominal, praticando, segundo os casos, a laparotomia vertical (mediana

ou lateral) ou oblíqua (incisão a dois dedos abaixo e paralela ao rebordo costal). A incisão oblíqua, se tem o inconveniente de seccionar ao través as fibras musculares, dá, por outro lado uma abertura maior, favorece a marsupialização e permite, se for preciso, ressecar o bordo inferior do tórax (processo de Lannelongue).

Para os quistos de evolução superior segue-se a via transpleuro-diafragmática. Em geral é necessário ressecar apenas uma costela, aquela que corresponde à região mais elevada do tumor—8.^a 9.^a ou 10.^a, mas não se deve hesitar em sacrificar duas ou três costelas para trabalhar à vontade. Através do espaço assim obtido, corta-se a pleura e depois o diafragma, procurando, por compressão sobre o tórax, manter em contacto os dois folhetos pleurais e assim evitar que o ar penetre na cavidade da pleura. Cortado o diafragma, pinçam-se os bordos da ferida diafragmática e reviram-se para fora no sentido de proteger a pleura, podendo mesmo suturar-se a pleura diafragmática à pleura torácica antes de abrir o diafragma. Estas precauções são desnecessárias quando existem aderências entre os dois folhetos pleurais.

Para os posteriores a via de escolha é a via lombar. Faz-se a incisão ainda no ponto mais acuminado do tumor, seguindo tanto quanto possível o rebordo da massa sacro-lombar.

A via abdominal deve ser seguida sempre que seja possível, com ou sem ressecção do re-

bordo costal—processo de Lannelongue.—Este processo permite operar muitos quistos de sede superior. A via transpleuro-diafragmática deve reservar-se para os superiores, que em virtude da sua situação, seriam inatingíveis praticando o processo de Lannelongue.

Qualquer que seja a via de acesso, o operador pode encontrar aderências entre o peritoneu parietal e o peritoneu hepático, muito principalmente se o quisto é supurado; e se o operador, na sua incisão, não ultrapassar os limites das aderências, a operação fica extrapritoneal.

Descoberto o quisto, protege-se a cavidade abdominal com compressas de gase esterilizada e embebida em um soluto de formol a 1 por 100, deixando livre da superficie do quisto o ponto mais culminante; dêste modo evita-se que o líquido, que porventura extravaze do quisto, vá infectar o peritoneu.

Depois de tomadas estas precauções, esvazia-se o quisto e procede-se ha à sua formolagem, empregando para maior facilidade e segurança um aparelho que «consiste num tubo de cauchu «de comprimento suficiente, que se continua em «uma das suas extremidades por um funil de «paredes graduadas de maneira a medir o líquido que se evacua e o que se quer introduzir na bolsa quística. A outra extremidade termina pela bainha de um trocarte bem adaptada e bem segura por um fio apertado; a «ponta, o estilete do trocarte, penetrará na bainha depois de ter perfurado o tubo de canchu

«e esta engenhosa manobra permitirá, quando
«a ponta e a bainha tiverem penetrado no quisto,
«deixar a bainha e retirar a ponta, sem efusão
«de liquido e por conseguinte sem sementeira
«equinocócica, porque o orificio feito pela ponta
«no tubo de cauchu, fechar-se ha imediatamente
«desde que se retire o estilete.

Punciona-se, pois, o quisto e retira-se da cânula o estilete; abaixa-se o funil para que se escôe o liquido hidático e, quando este deixar de correr, introduz se na bolsa uma quantidade de soluto de formol a 1 %, que orce pela terça parte ou metade de volume do liquido extraído.

O soluto é vertido no funil, que depois se eleva; deixa-se permanecer no quisto durante cinco minutos e a seguir evacua-se pelo processo indicado.

Se o trocarte é obstruido por vesículas-filhas, é impossível a evacuação do liquido e, por consequência, a formolagem. Nestes casos sempre corre uma certa quantidade de liquido que é sufficiente para diminuir a pressão intraquistica, a renitência desaparece e as paredes do quisto podem ser pinçadas e cortadas, tendo o cirurgião de rodlear-se de cuidados e tomar medidas que evitem a equinococose secundária, porque vai abrir um quisto cheio de vesículas vivas.

Feita a formolagem, retira-se o trocarte e abre-se o quisto ao nível do orificio da punção, fazendo a incisão paralela aos bordos da ferida

cutânea, e procede-se à evacuação da bolsa. Se houve o cuidado de não lacerar a membrana cuticular, pode retirar-se a hidátide inteira, trazendo consigo todos os elementos vesiculares nela contidos; se, pelo contrario, a membrana se rompeu quando se pretendia extrai-la (como succede frequentemente nos quistos cheios de vesículas filhas), é necessario retirar todas as hidátides por meio de instrumentos (colheres, pinças, curetas rombas) ou com a mão, de modo que a cavidade fique absolutamente limpa de elementos hidáticos, principalmente se o operador pretende fazer a redução sem drenagem. Neste caso, e para maior segurança, todos os recantos da cavidade, depois de enxugados, serão postos em contacto com um soluto de formol ou cloreto de zinco; segundo outros, deve lavar-se a bolsa com água esterilizada corrente.

E' necessário ainda explorar com cuidado as paredes do quisto no sentido de investigar a existência de saliências denunciadoras de quistos vizinhos, que devem ser evacuados para dentro da cavidade do primeiro, destruindo a termo-cautério o septo hepático que os separa, e em seguida tratados da mesma maneira. A exploração da cavidade permite ainda, nos casos de fístula biliar, descobrir a fistula e, por conseguinte, suturar o seu orificio, se for possível.

Levada a operação até esta altura, o operador comportar-se ha para com a cavidade

quística de modo diferente, conforme pretender praticar a marsupialização ou reduzir o quisto sem drenagem.

Marsupialização

A marsupialização (processso de Lindemann-Landau), conhecida ainda pelo nome de hepatomia consiste em fixão por meio de sutura os lábios da incisão quística aos lábios da ferida abdominal, tendo o cuidado de aplicar bem, um contra o outro, o peritoneu parietal e o peritoneu que recobre o quisto—(marsupialização de fixação última); ou, depois da formolagem e antes de abrir a parede do quisto, sutura-la aos bordos da incisão cutânea e abrir o quisto em seguida e esvaziá-lo (marsupialização de fixação primeira). Feita a marsupialização drena-se a cavidade com um ou dois volumosos drenos de cauchu que se fixam à parede abdominal por meio de crinas de Florença e por onde serão eliminados, em dias ulteriores, os restos da hidátide e as vesículas-filhas que não foi possível retirar na ocasião da marsupialização. Se a via de acesso foi a transpleuro-diafragmática é conveniente reunir por uma mesma sutura os bordos das incisões quística, diafragmática e costal de modo a fusioná-las e prevenir a infecção da pleura.

A operação é simplificada quando existem aderências entre o peritoneu hepático e o peritoneu parietal, pois basta abrir o quisto dentro

da zona das aderências—a operação é extraperitoneal.

As lavagens são inúteis, excepto quando se receia uma retenção de líquidos na bolsa—acidentes sépticos com elevação térmica. Se for necessário fazê-las, proceder-se ha com doçura, sem pressão, para evitar acidentes que podem ser fatais.

A colerragia segue quasi sempre a marsupialização, seja em consequência da diminuição de pressão dentro do quisto, (colerragia *ex-vacuuo*), seja provocada pela supuração, quasi fatal numa drenagem prolongada, que provoca a ulceração dos condutos biliares (colerragia secundária, seja porque o quisto se tinha aberto espontaneamente nas vias biliares (colerragia primitiva). A colerragia pode ser total ou parcial. Será total quando as vias biliares principais se tornaram impermeáveis, obstruídas por restos de membrana ou acumulação de vesículas filhas, por calculo biliar ou comprimidas por tumor da vizinhança; se estas causas não podem ser invocadas é de supor que a causa determinante da colerragia seja uma angiocolite descendente que, partindo da bolsa quística, vá caminhando para os canais biliares de maior calibre, lhes determine uma tumefacção da mucosa que dificulte o curso da bilis no sentido normal e a faça refluir e vertêr-se dentro da cavidade do quisto.

A colerragia total é rara, de consequências graves para o doente pelos accidentes que derivam da não utilização da bilis pelo organismo,

ou pelos accidentes que podem resultar da comunicação do aparelho biliar com uma cavidade infectada.

A colerragia parcial é mais frequente, sem consequências de maior para o doente e cura, em geral, por si mesma.

Nos quistos não supurados marsupializados, os pensos devem ser feitos com a mais rigorosa assepsia; e, se, apesar de tudo, a supuração sobrevier, a drenagem larga e a aspiração quotidiana do pus, que impedem a sua estagnação e retenção nas anfractuosidades da bolsa, devem ser praticadas. Estabelecida a correlagia, a tamponagem e as cauterizações poderão ser úteis, se a colerragia é parcial. Se é total, poderá tentar-se a laqueação directa do vaso biliar, a tamponagem da fistula cutânea com o fim de restabelecer, por aumento de pressão nos condutos biliares, a sua permeabilidade. Mauclore obteve uma cura tamponando a cavidade com um enxerto epiploico. Se estes meios forem impotentes a coledotomia e drenagem do hepático estarão indicadas.

A bolsa quística, esvaziada e em comunicação com o exterior, vai-se retraindo a pouco e pouco, vai-se enchendo lentamente, mas a sua obliteração definitiva pode durar muito tempo, porque, como se disse já, em consequência da drenagem prolongada o quisto supura, e estas fistulas só muito tarde é que cicatrizam. Reclus estabelece como duração média dois meses para os pequenos quistos, quatro a seis para os médios e um ano para os grandes quistos.

Num dos seus casos o doente só se viu livre da cavidade, ao cabo de dois anos e, acrescenta, não são raros os casos citados de marsupialização em que uma fistula persistiu indefinidamente.

Redução sem drenagem

Aberto o quisto após a formolagem e evacuado, com todas as precauções, o seu conteúdo, reúnem-se os lábios da incisão quística por pontos separados, sutura contínua, ou, se a bolsa é flexível, por sutura à Lembert, e reduz-se o quisto no abdômem, fechando, em seguida, a ferida cutânea (redução simples com sutura). A oclusão da bolsa deve ser tão exacta quanto possível e Delbet recomenda que, antes de terminar a sutura, se achate a bolsa para a esvaziar do ar, e para aproximar as suas paredes, que, se a sutura for bem hermética, serão mantidas em contacto pela pressão abdominal.

Alguns cirurgiões aconselham que se fixe o quisto à parede abdominal, solidarizando desta maneira a sutura do quisto com a sutura do abdômem. Esta disposição tem por fim crear aderências entre o peritoneu hepático e o peritoneu parietal, aderências que obstem à infecção peritoneal quando, nos casos em que sobrevêm supuração depois da redução, o pus sai através da sutura; e, colocando o quisto em contacto com a parede do abdômen, permite a fácil reabertura ou punção da bolsa.

Tem sido praticadas reduções sem drenagem, deixando o quisto aberto na cavidade peritoneal (redução sem sutura).

A redução com capitonagem e sutura consiste em, antes de suturar os bordos da incisão quística, aproximar as paredes da bolsa por meio de fios de catgut passados na sua espessura. Para conduzir o fio, que deve ser grosso, o operador servir-se ha de uma agulha de Reverdin ou de pedal muito curva e procederá de modo que, entrando o fio pela face interna do quisto, atravesse uma espessura de tecido suficiente para se obter um ponto de apoio sólido e o orifício de saída fique a centimetro e meio ou dois centímetros do orifício de entrada, ou mais. Este mesmo fio será passado de modo idêntico na parede oposta, e as suas pontas reparadas por uma pinça; colocar-se hão, assim, três ou quatro fios, começando pelos mais profundos e só depois serão atados, pela ordem porque foram colocados, de modo a aproximar tanto quanto possível as paredes do quisto. Terminada a capitonagem proceder-se ha como na redução sem drenagem.

Extirpação e enucleação

Nos casos excepcionais em que o quisto é pediculado (quistos que migram para o abdômem) e depende do figado só por uma lâmina delgada de parênquima hepático, pode proceder-se à sua extirpação cortando o pedículo, sutu-

rando depois a ferida hepática ou ligando-a à parede abdominal.

Fizeram-se tentativas de enucleação dos quistos e são apontados alguns casos de cura rápida e completa; no entretanto não deixa de ser perigoso tentar enuclear um tumor cercado de um tecido friável e vascularizado como é o tecido hepático.

A marsupialização, arrastando quasi fatalmente a supuração, demora muito a cicatrização da fistula. Como conseqüências da supuração há ainda a citar a colerragia secundária, tão freqüente que alguns autores a consideram constante, e, raras vezes, hemorragias secundárias. A colerragia, se é parcial, nem sempre é grave, mas podem sobrevir acidentes que dependem da comunicação dos condutos biliares com uma cavidade infectada.

A marsupialização expõe ainda ao derrame de líquido hidático no peritoneu e à sementeira de vesículas vivas, e, mais tarde, à eventração.

A redução sem drenagem simples, sem sutura, dá as maiores probabilidades de um derrame de bilis no peritoneu e, por conseqüência, de uma infecção peritoneal, se a bilis se encontra infectada.

A redução sem drenagem com sutura pode ser seguida de derrame de bilis na bolsa e daí provir a infecção. No entanto, se o operador teve o cuidado de fixar as paredes da cavidade ao abdômem, fácil será fazer uma marsupiali-

zação secundária. Muitas vezes nem é necessário proceder à marsupialização, pois que se tem verificado que esta infecção é quasi sempre atenuada e para a sua cura bastam algumas aspirações do pus acumulado ou a drenagem feita através de uma pequena abertura.

Mas nos casos em que os fenómenos inflammatorios se manifestem de maneira que traduzam a violência da infecção, o operador não hesitará em proceder à reabertura do abdômen e estabelecer uma larga drenagem. Além da colerragia pode haver derrame sangüíneo, que, sendo abundante, constitui um perigo para o doente.

Este processo expõe ainda à absorção de liquido hidático, principalmente se a membrana germinativa não foi toda retirada; e à equinococose secundária, se o quisto continha muitas vesículas e não se procedeu à formolagem. Mas se a formolagem é sufficiente para evitar a equinococose secundária, resta provar, diz o Dr. J. Monjardino, que ela obsta à intoxicação hidática post-operatória; e este autor mostra, casos em que os fenómenos anafiláticos apareceram como consequências da abertura cirúrgica e considera este método de tratamento como expondo mais ou menos a uma absorção de liquido hidático.

Refere tres formas de intoxicação hidática post-operatória: formas benignas com prurido e febre; formas graves, rápidamente instaladas, seguidas de síncope, colapso, accidentes nervo-

tos intensos, durando em média 1 a 3 dias e sendo mais ou menos periódicas; e, finalmente, as formas mortais, em que a morte sobrevém em segundos, após síncope cardíaca ou dispneia, ataques semelhante epilepticos e dores abdominais. Nêstes casos não ha o menor sinal de peritonite ou embolia revelado pela autopsia.

Como quer que seja, é necessário frizar que êstes accidentes anafiláticos, que traduzem a intoxicação hidática, são observados muito mais frequentemente a seguir ás punções do que depois da abertura cirúrgica; nestes casos «por acção provavel das anestésias impeditivas dos fenómenos de anafilaxia, os sintomas não costumam ser tão evidentes».

Dêvé considera característico o aumento de temperatura 39° a 40° na tarde ou no dia seguinte ao da operação aséptica. No caso de que nos ocupamos, esta elevação de temperatura deu-se no dia seguinte ao da operação e foi acompanhada de erupções urticarianas.

Os quistos não supurados devem ser reduzidos sem drenagem, principalmente se são de pequeno volume e não possuem forma complexa. Se o quisto é de grande volume e se resolve reduzi-lo sem drenagem, é prudente fixar a bolsa à parede abdominal colocar um dreno transitório e passar um fio de espera. Se no dia seguinte se verifica ausência de colerragia, retira-se o dreno e ata-se o fio de espera. Os quistos de

forma complexa serão marsupializados; neste casos «parece bem difícil produzir com certeza a morte dos gérmes pela acção de um parasiticida», e a redução sem drenagem pode dar lugar à recidiva.

A colerragia primitiva contraindica a redução sem drenagem; e só deverá ser praticado nos casos em que se pôde laquear o orificio da fistula, e não há sinais de infecção biliar ou esta infecção é muito atenuada. Nestas circunstâncias é prudente fixar a bolsa à parede do abdómem para, se sobrevier derrame secundário da bilis, poder ser punccionada.

A redução sem drenagem é difícil de praticar por via transtorácica e principalmente por via lombar, e o operador pode ver-se obrigado a marsupializar.

Se o quisto tem as paredes calcificadas (quistos muito antigos) a redução sem drenagem está contraindicada em consequência da rigidez das paredes da bolsa, que obsta à sua aproximação.

Nêstes casos a capitonagem é impossível de praticar.

A punção terapêutica deve ser posta de lado. Só é admissivel se o doente se recusar formalmente a sofrer a abertura cirurgica, ou existirem difficuldades na sua realização. Nestes casos, deve ser preferido o método de Hanot.

Os quistos supurados devem ser marsupializados; poderá tentar-se a redução sem drenagem quando a infecção se apresente muito atenuada.

A sutura dos quistos no peritoneu é tratada por abertura do abdômen para evacuação do derrame e *toilette* do peritoneu no sentido de evitar a equinococose secundária. Quanto ao quisto, será reduzido sem drenagem, se não há colerragia ou foi possível laquear o orifício da fístula; fora destes casos proceder-se ha à marsupialização.

Se o quisto se abriu no intestino, embora esta abertura nem sempre seja origem de fenómenos graves deve suprimir-se a comunicação da bolsa com o intestino, e o quisto será reduzido sem drenagem ou marsupializado segundo se encontrar aséptico ou infectado.

Quando a abertura do quisto se fez na pleura, será necessário evacuar o derrame pleural, para o que se procederá à pleurotomia; em seguida tratar-se ha o quisto marsupializando-o.

Nos casos de quisto aberto no pulmão, procurar-se ha, por via transpleural, a comunicação bronco-quística e, protegendo a pleura por uma sutura, drenar-se hão separadamente o foco pulmonar e o foco hepático, depois do marsupializado o quisto.

Se existe angiocolite, além do tratamento do quisto é necessário praticar a coledocotomia e drenar os condutos biliares.

A equinococose evitar-se hia por meio de cocção suficiente dos alimentos, pelo emprêgo de águas filtradas e evitando o contacto com

cães, principalmente com cães de matadouro. Estes preceitos profilacticos não podem ser facilmente postos em prática.

O que ha a fazer é evitar que o cão seja infestado e, segundo Dévé e Blanchard deverá prescrever-se o seguinte:

1.º—A apreensão, nos matadouros, e a destruição efectiva, por incineração, de toda a víscera invadida pelas hidátiras;

2.º—Regulamentação estricta dos cães nos matadouros públicos;

3.º—A afixação, nos matadouros públicos, de cartazes indicando o perigo que ha em dar aos cães e gatos os órgãos contaminados como alimento;

4.º—Inspecções veterinárias, visando esta profilaxia antiequinocócica, aos matadouros particulares e rurais;

5.º—Uma circular dirigida a todos os veterinários lembrando lhes a patogenia da equinocose, e a importância das medidas preventivas que é util tomar a respeito desta afecção.

Bibliografia

Brumpt—Précis de Parasitologie—1910.

Castaigne e M. Chiray—Maladies du Foie et des Voies Biliaires—1910.

Delbet e Dentu—Traité de Chirurgie—1910.

Dévé e Payenneville—Semaine médicale—1914.

Dieulafoy—Manuel de Pathologie interne—1911.

Huchard e Fissinger—Mementos thérapeutiques—1910.

Jorge Monjardino — Medicina Contemporânea — 1913-1914.

Luigi Ferrio—La Diagnosi delle Malattie interne—1915.

NOTA

A revisão deixou passar alguns erros de fácil correcção.

Proposições

I Classe.—Anatomia—A dólico-, bráqui- ou mesati-cefalia não fornece a menor noção sôbre a mentalidade das raças.

II Classe.—Histo-fisiologia—O feixe de Gowers ainda não tem função determinada.

III Classe.—Farmacologia—Os arsenicais devem acompanhar os mercuriais no tratamento da sífilis.

IV—Classe—Anatomia patológica e Medicina legal—A freqüência das endocardites no coração esquerdo pode ser explicada pela natureza aeróbia dos micróbios que as produzem.

Defendo a aplicação de castigos corporais em certos criminosos reincidentes.

V Classe.—Higiene, Bacteriologia e Parasitologia - Os quistos hidáticos alveolares e uniloculares são produzidos por parasitas diversos.

VI Classe.—Obstetrícia e Gynecologia—A distócia pode ter por causa um quisto hidático.

VII Classe.—Cirurgia—Condeno o emprêgo da gase como dreno.

VIII Classe.—Medicina - Não ha tratamento médico dos quistos hidáticos.

Num sífilítico, o exagêro dos reflexos indica em geral uma sífilose meníngea.

Visto
O Presidente,
R. Frias

Imprima-se
O Director,
Pinho