

ALBERTO COSTA

Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra

O Quisto Hidático
do pulmão
e a vômica curativa

Separata de

A MEDICINA CONTEMPORÂNEA

n.º 27. de 5 de Julho de 1931

LISBOA

1931

RC
MNCT
616
COS

As bone amig. e by um
Coly. Dr. Ant. Ramalho
mais um grosso volume
de "prosas barbaras. para
a sua estante, com um
O QUISTO HIDÁTICO DO PULMÃO abraço

E A VÔMICA CURATIVA

POR

ALBERTO COSTA

Assistente de Cirurgia na Faculdade de Medicina de Coimbra

Alberto Costa

SEPARATA DE
A MEDICINA CONTEMPORANEA

N.º 27, de 5 de Julho de 1931



INSTITUTO COLUMBIANO DE ESTUDOS DE CARTAVALHO

RC
HNCT
GLB
COS

LISBOA
TIPOGRAFIA LABOR
Rua do Registo Civil, 9-B

1931

Parece que a localização pulmonar do *echinococcus polymorphus*, fase larvar da *taenia echinococcus*, não implica a passagem obrigatória do parasita pelo filtro hepático, nem mesmo tampouco a ingestão do mesmo.

Assim, o Prof. Dévé, que na matéria é opinião de vulto, provou o contágio pelas poeiras do ar, tendo conseguido experimentalmente a inoculação por via traqueal.

Não obstante, a opinião mais geralmente admitida tem sido a via sanguínea, atravessando o parasita as tûnicas do delgado, chegando aos vasos mesaraicos que o levam ao fígado, sendo aí passado à fieira atravez dos capilares do órgão, que o maior número de vezes o reteem e outras o deixam passar. Neste caso ainda, seguiria veia cava acima, atravessaria sem interêsse o coração direito, indo cair na nova armadilha dos capilares da pequena circulação.

Chachereau, Fraenkel e outros aventavam a ideia dos embriões poderem chegar directamente às veias hemorroidárias, depois de perfurado o intestino e, lançados daí na veia cava, seguiriam o itinerário acima, sem passarem portanto pelo fígado.

A localização pulmonar do quisto hidático graceja com toda a tentativa de estatística.

Ela de facto deve variar com as regiões, talvez com raças diferentes do parasita, com factores individuais múltiplos, com a via de contágio, com o ponto de travessia da parede intestinal, etc., etc., etc.

Por isso vemos estatísticas dispaes, das quais assinalaremos apenas como números extremos a

de Fraenkel, que dá uma percentagem de 7 a 12 % de localização pulmonar do quisto hidático, e a de Neisser, que observa esta localização em quasi 70 % do número global dos casos !

Pelo menos entre nós, o quisto hidático do pulmão está longe de ser freqüente e, por isso, tantas vezes é esquecido e confundido com variadas afecções, com as quais no seu início gosa de sintomas comuns. Muitas vezes, a doença começa com o quadro duma pleurisia (Vid Obs. I), à qual nem mesmo falta um ligeiro derrame verificado por punção e notáveis aderências que o ouvido ausculta e o radiologista descreve.

Outras vezes, são hemoptises, um pouco de tosse e certos fenómenos stetoscópicos que levam ao diagnóstico de tuberculose.

Mais tarde, se o quisto supura, o cheiro fétido da expectoração pode fazer pensar em abcesso ou em gangrena pulmonar, isto para não falar senão nas mais frequentes e justificadas causas de êrro.

* * *

Longe de nós a ideia de fazer aqui o estudo clínico do quisto hidático do pulmão, conhecido e descrito desde Laënnæc e Davaine, pois nada teriamos que acrescentar, e ficaríamos mesmo muito aquem da prosa que lhe consagram todos os tratados de medicina e cirurgia. Apenas um ponto nos interessa, porque entre os médicos de todo o mundo tem suscitado infindas controvérsias — é o valor clínico da vômica hidática.

E' que, na prática, é de certa utilidade conhecer se podemos contar com ela como um processo de cura, ou se temos de a temer como uma consequência funesta. Isto servir-nos-hia de base á nossa conducta terapêutica, se não fosse a verdade indubitável do aforismo "*na medicina não há sempre nem nunca.*"

Assim mesmo, é dando publicidade ás observações clínicas, que podem despertar interêsse

científico, que as opiniões e as estatísticas se elaboram, enfermado cada vez menos do critério pessoal.

Posto isto, acompanhemos o desenvolvimento dum quisto hidático do pulmão:

— O verme vesiculoso é tomado pelo organismo que se defende como um corpo estranho e, por isso, se forma uma zona de reacção à periferia, zona vascular de neoformação, propícia a congestões, — o que explica as hemoptises frequentes — e à qual o quisto, sempre parasita, vai buscar a nutrição indispensável.

E' a esta zona perivesicular, produzida á custa de fenómenos tóxicos, inflamatórios e mecânicos, a que se dá o nome de *membrana adventícia*, querendo com isto significar a reacção defensiva da víscera, sem pretender traduzir a ideia de folheto membranoide extirpável. Não há, de facto, nenhum outro plano de clivagem senão o que existe entre esta membrana adventícia e a face cuticular da membrana prolífera ou membrana mãe.

O desenvolvimento do quisto hidático incluso no parenquima pulmonar está dependente de condições que o meio ambiente lhe oferece e que na realidade não se encontram facilmente noutras localizações viscerais do mesmo quisto. Assim, ao passo que no fígado, êste esferoide de conteúdo líquido e membrana elástica encontra uma certa imobilidade no meio que o hospeda, e por toda a parte, á superficie, uma certa harmonia de pressões, uma certa renitência do parenquima, uma coesão periférica relativa, no pulmão, vamos ver o que se dá:

— Aqui, o quisto, na sua progressão excêntrica apenas pode contar com a protecção mínima da sua membrana adventícia. O meio ambiente é ingrato: constantemente em movimento, exercendo sobre êle ininterruptamente, a cada inspiração, *pressões pneumáticas*, ora moderadas, ora violentas como nos acessos de tosse — tanta vez motivados por compressões nervosas e brônquicas e pela inflamação e congestão periquística.

Estas pressões, que raro se exercem com certa igualdade à sua volta, transmitem-se de fóra para dentro ao conteúdo líquido e, subordinadas ao princípio físico de Pascal, são transmitidas em todos os sentidos. Vemos, portanto, que, se o crescimento do quisto tende a vencer a resistência elástica da membrana mãe, as *pressões pneumáticas*, agora convertidas em pressões excêntricas, colaboram para o mesmo fim por mecanismo idêntico.

Por isso, o quisto hidático do pulmão, abandonado à sua evolução natural, tende para a rotura espontânea. Esta rotura, podendo ter por consequência a boa drenagem para o exterior e implicitamente a cura da doença — drenagem por via brônquica ou perfuração no estômago e intestino através do diafragma (Fraenkel) — pode acarretar as mais graves consequências, quando se dá para dentro de outros órgãos: veia cava inferior e cavidades serosas (pleura, pericárdio e peritoneu.

* * *

Interessa-nos conhecer a vômica hidática como processo de cura espontânea, sendo na opinião de Dévé um belo exemplo de «*vis medicatrix naturae*».

Mais bela, se fosse tão freqüente, seria a terminação do processo por envelhecimento e esterilização do conteúdo quístico, com degenerescência gorda do mesmo, ou ainda por involução (necrose aséptica de Chauffard).

E' impossível falar de quisto hidático e sobretudo de vômica hidática curativa, sem pronunciar muitas vezes o nome do professor de Rouen. Foi Dévé, de facto, quem tomou a peito êste estudo, criando discípulos e inspirando-lhes têmeas congêneres que defenderam em teses. (1) Todos se pro-

(1) *Lepicard* — Thèse de Paris, 1912. La vomique hydatique pulmonaire. Sa valeur curative.

Bellard — Thèse de Paris, 1924. Contribution à l'étude de la vomique hydatique curative.

Jouniaux — Thèse de Lille, 1927. Contribution à l'étude de la vomique curative, dans les kystes hydatiques du poumon.

puzeram provar que as estatísticas de Guimbellot e Baumgartner, tornadas clássicas, dando uma percentagem de 50 a 70 % de mortes, quando o quisto hidático do pulmão era abandonado á sua evolução natural, careciam de revisão, pois não se fundavam em dados de observação dos seus autores e eram mal documentadas.

Dêste «mal entendido médico-cirúrgico» nasceu a discussão.

Dum lado, secundada por inúmeros cirurgiões a opinião antiga de Tuffier, exposta ao Congresso Internacional de Moscow em 1897, ditando que a terapêutica do quisto hidático do pulmão era de ordem exclusivamente cirúrgica;

do outro, Dévé organizando estatísticas que provam terminar a vômica por cura em mais de 80 % dos casos, o que reabilitava a velha opinião expectante de Trousseau, tão combatida por Mery e Barbonneix.

A discussão continua entre intervencionistas e abstencionistas e de um lado e de outro as estatísticas crescem em optimismo, opondo-se ás de Dévé as de Garré e do austríaco Fraenkel, que obtiveram 90 % de curas operatórias, de Tuffier que viu curar 55 doentes dos 61 que operou, Guimbellot que apresenta uma estatística de 83,3% de curas, Thomas, 82 % e Pasquier, 75 %.

Do trabalho ultimamente publicado pelo Prof. Cabeça e Dr. Bernardo Vilar, (1) onde se encontra um estudo analítico e estatístico, da cirurgia dos quistos hidáticos, feita nos hospitais de Lisboa, depreende-se também que, desde 1907, foram ali operados de quisto hidático do pulmão 17 doentes (2) dos quais se curaram 14, ou seja uma per-

(1) *Lisboa Médica* — 1931 n.ºs 3, 4 e 5.

(2) Referimo-nos apenas aos casos operados na intenção de abordar o quisto, esvasiá-lo e drená-lo, fazendo ressecções de costelas, pleurotomias e pneumotomias, deixando sem referência outros casos tratados por pneumotórax, frenicotomias, etc, na impossibilidade certamente de outras operações mais radicais.

centagem de 82 %. Dos restantes 3, apenas 1 morreu, sendo os outros insucessos operatórios.

Mas, à maneira que êstes números vão sendo, ora confirmados, ora infirmados, os cirurgiões modernos como, por exemplo Sauerbruch, dizem que *o prognóstico da equinocose pu'monar nem sempre é desfavorável, seguindo uma terapêutica expectante, pois que às vezes se observa uma cura espontânea depois da expulsão do conteúdo do quisto por vômica* (1).

Seria óptimo saber esquematizar, dizendo quais os casos que reclamam intervenção cirúrgica e aquêles que podem abandonar-se à cura espontânea por vômica hidática. Foi o que Dévé tentou fazer, distinguindo com certa razão os *quistos centrais ou parabrônquicos* e os *quistos periféricos ou parapleurais*.

Os primeiros, de facto, desde muito novos têm como vizinhança protectora, um grande brônquio, que será quando da sua rotura um famoso colector; os segundos só poderiam gosar idêntico benefício, quando tivessem adquirido dimensões que não há o direito de esperar.

Mesmo assim, estariam sempre na contingência de se abrirem num bronquio demasiado estreito, e daí, por insuficiente drenagem, os perigos de infecção do quisto e, a asfixia durante a vômica; por outro lado, a eminência da rotura na pleura com todo o perigo conseqüente: crise anafilática com fenómenos gerais, que vão até ao colapso, piopneumotórax, etc.

São êstes quistos periféricos, principalmente, que reclamam justificadamente os benefícios da cirurgia, se bem que Morquio nem mesmo nêstes casos aconselhe a operação.

hidático do pulmão abandonado a si próprio?

* * *

Quais as complicações a que está sujeito o quisto

(1) *Cirurgia del Tórax* (Trad. esp.) Tomo I. Barcelona 1926.

— A *rotura e a supuração*.

A rotura é temê-la quando, pela localização do tumor, êste pode abrir-se no abdómen atravez do diafragma (certos quistos da base), na pleura (quistos para-pleurais), no coração ou grossos vasos (quistos justa-cardíacos ou mediastinais).

Pelo contrário, sempre que a sua localização favorece uma boa drenagem brônquica, (nos quistos do lóbo superior por exemplo, a própria gravidade parece concorrer para o seu esvaziamento) ou se afasta dos recursos da cirurgia pela dificuldade na via de acesso, devemos esperar a vômica como um processo de cura.

Veremos pelas observações, que juntamos no fim dêste trabalho, que isto não tem nada de esquemático, sendo por vezes difícil, para não dizer impossível, fazer previsões destas. Ainda bem que os casos de nossa observação favorecem as ideias optimistas, pois um pelo menos — se o diagnóstico tivesse sido posto de principio — (Obs-I) parece-nos que nem o próprio Dévé faria uma profecia de bom prognóstico.

Quanto à supuração do quisto, ela é uma conseqüência implícita da rotura, pois a membrana mãe enquanto viva é duma impermeabilidade perfeita aos micróbios.

Uma vez dada a sua rotura, nada mais parecido do que aquilo que se passa com o abôrto de mais de 3 meses.

À rotura do *saco* segue-se a vômica e, quanto aos *envólucros*, uma vez retidos, votam á infecção a cavidade.

Esta infecção pode ser atenuada e sem reacção geral, podendo ser grave principalmente quando os anaeróbios entram em acção. Aqui, como no aborto, a retenção da membrana entretém a supuração e, em seguida ao seu descolamento, dá-se a sua expulsão em regra fragmentada. (1)

(1) Delgrange distingue: *grande vômica, vômica fraccionada expecturação hidática.*

A vômica pode ser mais ou menos difícil, conforme a localização do quisto — já o dissemos — conforme o seu volume, conforme se trata de quistos uni ou multi-vesiculares e conforme também a força expulsiva de que o doente dispense e que está em relação com o seu estado geral, com o volume do seu tórax e com a energia dos seus músculos respiratórios.

Uma vez esvasiado o quisto, a supuração em regra para e a caverna que fica desaparece por retracção das suas paredes «podendo esperar-se uma cura completa por cicatrização» (Sauerbruch) Esta é tanto mais fácil quanto menos espessa é a adventícia, a inflamação periquística ocasionando por vezes tecidos duros que se opõem ao encosto das paredes.

Nêste caso estão indicadas operações diversas, como pneumotorax, frenicectomia, toracoplastia, etc., podendo a supuração duma cavidade desta natureza dar um abcesso fistulizado num brônquio que não mais deixa de supurar. (Sergent) Na opinião de Lepicard, estas complicações cavitárias podem ter uma evolução favorável em 80% dos casos. O Prof. Belo de Moraes, numa lição publicada na *Medicina Contemporânea* de 1918 (1) conta duma doente sua (M. C. G.-Obs. 2171) portadora dum quisto hidático fistulizado num brônquio havia já 20 anos e que continuava regularmente a ter as vômicas.

Não foi contudo possível saber se se tratava duma localização pulmonar ou hepática, a despeito do estudo radiológico.

No mesmo trabalho já se fazem referências à vômica hidática curativa, encontrando-as também na estatística do Prof. Cabeça, como seja por exemplo o caso bem recente da doente n.º 1180 do Hosp. de Santa Marta, B. A. S., que esteve internada de 17-5-930 a 28-6 do mesmo ano, porta-

(1) N.ºs 1, 3 e 4 — A propósito dum caso de Kisto hidático no pulmão.

dora de quisto hidático do lobo inferior do pulmão direito, curado por vômica.

Emquanto o esvaziamento da caverna não é perfeito, a cura não se obtem, prolongando-se as hemoptises, a expectoração purulenta, a tosse, etc, fazendo-se esperar a cura por vezes muitos meses.

Esta sobrevem numa percentagem bastante grande, que se pode avaliar pela seguinte estatística de que na sua maior parte nos dão conhecimento Bellard e Jouniaux (1)

	<i>casos</i>	<i>curas</i>
Madelung (1885)	16	13
Lemaire (1903)	10	8
A. Becker (1907)	18	15
Cranwell-Vegas (1910)	8	7
Lepicard (1912)	30	30
Finochietto (1920)	4	4
Morquio (1921)	30	30
D. Fairley (1922)	10	8
Fortu-Pereira (1923)	7	6
Dévé (1923)	10	10
Médicos normandos (1923)	6	5
Peritchitch. (1923)	15	12
Moggi (1926)	4	4
Morquio (1926)	20 novos casos	20
Dévé (1926)	1 novo caso	1
Pierre et Gernez (1926)	2	2
Nossas observações (1931)	2	2
Total	193	177

Percentagem 91,7%

Estes números são a melhor apologia da terapêutica expectante e, por isso, depois de lembrarmos o que atraz fica dito — acêrca da oportunidade da intervenção em certos quistos facilmente abordáveis, limitamo-nos a resumir o que Bellard diz e documenta em algumas páginas da sua tese:

(1) Loc. cit.

Teme-se a vômica hidática pelos acidentes a que pode dar lugar.

A *morte por asfixia* tem sido mencionada mas ela é uma raridade, conhecendo-se ao todo uns sete casos.

As *hemoptises* freqüentes raras vezes são fatais, conhecendo-se também meia duzia de casos publicados.

Em compensação elas entram nas complicações operatórias e post-operatórias, tanto imediatas como secundárias.

De *intoxicação hidática grave*, mais rara ainda que as outras complicações, apenas se conhecem os três casos citados por Dévé, consecutivos a punções exploradoras que, conscientemente nunca devem fazer-se.

Quanto às *complicações infecciosas* bronco-pulmonares e pleurais, de todas as mais freqüentes, têm sido também assinaladas como complicação do acto operatório em proporções que talvez admitam um certo grau de comparação.

Diremos ainda que, complicando a operação, há registados casos de *síncope, colapso e morte súbita* (casos de Morquio, Lagos Garcia e A. Lamas).

Temos além disso de fazer referência àqueles casos em que a operação foi improficua por não ser possível encontrar o quisto, encarregando-se a natureza mais tarde, algumas vezes, de o regeitar por vômica.

Não terminaremos sem citar a propósito dois casos relacionados na estatística do Prof. Cabeça:

Doente n.º 1243—Hospital de Santa Marta—Fernando J. S., 24 anos—Quisto hidático do pulmão. Ressecção da 7.ª e 8.ª costelas; sutura do pulmão à parede torácica.—21-1-916; alta em 10-5-916. Mesmo estado.

Doente n.º 3414—Hospital de Santa Marta—Leandro D. S., 48 anos—Quisto hidático do pulmão direito, lóbo médio, do volume dum ovo de pata.

Ressecção da 3.^a costela; não foi possível localizar o quisto. (2-3-921).

Mais tarde, no mês de Maio, fez-se a aplicação de rádio sôbre a cicatriz e o doente expulsou a membrana do quisto por vômica.

*

* *

Não insistiremos sôbre a sintomatologia, tanto do quisto como da vômica por todos conhecida e por demais estudada. De resto, os dois casos que nos passaram pelas mãos e que em seguida relatamos, são um esboço sintético das descrições clássicas.

Apenas, como ligeiro reparo, ousaremos lembrar que a presença do quisto hidático no organismo provoca reacções humorais, com formação de anticorpos específicos, precipitinas, sensibilização anafilática e eosinofilia.

Servem-nos de valioso recurso para o diagnóstico as reacções de Weinberg e Cazoni e a constatação da eosinofilia que numa das nossas doentes atingiu 37, 3 %, o que é uma das maiores cifras entre nós registadas.

Ora, uma vez supurado o quisto e morto o parasita, costumam as reacções tornar-se negativas e, dizem os autores, que o número de eosinófilos baixa ao normal. Nos nossos dois casos não verificamos isso, tendo atingido o normal a taxa dos eosinófilos apenas depois de completada a cura. Até aí, assistimos a uma queda progressiva da leucopénia eosinofila, à medida que o esvaziamento do quisto se ía dando (figs. 2 e 7).

*

* *

OBSERVAÇÃO I

Carolina Ferreira Capôa, de 43 anos, casada, natural da Costa do Valado (Aveiro) aparece a

consultar-nos em novembro de 1928. Nunca esteve doente. Teve 10 filhos que são vivos e sãos. Desde fins de setembro que se sente mal, com arripios, tosse seca, febre e uma pontada impertinente na base do pulmão esquerdo que não a deixa encher o peito de ar.

A' auscultação notamos muito apagado o murmúrio vesicular; atritos ligeiros abaixo do ângulo da omoplata e matidez à percussão. Fizemos uma punção exploradora e não conseguimos retirar qualquer líquido. Diagnóstico provisório — pleurisia enquistada à esquerda.

Aconselhamos a doente a procurar-nos em Coimbra para a fazermos examinar ao Raio X.

Em 27-12 somos procurados por ela e tal é o seu estado de emagrecimento e de astenia que resolvemos interna-la numa enfermaria de clínica médica, onde é estudada pelo nosso ilustre colega e amigo Doutor Vaz Serra, a quem agradecemos os apontamentos que nos forneceu sobre a história desta doente enquanto esteve entregue aos seus cuidados.

Queixa-se de pontadas, predominando á esquerda, e desde novembro que tem espectoração muco-purulenta, numular, por vezes hemoptoica e muito abundante.

A' auscultação, numerosos sibilos audíveis nos 2/3 inferiores de todo o hemitórax esquerdo, menos abundante na base onde há ausência de murmúrio e vibrações vocais. Matidez á percussão. Skodismo no vértice. Punção com agulha grossa, dá pequena quantidade de líquido sero-purulento.

Introdução de azul de metileno logo expulso nos escarros. Dias depois nova punção tendo-se extraído 30 c.c. de pús e injectado o mesmo volume de óleo gomenolado Nos dias seguintes a expectoração cheira e sabe a gomenol.

Não há bacilos de Koch nos escarros; *não se encontram bactérias* no líquido pleurítico *Wassermann* — negativa. *Exame radioscópico* — mostra no hemitórax esquerdo uma sombra que o radiolo-

logista descreve como traduzindo a existência de derrame pleural não livre até ao nível da 3.^a costela encontrando-se por êste facto a sombra cardíaca muito desviada para a direita.

Temperatura— irregular durante o primeiro mês com subidas a 38,° 38,°5 e mesmo 39,°; nos meses seguintes normaliza-se, indo raras vezes além dos 37,°. Continua a expectoração hemoptoica, tosse e pontada.

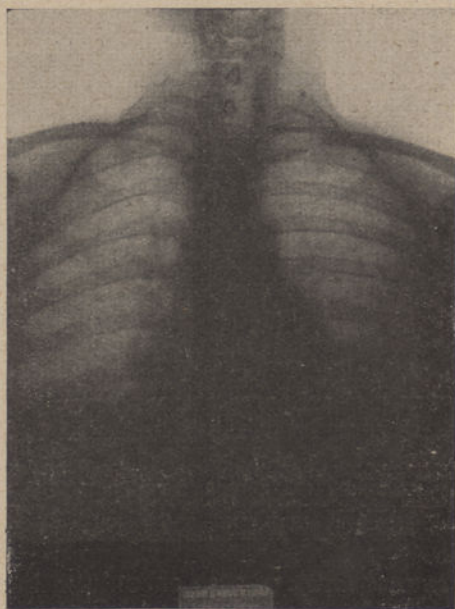


FIG. 1

Injecções de *Extracto de Antigenio Tuberculoso metílico* e sessões de *diatermia*.

A doente, que teve sempre muito apetite, nutre imenso e sai em 2-5-929 muito melhorada.

*

*

*

Volta de novo no dia 27 de agosto do mesmo ano. Vem mais abatida; a tosse e a pontada incomodam-a bastante; a expectoração sobretudo abundante de manhã é purulenta e hemoptoica.

Conta que em julho expulsara com a expectoração umas *pequenas peles*, o que faz nascer a ideia de quisto hidático.

Weinberg — negativa. A sintomatologia estetoscópica é semelhante.

A radiografia (fig. 1) mostra "... a base do

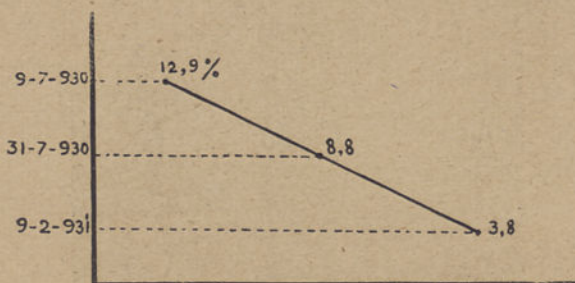


FIG. 2

hemitórax esquerdo opacificada por uma grande mancha de densificação e densidade mais ou menos uniforme e limite superior mal definido nada concluindo o radiologista de positivo sôbre o seu significado.

Na expectoração não se encontram bacilos de Koch, havendo cocus, diplococus positivos ao Gram, streptococus e alguns pneumococus.

Teve alta em 29-12-929, melhorada pelo descanço e pelo benefício do tratamento médico.

*

*

*

No dia 8-7-930 a doente procura-nos de novo

e conta-nos a seguinte história clínica:— Desde que saiu do Hospital a expectoração continuou sempre purulenta, agora bastante fétida e particularmente abundante de manhã. Em meados de janeiro grande hemoptise, voltando a tê-las durante

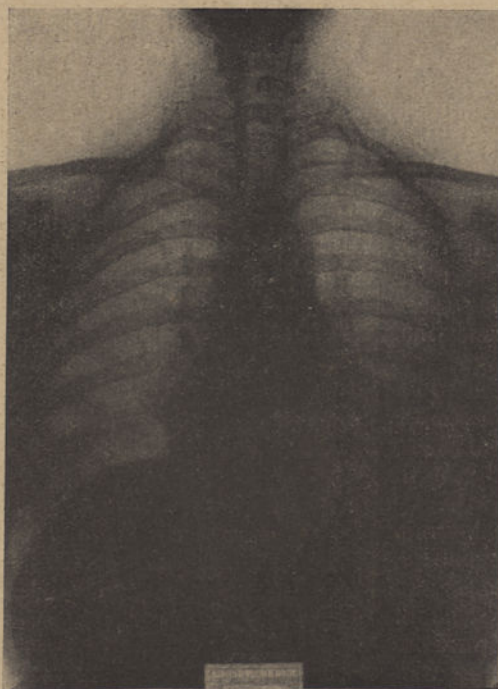


FIG. 3

esse mês, duas e três vezes por semana. De quando em quando, expulsava com os escarros fragmentos de membrana como expulsara em julho de 1929. Em fevereiro começou a tomar cloreto de cálcio e as hemoptises pararam.

No dia 4 de julho, teve um grande acesso de

tosse com grande dispneia. Este estado de penosa asfixia durou momentos angustiosos, tendo depois uma vômica abundante constituída por pús côr de tijôlo e retalhos de membrana hidática. Esta vômica repetiu-se por mais duas vezes du-

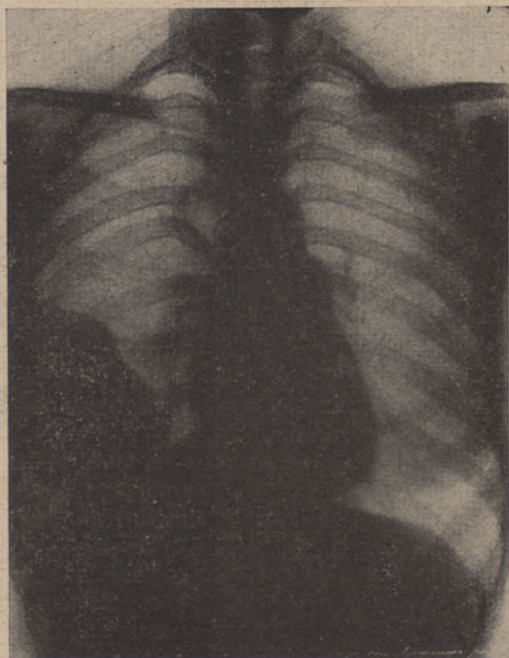


FIG. 4

rante o dia, e a doente traz-nos um frasco cheio com as membranas que expeliu.

Estas estão conservadas no Museu de Anatomia Patológica onde foram reconhecidas, tendo a peça o n.º 2474.

Internamos a doente na Enf. de 2.^a C. m. (registro clínico n.º 2082). Desde que teve as vômicas

não voltou a ter tosse nem expectoração e sente-se bem. Ainda persiste uma ligeira pontada na base esquerda, e à auscultação numerosos atritos.

A fórmula leucocitária feita no dia 9 de julho (4 dias após a vômica) mostra de notável 12, 9%

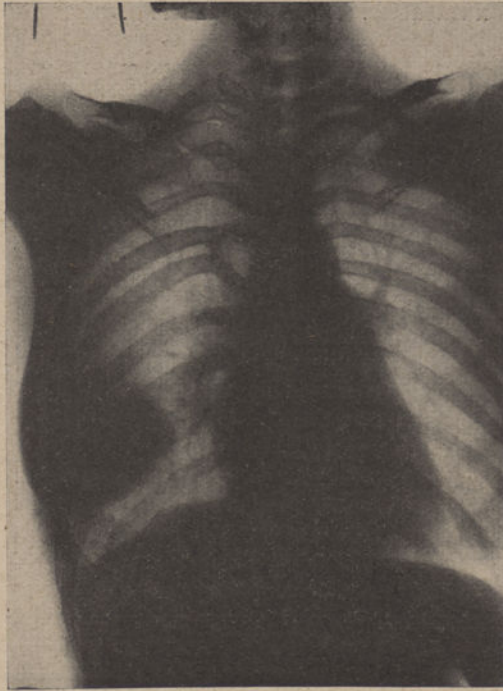


FIG. 5

de eosinófilos.

Estes decrescem progressivamente, conforme o gráfico junto (fig. 2) à medida que a doente vai melhorando. Alta em 8-8-930. Voltamos a vê-la com freqüência, tendo-a feito examinar recentemente no Raio X (fig. 3). Aparte ligeiras aderências que obscurecem o ângulo costo-diafrágico

nada de apreciavel. Esta mulher gosa agora bôa saúde.

OBSERVAÇÃO II

Enf. 2.^a C. m. — Registo clínico n.º 2065.

Ana de Jesus Nunes, de 30 anos, creada de servir, natural de Vilarinho (Louzã).

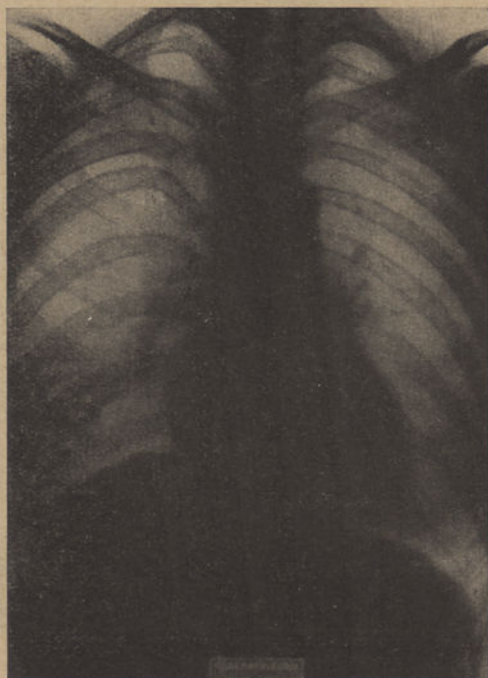


FIG. 6

Veio transferida duma enfermaria de medicina em 16-6-930.

Ha 4 ou 5 anos que se queixa de pontadas ao nível da linha axilar direita, à altura do 6.^o espaço, aumentando estas nas inspirações profundas

e quando faz esforços. Um certo grau de dispneia de esforço, notando-se à auscultação uma diminuição ligeira no murmúrio vesicular ao nível da região dolorosa (linha axilar) com fenómenos estoscópicos, revelando ligeira congestão. Sub-macidez à percussão ao nível do 7.º, 8.º e 9.º espaços, entre a linha axilar e o bordo do grande dorsal onde a radiografia revela a sombra dum quisto hidático (fig. 4).

Weinberg — positiva.

Formula leucocitária mostra uma percentagem de 37,3 % de eosinófilos (7-6-930)

Urinas — normais.

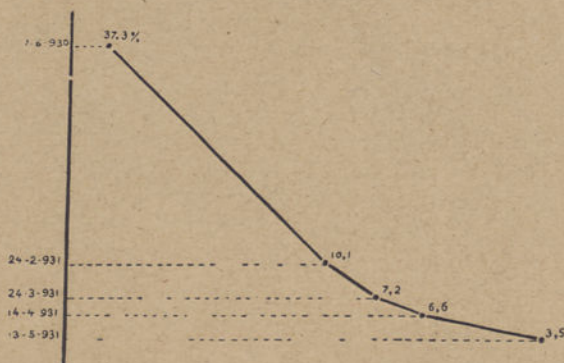


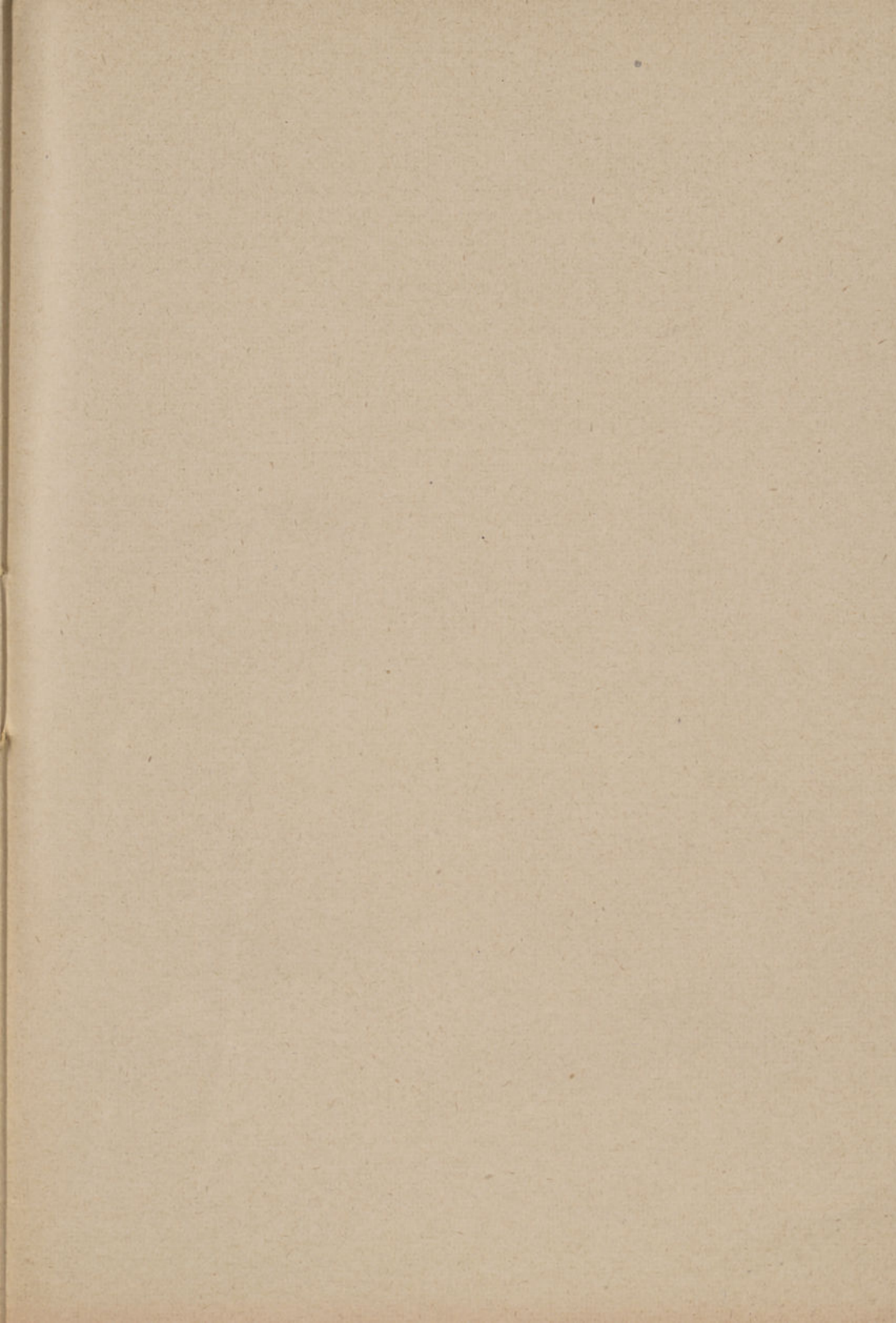
FIG. 7

Em 20-6-930 teve hemoptises durante a noite ficando depois disso com expectoração hemoptoica, côr de tijôlo que daí por diante se torna purulenta e muito fétida, constituindo verdadeiras vômicas fraccionadas e contendo freqüentemente retalhos de membranas hidáticas.

Durante 10 meses êste estado de coisas manteve-se. Uma radiografia tirada em 11-7-930 (fig. 5) mostrava já o quisto muito reduzido pelas primeiras vômicas. Na noite de 20 de março expulsou maior quantidade de membranas, num acesso de tosse mais violento "cuidando que asfixiava".

Nos três dias seguintes ainda expulsou algumas, e depois não mais teve tosse, nem expectoração, nem pontadas. A' auscultação apenas um ligeiro aumento das vibrações vocais, traduzindo um certo grau de esclerose, sem sinais de caverna. A' percussão a sonoridade é normal. Uma radiografia tirada no dia 7-4-931 (fig. 6) mostra o desaparecimento do quisto e uma cicatriz fibrosa testemunhando o apagamento da caverna. Os eosinófilos baixam ao normal no dia 13 de maio, sendo a sua queda representada no gráfico da fig. 7.







RÓ
MU
LO



1329661842

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

