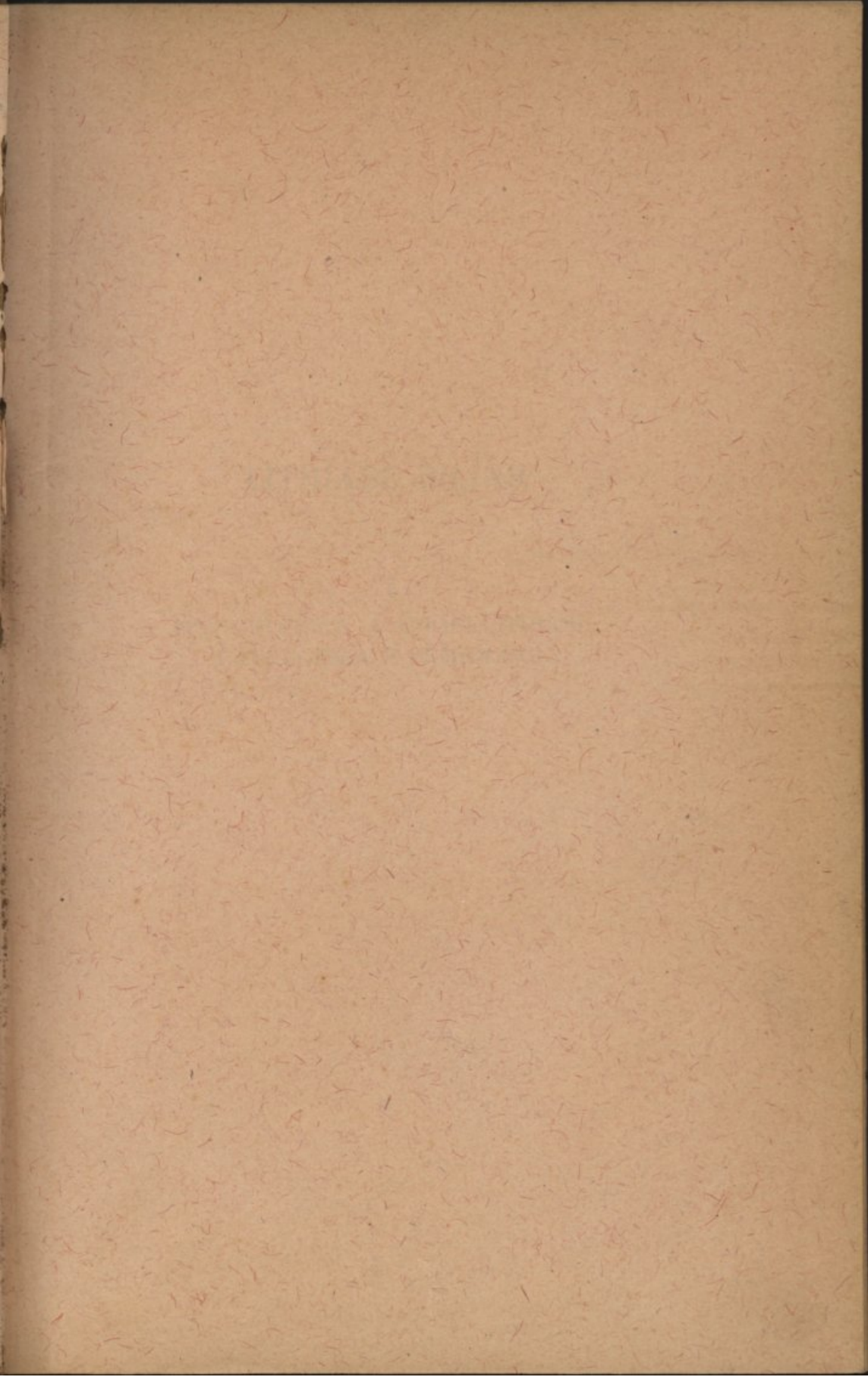
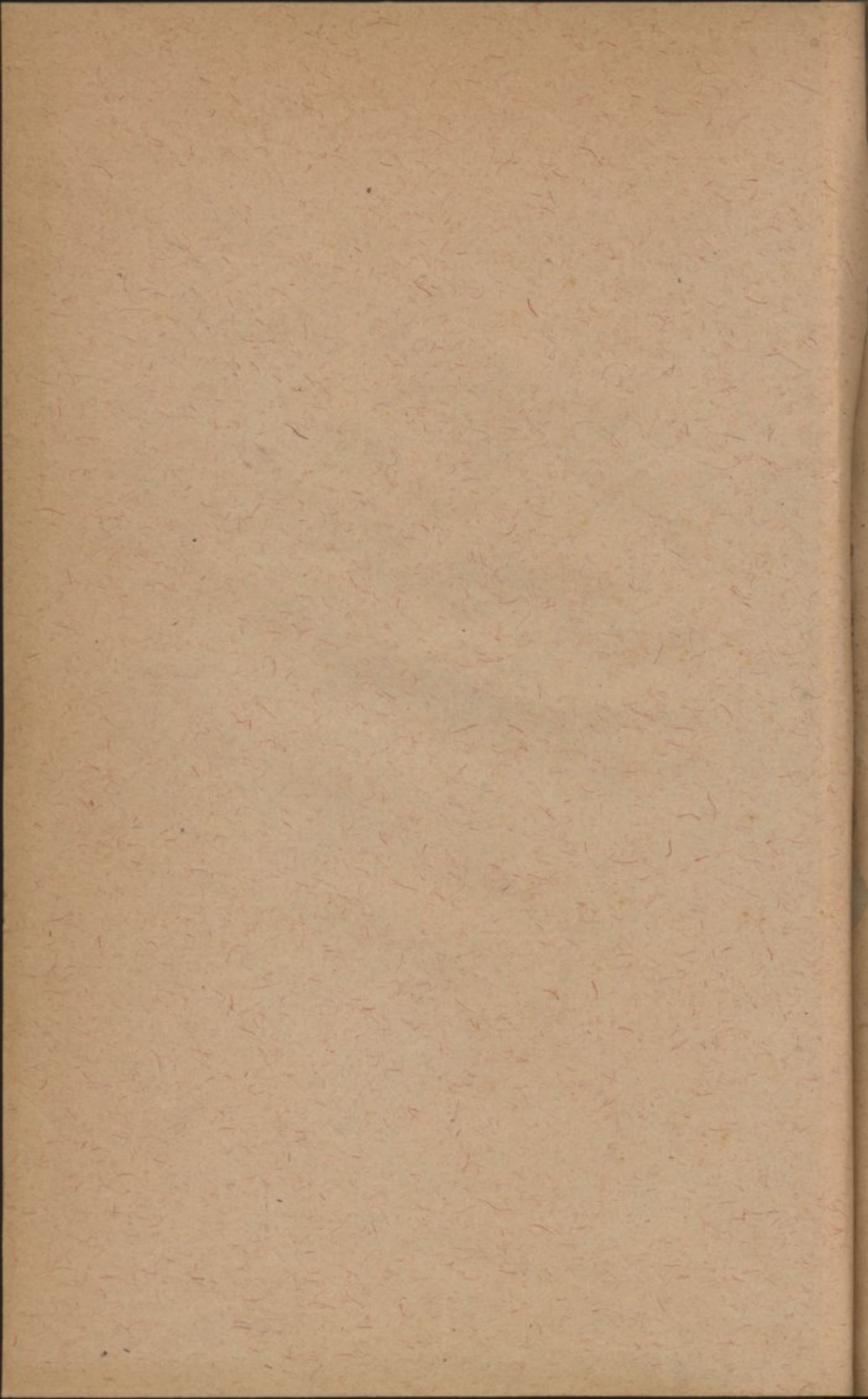


Sala 5
Gab. —
Est. 56
Tab. 8
N.º 7







LITHIASE BILIAR

—

I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE,
PATHOGENIA E SEMIOLOGIA

REVISED EDITION

LITHIASIS BILIAR

INTRODUCED BY H. H. HALL, M.D.
FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALIFORNIA



CHICAGO
PUBLISHED BY THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

ALVARO DE MATTOS
Licenciado em Medicina

LITHIASSE BILIAR

I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASSE,
PATHOGENIA E SEMIOLOGIA



COIMBRA
IMPRESA DA UNIVERSIDADE
1909

LETTRESE BILLY

PROFESSOR DE MEDICINA
EQUIVALENTES BILLYS
PROFESSOR DE MEDICINA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL PARA O
ACTO DE CONCLUSÕES MAGNAS
NA FACULDADE DE MEDICINA

A. M. P. 1885

A meus Paes

PREFACIO

El presente es el resultado de una larga y paciente labor de recopilación de datos, que ha sido posible gracias a la colaboración de los señores doctores...

A medida de lo posible, se ha procurado que el presente trabajo sea un resumen de lo que se ha publicado en el extranjero sobre este asunto, y que sirva de guía a los señores doctores que se dedican a esta rama de la medicina. En consecuencia, se ha procurado que el presente trabajo sea un resumen de lo que se ha publicado en el extranjero sobre este asunto, y que sirva de guía a los señores doctores que se dedican a esta rama de la medicina.

A medida de lo posible, se ha procurado que el presente trabajo sea un resumen de lo que se ha publicado en el extranjero sobre este asunto, y que sirva de guía a los señores doctores que se dedican a esta rama de la medicina.

PREFACIO

Destina-se este trabalho a cumprir uma disposição legal. Tanto basta para que sobre elle deva incidir a benevolencia do leitor.

A escolha do assumpto foi-me suggerida pelos brilhantes resultados do tratamento cirurgico na cholelithiase, que tive occasião de apreciar na Clinica cirurgica de Heidelberg. Dahi a ideia de organizar alguns elementos de estudo para as questões de actualidade que a lithiase biliar levanta, occupando-me neste primeiro volume da importancia clinica da cholelithiase, da sua pathogenia e da sua semiologia, e reservando para um segundo volume especialmente o estudo das complicações e do tratamento medico e cirurgico.

A escolha afigura-se-me tanto mais opportuna, quanto é certo que este importante capitulo da pathologia não tem merecido entre nós aquella attenção, que seria de esperar da actividade portugueza noutros ramos das sciencias medicas.

É o que se depreheende das considerações geraes

adeante expostas, e que me fôram suggeridas pelos dados colligidos sobre a cirurgia da cholelithiase em Portugal, graças ás valiosas informações dos srs. Prof. Dias d'Almeida e Prof. Francisco Gentil, a quem apresento as homenagens do meu maior reconhecimento.

Esta nossa insufficiencia actual resulta, a meu vêr, essencialmente do relativo atraso da cirurgia biliar em França, sendo nós em geral tributarios da influencia scientifica deste país.

Ora a cirurgia da lithiase biliar em França não se tem desenvolvido em harmonia com as brilhantes acquisições noutros ramos da cirurgia franceza, porque a cholelithiase tem sido especialmente estudada pelos alemães, norte-americanos e ingleses, e porque os francezes tem vivido numa deploravel ankylose da sua producção scientifica local.

Aos progressos realizados noutros paises tem-se opposto o dique das rivalidades esterilizantes documentadas, por exemplo, por Huchard dizendo: «a

clinica, sciencia que os medicos e cirurgiões alemães sempre ignoram, visto o seu espirito não os levar a aquisições», e ainda por Pierre Delbet, proferindo numa recente lição de abertura erros de facto, para concluir depreciando o ensino medico alemão.

Não tenho que desenvolver aqui este interessante problema, cujas consequencias tam intensamente se reflectem entre nós em numerosas manifestações da nossa vida scientifica, tanto mais que sobre o assumpto redigi uma das minhas theses.

Felizmente que alguns novos, como Gosset, entre outros, começam a romper dum modo salutar este bloqueio, iniciando-se finalmente em França os modernos trabalhos de cirurgia biliar, cujo atraso tanto se fez sentir no caso Waldeck-Rousseau.

PLANTAGE BILL

CHAPTER I

INTRODUCTION

The following provisions shall apply to all plantations established after the first day of January, one thousand eight hundred and eighty-five, and to all plantations established before that date which have not been declared to be exempted from the operation of this Act by the Government.

1. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be exempted from the operation of this Act, and such exemption may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

2. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

3. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

4. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

5. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

6. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

7. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

8. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

9. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

10. The Government may, by order in writing, declare any plantation to be a plantation for the purposes of this Act, and such declaration may be subject to such conditions as the Government may think fit to impose.

LITHIASE BILIAR

CAPITULO I

INTRODUCCÃO Á CHOLELITHIASE

A cholelithiase levanta no estado actual da sciencia uma das mais interessantes e das menos conhecidas questões medico-cirurgicas.

A actualidade dos problemas que versam o estudo da lithiase biliar decorre evidente de uma analyse aos trabalhos apresentados em congressos recentes: 2.º Congresso da Sociedade internacional de Cirurgia (Bruxellas, setembro 1908), relatores Kehr, Quénu e Duval; 10.º Congresso francês de Medicina (Genebra, setembro 1908), relatores Gilbert, Carnot, Jomier e Mongour; 21.º Congresso da Associação francesa de Cirurgia (Paris, outubro 1908), relatores Delagenière e Gosset.

Deprehende-se tambem de todos esses relatorios, quanto o conhecimento da cholelithiase tem avançado desde que os cirurgiões facultaram o material abundante que fomentou o progresso destes ultimos annos, documentado especialmente na magistral obra de Kehr, que, desde 1890 a 1906, tinha por base clinica 1108 laparotomias por calculos biliares, levadas a

effeito em cerca de tres mil casos pessoaes, o que corresponde á intervenção cirurgica em 37% dos casos; o numero de operações de Kehr, por cholelithiase, era, ha dias, de 1420.

Depõem no mesmo sentido os trabalhos de clinica cirurgica de Langenbuch, Czerny, Narath, Kummell, Poppert, Garré, von Bardeleben, Kocher, Riedel, Koerte, Rotgans, Mayo-Robson, Moynihan, A. Mc. Williams, irmãos Mayo, Hartmann, Terrier, Quenu, além de outros.

A anatomia pathologica da cholelithiase e a sua semiologia fóram especialmente estudadas pelos exames operatorios dos cirurgiões; as noções adquiridas sobrelevam os resultados necropsicos dos anatomopathologistas. É innegavel o valor dos trabalhos de internistas celebres e dos resultados de muitos milhares de necropsias; mas, na phrase de Kehr, só quem estiver pouco ao facto deste assumpto, é que poderá pôr em duvida a affirmação de que fóram as operações cirurgicas que mais adiantáram a anatomia pathologica da cholelithiase, particularmente pela obra cirurgica de Kehr, completada pelos exames histo-pathologicos de Aschoff.

Dá-se portanto neste ramo da Medicina e da Cirurgia o mesmo que succedeu com os problemas da appendicite: é comparar por um lado as investigações do internista Naunyn com as do cirurgião Kehr, e por outro lado a obra de Nothnagel, uma das glorias da Medicina austriaca, com as obras dos professores de Cirurgia: Sprengel, Sonnenburg e Kelly, para citar apenas as principaes autoridades scientificas da appendicite. A conclusão impõe-se. É incontestavelmente devido aos progressos da Cirurgia, o conhecimento de algumas das mais importantes questões que podem levantar-se na prática clinica.

Ora a lithiase biliar pertence a esse numero, e bem merece, pela sua importancia clinica, mais attenção do que geralmente, mas em especial na litteratura franceza, se lhe consagra.

A cholelithiase, com effeito, só nestes ultimos annos tem sido objecto de estudo especial, a que tem direito não só pela sua eventual gravidade, quando desprezada, mas tambem pelo brilhante exito do tratamento medico ou cirurgico; cada um destes tem as suas indicações, encontrando-se em conflicto opiniões interessantes, cirurgiões da competencia de Kehr, aconselhando o tratamento medico na maioria dos casos — 63 0/0 na referida serie, cerca de 70 0/0 na serie apresentada ao congresso de Bruxellas (1) — medicos da reputação de Dieulafoy, preconizando a intervenção cirurgica uma vez feito o *diagnostico da cholecystite calculosa* e admittindo a massagem (2) na colica hepatica, quando se trata de um processo essencialmente inflammatorio, com frequentes ulcerações no colo da vesicula e com toda a gravidade inherente á proximidade do peritoneu e á eventualidade duma infecção intrahepatica.

Ha ainda outro aspecto que torna praticamente importantes estes modernos estudos de pathologia medico-cirurgica: é o aspecto medico-legal.

(1) Deprehende-se dessa nota que em 4:000 doentes que o consultáram, em 18 annos, apenas operou 1:309, isto é, cerca de 30 0/0.

(2) Na phrase de Kehr, quem pratica a massagem na cholelithiase prova apenas que ignora a anatomia pathologica da doença.

Existe com effeito, como é de justiça, na quasi totalidade dos países cultos (1), uma legislação reguladora dos accidentes de trabalho; ora na Allemanha, por exemplo, teem os operarios obtido rendas por accidente de trabalho, pelo facto de se averiguar que nunca se tinham dado colicas hepaticas anteriormente ao momento do accidente. É, com effeito, sabido que um traumatismo, um esforço, pôde fazer despertar a cholelithiase da sua phase de latencia.

Alguns operarios, que tiveram de ser operados, ficando completamente curados, allegam, no interesse de uma renda permanente, que, por causa da grande cicatriz, só podem fazer serviços ligeiros. Em contraposição, quasi todos os trabalhadores operados, que não estão ao abrigo da lei, retomam outra vez os seus pesados serviços.

Podem portanto levantar-se, neste ramo da clinica medico-cirurgica, interessantes questões de medicina social.

A cholelithiase tem finalmente ainda outro aspecto pratico; refiro-me ás suas relações com um interessante problema de hygiene: a epidemiologia da febre typhoide.

Sabe-se modernamente que as mulheres formam

(1) Na Allemanha (desde 6 de julho de 1884), Austria (28-12-1887), Noruega (23-7-1894), Inglaterra (6-8-1897), Dinamarca (15-1-1898), Italia (17-3-1898), França (9-4-1898), Hespanha (30-1-1900), Hollanda (2-1-1901), Suecia (5-7-1901); legislações diversas nos differentes estados da America do Norte. Nós temos disposições isoladas, além duma importante legislação relativa á organização do trabalho nas colonias.

a maior parte dos portadores de bacillos de Eberth(1). Esta noção é muito interessante porque vem completar a aproximação, hoje classica (Dupré, Gilbert, Foster e Kayser, etc.), entre as febres typhoides e paratyphoides, as infecções das vias biliares e a lithiase tam frequente na mulher. Está averiguado que o bacillo de Eberth, na maioria dos portadores de germens, se installa electivamente na vesicula biliar.

Desejando nesta introduccão dar ideia da gravidade da lithiase biliar, reporto-me a uma enumeração feita por Mayo Robson e referida áquelles estados morbidos que podem acompanhar a cholelithiase.

Estas complicações sam a resultante do processo inflammatorio, e semelhantes consequencias dependem portanto da maior ou menor extensão que o processo attinge.

1. Ileo devido a paresia do intestino, produzindo-se enorme distensão do abdomen e symptomas de obstrucção intestinal aguda, aparentemente em consequencia da dôr violenta. Supponho que, de facto, assim deve ser nalguns casos; assisti numa observação pessoal á producção de um estado pa-

(1) Segundo Frosch, as mulheres constituem 82% dos excretores de bacillos e 60% dos portadores de germens. Chamam-se *excretores de bacillos* ou de germens, os individuos que, depois de uma febre typhoide clinicamente reconhecida, expulsam nas suas materias fecaes o bacillo de Eberth durante algumas semanas, e *portadores de bacillos*: 1.º aquelles que expulsam germens durante mais de tres mêses depois da sua febre typhoide, e 2.º aquelles cuja febre typhoide não foi clinicamente reconhecida ou que a não tivéram e que expulsam o bacillo de Eberth permanente ou intermittenemente.

thologico semelhante, consecutivo a uma forte colica nephritica.

2. Occlusão intestinal aguda dependente de:

- a) paralyasia do intestino, devida a peritonite local na vizinhança da vesicula biliar;
- b) volvo do intestino delgado;
- c) apêrto do intestino por ligamentos adventicios, originalmente produzidos em consequencia da cholelithiase;
- d) calculo volumoso encravado em qualquer parte do intestino depois de ulcerar a sua trajectoria dos ductos biliares para o intestino.

3. Hemorrhagias geraes, em consequencia de ictericia muito prolongada, dependente ou de calculos apenas, ou de cholelithiase associada com affecção maligna ou com pancreatite intersticial. Sam os graves estados cholemicos que alguns autores designam por diathese hemorrhagica, e que podem produzir-se quasi sem ictericia.

4. Peritonite localizada, produzindo adherencias que podem tornar-se origem de dôr, mesmo depois de os calculos biliares terem desaparecido. É de suppôr que quasi todos os serios ataques de colica biliar se acompanhem de peritonite adhesiva, pois que a experiencia ensina que se encontram adherencias praticamente em todos os casos em que se tenham produzido accessos caracteristicos.

5. Dilatação do estomago dependente de adherencias em volta do pyloro.

6. Ulcerações das vias biliares, estabelecendo-se uma fistula entre ellas e o intestino.

7. Aperto do canal cystico, ou do choledoco.

8. Abscesso do figado.

9. Abscesso peritoneal localizado.

10. Abscesso na parede abdominal.
11. Fistula no umbigo, ou em qualquer outro ponto da parede abdominal, descarregando muco, mucopús ou bilis.
12. Empyema da vesicula biliar.
13. Angiocholite infecciosa e suppurada.
14. Septicemia ou pyohemia.
15. Cholecystite phlegmonosa.
16. Gangrena da vesicula biliar.
17. Peritonite perforativa, devida a ulcerações ou ruptura da vesicula biliar ou dos ductos, resultando extravasamento de bilis infectada na cavidade peritoneal.
18. Pyelite á direita, devida a ulceração por calculo biliar, ou a ruptura de abscesso vesicular, para o bassinete.
19. Carcinoma da vesicula ou dos ductos biliares. É este incontestavelmente um dos aspectos que mais põe em foco a importancia da cholelithiase. Supponho que nada existe de mais assente sobre a etiologia do cancro, do que a predisposição realizada pela lithiase biliar para semelhante affecção maligna. Ochsner de Chicago affirma: «Em casos de carcinoma primitivo da vesicula biliar, foi me sempre possivel investigar uma historia de cholelithiase datando de muitos annos antes, e, em taes circumstancias, encontrei invariavelmente calculos biliares na vesicula durante a operação ou na autopsia».
20. Abscesso subphrenico.
21. Pleurisia ou empyema da pleura direita.
22. Pneumonia do lóbo inferior do pulmão direito.
23. Invalidade chronica ou impossibilidade de exercer as occupações habituaes ou deveres sociaes.
24. Pancreatite gangrenosa ou suppurada.

25. Pancreatite intersticial chronica (1).
26. Endocárdite infecciosa.
27. Cirrhose hepatica.
28. Appendicite devida á extensão do processo inflammatorio da vesicula biliar ou á installação de um calculo biliar no appendice ileo-cecal.

Não especifica Mayo-Robson nesta interessante enumeração a pylephlebite, que tambem pôde complicar gravemente a cholelithiase; foi essa complicação que victimou, ha dias, Rudolf von Renvers, um dos clinicos mais eminentes de Berlim, que a sciencia de Koerte, celebre especialista em cirurgia do figado, não poude salvar (2).

(1) Numa serie de 520 laparotomias da clinica de Kehr (*Ueber Erkrankungen des Pankreas unter besonderer Berücksichtigung der bei der Cholelithiasis vorkommenden Pankreatitis chronica. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 20. Band. Heft 1. Jena 1909*), relativa aos ultimos 5 annos, por cholelithiase confirmada ou suspeitada e por ictericia chronica, encontram-se:

21	carcinomas do pancreas
5	necroses do pancreas
1	kysto do pancreas
102	casos de pancreatite chronica

Total 129 affecções do pancreas,

o que corresponde a uma percentagem de 24 0/0 dos casos.

A cholecysto-pancreatite, de que hei de occupar-me no estudo das complicações da cholelithiase, é tambem considerada num interessante trabalho do sr. Dr. Reynaldo dos Santos (*Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas*, Lisboa, Junho de 1906) em que sam colligidos todos os casos operados até essa epocha, incluindo dois casos portuguezes, um do sr. Prof. Custodio Cabeça e outro do autor, ambos de pancreatite chronica sem cholelithiase.

(2) Destaco do artigo, *in memoriam*, de Goldscheider (*Deutsche medizinische Wochenschrift* de 8 de abril de 1909) a respectiva nota clinica: Em 1906, depois de ter perdido uma filha

Tambem Mayo-Robson não menciona as fistulas bilio-bronchicas, recentemente estudadas por Klau-ber, e de que a litteratura medico-cirurgica apenas regista, considerando-os em bloco, uns 40 casos. Dmitrenko publicou em janeiro um caso nesse genero, em que o pulmão esquerdo communicava com o lóbo esquerdo, e em que a causa era desconhecida. Graham (1) referiu 3 casos de fistula hepato-bronchica

nova ainda, com appendicite, adoeceu von Renvers com colicas hepaticas e ictericia. A convalescença foi muito demorada. Mais tarde havia, ás temporadas, dôr persistente á pressão na região hepatica, especialmente de tarde e á noite; colicas fortes produziram-se apenas umas tres ou quatro vezes. Só no mês de março deste anno é que os incommodos se accentuáram, sem que von Renvers se sentisse impossibilitado de trabalhar. Na noite de 14 para 15 de março produziu-se uma colica forte com arrepio muito demorado e febre. Na manhã seguinte sentia-se bem, mas repetiram-se os arrepios com febre elevada e suores profusos (até 20 de março cinco arrepios fortes). O estado geral aggravava-se. O doente tinha-se entregado aos cuidados de Koerte. Em 20 de março houve uma conferencia com Koerte, Sonnenburg, Klemperer e Dr. Heinrich. Admittiu-se uma affecção hepatica septica, com ponto de partida numa cholecystite. Von Renvers pediu a operação proposta, que foi emprehendida em 21 de março por Koerte com poucas esperanças de ainda poder dominar o processo septico. Encontra-se uma vesicula biliar pequena, retrahida (cholecystite ulcerosa) com algum pus e um calculo do tamanho dum ovo de pomba, em adherencias muito espessas. Com uma agulha exploradora aspirou-se da veia porta pus fetido; 24 horas depois dava-se a morte. A autopsia (Prosector: Dr. Koch) revelou: vias biliares livres; as ramificações da veia porta no figado assim como o tronco da veia porta repletas de thrombos em decomposição purulenta. Koerte admite que a infecção da veia porta, por contiguidade, se iniciou repentinamente de 14 para 15 de março, de modo que a complicação mortal apenas durou seis dias.

(1) Graham, *British Medical Journal*, 5 de junho de 1897, p. 1397 e *Trans. Assoc. of American Physicians*, vol. XII, p. 247.

e acrescentou 10 casos posteriores á série de 24 colligida por Courvoisier. Conheço um caso desta ordem, com perfuração para as vias aereas, por kysto hydatico do figado.

Oddo (1) referiu um caso de pericardite complicando a colica hepatica.

Mas, se a cholelithiase frequentemente se acompanha de tam funestas determinações morbidas, pôde tambem passar silenciosamente despercebida e constituir uma surpresa de autopsia (2), ou ser objecto de um falso diagnostico e denunciar-se tardiamente por qualquer complicação mortal.

Os erros de diagnostico na lithiase biliar sam incontaveis. Quem conhecer a admiravel organização clinica da Allemanha sabe dar toda a importancia ao conceito de Kehr, quando elle põe em duvida o valor do que se tem escrito sobre a distribuição relativa

(1) Oddo, *Revue de Médecine*, 10 de setembro de 1903, p. 829.

(2) Na these de Lisboa (julho de 1906) do sr. Dr. Manuel Sereto Diniz (*Calculos biliares — Pathogenia e frequencia*), encontram-se alguns interessantes elementos estatisticos, que teem para nós o grande valor de serem dados portuguezes, infelizmente sempre tam difficeis de obter. Diz-nos o autor na pag. 34. «Em 646 autopsias feitas no Laboratorio de Analyse Clinica do Hospital de S. José, desde agosto de 1902 até maio de 1906, em individuos de ambos os sexos e de todas as edades existem 22 casos de lithiase biliar, o que dá a proporção de 3,4%, proxima da que é referida por alguns auctores nos outros paizes: Brockbank (Manchester) 4,4% e (Kiel) 5%; Hünerhoff (Göttingen) 4,4%; Schloth (Erlangen) 4%. Embora a estatistica não possa ser concludente, por se tratar dum numero de casos relativamente pequeno, verificamos entretanto que a lithiase biliar se encontra em Lisboa approximadamente na mesma percentagem que em outras partes se lhe attribue». Os calculos da vesicula biliar encontram-se em média em cerca de 10% de todas as autopsias (Kehr).

da cholelithiase nos differentes estados allemães, por entrarem na apreciação o que elle chama as capacidades diagnosticas dos medicos. Ha em toda a parte bastante cholelithiase, embora em muitos casos se não diagnostique.

Em todo o caso os frequentissimos erros de diagnostico não sam para surprehender, quando se pondera a superficialidade dos estudos sobre a lithiase biliar até ha poucos annos ainda, e o grande numero de erros doutrinarios, que, até modernamente, se podem ler em autorizados artigos sobre a pathogenia e a semiologia da cholelithiase.

Fala-se correntemente na lithiase biliar como determinação do arthritismo, quando nada justifica este modo de vêr, e quando varias objecções se oppõem a semelhante concepção pathogenica, como veremos, no capitulo da pathogenia, ao tratar da theoria da diathese.

É falso dizer-se que a lithiase biliar affecta especialmente as classes ricas, quando ella é tam frequente entre os pobres. Kehr operou muitas mulheres pobres, que em toda a sua vida não passaram de café, batatas e pão. Já tive occasião de observar casos incontestaveis de cholelithiase em varias pessoas de condição humilde. E até este aspecto da questão é um dos mais interessantes, porque se estabelece, por vezes, pela necessidade de trabalhar, uma indicação social para a operação.

Não se presta geralmente grande attenção á importancia das lesões anatomo-pathologicas, que sam o *abstractum* da cholelithiase, e que importa ter em conta ao estabelecer a pathogenia dos symptomas.

É tam classica e espalhada a doutrina da migração dos calculos, como deficientes teem sido reconhecidos

os conhecimentos relativos á cholecystite seropurulenta. Assim, por exemplo, as inflammações serosas da vesicula biliar, com subita occlusão do canal cystico, sam a base anatomo-pathologica de muitos, indevidamente designados, espasmos do estomago.

O conceito — á cholelithiase corresponde a ictericia — é ainda o daquelles medicos que consideram as colicas biliares como espasmos do estomago, até que se produzam as modificações de coloração das escleroticas, da urina e das fezes (Kehr). E alguns ainda hesitam nessas condições em fazer o diagnostico; nos antecedentes dum dos casos de cholelithiase que conheço, ha referencia nitida a uma colica hepatica acompanhada de ictericia em que varios medicos da localidade diagnosticaram um volvo, sem que nunca se falasse na affecção hepatica (1).

Na semiologia geral da cholelithiase veremos, sob a rubrica de ictericia, como este symptoma não tem na lithiase biliar o valor diagnostico que lhe tem sido attribuido, e como, noutro ponto de vista, a ictericia se pôde produzir na cholecystite calculosa, embora Dieulafoy, partindo provavelmente de noções theoricas sobre a migração do calculo, affirme o contrario (2).

(1) Noutro caso da serie de que tenho observação pessoal ha tambem referencia, a uma incontestavel colica hepatica anterior, não diagnosticada pelo medico, onde o tratamento foi uma applicação de tintura de iodo, e onde o pulmão direito foi considerado affectado; e assim o doente, com uma segunda colica nitida, queixava-se-me do pulmão, perfeitamente normal.

(2) Dieulafoy, *Manuel de Pathologie interne*. Quinzième édition. Paris, 1908, tome deuxième, pag. 922. — Tratando-se da semiologia da cholecystite calculosa diz: «on ne constate ni ictere, ni urines ictériques».

Mas sam especialmente as confusões diagnosticas entre cholecystites e affecções do estomago que, como veremos, falseam frequentemente o diagnostico differencial. Tenho observação pessoal de varios casos clinicos dessa ordem, em que o diagnostico foi feito pelos respectivos assistentes muitos annos depois do soffrimento inicial.

Ora, como diz Kehr, emquanto não houver entre os clinicos, uniformidade de vistas e clareza ácerca da anatomia pathologica da cholelithiase, será difficil aperfeiçoar entre os medicos o diagnostico especial das diversas fórmas de cholelithiase, de modo que se possa responder exactamente á seguinte pergunta: Em que casos é sufficiente um tratamento medico e quando é que se deve recorrer ao cirurgião?

Este problema é clinicamente fundamental, e dahi a necessidade de conhecer a anatomia pathologica na cholelithiase e de saber interpretá-la nas suas determinações clinicas, aperfeiçoando o diagnostico.

Supponho que as summarias considerações feitas da ideia do valor que julgo dever attribuir ao estudo da semiologia geral e especial da cholelithiase, cuja vulgarização se impõe (1).

(1) É elucidativo, na mesma ordem de ideias, o confronto entre os diagnosticos clinicos e os dados necropsicos na «Estatistica portugueza feita sob 646 atopsias praticadas no Laboratorio de Analyse Clinica do Hospital de S. José, desde 2 de agosto de 1902 até 30 de março de 1906». (*Calculos biliares. — Pathogenia e frequencia*. Dissertação inaugural. Dr. Manuel Sereto Moniz. Lisboa, julho de 1906, pagg. 69 a 78).

Nestes 22 casos de lithiase biliar, alguns dos quaes sam muito instructivos, p. ex. o 12.^o, apenas tomo nota do diagnostico clinico, do resultado da autopsia, da idade e do sexo dos doentes;

É o que também importa accentuar no sentido de se promover, com a devida oportunidade, o tratamento, geralmente muito eficaz nessas condições, por se tratar duma doença, que tem na facilidade relativa com que se torna latente, praticamente

tudo o mais refere-se apenas ao expediente hospitalar ou á indicação da enfermaria em que os doentes estiveram internados.

1.º Mulher de 40 annos. Diagnostico clinico: cirrhose hepatica. Autopsia: cirrhose hypertrophica; perihepatite. Vesicula contém 7 calculos dos quaes o maior é do tamanho dum ovo de pomba; os outros são como grãos de milho, amarello-acastanhados, rijos e facetados.

2.º Mulher de 60 annos. Diagnostico clinico: Demencia senil. Autopsia: Fígado normal. Choledoco mais largo e resistente que o normal, permeavel. Vesicula contém bilis e um calculo ovoide do tamanho duma azeitona, rijo e de côr verde-escura.

3.º Mulher de 70 annos. Diagnostico clinico: Ictericia grave. Lesão cardiaca coexistente. Autopsia: Ictericia generalizada. Obstrução da vesicula, e dos canaes cystico e hepatico por calculos de cholesterina. Choledoco permeavel durante certa parte do seu percurso. Canaes biliares dilatados, cheios de bilis. Vesicula espessada, completamente moldada sobre uns 5 ou 6 calculos contidos no seu interior. Estes calculos eram molles, de nucleo central escuro, irradiações crystallinas e esbranquiçadas.

4.º Mulher de 64 annos. Diagnostico clinico: Ulcerações complicadas de infecção generalizada. Autopsia: Vesicula contém liquido espesso e dois pequenos calculos negros, irregulares, arredondados e mais pesados que a agua.

5.º Mulher de 51 annos. Diagnostico clinico: Bronchite aguda. Autopsia: Vesicula contém liquido pouco espesso de côr amarellada e um grande calculo do tamanho d'um ovo de pomba, de côr amarellada; nucleo central esverdeado, camadas periphericas com aspecto crystallino e esbranquiçadas. O calculo é mais denso que a agua.

6.º Mulher de 85 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Vesicula contém três pequenos calculos negros, de superficie irregular e aspecto muriforme.

7.º Homem de 67 annos. Diagnostico clinico: Cirrhose hepa-

curada, uma das suas mais interessantes características clinicas.

O tratamento medico evolucionou amplamente, adaptando-se ao criterio de que estamos em presença

tica. Autopsia: Fígado, cirrose atrophica. Vesicula contém um calculo globuloso, duro e do tamanho d'uma cereja.

8.º Mulher de 60 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Fígado, congestão passiva. Vesicula contém um calculo.

9.º Mulher de 69 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Vesicula atrophiciada. Contém um calculo duro que a enche completamente. Choledeco reduzido a uma linha dura.

10.º Homem. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Fígado, congestão passiva. Vesicula contém um calculo.

11.º Homem de 29 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Vesicula contém pequenos calculos irregulares com arestas, não excedendo 1 centimetro no seu maior diametro, e côr de azeitona. Alguns destes calculos estão mettidos no começo do canal cystico.

12.º Mulher de 92 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Ictericia por retenção biliar e obstrucção completa do choledoco. Fígado não muito grande, amarello escuro. No parenchyma do lobulo esquerdo ha varios abcessos pequenos, cheios de um pus amarello viscoso. Vesicula dilatada, paredes muito espessas e cheia de pus amarello viscoso. Canaes biliares dilatados e de paredes espessas. Choledeco dilatado, paredes espessadas. Existia um calculo junto á ampola de Vater do tamanho duma avelã, facetado, obstruindo totalmente a luz do canal.

13.º Mulher de 50 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Vesicula contém um liquido amarello esverdeado e um pequeno calculo do tamanho de um ovo de pomba.

14.º Homem de 60 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Vesicula contém bastantes calculos.

15.º Mulher de 70 annos. Diagnostico clinico: Congestão cerebral. Autopsia: Fígado pequeno, vermelho e duro. Vesicula cheia de bilis. Um calculo muriforme, esverdeado, do tamanho duma avelã, na embocadura do canal cystico.

16.º Mulher de 60 annos. Diagnostico clinico: Epithelioma

duma affecção essencialmente inflammatoria, que importa tratar com grande prudencia e, em varios casos, pelo systema da expectação armada ou pela intervenção cirurgica.

O antigo ponto de vista do calculo, defeituoso pela sua unilateralidade, modificou-se com effeito, tomando-se em linha de conta, para o tratamento: a inflammacão, as adherencias, as alteraçõs anatomo-pathologicas da mucosa vesicular, os apertos e as obliteraçõs do cystico, etc. O repetido emprego

dos maxillares superiores. Autopsia: Vesicula muito espessada; contém um calculo de volume superior ao de um ovo de pomba; cõr cinzenta esbranquiçada; superficie um pouco rugosa mas de saliencias arredondadas.

17.º Homem de 71 annos. Diagnostico clinico: Arterio-sclerose. Autopsia: Fígado, congestão. Vesicula com alguma bilis e dois pequenos calculos de cholesterina, facetados, esverdeados, molles e estratificados.

18.º Homem de 30 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Sub-ictericia. Fígado, infiltração pigmentar. Vesicula moderadamente distendida. Contém bilis espessa, quasi negra, no seio da qual se reconhecem grumos escuros que facilmente se desfazem entre os dedos.

19.º Homem de 66 annos. Diagnostico clinico: Cachexia arterial, (arterio-sclerose generalizada). Cirrhose atrophica. Autopsia: Fígado, cirrhose atrophica. Vesicula contém areias biliarres. Choledoco contém 3 calculos. Choledocite.

20.º Homem de 56 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Fígado, cirrhose atrophica. Vesicula retrahida, branca e contendo alguns calculos molles e acastanhados.

21.º Homem de 67 annos. Diagnostico clinico: Brightismo. Autopsia: Vesicula muito dilatada e irregular. Dentro existe uma concreção irregular, arredondada, molle e amarellada. Cystico muito dilatado e irregular.

22.º Homem de 81 annos. Diagnostico clinico: Indeterminado. Autopsia: Fígado, congestão. Vesicula, cholecystectasia; pericholecystite; contém um calculo muriforme.

de meios therapeuticos, com que ainda se pretende dissolver os calculos, demonstra o desconhecimento das condições anatomico-pathologicas que acompanham a cholelithiase.

Os resultados obtidos pelo moderno tratamento medico sam, como veremos, em numerosos casos, dos mais brilhantes, alcançando-se geralmente a latencia do processo, quando não haja indicação operatoria a estabelecer.

Se a latencia da cholelithiase não é uma cura, equivale em muitos casos a uma cura, promovendo-se o silencio symptomatico do systema biliar. Este principio do tratamento medico tem sido defendido por exemplo por Kehr (desde 1898) (1), Naunyn e Herrmann (1899), Pariser (1901). Mas quantas vezes se não consegue a desejada latencia, quantas vezes a doença assume um aspecto, como por exemplo com o empyema agudo da vesicula biliar, em que o tratamento medico seria anti-scientifico!

E assim julgo dever completar esta introdução summaria justificativa da importancia clinica da cholelithiase, apresentando alguns aspectos relativos ao tratamento cirurgico no duplo ponto de vista historico e do seu estado actual, uma das mais brilhantes conquistas da moderna cirurgia abdominal dos países mais intensamente progressivos.

Sam de antiga data as primeiras tentativas cirurgicas de que a vesicula biliar tem sido objecto. De harmonia com a cirurgia da epocha, vemos os antigos cirurgiões, do tempo de Hippocrates até aos tempos modernos, limitando-se principalmente á

(1) Kehr. *Münchener medizinische Wochenschrift*. N.º 38, 1898.

simples incisão ou punção daquelles abscessos hepaticos ou vesiculares, que já de per si davam a indicação de se abrirem para o exterior. Sam as ideias do tempo de Morgagni (1) que recommendava nessas condições a drenagem cirurgica, mas muito cautelosamente, «até que o tempo confirme as suas vantagens e remova todas as duvidas, perigos e difficuldades por muitas experiencias repetidas».

Sam interessantes alguns dos dados historicos mais antigos apresentados por Langenbuch ao Congresso allemão de Cirurgia de 1896.

Parece que a mais antiga noticia relativa á ablação de um calculo biliar num doente é do anno de 1618, sendo o operador Fabricius Hildanus. Em 1630 Zambecari, um italiano, faz a cholecystectomy num cão. O animal salvou-se e foi morto dois mēses depois. Ao exame reconheceu-se que o epiploon e os intestinos estavam adherentes por cima do coto do canal cystico. Em 1667 um estudante, Teckof, em Leyden, fez a extirpação da vesicula biliar a varios cães. Ettmüller, referindo-se á obra de Teckof, diz: «Como agora sabemos, pôde a vesicula biliar dos cães ser removida sem alteração na vida ou na saude. Fui informado por um amigo que me contou que um estudante de Leipzig tinha feito a ablação da vesicula biliar num cão havia tres mēses, e tinha fechado em seguida a ferida abdominal. Este animal ainda vive e desempenha todas as funcções vitas sem a menor alteração».

Devem-se outros trabalhos experimentaes a Malpighi, Taubrin e outros, e a Seeger que mostrou como

(1) Morgagni, Joannes Baptista, *De Sedibus et Causis morborum*, etc. 1761.

a laqueação do canal cystico determina a hydropisia da vesicula biliar.

Foi feita a ablação cirurgica de calculos biliares, em 1687 por Stalpart van der Wiel; em 1738 por Amyand e em 1742 por Müller. Mas todas estas operações foram accidentaes e não propositadas, deliberadamente planeadas.

O primeiro cirurgião que, deliberadamente, levou a effeito uma operação tendente a extrahir os calculos biliares foi Jean Louis Petit (1) que já em 1743 descrevia completamente a operação da cholecystotomia, e defendia esse processo therapeutico limitado aos casos em que se podesse julgar a vesicula adherente á parede abdominal. Em apoio do seu ponto de vista apresenta Petit quatro casos; dois destes doentes morreram e dois curaram-se, um delles com uma fistula pela qual mais tarde foi removido um calculo.

As difficuldades technicas de uma operação como esta eram demasiadamente grandes para serem vencidas com successo pela cirurgia da epocha.

Além disso a obra de Petit foi ignorada por muitos dos seus contemporaneos e successores, embora fosse reconhecida por Haller e fossem praticadas operações por Morand e Sharp.

Herlin, em 1767, fez algumas experiencias em cães e reconheceu, como Teckof anteriormente, que a vesicula biliar podia ser extrahida com segurança. Aconselhou a extirpação da vesicula biliar como remedio para a cholelithiase.

Bloch, de Berlin, iniciou outra phase em 1774,

(1) Petit, Jean Louis, *Memoires de l'Academie royale de Chirurgie*, 1743.

tentando crear uma adherencia artificial da vesicula biliar ao peritoneu parietal por meio da applicação de substancias irritantes sobre a pelle. Em tres casos operou com successo.

August Gottlieb Richter, o celebre cirurgião allemão, foi o primeiro a suggerir que a adherencia da vesicula biliar ao peritoneu parietal não era uma condição prévia necessaria para a operação. Sebastian, Carré e Fauconneau-Dufresne adoptaram um processo em que a parede abdominal era aberta até ao peritoneu parietal, sendo collocadas na ferida substancias irritantes para promover as adherencias. Kocher em 1878 abria o abdomen, envolvia a vesicula biliar com gaze de Lister, e seis dias depois, formadas as adherencias, abria a vesicula evacuando-a em seguida; o doente curou completamente.

Em 1859 tinha Thudichum (1) apresentado uma operação, que tinha por fim extrahir os calculos, estabelecendo uma fistula biliar e esmagando as concreções (lithotripsia). Propunha como processo possivel abrir o abdomen, fixar a vesicula biliar á parede abdominal e abri-la depois de se terem formado adherencias; era a cholecystotomia a dois tempos. Attribuem alguns a König, que operou em 1882, a primeira cholecystomia, a dois tempos, intencional e bem succedida. Mas no seu tempo não teve o methodo de Thudichum acceitação, e durante oito annos não ha referencia a quaesquer operações que tivessem sido realizadas na vesicula biliar ou nos canaes biliares.

Em 1867 Bobbs, um cirurgião americano, pratica a cholecystotomia num só tempo. Depois de abrir o

(1) Thudichum, J. L. W. *Pathology and treatment of Gallstones*, British Medical Journal, 19 de novembro 1859, 935.

abdomen, aproximou a vesicula biliar da ferida abdominal, abriu e evacuou, e suturou em seguida ao peritoneu parietal. A operação teve por ponto de partida um erro de diagnostico; suppunha-se que um grande tumor fluctuante era um kysto de ovario; á exploração revelou-se uma hydropsia da vesicula biliar. Esta operação passou tam despercebida entre os contemporaneos que varios autores, Daly, etc. (1876 a 1878) todos julgam os respectivos methodos originaes.

Embora a litteratura anterior demonstre que a operação da cholecystotomia foi discutida e praticada antes da operação de Marion Sims, não ha duvida de que se lhe deve o tê-la collocado sobre novas bases como operação systematizada na cirurgia abdominal.

Sims (1) executa a sua operação, segundo o methodo empregado por Bobbs, em 18 de abril de 1878, e vê perfeitamente as essenciaes eventualidades chirurgicas não só da cholelithiase, mas tambem do abscesso hepatico e do kysto hydatico. Exprime a sua opinião nos seguintes termos, que deixam antever já nessa epocha os perigos das hemorragias cholemicas: «A grande lição que este caso encerra é a seguinte: na hydropsia da vesicula biliar, nos tumores hydaticos do figado, no suspeitado abscesso do figado, e nos calculos biliares não deveriamos esperar até que as forças do doente se esgotem, ou até que o sangue se torne envenenado pela bilis, produzindo hemorragias, mas deveriamos fazer uma incisão precoce,

(1) Sims, J. Marion, *Remarks on Cholecystotomy in Dropsy of the Gall-bladder*, British Medical Journal, 8 de junho 1878, 811. *Cholecystotomie pour l'hydropsie de la vesicule biliaire*, Revue de Littérature Médicale, Paris, 1878, 1879.

certificar a verdadeira natureza da doença, e depois promover o tratamento cirurgico que as necessidades do caso exigirem». O doente de Marion Sims soffria de obstrucção do choledoco por calculo, e morreu de hemorrhagia.

O primeiro a seguir as indicações de Sims foi o eminente cirurgião W. W. Keen (1), de Philadelphia, a quem se deve a primeira cholecystotomia praticada na America do Norte.

Na Inglaterra, Lawson Tait (2) faz em 1879 a primeira cholecystotomia com successo e a este cirurgião mais do que a qualquer outro, dessa epocha, se devem as bases em que a cirurgia do figado e da vesicula biliar ficou assente. Praticando uma technica essencialmente semelhante áquella que hoje cirurgiões adoptam, poude Tait apresentar em 1889 uma serie de cincoenta e cinco casos de cholecystotomia com tres mortes apenas, dando-se este desenlace, nos tres casos, em periodos afastados da operação e não podendo ser attribuido á operação em si. Além destes resultados na cirurgia da vesicula biliar, referiu Tait pela mesma epocha dezasete casos de hepatotomia com dois casos mortaes apenas, comprehendendo a serie dez casos de kystos hydaticos, dois casos de «kystos», dois abscessos hepaticos, dois casos de calculos biliares no figado e um caso de «tumor».

A historia da cirurgia hepatica evoluciona depois no sentido dos aperfeiçoamentos technicos e da crea-

(1) Keen, W. W, *A Case of Cholecystotomy, with Remarks*, Amer. Jour. Med. Sci., 1879.

(2) TAIT, LAWSON, *The Surgery of the Liver*, Edinburgh Med. Jour., 1889.

ção de processos operatorios especiaes applicaveis aos differentes typos de lesões.

Assim é uma data memoravel o dia 15 de julho de 1882 em que C. Langenbuch (1) faz a primeira cholecystectomy, embora se diga que já em 1826 Campaignac, como Herlin em 1767, aconselhava de balde os cirurgiões dessa epocha a praticarem esta intervenção. A obra de Langenbuch, como cirurgião e como tratadista, tem sido duma importancia decisiva na evolução cirurgica da cholelithiase.

Neste mesmo anno de 1882 fez Winiwarter pela primeira vez, e a seis tempos, a cholecystenterostomia suggerida por Nussbaum. Von Winiwarter estabeleceu a anastomose entre a vesicula e o colon. Cozi, depois de muitas experiencias em cães, aconselhou que as anastomosés se fizessem com o duodeno. Foi o que Bardenheuer e Terrier praticaram.

Em 1885, um cirurgião suiso, Roth, suggere na obstrucção do choledoco a implantação do cystico no duodeno.

A choledocotomia, concebida por Langenbuch em 1884, foi pela primeira vez executada com resultado por Courvoisier (2) em 1889, depois dum insuccesso de Kümmel (1884).

A duodeno-choledocotomia, tambem suggerida por Langenbuch, foi praticada em primeiro lugar por Mc Burney, e depois por Pozzi e Kocher. A choledoco-duodenostomia deu inicialmente um in-

(1) Langenbuch C., *Ein Fall von Extirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis: Heilung*, Berliner Klinische Wochenschrift, 1882.

(2) Courvoisier L. G., *Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*, Leipzig, 1890.

sucesso a Riedel, sendo depois realizada com resultado por Sprengel.

Em 1891 Hochenegg, tendo extrahido um calculo do choledoco, não suturou, mas estabeleceu uma drenagem com gaze, salvando-se o doente.

A choledocolithotripsia foi praticada por Langenbuch, Courvoisier, Lawson Tait, Kocher etc.

Rehn é o primeiro a executar com successo a cholecystectomy e choledocotomy.

Em 1883 suggere Spencer Wells um processo simples de cholecystotomy; consiste na ablação dos calculos e na sutura immediata da vesicula biliar com pontos de Lembert. É a — cholecystendyse — da nomenclatura de Courvoisier, tambem chamada, a seu tempo, a cholecystotomy ideal; Kehr concorda com esta ultima designação porque, de facto, semelhante processo nada vale no ponto de vista pratico.

Meredith teve dois casos mal succedidos a que se seguiu um bom exito operatorio de Courvoisier.

A esta fórma de cholecystotomy contrapõe-se a assim chamada — cholecystostomy a dois tempos (Blodgett e Kocher 1878, König 1882) — e a — cholecystostomy a um só tempo (Bobbs 1867, Sims 1878). — Como a cholecystendyse é geralmente denominada — cholecystotomy — torna-se com effeito necessario oppôr a esta designação a de — cholecystostomy — para as intervenções vesiculares a que nos temos referido neste esbôço historico, e que, comtudo, varios 'autores, como Moynihan, continuam a denominar cholecystotomias e não cholecystostomias.

Em 1884 intervem Riedel com resultado numa fistula da vesicula biliar communicando com o colon e com a cavidade pleural direita, seguindo-se as operações de Krönlein (1886) e von Bergmam (1887)

sobre outros trajectos fistulosos de ponto de partida vesicular.

Em 1890 foi Hochenegg o primeiro a remover um tumor maligno da vesicula e Terrier, extirpa no mesmo anno uma neoformação que interessava a vesicula e o territorio hepatico adjacente.

Nos ultimos annos teve este interessante ramo da cirurgia abdominal um notavel impulso, de que nos occuparemos, nas suas particularidades cirurgicas, noutro volume, destacando nessa brilhante evolução, entre outros, os nomes de Kehr, Mayo Robson e dos irmãos Mayo, illustres representantes da cirurgia allemã, inglêsa e norte-americana.

Kehr é; em cirurgia do figado, actualmente um nome mundial. Na propria França os seus trabalhos cirurgicos estam fazendo escola entre os novos, apezar do chauvinismo com que o eminente cirurgião foi tratado por homens de sciencia francêses, que no caso Waldeck-Rousseau fôram profundamente injustos nas suas apreciações (1).

(1) Assim por exemplo, *A Medicina Contemporanea*, de 11 de setembro de 1904, transcreve — «um artigo que Huchard publicou no *Indépendant Auxerrois* sobre a operação que foi feita com muita destreza, destreza esta que no dizer de Huchard, tambem se manifestou pela morte do paciente meia hora depois.

A operação podia ter sido muito bem conduzida, e é este o menor merito para um cirurgião habituado a cortar e a retalhar. Mas que dizem deste *celebre* professor que, na ausencia dos cirurgiões francezes, e principalmente do prof. Terrier, que havia praticado a primeira operação com muita prudencia e successo, não comprehendeu que ia operar um moribundo? Eu digo que elle andou duplamente mal — com o doente e com os collegas francezes. Fiou-se sem duvida em que ha um bom Deus para os ignorantes ou os imprudentes, como existe um outro para os

Como este caso clínico de Waldeck-Rousseau é não só historico como tambem altamente instructivo sob varios pontos de vista, julgo interessante traduzir a nota publicada em 1908 por Kehr, na sua monographia *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*.

Drenagem secundaria do canal hepatico.

N.º 220. W.-R. 58 annos. Presidente do Conselho, de Paris.

Operação: em Corbeil, em 10 de agosto de 1904.

Anamnese: Acerca da marcha da doença, informou-me o Sr. Dr. Liouville, que me procurou em Halberstadt e depois me

borrachões, e que salvando o doente, embora soubesse que luctava com noventa e nove probabilidades contra uma — tornar-se-hia então realmente muito *celebre* contra a sciencia franceza.

Ora, se esta sciencia franceza tivesse sido consultada a valer, se se houvesse tomado em consideração o seu espirito sempre tão altamente clinico, não se teria submettido um moribundo a uma operação, duplamente perigosa pela sua duração e pela região onde manobrava o historí. O que se chama a *clinica*, sciencia que os medicos e cirurgiões allemães sempre ignoram, visto o seu espirito não os levar a acquisições, teria nitidamente mostrado as contra-indicações a esta operação.

O *celebre* Hans Kehr tem commettido sobre os calculos biliares muitos erros, que denunciei n'uma das minhas lições, quando recordei a seguinte passagem: «Quanto ao tratamento cirurgico, elle não tem acção, e em tres casos de cancro da cabeça do pancreas, a operação não retardou a terminação rapida».

Mas, então, havendo em França cirurgiões tão habeis, tão experimentados, tão *clínicos*, porque é que se vae buscar um cirurgião allemão?... Os allemães, realmente mais patriotas do que nós, dirigem-se aos cirurgiões francezes?

Em nada mais insistirei...»

Tal é o interessantissimo documento de Huchard, que de certo se não inspirou em Goethe que diz nas suas *Maximas e Reflexões* que não ha arte patriotica nem sciencia patriotica, pertencendo uma e outra a todo o mundo!

acompanhou até Paris e Corbeil, o seguinte: O doente, de 58 annos de idade, até ahi saudavel, adoeceu no fim do outomno de 1903 com ictericia. Esta produziu-se subitamente em seguida a uma forte excitação psychica. Não havia dôres. A ictericia teria variado na sua intensidade até á primavera de 1904. Appareceu então inappetencia e perda de forças. Em maio de 1904 foi estabelecida uma anastomose entre a vesicula biliar e o jejuno. O abdomen foi aberto por uma pequena incisão longitudinal no bordo externo do musculo recto abdominal direito, os medicos que operáram sentíram na profundidade, na cabeça, do pancreas uma dureza do tamanho duma avelã, e estabeleceram a anastomose entre a vesicula biliar e o jejuno, sem terem posto a descoberto o cystico, o choledoco e o pancreas. A vesicula biliar estava grande e adherente e tinha um conteúdo muito espesso, como gelatina. A operação correu sem complicações. O doente teve oito dias depois por tres vezes uma forte hemorrhagia (cholemica) pela ferida, restabeleceu-se em seguida, mas a ictericia continuou, o prurido proseguiu como dantes e produziu insomnias de noite. O appetite era sempre mau. O peso tinha diminuido num anno de cerca de 69 a 73 kilos para 50 kilos e meio. Dois menses depois da operação achava-se o doente, relativamente á ictericia, no statu quo ante, apenas se encontrava muito mais abatido e enfraquecido.

Em 8 de agosto de 1904 fui consultado e encontrei um doente muito emmagrecido, fortemente icterico, que dormia muito e já apresentava signaes da intoxicação cholemica. Á inspecção do abdomen revelava-se uma cicatriz, com cerca de 7 cm. de comprimento, no bordo externo do musculo recto abdominal direito. Em parte nenhuma a palpação provocava dôr, o figado estava fortemente augmentado de volume, mas liso e não muito duro. Faltava a ascite, não se palpava tumôr algum. O pulso era regular e forte, contei 84 pulsações por minuto. A urina não tinha albumina nem assucar, continha muitos pigmentos biliares. As fezes eram completamente descoradas. Os medicos participaram-me que o coração e os pulmões se encontravam completamente sãos; apenas o appetite seria pessimo e o estado psychico, havia alguns dias, muito deprimido. Eu diagnostiquei uma oclusão chronica do choledoco, não se podendo na minha opinião decidir se seria determinada por tumôr (carcinoma do choledoco, do pancreas, do duodeno) ou por pancreatite, calculo ou adherencias. Os dois cirurgiões, que tinham operado da primeira vez, admittiam um carcinoma; outros medicos eram

de opinião que esta affirmativa não passava duma suspeita, em vista da pequena incisão e da palpação rápida, e decidiram-se pela pancreatite chronica ou calculo. Eu pronunciei-me, segundo a minha experiencia — que ao tempo se estendia a 947 laparotomias por calculos biliares — em 70% pelo carcinoma, em 10% pelo calculo, em 20% pela pancreatite chronica. Ao mesmo tempo era positivo que a anastomose estabelecida três meses antes não podia funcionar, porque a ictericia era em alto grau, a urina cór de castanha escura, as fezes descoradas; a primeira operação não tinha portanto produzido o resultado esperado. A causa escapa naturalmente á minha apreciação segura, pois que eu não tinha assistido á primeira operação. Mas fui informado, de que foram encontradas adherencias na vesicula biliar, e de que o conteúdo da vesicula era muito espesso e quasi como colla. Podia portanto muito bem o cystico encontrar-se obliterado por formações adhesivas, de modo que o não funcionamento da anastomose se torna facilmente explicavel. Antes de executar uma cystenterostomia aspiro o conteúdo da vesicula biliar. Depois abre-se a vesicula biliar e esvazia-se completamente o conteúdo. Só quando corre bilis do cystico é que é permittida uma anastomose; se o cystico parece obturado, tem logar a cystostomia ou melhor a choledocoduodenostomia. Póde-se praticar a ectomia e fazê-la seguir duma anastomose entre o choledoco e o duodeno. Em todo o caso deve-se fazer uma incisão sufficientemente grande, a fim de que se possam apreciar com rigôr as condições no cystico e choledoco. Eu admitto, que no nosso caso já na primeira operação o canal cystico se achava obstruido, mas tambem é possivel que se obliterasse só depois da operação. Seja como fôr, a anastomose não funcionava; o doente continuava icterico como anteriormente e os signaes da insufficiencia hepatica faziam-se valer da fórma a mais alarmante. A familia via aproximar-se o fim proximo, não queria deixar por experimentar meio algum de salvar a vida ao doente. O proprio doente tinha tambem grande desejo duma segunda operação. Fui informado de que os dois cirurgiões, que tinham operado anteriormente, nada tinham a oppôr a uma segunda operação, se esta fosse recommendada como util por uma autoridade com reputação neste assumpto. Prof. Cuné e Dr. Liouville, que conheciam as minhas publicações sobre operações por calculos biliares, deram occasião a que eu fosse chamado. Mayo Robson devia tambem ser procurado em Londres, mas como estivesse ausente, veio o seu assistente Sr. Dr. Armour para Corbeil.

Suggeriam o carcinoma no nosso caso: *a*) a idade e o sexo do doente (os carcinomas do pancreas são mais frequentes no homem do que na mulher); *b*) a marcha da doença, quasi sem dor (o que também é possível com o calculo); *c*) a grave ictericia (também observada com o calculo na empola); *d*) a cachexia (também se produz na oclusão por calculo). Contra o carcinoma pronunciava-se o apparecimento brusco da ictericia, as suas variações de intensidade, e a duração relativamente larga da doença (quasi um anno). Apparecem comtudo casos de scirrho do pancreas, que só ao fim de dois annos conduzem á morte. Em todo o caso era completamente impossível um diagnostico absolutamente seguro. Mas era assente que: o doente sem operação estava irremediavelmente perdido, qualquer que fosse a natureza, benigna ou maligna, do padecimento. No primeiro caso, isto é, encontrando-se um calculo ou uma pancreatite chronica, podia a operação, embora de modo algum esta fosse isenta de perigos, determinar a cura radical, ao passo que no ultimo caso, isto é, tratando-se duma neo-formação, era impossível um restabelecimento completo. Mas neste caso também se podia mitigar consideravelmente o horrivel soffrimento por uma operação (anastomose) adequada. Em todo o caso eram todos os medicos presentes de opinião, que era o seu dever incondicional promover a operação, porque havia uma probabilidade de 30 0/0 de evitar a morte; mas cada qual se dispunha também a encontrar (em 70 0/0) alterações morbidas que zombam da arte do cirurgião. Pela minha parte não pude excluir a eventualidade de não poder terminar a operação, poisque numerosas adherencias me podiam impedir. O prognostico excessivamente sombrio da operação era porém attenuado pela circumstancia de a actividade do coração e dos rins do doente se conservar ainda perfeitamente intacta, de modo que se podia esperar que o doente, de resto muito resistente, supportasse bem uma segunda operação, muito mais difficil em comparação com a primeira.

Perante a incerteza do diagnostico devia-se portanto fazer pelo menos uma incisão exploradora. Caso se obtivesse a convicção de que se tratava dum carcinoma, poder-se-hia fechar a cavidade abdominal ao fim de poucos minutos. Caso se hesitasse entre carcinoma do pancreas e pancreatite chronica, impunha-se continuar a operação, isto é, tornava-se necessario vêr como se deveria dar sahida á bilis em estase. Caso se encontrasse um calculo na empola, teria logar a duodenotomia e drenagem do hepatico.

Eu pensava também numa cholangiostomia e cholangio-entrostomia. Levaria muito longe apresentar aqui as dúvidas que eu tinha contra semelhantes operações.

Propuz-me fazer uma incisão sufficientemente grande para me poder orientar o melhor possível. O doente tomou chloreto de calcio, para evitar uma hemorragia cholemica, e foi cuidadosamente preparado para a laparotomia.

Como era impossivel transportar o doente, por causa da sua grande fraqueza, tive que operar ahi mesmo. Para ajudar tinha eu trazido o meu assistente habitual, Sr. Dr. Rausch; a minha propria ajudanta dos instrumentos tinha ao seu cuidado o instrumental e os materiaes de penso. Os restantes medicos francêses e o Sr. Dr. Armour (Londres) não tomáram parte na operação, mas fôram espectadores.

A anesthesia pelo chloroformio foi conduzida por um collega francês e, segundo o modo lá em uso, realizada com uma compressa. Eu teria preferido empregar a anesthesia oxygenio-chloroformio, mas não era possível levá-la a effeito.

A operação correu da seguinte fórma: a cavidade abdominal foi aberta pela incisão ondulada, e tive a preocupação de ficar tam longe quanto possível das adherencias, que se deviam ter produzido depois da primeira operação. Por isso foi-me favoravel a circumstancia de a incisão da primeira operação se encontrar muito para a direita. A hemorragia da parede abdominal foi o que sempre é nos cholemicos, isto é, bastante profusa. Em toda a parte se puzeram pinças e os vasos maiores fôram immediatamente laqueados. O figado revelou-se grande, mas molle, nem cirrhose, nem carcinoma; a vesicula biliar não appareceu logo. Introduzi a mão direita na cavidade abdominal e encontrei um tumôr do tamanho dum punho, bastante duro, com nodulos isolados, situado por detraz do duodeno, com certeza pertencente ao pancreas, e ácerca do qual se podia admittir, com a maior probabilidade, que se tratava dum carcinoma. Mas como a pancreatite chronica também pode formar tumores, duros como pedra, e com nodulos isolados, não se devia apesar de tudo perder a esperança de que apenas se tratasse dum processo inflammatorio chronico, tanto mais que os ganglios do ligamento hepato-duodenal se não palpavam e que faltava o menor vestigio de ascite. Na minha opinião teria sido um erro, se agora já se tivesse fechado a cavidade abdominal. Julguei antes do meu dever, fazer o ensaio de desviar a bilis em estase, poisque só assim se podia obter a cura.

Na imprensa referiu-se que uma formidável hemorragia, teria levado o doente; nada sei a esse respeito. A hemorragia, tendo em conta a cholemia, oscillou entre limites normaes, e quando fechei a cavidade abdominal já nenhum vaso sangrava. Depois espalhou-se a lenda de que eu teria extirpado o pancreas carcinomatoso. É claro que nem se podia falar nisso. Tratava-se simplesmente de derivar a bilis retida. É o que seria possível por diferentes modos: ou se estabelecia uma anastomose entre o choledoco e o duodeno ou entre a vesicula biliar e o choledoco. Como pela márchã se deprehendia que o cystico devia estar obliterado, tambem se poderia pensar numa anastomose entre a vesicula biliar e o hepatico. Julguei dever explorar primeiro a anastomose estabelecida três mēses antes. A partir da vesicula biliar poder-se-hia então pôr a descoberto o ligamento hepato-duodenal e o choledoco. Por causa das espessas adherencias era completamente impossível atacar directamente o choledoco sem orientação prévia pela vesicula biliar posta a descoberto.

Procurei portanto dissecar a vesicula biliar. Mas isto foi mais facil de pensar do que de fazer, e foi um trabalho muito difficil, demorado e de fazer transpirar, o avançar até á anastomose atravez das fortes e extensas adherencias. A principio o lóbo hepatico direito, redondo, muito molle, parecia a vesicula biliar; punccionei e dei uma incisão num ponto dissecado, mas reconheci então, que não tinha a vesicula deante de mim. A incisão de 1 cm. de comprimento no tecido hepatico não fez naturalmente mal algum ao doente, em todo o caso demorou-se assim a operação cinco minutos a mais. Finalmente, depois de muito procurar, encontrei a vesicula biliar; tinha sido tam difficil por ella se encontrar quasi completamente vazia e flacida. Eu via agora claramente a anastomose e junto á mesma, abri a vesicula. Esta continha uma secreção turva em pequena quantidade e o resto dum pequeno fragmento de melão por digerir. A fistula intestinal estava permeavel, bastante apertada, mas a anastomose não tinha razão de ser, porque o cystico encontrava-se obliterado. Tinha-me demorado bastante tempo (1 hora) a romper as adherencias. No doente começou a ameaçar um pouco o collapso. Era essencial abreviar a operação tanto quanto possível. Introduzi portanto na vesicula biliar aberta um tubo, fechei-o hermeticamente e abri o choledoco, quasi da largura de dois dedos, na parte supraduodenal. A bilis, completamente limpida, jorrou em curva. A repentina descompressão do figado teria augmentado o

colapso, o chloroformizador apressava-me. Era impossivel terminar a planeada choledoco-duodenostomia ou uma anastomose entre a vesicula biliar e o choledoco; tive que me contentar com a drenagem do hepatico, appliquei os tampões segundo o modo habitual e fechei a cavidade abdominal. A operação tinha durado 1 hora $\frac{1}{2}$. Foi, por causa das extensas adherencias, uma das mais difficeis das que tenho feito. O doente foi levado para a cama, o pulso melhorou um pouco, dahi a uma hora tornou a desaparecer.

Apezar de excitantes, sôro, etc. deu-se o desenlace cerca de hora e meia depois da operação.

Epicrise: O caso é interessante sob varios pontos de vista:

1) A marcha da doença não foi muito typica. Não era um dos assim chamados casos escolares.

O diagnostico foi incerto até ao ultimo momento.

Como ninguem podêsse negar a possibilidade dum tumôr benigno, justificava-se em todo o caso uma operação. Mas até quando, com segurança, se tivesse diagnosticado um carcinoma, nada se poderia objectar contra uma intervenção. Antigamente tinha eu a esse respeito uma opinião diversa. Considerava o tratamento operatorio do carcinoma, por exemplo dos ductos biliares, como completamente inutil e apenas adequado a lançar o descredito na cirurgia dos calculos biliares, porque os numerosos casos mortaes assustariam muitos da necessaria operação por cholelithiase. Mudei de opinião a esse respeito. Porque em primeiro logar consegue-se de vez em quando a operação radical dum carcinoma (Körte, Mayo Robson e Kehr teem curas persistentes e consecutivas a operações por carcinomas na vesicula e nos canaes biliares), e, em segundo logar, mal se

distingue a pancreatite chronica do cancro do pancreas (1).

Se, por principio, se não operar na oclusão do choledoco por tumôr, perdem-se muitas vidas que

(1) No citado trabalho do sr. Dr. Reynaldo dos Santos, *Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas*, Lisboa. Junho de 1906, pag. 198, é referida uma observação que nos dá um exemplo português desta verdade.

«Observação n.º 111.—Prof. Custodio Cabeça (*inédita*), *Tumôr do pancreas. Laparotomia. Cura.*

Mulher de 40 annos de idade, com historia anterior suggerindo cholelithiase. Actualmente dôres no epigastro e syndroma de obstrucção do choledoco: ictericia profunda, urina com pigmentos biliares e fezes descoradas.

Operada em 11 de outubro de 1904 num quarto particular do hospital Estephania pelo prof. Cabeça.

Encontra-se uma vesicula distendida, gordura abdominal muito abundante e um tumôr na cabeça do pancreas que se julgou ser um carcinoma.

Encerramento do ventre.

Devido á amabilidade do prof. Cabeça tive occasião de observar esta doente em 20-X, encontrando-a ainda com dôres, e o syndroma de obstrucção do choledoco. As urinas recolhidas em 22-X foram-me enviadas para pesquisa da reacção de Cammidge.

Urinas côr de mogno, fetidas, acidas e turvas, sem glycose nem albumina e com pigmentos biliares.

Reacções A. e B. (Cammidge) feitas com phenylhydrazina (Merk).

Segue-se a technica rigorosamente:

20 horas depois da reacção:

Tubo A. Liquido turvo; deposito no fundo não formando flócos. Ao microscopio: cristaes amarello-dourados, em feixes de agulhas irradiando d'uma massa central (*rosettes*), muitos e de tamanho variavel. Corpusculos arredondados, tambem amarelos, isolados ou reunidos em massas, muito juntos aos cristaes precedentes (*sheaves*). Acastanham pelo acido sullurico a 33 0/0 e dissolvem-se completamente 5 ou 6 minutos depois de mudarem de côr.

Tubo B. Liquido esverdeado, pallido e pouco turvo. Deposito pouco abundante. Ao microscopio: cristaes em agulhas seme-

seria facil salvar por se tratar de simples pancreatite. Por isso opero agora sempre, na esperança de encontrar uma pancreatite chronica em logar dum carcinoma do pancreas. E, se o que eu apalpo na cabeça do pancreas é realmente um carcinoma, posso ainda alliviar bastante o horrivel sofrimento por uma anastomose bem estabelecida. Se o doente morre depois da operação, é a morte para elle a redempção duma lamentavel existencia.

Ao estabelecer a indicação operatoria nos casos em que o problema se levante, podem ser finalmente elementos decisivos a habilidade technica de cada um, assim como a sua tendencia cirurgica e os seus resultados anteriores.

Eu já tinha praticado tantas operações por calculos biliares, que não precisava de me assustar perante o caso Waldeck-Rousseau, cujas difficuldades de modo nenhum depreciava, e podia confiar na minha technica, adquirida por longa prática, para dominar a situação. Além disso, não só os meus bons resultados anteriores me concediam o direito, como tambem me impunham o dever de pelo menos fazer a tentativa duma operação. Não

lhantes aos obtidos na reacção A, mas em menor quantidade. Esferas e massas amorphas.

Diagnostico : Carcinoma do pancreas.

Em 19 de novembro de 1904. Doente muito melhorada, sem dores, ictericia menor, fezes córadas, urinas sem pigmentos biliares.

Tem engordado mas tem a sensação que o tumor continua dentro do ventre.

Em maio de 1906 (1 1/2 anno depois da operação) continua bem.

O tumor do pancreas era pois uma *pancreatite chronica* e a reacção de Cammidge falhou mais uma vez.

me deixei levar nesse sentido pelo desejo do doente e da família, que tinha naturalmente todo o empenho em salvar a vida ao doente, mas fôram as minhas observações e os meus resultados que determináram o meu procedimento.

Os medicos francêses conheciam a estatística dos meus resultados operatorios na cholelithiase do Manual de Cirurgia prática de v. Bergmann, v. Mikulicz, v. Bruns. Serviam de base a essa minha estatística 720 casos. Tinha eu os seguintes resultados: Na obliteração do choledoco por calculo 5,3% de mortalidade, na oclusão por tumôr benigno 20%, maligno 84%. Se portanto o nosso doente tivesse um calculo, era de 5,3% o perigo da operação, se além do calculo tivesse pancreatite chronica, seria necessario contar com cerca de 20% de mortalidade, e se tivesse carcinoma, seria para admittir uma mortalidade de 84%. Como o diagnostico era incerto, e como já se manifestavam signaes de cholemia, contava eu com uma mortalidade media de 66%.

Caso se não operasse, era a mortalidade de 100%; operando, havia 34% de probabilidade de salvar a vida ao doente, e, se eu em taes casos entre 100 doentes apenas salvo tres ou quatro, já isso é bastante numa doença, que, sem operação, é fatalmente mortal. Já tenho operado mais casos destes, que se achavam exactamente tam miseraveis como o Sr. Waldeck-Rousseau; pratiquei nelles maiores intervenções e restabelecêram-se. Se por um lado, tendo por base a experiencia, se adquire a firme convicção de que o doente se encontra certamente perdido, e se, por outro lado, ha a perspectiva de salvar pela operação uma percentagem embora muito pequena, seria esquecer o dever

omittir a operação (1). Waldeck-Rousseau nada tinha a perder, só podia lucrar. Se a operação não desse esperança alguma, com toda a certeza que a não teria feito. Fui a França como cirurgião e não como anatomo-pathologista. É do que se podem lembrar aquelles que affirmaram: A operação teria tido apenas por fim confirmar o diagnostico cancro do pancreas, muito tempo antes estabelecido por medicos francezes. A minha operação tinha em primeiro e ultimo logar um fim curativo.

As nossas intervenções cirurgicas, precisamente aquellas que correspondem a uma indicação vital, sam pela vida e pela morte. E se é tambem exacto que a hemorragia inevitavel, os effeitos do chloroformio sobre o coração, a grande demora da operação anteciparam o fim, é comtudo na doença fundamental (2), que conduziu á insufficiencia hepatica

(1) No discurso de Forgue sobre a responsabilidade do cirurgião, no recente Congresso francês de Cirurgia (1908), tambem se defende esta boa doutrina:—Si sur nos décisions, prises et exécutées en toute conscience, pèsent le contrôle hostile des esprits et la menace de la surveillance légale, forcément, dans les cas difficiles, à la limite de l'opérabilité, le chirurgien sera conduit à pratiquer cette abstention que M. Henry Robbert, dans l'affaire Laporte, a bien définie la théorie du *laisser-mourir*. Or, nous enseignons, au contraire, que tant que persiste une chance rationnelle de succès, notre devoir est de la courir, conformément au vieux précepte de Hufeland: «Quand le malade est en danger, risque tout pour le sauver, même ta réputation» —.

Os criticos de Kehr que meditem nesta autorizada opinião do seu illustre compatriota, o conhecido professor de Montpellier.

(2) Neste caso, só pela excisão dum pequeno fragmento de tecido pancreatico e pelo microscopio se poderia decidir se se tratava de pancreatite chronica ou de carcinoma do pancreas. É claro que na operação não tive motivo algum para proceder a semelhante excisão. Não chegou ao meu conhecimento se foi feita a autopsia (nota de Kehr).

e á intoxicação cholemica, que se deve procurar a verdadeira causa do resultado desfavoravel.

O nosso caso é ainda digno de nota porque :

2) a anastomose estabelecida três menses antes não funcionava. Deprehende-se das observações feitas como se podem evitar semelhantes acontecimentos desagradaveis.

3) O caso revelou-me mais uma vez quanto é melhor hospitalizar um doente, que se quer sujeitar a uma operação por lithiase biliar. A familia e os medicos, com um cuidado enternecedor, nada deixaram faltar, para garantir o successo da operação, e eu proprio julgava ter cuidado de tudo: instrumental proprio, assistencia propria. E comtudo faltava-me muita coisa: luz superior, mesa de operações movel, aparelho para o oxygenio-choloroformio. — Por isso só na mais imperiosa necessidade — esta existia sem duvida neste caso! — é que se deve decidir uma operação em casa particular.

Tal é o relatorio de Kehr, instructivo e interessante no triplice ponto de vista, historico, clinico, e deontologico.

A obra cirurgica de Kehr apresenta-se ainda num dos seus interessantes aspectos no relatorio apresentado ao 2.º Congresso internacional de Cirurgia de Bruxellas (setembro 1908), a pedido de Sonnenburg, de Berlim.

Como os resultados colligidos correspondem, em parte, a numerosas notas enviadas por importantes Clinicas cirurgicas, em resposta ao pedido de Kehr no *Zentralblatt für Chirurgie* (1908 n.º 4), serve um resumo desses dados estatisticos para definir o valor do tratamento cirurgico da cholelithiase, na sua phase moderna.

O material de Kehr, que attingia ha dias 1420 laparotomias na especialidade, numero tanto mais significativo que sam conhecidas as ideias conservadoras deste cirurgião, a quem se devem grandes aperfeiçoamentos introduzidos no tratamento medico, constava, no fim de 1907, de 1309 laparotomias por calculos biliares, sobre os quaes versa o relatorio apresentado ao recente congresso de Bruxellas.

Os resultados dessas 1309 intervenções distribuem-se da seguinte fórma :

TABELLA I

1) 295 operações conservadoras (cystostomia, cysten-dyse, cysticotomia) com 6 casos mortaes	2	por cento	com inflamação, suppuração e calculos do choledoco 1.115 casos com 65 casos mortaes = 5,8%
2) 303 ectomias com 11 casos mortaes.	3,6	»	
3) 293 choledocotomias, e drenagens do hepatico com 12 casos mortaes	4	»	
4) 224 operações combinadas, por complicações benignas no estomago, intestino, figado, pancreas, com 36 casos mortaes	16	»	
5) 194 operações combinadas, por complicações malignas (carcinoma do figado, da vesicula, do choledoco, na angiocholite septica ou diffusa purulenta) com 160 casos mortaes.	82	» de mortalidade	
Total 1309 laparotomias com 225 casos mortaes.	17,1	»	»
Descontando 4) e 5), 891 com 29 casos mortaes.	3,2	»	»

Nos casos mortaes, respectivamente 6, 11 e 12 depois das 295 operações conservadoras, das 303 cholecystectomias e das 293 drenagens do hepatico, sam tambem incluidos todos os casos fataes, que propriamente já não estam relacionados com a operação. Assim morrêram, por exemplo, duas mulheres de idade, na quinta semana depois duma ectomia, de apoplexia, depois de a ferida operatoria ter cicatrizado completamente.

Os casos malignos da rubrica 5) comprehendem tambem a angiocholite septica etc. Semelhantes casos (1) dam poucas esperanças e perdem-se tanto com operação como sem ella; não é portanto justo, nestas condições, attribuir o desenlace á operação em si. Ora, como é natural, dada a especialização de Kehr na cirurgia do figado, apparecem nas series deste professor muitos destes casos perdidos.

Numa *segunda tabella* sam especificadas as diversas operações emprehendidas em 1309 laparotomias realizadas em 1211 doentes (22 de maio de 1890 a 1 de janeiro de 1908). Enunciando apenas os dados mais importantes, vê-se que o numero de cholecystectomias (609) excede muito o numero de cholecystostomias a um só tempo (349), e que a 75 choledocotomias com sutura se oppõem 283 drenagens do hepatico. É relativamente grande o numero de anastomoses (cerca de 60), na sua maioria praticadas por oclusão tumoral do choledoco.

Entre as operações combinadas encontram-se numerosas gastro-enterostomias (102), pyloroplastias

(1) Israel (de Berlim) tem um caso de angiocholite suppurada muito diffusa curado pela drenagem do canal hepatico; mas os casos desta ordem sam excepçionaes.

(32) e hepatopexias (141), a respeito das quaes Kehr nos dá as seguintes informações complementares.

É muito frequente nas operações por cholelithiase encontrar adherencias entre a vesicula biliar e o pyloro, e estenoses que obrigam a combinar a intervenção por lithiase com uma operação sobre o estomago. Mas muitas gastro-enterostomias e pyloroplastias fôram levadas a effeito por causa de ulcera do pyloro. A estatistica comprehende todos os casos que fôram operados por suspeita de lithiase biliar ou por cholelithiase bem diagnosticada; mas a intervenção revelou em numerosos casos que, em logar da supposta lithiase, apenas existiam adherencias ou uma ulcera do pyloro cicatrizada ou uma ulcera duodenal, circumstancia esta a considerar na estatistica.

A hepatopexia foi não só praticada na hepatopose accentuada, mas tambem frequentemente depois da simples cholecystectomy, para fechar o espaço subphrenico e facilitar a necessaria drenagem. O grande numero de ectomias explica tambem a frequencia da hepatopexia.

É tambem relativamente grande o numero de appendicectomias (78). Kehr, nas operações por cholelithiase, correndo em boas condições, procede sempre á extirpação do appendice, embora macroscopicamente normal, quando este se apresenta no campo operatorio; não sendo necessario augmentar a incisão abdominal, representa a appendicectomy uma demora a mais, de cinco minutos. E claro que um appendice vermicular pathologico é extirpado, e quando a anamnese e o exame clinico indicarem a appendicite além da cholelithiase importa prolongar para baixo a incisão ondulada de Kehr, tendo em vista a appendicectomy. Deve-se, a esse respeito accentuar que sam unanimes as confir-

mações da coincidência, relativamente frequente, da infecção vesicular com a appendicite.

Hei de occupar-me deste interessante syndroma cholecysto-appendicular no estudo das complicações da cholelithiase.

Como portanto a tabella I e as operações especificadas numa segunda tabella, cujos resultados resumi, comprehendem as intervenções no systema biliar, em que apenas apparecêram adherencias em logar dos suppostos calculos, assim como as intervenções por carcinoma do pancreas, cholecystite, angiocholite, necrose pancreatica sem calculos, ficam os resultados bastante diffundidos.

Por isso destaca o autor, desta estatística global, e dos seus annuarios clinicos 12.º ao 16.º, para uma terceira tabella, apenas aquellas operações em que a calculose se revelou incontestavel.

Não comprehende pois a tabella seguinte os casos em que não havia calculos (operações por adherencias, cholecystite não calculosa, carcinoma do pancreas, pancreatite).

Sam enumeradas 382 laparotomias; entre ellas 238 casos de calculose simples com 7 mortes = 2,9 por cento de mortalidade; 73 operações por complicações benignas (appendicite, pancreatite etc.) com 15 casos mortaes = 20 por cento de mortalidade; 56 operações por complicações malignas (carcinoma etc.) com 42 casos mortaes = 75 por cento; finalmente 15 operações secundarias = 60 por cento de mortalidade.

TABELLA III

	mortalidade
1) 238 operações por cholelithiase, sem lesão combinada, com 7 casos mortaes	2,9 por cento
59 homens e 179 mulheres; mortalidade respectivamente 4 (6,7%) e 3 (1,6%);	
2) 73 operações por complicações benignas (appendicite, pancreatite etc.) com 15 casos mortaes	20 »
21 homens e 52 mulheres; mortalidade respectivamente 6 (26%) e 9 (17%);	
3) 56 operações por complicações malignas (carcinoma etc.) com 42 casos mortaes	75 »
27 homens e 29 mulheres; mortalidade respectivamente 20 (74%) e 22 (76%);	
4) 15 operações secundarias em 9 casos mortaes	60 »
6 homens e 9 mulheres; mortalidade respectivamente 4 (66%) e 5 (55%);	
382 operações, ao todo, com 75 casos mortaes e 19 por cento de mortalidade global.	
Homens 113, mulheres 269, sendo a mortalidade global respectivamente de 34 (30%) e 39 (14%).	

Descontando os casos malignos, teremos 311 operações com 22 casos mortaes o que equivale a 7 por

cento de mortalidade. Tendo apenas em conta as operações por cholelithiase sem lesão combinada 1) é a mortalidade apenas de 2,9.

Figura, como causa de morte nas operações simples por calculose, a peritonite em 1 por cento dos casos e a pneumonia e embolia da arteria pulmonar em 2 por cento dos casos; nos casos complicados por outras operações no estomago, intestino, pancreas, deram-se quasi todos os casos mortaes em resultado das graves alterações dos aparelhos circulatorio e respiratorio, determinadas pela doença fundamental ou, quando existiam doenças irreparaveis (tuberculose renal, carcinoma do cystico, choledoco, pancreas, do figado e vesicula biliar, necrose do pancreas, cholemia e angiocholite, calculos do figado, cirrhose hepatica, atrophia do figado, etc.), em consequencia da inanição e cachexia resultantes da longa doença, e mais raras vezes em resultado do choque produzido pela grave operação; a diathese cholemica, a degenerescencia myocardica, a nephrite chronica, e as pneumonias hypostaticas desempenham um papel primordial nos casos mortaes da rubrica 3).

Nas operações simples, limitadas ás vias biliares, e que se não combináram com simultaneas appendicectomias, gastroenterostomias e intervenções por carcinomas, foi encontrado pus na vesicula biliar em 35 por cento, e calculose do choledoco e hepatico em 31 por cento dos casos. Portanto, em 66⁰/₀, — dois terços dos casos — confirmou-se uma indicação operatoria vital, em 34⁰/₀ dos casos uma indicação relativa. A maioria dos doentes deste ultimo grupo (34⁰/₀) sentia-se tam affectada pelo seu soffrimento, que viu com agrado a possibilidade duma cura por via operatoria. Nestes casos póde-se portanto tambem falar numa indicação vital, pois que as dôres persis-

tentes constituíam um impedimento constante ao bem estar profissional e social.

Conclue Kehr, com relação á sua estatística, que apresentando uma operação, proposta quasi só por indicação vital, a reduzida mortalidade de tres por cento, se deve considerar relativamente pequeno o risco em que o cirurgião e o doente incorrem nessas condições.

Como immediatamente se deprehe de da tabella III, é a mortalidade nos homens muito mais elevada do que nas mulheres, tanto nas operações simples (6,7% de mortalidade nos homens, contra 1,6% nas mulheres) como nas intervenções combinadas (26% para 17%). Kehr attribue este facto a circumstancias diversas: 1.º O homem, como amparo da familia, retarda muito a intervenção; 2.º o homem tem menos resistencia do que a mulher; 3.º a dose de anesthesico necessario é mais elevada no homem do que na mulher; 4.º a intoxicação tabagica, alcoolica é mais frequente no sexo masculino, o que expõe mais facilmente o coração á influencia deleteria do chloroformio e do ether; 5.º não é para desprezar a relativamente maior frequencia, no homem, do carcinoma da cabeça do pancreas, e da cirrhose hepatica complicando a cholelithiase.

O material clinico de Mayo-Robson pôde avaliar-se pela seguinte nota, enviada por este eminente cirurgião de Londres em resposta ao recente inquerito de Kehr:

Cholecystotomia

	mortalidade
410 casos de cholelithiase benigna	
com 8 mortes.....	1,9 por cento

mortalidade

28 casos de cholelithiase maligna
(cancro do pancreas, do choledoco, etc.) com 8 mortes... 28,5 » »

Choledocotomia e duodeno-choledochotomia

Até 1899, antes da minha operação
aperfeiçoada, 60 casos com 9 mortes. 15 por cento

Depois de 1899, 113 casos com 6 mortes 5,3 » »

Cholecystectomy

94 casos simples e malignos, com
4 mortes 4,2 por cento

Os ultimos 59 casos com 1 morte ... 1,6 » »

Cholecystenterostomia

40 casos por causas benignas com
2 mortes 5 por cento.

As 2 mortes deram-se, uma num caso de angiocholite suppurada e abscesso do figado associado com pancreatite intersticial e ictericia muito accentuada, e outra num caso de pancreatite intersticial e ictericia, em que se estabeleceu anuria e nephrite aguda quando o doente se dispunha a sahir da casa de saude com a ferida curada e aparentemente bem.

Cholecystenteroŕstomia

13 casos por cancro da cabeça do
pancreas ou do choledoco, com
8 mortes 65,5 por cento

Merece especial referencia o material clinico dos
irmãos Mayo, do Hospital de Santa Maria em Ro-

chester (Minnesota). Ha uma estatistica que comprehende 1:500 operações sobre a vesicula ou canaes biliares num periodo de 15 annos desde 1891 a 1906.

A mortalidade geral é de 4,43%, 66 mortes por 1:500 operações, comprehendendo as perfurações agudas, as peritonites septicas e os tumôres. De resto esta estatistica tende a melhorar, pois que nos primeiros mil casos foi a mortalidade de 5%, ao passo que nos ultimos quinhentos baixou a 3,2%. Estes numeros referem-se a uma estatistica global, em que sam comprehendidos todos os casos mortaes, quer se trate de embolia, de myocardite, quer até de affecções chronicas, taes como nephrite, cirrhose, etc.

Kehr destaca dos annuarios dos irmãos Mayo os casos relativos ao periodo de 1904 a 1906, a fim de poder compará-los com os seus casos do mesmo periodo.

No periodo indicado intervieram os irmãos Mayo 1022 vezes no figado, systema biliar e pancreas, com 44 casos mortaes. A distribuição foi a seguinte :

Em 1904...	308 vezes com 18 casos mortaes		
» 1905...	329 » » 12 » »		
» 1906...	385 » » 14 » »		
Total....	1022 » » 44 » »		
Em 1904...	152 cystostomias	com 5 mortes	
	80 ectomias	» 4 »	
	45 choledocotomias	» 8 »	
Em 1905...	177 cystostomias	com 1 morte	
	69 ectomias	» 1 »	
	40 choledocotomias	» 6 mortes	
Em 1906...	206 cystostomias	sem casos mortaes	
	122 ectomias	com 2 mortes	
	30 choledocotomias	» 6 »	

A mortalidade na estatística dos irmãos Mayo, relativa ao periodo de 1904 a 1906, foi portanto de :

535 cystostomias	com	6	casos	mortaes	=	1 0/0
271 ectomias	»	7	»	»	=	2,5 »
115 choledocotomias	»	20	»	»	=	17 »

Nas restantes operações (101) tratava-se de adherencias, anastomoses entre as vias biliares e o intestino, incisões exploradores por carcinoma, cirrhose hepatica, abertura de abscessos do figado, operações por kystos hepaticos, intervenções por carcinoma, etc., com 11 casos mortaes = 11 0/0.

Total: 1022 operações com 44 mortes = 4,3 0/0.

Semelhantes resultados sam realmente importantes, e unicos por emquanto; 1022 operações por cholelithiase em 3 annos e alem disso mais 5400 laparotomias (entre as quaes 2228 appendicectomias com 19 mortes apenas) representam um material cirurgico que até agora nenhum cirurgião allemão attingiu. Mas nas operações por cholelithiase, embora se reconheça a capacidade e a technica assombrosa dos irmãos Mayo, importa ter em conta que as operações simples predominam sobre as complexas, ao passo que no material de Kehr succede o contrario. Na estatística Mayo encontram-se em cerca de 1000 operações por cholelithiase :

cerca de metade de cystostomias	=	53 0/0
a quarta parte de ectomias	=	27 »
um decimo de choledocotomias	=	10 »
um decimo é constituido por casos que correspondem ás rubricas (4 e 5) da Tabella I (pag. 38)	=	10 »

Nas ultimas (1) 312 operações de Kehr encontram-se:

20 cystostomias	= 6,4 0/0
81 ectomias	= 26 »
66 choledocotomias	= 21 »
145 operações combinadas	
(rubricas 4 e 5)	= 46 »
<hr/> 312 operações.	

Mayo teve 53 0/0 de cystostomias;	Kehr 6,4 0/0
» » 27 » de ectomias;	» 26 »
» » 10 » de choledocotomias;	» 21 »
» » 10 » de operações combinadas;	» 46 ».

Decorre deste confronto a differença grande entre o material clinico dos dois cirurgiões. O numero de operações combinadas de Kehr é 4 a 5 vezes maior, o numero de intervenções no choledoco é o dôbro do mencionado na estatistica Mayo. Em contraposição praticaram os irmãos Mayo 10 vezes mais cystostomias do que Kehr. Tendo em conta estas differenças, conclue-se que os resultados das duas estatisticas não divergem muito, sendo sensivelmente eguaes pelo que diz respeito ás operações por cholelithiase — sem lesões combinadas.

Quem preferir a cholecystostomia e operar precocemente com o cystico livre e a parede vesicular ainda sensivelmente normal, deve ter resultados mais brilhantes do que aquelles cirurgiões que, praticando quasi só intervenções tardias por cholelithiase, em

(1) Trata-se dos casos relativos ao periodo 1904 a 1906 publicados num estudo de conjuncto em 1908.

harmonia com um criterio diverso ao estabelecer a indicação operatoria, teem que preferir a cholecystectomy e drenagem do hepatico. É uma questão de indicação operatoria, mais ampla para os intervencionistas precoces com numerosas cholecystostomias.

A cirurgia da cholelithiase tem merecido particular attenção á Clinica cirurgica de Heidelberg, sob a progressiva direcção de Czerny e ultimamente de Narath, que, em especial neste ramo da cirurgia, tem tido no seu primeiro assistente Dr. L. Arnsperger um valioso collaborador. Os resultados desta importante Clinica teem sido publicados na revista scientifica *Beiträge zur klinischen Chirurgie* e fôram os seguintes:

De 1 de abril de 1898 até 1 de março de 1901, fôram operados 128 doentes, praticando-se, ao todo, 136 intervenções.

1. Cholecystostomias simples, cholecystectomias parciaes com cholecystostomias: 52 casos, 9 mortes.

2. Cholecystostomias com cysticotomias: 11 casos, 2 mortes.

3. Cholecystectotomias: 5 casos, todos curados.

4. Choledocotomias e operações combinadas: 16 casos, 3 mortes. Distribuição destas intervenções: choledocotomia com sutura, 2 casos; choledocotomia com sutura e cholecystostomia, 7 casos; choledocotomia com drenagem, 6 casos, 2 mortes, ambos os casos por hemorragias (doentes cirrhoticos com obstrucção antiga); cholecystectomy com drenagem do hepatico (operação de Kehr) 1 caso mortal por myocardite ao 13.º dia, não revelando a autopsia peritonite.

5. Anastomoses das vias biliares: 4 casos em que Czerny praticou a cholecystoduodenostomia; num

destes casos fez-se, sete menses depois, uma cholecystenteroplastia, morrendo a doente dezoito menses depois de peritonite por perfuração do choledoco por um calculo.

6. Laparotomias por peritonite sub-hepatica: 11 casos, sendo 1 mortal.

7. Peritonites localizadas e generalizadas: 4 casos, 2 mortes.

8. Operações combinadas nas vias biliares e no tubo digestivo: 5 casos de lithiase complicada, todos curados.

Comparando estes resultados, relativos ao periodo de 1-4-1898 a 1-3-1901, com os casos publicados por Petersen, relativos a operações anteriores, vê-se que a mortalidade se modificou consideravelmente. Com effeito, excluindo os casos de carcinomas ou as operações com peritonite generalizada, deprehende-se que a mortalidade global baixou de 5,1 % a 3,5 %.

As operações por cholelithiase praticadas na Clinica de Heidelberg, dahi por deante, sam mencionadas em nota (1) as relativas ao periodo de 1-3-1901

(1) Clinica de Heidelberg 1901 (desde 1 de março a 31 de dezembro de 1901): 44 doentes operados.

- 27 Cholecystostomias.
- 5 Cholecystectomias.
- 7 Choledocotomias.
- 1 Cholecystenterostomia.
- 1 Choledoco-enterostomia.
- 3 Incisões d'abscessos; (1 caso mortal).

Em 1902: 59 doentes operados (7 homens, 52 mulheres).

- 27 Cholecystostomias.
- 3 Cholecystostomias e cysticotomias.

até 31-12-1906, e no texto (pag. 53), as que se referem ao anno de 1907, recentemente publicadas em relatorio do Dr. L. Arnsperger, no Anuario da Clinica.

Segundo uma nota do Dr. L. Arnsperger, em resposta ao inquerito de Kehr, fôram os seguintes os resultados operatorios da Clinica cirurgica de Heidelberg, relativos ao periodo de 6 annos de 1901 a 1906:

1. De 259 casos de lithiase simples, 12 casos mortaes = 4,6 %. Entre estes 28 homens com 3 mortes = 10 %, 231 mulheres com 9 mortes = 3 %.

-
- 10 Cholecystectomias.
 - 1 Cholecystenterostomia.
 - 15 Choledocotomias; (4 casos mortaes).
 - 3 Incisões d'abscessos.

Em 1903: 64 intervenções por lithiase ou pelas suas complicações.

- 35 Cholecystostomias.
- 10 Cholecystectomias (2 casos mortaes).
- 18 Drenagens do choledoco.
- 1 Laparotomia simples (1 caso mortal).

Em 1904: 50 operações com 7 casos mortaes.

- 17 Cholecystostomias (1 caso mortal).
- 6 Cholecystectomias.
- 10 Cholecystostomias com drenagem do hepatico (2 casos mortaes).
- 9 Cholecystectomias com drenagem do hepatico (2 casos mortaes).
- 5 Drenagens do hepatico (2 casos mortaes).
- 1 Choledoco-enterostomia.
- 1 Incisão d'abscesso.
- 1 Choledocoplastia.

..

2. De 62 casos benignos e reparáveis, 7 casos mortaes = 11,3 %. Entre estes, 3 homens sem caso mortal algum (0 %) e 59 mulheres com 7 casos mortaes = 12 %.

3. De 65 casos malignos e irreparáveis, 26 casos mortaes = 40 %. Entre estes, 15 homens com 10 casos mortaes = 66 % e 50 mulheres com 16 mortes = 32 %.

Ao todo 386 casos de cholelithiase com 46 casos mortaes = 11,65 %, sendo 46 homens com 13 mortes = 28 % e 330 mulheres com 32 mortes = 9,4 %.

Kehr, apreciando esta tabella global (1901 a 1906)

Em 1905 : 65 casos, sendo 6 mortaes.

- 13 Cholecystostomias (1 caso mortal).
- 6 Cholecystostomias combinadas com outras intervenções abdominaes.
- 22 Cholecystectomias (1 caso mortal).
- 2 Drenagens do hepatico.
- 8 Drenagens do hepatico e cholecystostomias (1 caso mortal).
- 10 Drenagens do hepatico e cholecystectomias (2 casos mortaes).
- 1 Choledocotomia transduodenal (1 caso mortal).
- 3 Incisões d'abscessos.

Em 1906 : 48 casos, sendo 5 mortaes.

- 1 Cholecystendyse.
- 7 Cholecystostomias.
- 1 Cholecystostomia com gastro-enterostomia.
- 1 Cholecystostomia com appendicectomia.
- 16 Cholecystectomias.
- 1 Choledocotomia.
- 1 Choledocotomia com cholecystostomia.
- 16 Choledocotomias com cholecystectomias (3 casos mortaes).
- 1 Choledoco-duodenostomia e cholecystostomia.
- 3 Incisões d'abscessos (2 casos mortaes).

observa porém que sob a rubrica 1) se encontram numerosos casos graves de ictericia, que, embora sejam representantes de lithiase sem lesão combinada, influem comtudo muito na mortalidade por causa da diathese hemorrhagica. A rubrica 3) comprehende apenas os doentes de carcinomas fallecidos na Clinica depois das operações, ao passo que muitos doentes desta categoria, sahindo em mau estado da Clinica, pouco duráram, o que importa ter em vista ao lêr as conclusões do terceiro grupo.

Os resultados de 1907 sam enumerados no ultimo relatorio do Dr. Arnsperger, publicado em setembro de 1908. Este Anuario da Clinica cirurgica de Heidelberg, — onde o movimento operatorio do anno, em 3017 doentes internados (1), foi de 1936 intervenções, com 432 laparotomias (além de 251 operações por hernias), — menciona 112 doentes do figado, pancreas e vias biliares.

Nesta serie, a que vamos referir-nos em conjuncto, não fôram operados 12 casos. Um doente, colhido por um comboio rapido, morreu, sem operação, 2 horas depois de ser admittido na Clinica. Nos 100 doentes restantes fôram praticadas 102 operações.

Destes operados morreram 14, correspondendo 7 a carcinomas inoperaveis das vias biliares e do pancreas, 1 a um abscesso peritoneal não tendo por origem as vias biliares, de modo que em 77 operações em casos benignos dêram-se 6 mortes = 7,8%.

O primeiro caso mortal, numa doente que entrou com uma inflammação intraperitoneal, corresponde a um abscesso perfurado na raiz do mesenterio, o qual não foi encontrado na operação; fez-se apenas uma

(1) Movimento na Consulta externa da Clinica cirurgica em 1907: 8927 doentes e 1420 intervenções.

cholecystostomia. A autopsia tambem não assegurou a natureza do abscesso (appendice ileo-cecal ?).

Os 6 casos mortaes em operações por cholelithiase distribuem-se da seguinte fôrma. Dois casos de cholecystite suppurada aguda muito grave e angiocholite com thromboses da veia porta e abscessos do figado morreram de infecção e peritonite, apesar da operação, que num dos casos se complicava com uma gravidez de 9 meses. Outro caso de cholecystite aguda foi victima de embolia pulmonar por thrombose da veia femural direita, depois de bom exito da operação.

Uma doente, com ictericia grave e diathese hemorrhagica, morreu por hemorrhagia na noite da operação.

Uma doente, com cholelithiase e bronchite septica e nephrite, falleceu durante a noite depois da operação por embolias pulmonares.

Um dos doentes, com calculo do choledoco e ictericia, morreu de pneumonia tres dias depois da operação. Fôram cirurgicamente curados três casos semelhantes, apesar da ictericia antiga (2 annos e meio num desses casos, cuja historia clinica indico no paragrapho sobre a ictericia; quasi 2 annos e 1 anno respectivamente nos outros dois casos).

Distribuem-se da seguinte fôrma as 102 operações comprehendidas em 1907, com a nota dos casos mortaes :

Laparotomia em ruptura do figado	
(uma das vezes com esplenectomia)	2
Operação de Talma-Narath.....	5
Incisões de abscessos.....	3
Cholecystectomy e intervenção num	
kysto do pancreas.....	1
Cholecystolyse e nephropexia transper-	
itoneal.....	1

Cholecystendyse e pyloroplastia	1
Cholecystostomia num só tempo.....	9 (3 casos mortaes)
» a dois tempos	3
Cholecystectomy	32 (2 » »)
Cholecystectomy e appendicectomy..	1
Drenagem do hepatico, sem outra intervenção	2
Cholecystendyse e drenagem do hepatico	1 (1 caso mortal)
Cholecystostomia e drenagem do hepatico	3 (1 » »)
Cholecystectomy e drenagem do hepatico	21 (2 casos mortaes)
Cholecystoduodenostomia	2 (1 caso mortal)
Cholecystectomy e hepaticoduodenostomia	1
Cholecystostomia e choledocoduodenostomia	1
Drenagem do hepatico e cholecystogastrostomia.....	1 (1 » »)
Hepatocholangioduodenostomia.....	1 (1 » »)
Gastroenterostomia.....	1
Laparotomias exploradoras.....	10 (2 casos mortaes)
Total.....	102 (14 » »)

A fim de se poder apreciar este movimento cirurgico, importa accentuar que se trata duma escola cirurgicamente muito conservadora (1), e que na Clinica de Heidelberg se não pratica a operação precoce como Riedel a preconiza, embora se faça, com muito bom

(1) Com effeito, por exemplo na cirurgia da appendicite, representam a Clinica de Heidelberg e a Clinica de Sonnenburg (Berlim) a escola dos opportunistas. Outro exemplo :

Um doente com ferimento por arma de fogo, na região dorsal, interessando o figado (n.º 2648, Annuario de 1907), a cujo exame assisti, não foi operado. Graves symptomas abdominaes. A radiographia revela que a bala tem por séde o figado. Mais tarde incisão dum pequeno abscesso na ferida. Cura.

resultado, a cholecystectomy mesmo na cholecystite aguda, quando a affecção se apresenta tam intensa, ou com caracter tam progressivo no sentido peritoneal ou angiocholítico, que a vida seja ameaçada (indicação vital), ou quando a affecção se arrasta, isto é, não cede por fórma apreciavel ao fim de quatro a seis dias de tratamento interno (indicação relativa).

A Clinica de Heidelberg preferiu até 1905 a cholecystostomia, modernamente porém considera como operação de escolha a cholecystectomy, com laqueação do cystico, com ou sem drenagem do hepatico. Depois da choledocotomia, preconiza sempre a drenagem do hepatico.

O material de Kümmell (Hamburgo) faz objecto dum importante estudo clinico de Goldammer, que menciono na bibliographia.

Limitando-me, por enquanto, á indicação dos resultados immediatos obtidos nos 228 casos operados, transcrevo da pag. 43 do relatorio as seguintes conclusões, que se referem a grupos estabelecidos segundo os principios de Kehr.

Mortalidade global 20,9 %.

Operações simples nas vias biliares (169 casos, sendo 8 mortaes): 4,7 % de mortalidade.

Complicações benignas (4 casos, sendo 2 mortaes): 14,3 % de mortalidade.

Complicações malignas (45 casos, sendo 38 mortaes): 85,7 % de mortalidade.

Koerte (Berlim) refere em 1905, na sua classica monographia sobre a cirurgia das vias biliares e do figado, 420 laparotomias com 96 casos mortaes, o que corresponde a uma mortalidade global de 23 %.

Em 93 laparotomias por affecção maligna deram-se 63 mortes, isto é 68 %; em 327 laparotomias por cholelithiase simples sem inflammação importante (68 casos operados), com inflammação, suppuração ou calculose do choledoco (238 casos), por complicações benignas, no estomago, intestino, pancreas, figado (12 casos), 33 casos mortaes, isto é 10 % de mortalidade.

O grande material de Poppert, da Clinica cirurgica de Giessen, fez objecto duma communicacão do Dr. Thon, assistente da Clinica, a Kehr, por este professor apresentada ao Congresso de Bruxellas (1908).

A enumeraçãõ das 1.228 operações consta da seguinte tabella :

Cystostomias.....	384
Cystectomias.....	598
Choledocotomias.....	211
Anastomoses.....	13
Ruptura de adherencias....	22

Total..... 1228,

material operatorio tanto mais importante que a Clinica cirurgica de Giessen não pratica a operaçãõ precoce no sentido de Riedel.

No periodo de cinco annos, de 1903 a 1907, fõram operados :

513 casos de cholelithiase simples, com 9 mortes (1,75 %): 57 homens, com 4 casos mortaes (7,01 %), 456 mulheres, com 5 casos mortaes (1,09 %). Comprehende este grupo alguns exemplares em que se fez a hepatopectia e a gastropexia.

46 casos com complicações benignas, com 4 mortes (8,69 %): 5 homens, com 1 caso mortal (20 %) e 41

mulheres, com 3 casos mortaes (7,31%), com gastroenterostomia, appendicite etc. e nephropexia.

18 casos com complicações malignas, com 5 mortes (27,77%): 2 homens e 16 mulheres, com 5 casos mortaes (mortalidade respectivamente 0,0% e 31,25%).

Resultado global deste periodo de cinco annos: 577 casos, sendo 18 mortaes (3,11%): 64 homens, com 5 mortes (7,18%); 513 mulheres com 13 casos perdidos (2,53%).

É interessante a serie de Kocher (Bern), a quem se devem processos originaes, como, por exemplo, a choledocoduodenostomia interna, o descolamento do duodeno para exploração do segmento retroduodenal do choledoco, etc.

Kocher e Matti (1) publicáram em 1906 um trabalho clinico sobre 100 operações por cholelithiase relativas ao periodo de 1888-1906. Deram-se apenas 2 casos mortaes (2% de mortalidade, sendo excluidos os abscessos de figado), ambos num grupo de 30 cholecystectomias, um delles por falta de drenagem (2) (peritonite por infecção biliar) e outro por embolia pulmonar. Mencionam-se ainda 31 cholecystendyses, 19 cholecystostomias, 2 choledocolithotripsias, 10 choledocotomias e algumas libertações de adherencias, tudo sem caso algum mortal.

(1) Kocher und Matti, *100 Operationen an den Gallenwegen Festschrift für von Bergmann*, Langenbecks Archiv für Klinische Chirurgie Bd. 81. Teil I.

(2) Kocher tinha praticado a ablação duma vesicula calculosa inflammada, e, apesar de haver vestigios de inflammação recente sobre as paredes vesiculares, tinha fechado completamente o abdomen. Dois dias depois, peritonite; uma laparotomia immediata revela que a sutura do cystico se tinha soltado. Morte apesar da drenagem secundaria.

Taes sam as considerações feitas por Kehr sobre o material de Kocher.

Mas a restrição enunciada*, relativamente aos abscessos de figado que sam excluidos, é por mim recolhida do Tratado de Technica operatoria de Kocher (1) (pag. 782), onde tambem apenas se mencionam 2 casos mortaes.

Importa estabelecer a restrição indicada; com effeito, a documentada these de Cotte (2) (pag. 406) menciona, em analyse ao material de Kocher, um terceiro insuccesso muito instructivo, relativo a uma doente icterica, portadora dum empyema da vesicula, que inicialmente se contentaram em incisar. Um mês e meio depois, persistindo a febre e a ictericia, faz-se uma choledocotomia com sutura (1906). Depois da operação, elevação da temperatura e morte devida à ruptura dum abscesso hepatico na cavidade peritoneal. Angiocholite suppurada. Como a marcha deste caso poderia ter sido diversa com drenagem, que se não fez, não me parece que possa ser considerado o caso da nota (2) da pagina anterior como o unico em que se fez sentir a falta de drenagem, como Kocher pretende no seu Tratado (pag. 782).

Além deste enorme material norte-americano, inglês, alemão e suíço, seria facil accumular das revistas de cirurgia elementos de estudo semelhantes de outros operadores como A. Mc. Williams (Nova-York), Alessandri (Roma), von Angerer (Munic),

(1) Kocher, *Chirurgische Operationslehre*. Fünfte vielfach umgearbeitete Auflage. Jena. 1907.

(2) Cotte, *Traitement chirurgical de la Lithiase Biliaire et de ses Complications*. Thèse de Lyon. 1908.

Bakes (Trebitch), Bardeleben (Jena), Bardenheuer (Colonia), Barth (Danzig), Berg (Estocolmo), Borelius (Lund), von Bramann (Halle), Brüning (Gies- sen) (1), Ciro dalla Rosa (Veneza), Fink (Karlsbad), Franke (Brunsvic), Garré (Rostock e Königsberg), Haasler (Halle), Helferich (Kiel), Hochenegg (Vienna d'Austria) (2), Madelung (Strassburgo), Max Schede (Colonia), Mizocuchi (Fukuoka, Japão), Moynihan (Leeds), Murphy (Chicago), Ochsner (Chicago), Reichel (Chemnitz), Riedel (Jena), Riese (Berlim), Rotgans (Amsterdam), Rupprecht (Dresden), Sonnenburg (Berlim), Springorum (Halberstadt), Steinthal (Stuttgart), Straeter (Amsterdam), Verhoogen (Bruxellas) etc.

Documentam todos estes cirurgiões—além dos mencionados nas paginas anteriores Kehr (Halberstadt), Mayo Robson (Londres), irmãos Mayo (Rochester, Minnesota), Czerny (Heidelberg), Narath (Heidelberg), Kümmell (Hamburgo), Koerte (Berlim), Poppert (Giessen) e Kocher (Bern)—quanto vale actualmente a prodigiosa actividade scientifica da Alemanha, dos Estados Unidos da America do Norte, da Inglaterra e dos paises que mais de perto tem acompanhado a moderna evolução scientifica.

(1) Vasto material cirurgico de 1:350 intervenções nas vias biliares, comprehendendo 750 cholecystectomias e 250 choledocotomias.

(2) Num artigo recente de Bachrach (*Medizinische Klinik*, 19 de julho de 1908) sam colligidos 136 casos operados na Clinica de Hochenegg desde abril de 1904 a setembro de 1907. Encon- tram-se nesta serie 58 *cholecystectomias* com uma mortalidade operatoria de 3,3% (um caso de morte por hemorragia numa icterica, outro caso mortal por pneumonia lobular). Em 14 *cholecystectomias com drenagem do hepatico* houve um caso fatal. Fez-se em 13 doentes a mobilização do duodeno, com 6 mortes, 3 que resulta da gravidade dos casos assim operados.

Nestas considerações sobre o valor da cirurgia na cholelithiase, tenho apenas tido em vista os resultados operatorios immediatos, reservando a apreciação dos effectos a distancia, e em especial do problema das recidivas, para a analyse critica dos diversos processos cirurgicos.

Alguns desses resultados operatorios immediatos, conhecidos até fim de maio 1908 pelas notas enviadas em resposta ao pedido de Kehr no *Zentralblatt für Chirurgie* (1908, n.º 4), sam summariamente enumerados no seguinte quadro (pag. 62 a 65) apresentado por este professor ao Congresso de Bruxellas de setembro de 1908.

Nesta estatistica organizada por Kehr sam colligidos os dados do inquerito feito, com excepção das estatisticas de Koerte, Garré e Kocher, recolhidas por Kehr das publicações destes autores.

Como se deprehe de destes numeros, é a mortalidade operatoria na cholelithiase propriamente dita de cerca de 5%, sendo a mortalidade global, carcinomas inclusive, de 12% aproximadamente.

Um segundo quadro (pag. 66) mostra a percentagem de complicações malignas e benignas nos casos dos differentes cirurgiões desta serie.

Como desse mappa se deprehe, sam em especial as complicações malignas que influem no conjuncto dos resultados dos diversos operadores; assim, por exemplo, Poppert (Giessen) tem uma mortalidade global de 3,1% apenas, com 3,1% de complicações malignas, Koerte (Berlim) uma mortalidade de 21% em 20% de complicações malignas, Kehr (Halbers-tadt) uma letalidade de 15,6% com 14% de complicações da mesma ordem.

Nomes dos operadores	I. — Lithiase sem lesão combinada			II. — Complicações benignas			III. —
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens
Kehr, Hans, Halberstadt, 1903-1907	49 M. 3 = 6 0/0	151 M. 2 = 1,5 0/0	200 M. 5 = 2,5 0/0	17 M. 5 = 29 0/0	46 M. 8 = 17 0/0	63 M. 13 = 20 0/0	19 M. 15 = 79 0/0
Clinica de Heidelberg, 1901-1906	28 M. 3 = 10 0/0	231 M. 9 = 3,8 0/0	259 M. 12 = 4,6 0/0	3 M. 0 = 0 0/0	59 M. 7 = 12 0/0	62 M. 7 = 11,3 0/0	15 M. 10 = 66 0/0
Dr. Mizocuchi, Clinica cirurg. Fukuoka (Japão) 1901-1905	20 M. 3 = 15 0/0	15 M. 1 = 6,6 0/0	35 M. 4 = 11,4 0/0	—	2 M. 0 = 0 0/0	2 M. 0 = 0 0/0	2 M. 2 = 100 0/0
Garré, Clinica de Königsberg, 1895-1905	16 M. 3 = 18 0/0	74 M. 3 = 4 0/0	90 M. 6 = 6,6 0/0	2 M. 1 = 50 0/0	7 M. 0 = 0 0/0	9 M. 1 = 11 0/0	5 M. 4 = 80 0/0
Dr. Bakes. Hospital Imperador Francisco José em Trebitsch	1 M. 0 = 0 0/0	42 M. 2 = 4,7 0/0	43 M. 2 = 4,6 0/0	1 M. 0 = 0 0/0	11 M. 1 = 9 0/0	12 M. 1 = 8,3 0/0	2 M. 0 = 0 0/0
Koerte, Berlim 1890-1905 ..	44 M. 5 = 11 0/0	193 M. 13 = 6,7 0/0	237 M. 18 = 7,6 0/0	8 M. 2 = 25 0/0	33 M. 7 = 21 0/0	41 M. 9 = 21 0/0	21 M. 14 = 66 0/0
Von Angerer, Clinica de Munich 1903-1907	—	—	13 M. 1 = 7,6 0/0	—	—	5 M. 2 = 40 0/0	—
Kocher, Clinica cirurg. de Bern, 1880-1906	8 M. 0 = 0 0/0	79 M. 2 = 2,7 0/0	87 M. 2 = 2,3 0/0	2 M. 0 = 0 0/0	8 M. 0 = 0 0/0	10 M. 0 = 0 0/0	1 M. 0 = 0 0/0
Borelius, Clinica cirurg. de Lund	15 M. 2 = 13 0/0	167 M. 8 = 4,7 0/0	182 M. 10 = 5,4 0/0	—	—	—	—
Poppert, Clinica cirurg. de Giessen, 1903-1907	57 M. 4 = 7 0/0	456 M. 5 = 1 0/0	513 M. 9 = 1,7 0/0	5 M. 1 = 20 0/0	43 M. 3 = 7,3 0/0	46 M. 4 = 8,6 0/0	2 M. 0 = 0 0/0
Rupprecht, Dresden, 1894-1907	25 M. 6 = 24 0/0	89 M. 10 = 11 0/0	114 M. 16 = 11 0/0	1 M. 0 = 0 0/0	3 M. 1 = 33 0/0	4 M. 1 = 25 0/0	2 M. 2 = 100 0/0
Bardenheuer, Bürgerhospital, Colonia	6 M. 3 = 50 0/0	51 M. 6 = 12 0/0	57 M. 9 = 15 0/0	3 M. 1 = 33 0/0	6 M. 1 = 16 0/0	9 M. 2 = 22 0/0	1 M. 0 = 0 0/0

Complicações malignas		Resultado de I e II casos benignos			Resultado global		
Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
25 M. 18 = 72%	44 M. 33 = 75%	66 M. 8 = 12,6%	197 M. 10 = 5%	263 M. 18 = 6,8%	85 M. 23 = 27%	222 M. 28 = 12%	307 M. 51 = 15,6%
50 M. 16 = 32%	65 M. 26 = 40%	31 M. 3 = 9,7%	290 M. 16 = 5,5%	321 M. 19 = 5,7%	46 M. 13 = 28%	340 M. 32 = 9,4%	386 M. 45 = 11,6%
1 M. 1 = 100%	3 M. 3 = 100%	20 M. 3 = 15%	17 M. 1 = 5,8%	37 M. 4 = 10%	22 M. 5 = 22,5%	18 M. 2 = 11%	40 M. 7 = 17,5%
7 M. 4 = 59%	12 M. 8 = 66%	18 M. 4 = 22%	81 M. 3 = 3,7%	99 M. 7 = 7%	23 M. 8 = 35%	88 M. 7 = 8%	111 M. 15 = 13%
8 M. 5 = 62%	10 M. 5 = 50%	2 M. 0 = 0%	53 M. 3 = 5,6%	55 M. 3 = 5,4%	4 M. 0 = 0%	61 M. 8 = 13%	65 M. 8 = 12,2%
50 M. 34 = 68%	71 M. 48 = 67%	52 M. 7 = 13%	226 M. 20 = 8,8%	278 M. 27 = 9,7%	73 M. 21 = 28%	276 M. 54 = 19%	349 M. 75 = 21%
—	2 M. 2 = 100%	—	—	18 M. 3 = 16,6%	—	—	20 M. 5 = 25%
1 M. 1 = 100%	2 M. 1 = 50%	10 M. 0 = 0%	87 M. 2 = 2,3%	97 M. 2 = 2%	11 M. 0 = 0%	88 M. 3 = 3,4%	99 M. 3 = 3%
—	17 M. 5 = 23%	—	—	—	—	—	199 M. 15 = 7,5%
16 M. 5 = 31%	18 M. 5 = 27%	62 M. 5 = 8%	497 M. 8 = 1,6%	559 M. 13 = 2,3%	64 M. 5 = 7,8%	513 M. 13 = 2,5%	588 M. 18 = 3,1%
6 M. 3 = 50%	8 M. 5 = 61%	26 M. 6 = 23%	92 M. 11 = 12%	118 M. 17 = 14%	28 M. 8 = 28%	94 M. 14 = 14%	126 M. 22 = 17,4%
9 M. 8 = 88%	10 M. 8 = 80%	9 M. 4 = 44%	57 M. 7 = 12%	66 M. 11 = 16%	10 M. 4 = 40%	66 M. 15 = 22%	76 M. 19 = 25%

Nomes dos operadores	I. — Lithiase sem lesão combinada			II. — Complicações benignas			III.
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens
John Berg, Estocolmo, 1903-1907	21 M. 1 = 5 0/0	87 M. 3 = 3,4 0/0	108 M. 4 = 3,7 0/0	2 M. 0 = 0 0/0	3 M. 1 = 33 0/0	5 M. 1 = 20 0/0	3 M. 2 = 66 0/0
Barth, Danzig, 1903-1907...	4 M. 0 = 0 0/0	42 M. 2 = 4,7 0/0	46 M. 2 = 4,3 0/0	2 M. 0 = 0 0/0	—	2 M. 0 = 0 0/0	10 M. 5 = 50 0/0
Madelung, Clinica cirurg. Strassburgo, 1903-1907..	2 M. 1 = 50 0/0	56 M. 3 = 5,3 0/0	58 M. 4 = 6,8 0/0	—	—	—	3 M. 3 = 100 0/0
Reichel, Chemnitz, 1903-1907	5 M. 0 = 0 0/0	4 M. 0 = 0 0/0	9 M. 0 = 0 0/0	3 M. 0 = 0 0/0	3 M. 1 = 33 0/0	6 M. 1 = 17 0/0	1 M. 0 = 0 0/0
Kümmell, Hamburgo, 1903-1907	46 M. 2 = 4,3 0/0	142 M. 8 = 5,6 0/0	188 M. 10 = 5,3 0/0	3 M. 1 = 33 0/0	13 M. 2 = 15 0/0	16 M. 3 = 18 0/0	16 M. 14 = 87 0/0
Franke, Brunsvic, 1903-1907	12 M. 1 = 8 0/0	119 M. 2 = 1,6 0/0	131 M. 3 = 2,2 0/0	1 M. 0 = 0 0/0	12 M. 1 = 8 0/0	13 M. 1 = 7 0/0	4 M. 0 = 0 0/0
Springorum, Salvatorkrankenhaus Halberstadt	8 M. 1 = 12 0/0	70 M. 1 = 1,4 0/0	78 M. 2 = 2,6 0/0	—	25 M. 1 = 4 0/0	25 M. 1 = 4 0/0	2 M. 2 = 100 0/0
Sonnenburg, Berlim, 1903-1907	10 M. 1 = 10 0/0	36 M. 1 = 2,8 0/0	46 M. 2 = 4,3 0/0	0 M. 0 = 0 0/0	11 M. 0 = 0 0/0	11 M. 0 = 0 0/0	2 M. 2 = 100 0/0
Total	377 M. 40 = 10,6 0/0	2.104 M. 81 = 3,8 0/0	2.494 M. 89 = 3,6 0/0	53 M. 11 = 20,8 0/0	282 M. 34 = 12,1 0/0	341 M. 47 = 13,8 0/0	111 M. 75 = 67,6 0/0

Complicações malignas		Resultado de I e II casos benignos			Resultado global		
Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
15 M. 8 = 53%	18 M. 10 = 55%	23 M. 1 = 4,3%	90 M. 4 = 4,4%	103 M. 5 = 4,8%	26 M. 3 = 11%	105 M. 12 = 11%	131 M. 15 = 41%
20 M. 7 = 35%	30 M. 12 = 40%	6 M. 0 = 0%	42 M. 2 = 4,7%	48 M. 2 = 4,1%	16 M. 5 = 31%	62 M. 9 = 14%	78 M. 14 = 48%
3 M. 1 = 33%	6 M. 4 = 66%	2 M. 1 = 50%	56 M. 3 = 5,3%	58 M. 4 = 6,8%	5 M. 4 = 80%	59 M. 4 = 6,8%	64 M. 8 = 12,5%
4 M. 4 = 100%	5 M. 4 = 80%	8 M. 0 = 0%	7 M. 1 = 14%	15 M. 1 = 6,6%	9 M. 0 = 0%	11 M. 5 = 45%	20 M. 5 = 25%
30 M. 25 = 83%	46 M. 39 = 84%	49 M. 3 = 6%	155 M. 10 = 6,4%	204 M. 13 = 6,3%	65 M. 17 = 26%	185 M. 35 = 16%	250 M. 52 = 20%
23 M. 18 = 78%	27 M. 18 = 66%	13 M. 1 = 7%	131 M. 3 = 2,2%	144 M. 4 = 3,4%	17 M. 1 = 5,7%	154 M. 21 = 13%	171 M. 22 = 12%
2 M. 2 = 100%	4 M. 4 = 100%	8 M. 1 = 12%	95 M. 2 = 2,1%	103 M. 3 = 3%	10 M. 3 = 30%	97 M. 4 = 4%	107 M. 7 = 6,5%
8 M. 8 = 100%	10 M. 10 = 100%	10 M. 1 = 10%	47 M. 1 = 2,1%	57 M. 2 = 3,5%	12 M. 3 = 25%	55 M. 9 = 16%	67 M. 12 = 18%
278 M. 168 = 60,4%	408 M. 250 = 61,3%	415 M. 48 = 11,6%	2.220 M. 107 = 4,8%	2.653 M. 158 = 5,9%	526 M. 123 = 23,4%	2.494 M. 275 = 11%	3.254 M. 422 = 12,9%

A percentagem das complicações malignas e benignas nos casos dos diversos operadores

Operadores	Complicações benignas	Complicações malignas	Total
Kehr	Em 307 casos 63 = 20 0/0	Em 307 casos 44 = 14 0/0	34 0/0
Czerny	" 386 " 62 = 16 0/0	" 386 " 65 = 17 0/0	33 0/0
Garré.....	" 111 " 9 = 8 0/0	" 111 " 12 = 10 0/0	18 0/0
Bakes	" 65 " 12 = 18 0/0	" 65 " 10 = 15 0/0	33 0/0
Koerte	" 349 " 41 = 11 0/0	" 349 " 71 = 20 0/0	31 0/0
Kocher.....	" 99 " 10 = 10 0/0	" 99 " 2 = 2 0/0	12 0/0
Poppert.....	" 577 " 46 = 8 0/0	" 577 " 18 = 3 0/0	11 0/0
Rupprecht	" 138 " 4 = 3 0/0	" 138 " 8 = 6 0/0	9 0/0
Bardenheuer	" 76 " 0 = 12 0/0	" 76 " 10 = 13 0/0	25 0/0
John Berg.....	" 131 " 5 = 13 0/0	" 131 " 18 = 13 0/0	17 0/0
Madlung.....	" 78 " 2 = 2 0/0	" 78 " 30 = 38 0/0	40 0/0
Barth.....	" 64 " 0 = 0 0/0	" 64 " 6 = 9 0/0	9 0/0
Reichel.....	" 20 " 6 = 30 0/0	" 20 " 5 = 25 0/0	55 0/0
Kümmell.....	" 250 " 16 = 6 0/0	" 250 " 40 = 17 0/0	23 0/0
Franke.....	" 171 " 13 = 7 0/0	" 171 " 27 = 15 0/0	22 0/0
Springorum.....	" 107 " 25 = 23 0/0	" 107 " 4 = 4 0/0	27 0/0
Sonnenburg.....	" 67 " 11 = 17 0/0	" 67 " 10 = 15 0/0	32 0/0
Total.....	" 2.996 " 334 = 11 0/0	" 2.996 " 384 = 13 0/0	24 0/0

Tal é, nos seus traços geraes, a documentação actual da cirurgia moderna da cholelithiase nos países mais intensamente progressivos — Alemanha, Estados Unidos, Inglaterra, — e naquelles, que mais de perto vam acompanhando esta evolução scientifica como a Austria, a Suissa, a Hollanda, a Belgica, a Suecia, a Italia, o Japão, cuja educação scientifica alemã a cada passo se revela em numerosos trabalhos de japoneses, que as revistas alemãs inserem (1).

A França acaba tambem de entrar finalmente neste movimento scientifico, em especial depois do historico caso Waldeck-Rousseau (1904), ao qual me referi (pag. 25), devendo-se a alguns cirurgiões modernos desse país os recentes trabalhos que vieram modificar um atrazo enorme, tanto mais lamentavel quanto é certo que a Cirurgia francêsa se honra de tradições brilhantes noutros ramos da Clinica cirurgica.

Desse atrazo, que é relativamente recente, e ao qual me referi no prefacio procurando explicá-lo, resulta que, aos milhares de casos dalguns países e ás centenas de observações doutros, sómente se podem contrapôr algumas dezenas de casos clinicos francêses, visto que estes trabalhos em França apenas se iniciam.

Assim, no 2.º Congresso da Sociedade internacional de Cirurgia (Bruxellas, setembro 1908), na discussão do relatorio de Kehr sobre o tratamento cirurgico da lithiase biliar, é a França representada

(1) Assim, por exemplo, o Dr. Mizokuchi, que estudou em Würzburg, publicou recentemente, em alemão, um importante estudo sobre 70 operações no systema biliar, praticadas (1901 a 1906) pelo Prof. Ohmori na Clinica cirurgica da Universidade de Fukuoka.

apenas pelo eminente cirurgião Hartmann (Paris), que documenta a sua observação pessoal em 101 operações com 6 casos mortaes : 32 choledocotomias, das quaes 4 sem drenagem, 28 com drenagem e 19 com cholecystectomy, 3 mortes (todos estes casos fataes em doentes profundamente infectados, com angiocholite suppurada, intervenção demasiadamente retardada); 21 cholecystectomias, 2 mortes (1 por dilatação aguda do estomago, 1 por accidentes mal determinados); 47 cholecystostomias, 1 morte (doente operado *in extremis* por uma supuração total das vias biliares e fallecido com symptomas de ictericia grave).

Já anteriormente tinha Hartmann publicado casos operados, na Sociedade de Cirurgia de Paris, e nas theses dos seus discipulos Hernette *Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomy* (Paris 1907) e Français *Étude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque* (Paris 1906). Num primeiro grupo de intervenções sobre a vesicula biliar inscrevem-se 38 casos de cholecystostomias, cholecystectomias parciais, cysticotomias (1)

(1) Tratava-se 4 vezes de empyema agudo da vesicula. Cura nos 4 casos. Duma das vezes persistiu a fistula durante cinco semanas, dando sahida a um calculo no quinto dia; em 2 outros casos tornou-se necessaria a excisão da fistula por causa da sua persistencia seis meses depois da operação.

Em 16 doentes tratava-se de cholecystite chronica recidivante, com resultados immediatos simples. Apenas num doente algumas elevações de temperatura, e noutra novas colicas hepaticas com calculo nas evacuações, um e dois meses depois da operação.

Em 14 casos operou-se por empyema chronico. Em 2 casos deu-se a cura rapidamente; uma vez produziu-se um abscesso da parede; noutra caso uma elevação de temperatura provavelmente devida a angiocholite; em 3 doentes persistiu uma fistula que se tornou necessario excisar.

Finalmente em 4 casos, tratava-se de casos complexos. Duas

e 13 casos de cholecystectomias (1), com bons resultados immediatos.

Num segundo grupo de intervenções por lithiase do choledoco sam referidos 23 casos com a seguinte distribuição:

a) choledocotomias sem drenagem do hepatico, 4 casos, 1 morte (2);

b) choledocotomias com drenagem do hepatico sem cholecystectomia, 3 casos, 1 morte (3);

vezes tinha a vesicula perfurada dado logar a um phlegmão da parede, ou a um abscesso periduodenal. Incisão do abscesso e cholecystostomia em ambos os casos. Cura, mas com uma recidiva de dôres num caso, dois annos depois da operação.

Noutro caso havia, além duma cholecystite chronica, um abscesso do recto abdominal independente da vesicula.

O ultimo caso refere-se a uma diabetica com fistula consecutiva á abertura espontanea dum empyema na parede. Fez-se uma cholecystostomia e não se operou a fistula permanente que se estabeleceu.

(1) A ablação da vesicula foi determinada 9 vezes por cholecystite chronica simples, 1 vez por hydropisia da vesicula, e 1 vez por empyema. Os 2 doentes restantes já tinham sido operados; num caso havia uma cholecystostomia anterior, por empyema agudo, persistindo uma fistula; noutro tinha sido feita a laparotomia por peritonite suppurada com ponto de partida biliar mas sem perfuração, tendo sido depois incisado um abscesso pericholecystico.

Em 11 casos, cura sem incidentes; no 12.^o, pequeno abscesso da parede; no 13.^o (cholecystite chronica), morte ao terceiro dia de collapso. Na autopsia, dilatação aguda de estomago; ausencia de peritonite.

(2) Em dois destes doentes havia cholecystostomias anteriores com fistulas biliares rebeldes ao tratamento. Simples drenagem ao contacto da incisão.

Uma icterica havia dez meses que tinha tido epitaxis 2 ou 3 vezes e que tinha emmagrecido 10 kilos: morreu de collapso no dia immediato ao da operação.

(3) Um doente que tinha angiocholite, cholemia e albuminuria, morreu ao nono dia depois de ter tido febre e uma parotidite dupla. Cura dos outros dois casos.

c) choledocotomias com drenagem do hepatico e cholecystectomia, 16 casos, 1 morte (1).

As notas referem os resultados immediatos. Os effeitos a distancia, menos brilhantes, ham-de ser analysados na discussão da technica cirurgica.

Anteriormente tinham sido publicadas em França outras estatisticas.

Assim Pauchet, de Amiens, communicou ao Congresso francès de Cirurgia de 1907 os resultados de 16 operações de Kehr: 2 por infecção simples, 14 por lithiase infectada ou não.

Em 11 doentes havia ictericia.

Nestas 16 operações deram-se 3 mortes: num destes casos funcionava mal a drenagem; o doente, portador de angiocholite infecciosa, morreu de peritonite ao 12.º dia.

Num segundo caso, tinha Pauchet praticado três semanas antes uma cholecystostomia a dois tempos por empyema da vesicula. Tendo-se a fistula fechado, declaráram-se accidentes infecciosos, tornando-se necessaria uma nova intervenção: cholecystectomia e drenagem do hepatico. Calculo na porção retro-duodenal do choledoco. Morte por hemorragia ao fim de 48 horas.

No terceiro caso resultou a morte de accidentes

(1) Tratava-se dum homem de 65 annos com angiocholecystite calculosa havia oito annos. Signaes de insufficiencia hepatica e de morphinismo. Desde o dia consecutivo ao da operação que as urinas se tornam raras, morrendo o doente ao terceiro dia (não houve autopsia).

Cura operatoria nos casos restantes, embora 3 tivessem complicações thoracicas (bronchite, pneumonia, pleurisia). Em 3 doentes houve expulsão secundaria de calculos.

infecciosos consecutivos a uma injeção dada no dreno. Injeção ao quinto dia: morte oito dias depois (1).

A estatística de Lejars refere, na these de Guenot (Paris 1906), e nos boletins da Sociedade de Cirurgia de Paris (1904-1907), 9 observações de cholecystectomy com drenagem do hepatico. Um caso de morte com signaes de uremia no setimo dia. Anuria completa desde o quarto dia. Cura em todos os outros casos.

Na opinião de Gosset (2), emittida no recente Congresso francês de Cirurgia (Paris, outubro 1908), foi Lejars quem teve o merito de introduzir em França (maio de 1904) o methodo de Kehr, tendo o proprio Gosset, a meu vêr, um papel preponderante na vul-

(1) Merecem especial referencia três casos desta serie de Pauchet.

Num caso, observou-se, ao decimo quinto dia, a eliminação de dois calculos intra-pancreaticos.

Noutro caso, ficou um calculo no choledoco, dando-se uma recidiva cinco mêses depois; choledocotomia transduodenal. Cura.

Finalmente no terceiro caso, tratava-se duma mulher de 42 annos que teve uma intolerancia gastrica post-operatoria absoluta durante cinco dias. Vomitos incoerciveis, depressão, oliguria. Em presença destes symptomas, recorreu Pauchet á alimentação pela sonda choledoco-duodenal. De hora a hora ou de duas em duas horas, mandava introduzir agua assucarada ou azeite por fórmula a fazer tomar 4 litros de liquido em vinte e quatro horas. As urinas tornáram-se immediatamente abundantes. Ao sexto dia recommçou-se com a alimentação bocal. Cura.

(2) 21.^o Congrès de Chirurgie (Paris 1908). Procès-verbaux, mémoires et discussions (Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique.—Rapport de M. A. Gosset, de Paris). (pag. 166).

garização da magistral obra de Kehr entre os franceses

Os resultados operatorios de Terrier, a quem já me referi a proposito do caso Waldeck-Rousseau (pag. 25), — não incluído nas estatísticas francêsas que conheço — encontram-se na these de Guillaume-Louis e nos boletins da Sociedade de Cirurgia de Paris (1906 e 1907).

Gosset, seu antigo assistente, attribue a Terrier, no decennio de 1898 a 1908, 22 choledocotomias, numero este que de modo nenhum corresponde á abundancia de material clinico de Paris.

Distribuem-se estas choledocotomias da seguinte forma:

a) 9 choledocotomias, uma das quaes com cholecystostomia, por calculos do choledoco com infecção ligeira das vias biliares: 9 curas.

b) 7 choledocotomias com cholecystectomy, com infecção nitida das vias biliares: 1 caso mortal.

c) 6 choledocotomias, com angiocholite: 3 mortes.

Em 11 destes casos fez-se a drenagem do hepatico.

Na phrase de Gosset: «Le professeur Terrier s'est fait, après Lejars, le défenseur en France de la méthode de Kehr, qu'il adoptait complètement (incision, exploration, ablation de la vésicule et drainage de l'hépatique) pour la lithiase, et qu'il avait grande tendance à admettre également pour les angiocholites» (1).

Não nos diz Gosset desde que epocha Terrier defendia a technica de Kehr, incisão e explo-

(1) 21.º Congrès de Chirurgie (Paris 1908). Procès-verbaux, mémoires et discussions (Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique. — Rapport de M. A. Gosset, de Paris), (pag. 166).

ração inclusive. Todas as razões me levam a supôr que fosse depois do interessante caso Waldeck-Rousseau, operado por Terrier sem resultado (1), em maio de 1904.

Com effeito, a incisão de Terrier foi muito pequena e a exploração deficiente, como se deprehende do instructivo relatório de Kehr, que ficou archivado (pag. 25 a 37), não sendo portanto provavel que Terrier conhecesse a esse tempo a technica de Kehr.

Por outro lado Gosset, escrevendo no seu relatório, em commentario ao facto de Lejars ter lido na Sociedade de Cirurgia, em 11 de maio de 1904, um trabalho sobre a drenagem do canal hepatico, attribue a Lejars o merito de ter introduzido em França o methodo de Kehr. Como Gosset tambem diz que Terrier se tornou o defensor do methodo de Kehr em França — depois de Lejars — torna-se mais verosimil a minha apreciação pela coincidencia no mesmo mês da operação de Terrier em Waldeck-Rousseau e da leitura do trabalho de Lejars.

Terrier deixou no seu discipulo Gosset um eminente continuador da sua iniciativa em França.

No seu relatório magistral ao Congresso francês de Cirurgia (outubro, 1908), estabelece Gosset (pag. 86 do relatório), a continuidade entre os recentes trabalhos francêses e as contribuições cada vez mais importantes da moderna cirurgia mundial, nos seguintes termos:

«Ayant été pendant dix ans l'assistant du pro-

(1) Embora Huchard, num documento muito curioso, que transcrevi (pag. 25), fale no successo(?) da operação praticada por Terrier em Waldeck-Rousseau.

fesseur Terrier, nous avons pris part, pendant cette période, à toutes les opérations pratiquées par notre maître sur les voies biliaires, soit à l'hôpital Bichat (années 1898 et 1899), soit à la Clinique de la Pitié (1900 à 1907), soit à sa Clinique privée.

«Nous mêmes n'avons eu personnellement à intervenir que dans 62 cas pour affections des voies biliaires.

«C'est dire que notre expérience est relativement limitée, surtout si l'on compare ces chiffres à ceux de Kehr, de W. J. Mayo, de Koerte, de von Bardeleben, de Kümmell, de Poppert.

«Notre travail sera donc avant tout une mise au point, d'après les si nombreux documents publiés à l'étranger et en France, et d'après l'enseignement et la pratique de notre maître Terrier.

«Mais il est une autre source à laquelle j'ai largement puisé et dont on retrouvera l'influence à chaque page de ce mémoire, ce sont les magnifiques travaux du professeur H. Kehr».

Este sincero trecho de Gosset, e especialmente o ultimo periodo, justifica por completo a minha apreciação da pag. 25. A França, nesta interessante questão medico-cirurgica, acorda finalmente do seu chauvinismo retrogrado, documentado no historico caso Waldeck-Rousseau.

Das referidas 62 intervenções de Gosset, apenas conheço publicados 18 casos de choledocotomia, mencionados no relatório do ultimo Congresso francês de Cirurgia, e que fizeram objecto duma comunicação pessoal publicada na recente these de Paul Mathieu, *La lithiase de la voie biliaire principale* (Paris, dezembro, 1908).

As choledocotomias de Gosset distribuem-se da seguinte fôrma (1):

a) 11 choledocotomias com drenagem do hepatico. Tres casos mortaes. Um por hemorrhagia no 12.º dia; outro por infecção, por ablação demasiadamente precoce dos tampões; o terceiro, finalmente, por ictericia grave numa mulher de 55 annos, com angiocholite e albuminuria.

b) 1 choledocotomia com cholecystostomia. Cura.

c) 6 choledocotomias com cholecystectomy e drenagem ao contacto, 6 curas.

Um doente, que tinha soffrido uma cholecystectomy anterior, foi novamente operado por accidentes de obstrucção calculosa do choledoco. Ablação dum calculo por duodenotomia exploradora. Morte no 5.º dia por angiocholite e ictericia grave.

No seu relatório ao ultimo Congresso de Cirurgia de Paris, dá Delagénière noticia de 22 operações no choledoco (resultados immediatos: 17 curas, 5 mortes) e de 5 operações no hepatico (resultados immediatos: 4 curas, 1 morte); os casos mortaes dizem respeito a doentes esgotados e portadores de angiocholite. Na primeira serie figura ainda uma choledoco-lithotripsia com drenagem vesicular: cura operatoria, mas produziu-se secundariamente um aperto do choledoco; fez-se uma cholecysto-duodenostomia, depois da qual se deu morte, ao 10.º dia, por hemorrhagia uterina.

As intervenções cirurgicas de Quénu sam das

(1) Num dos casos tratava-se duma mulher gravida de 6 meses com um calculo unico do choledoco. A gravidez proseguiu normalmente.

mais interessantes, tendo este professor um papel importante na historia da drenagem do hepatico.

Segundo Gosset, tinha a drenagem directa do canal hepatico sido praticada occasionalmente por cirurgiões inglêses e americanos. Poderia acrescentar pelo menos um austriaco, que parece ter sido o primeiro. Com effeito, como ficou dito (pag. 24), no esboço historico do tratamento cirurgico, já em 1891 Hochenegg, tendo extrahido um calculo do choledoco, não suturou, mas estabeleceu uma drenagem com gaze, salvando-se o doente.

Abbe, no mesmo anno, depois de ter suturado a ferida do choledoco e praticado a cholecystectomy, introduziu um dreno pelo orificio de secção do cystico, até ao hepatico, na direcção do figado. Duncan, em 1892, collocou um dreno de vidro na ferida do choledoco; de modo semelhante Lane (1892), Keen (1893), Hume (1894), Morrison (1894), Page (1884).

Quénu em 1897 (1), insistia «sobre a drenagem systematica do choledoco» e aconselhava «introduzir a extremidade do dreno até ao canal commum, através da botoeira que nelle tinha sido feita». A primeira observação de Quénu é do fim de 1896.

Desde 1897 tem Kehr sempre insistido neste methodo, ao qual, na phrase de Gosset, consagrou trabalhos notaveis e ligou o seu nome.

(1) Na these de Paul Mathieu (Paris, dezembro, 1908), discipulo de Quénu, diz-se (pag. 2), provavelmente por erro typographic, que a drenagem da via principal é preconizada, como manobra systematica, por Quénu em 1907; dizendo se (pag. 62) que a choledocotomia sem sutura é systematicamente praticada por Quénu ha muitos annos.

Sem poder emittir opinião segura a esse respeito, admitto a possibilidade desta drenagem systematica ter sido preconizada por Kehr independentemente de Quénu, poisque os trabalhos de Quénu fôram mencionados no *Zentralblatt für Chirurgie* de 1899.

A citada these de Paul Mathieu (Paris, dezembro, 1908) tendo apenas em conta os casos de choledocotomia sem sutura por lithiase da via principal (1), enumera os seguintes resultados cirurgicos de Quénu.

Inicialmente 10 choledocotomias, referidas na these do seu discipulo Yaich (Paris 1902), comportaram 10 curas.

Depois dessa epocha publicou Quénu outras observações. Em 3 de junho de 1903 leu na Sociedade de Cirurgia uma observação de choledocotomia intraduodenal, sem incisão supraduodenal, mas com drenagem pela vesicula, por uma formação calculosa da empola de Vater (operação 11 março 1901).

Em 21 de fevereiro de 1906 publicou na Sociedade de Cirurgia 6 observações de cirurgia biliar, 5 das quaes por calculos do choledoco, seguidas de cura.

A these de Mathieu insere mais 5 observações ineditas com 1 caso mortal.

Total: 20 operações (drenagens da via principal) com um caso mortal (perfuração da vesicula, ictericia grave, hemorragia, angiocholite de estreptocócco).

A estatistica de Duval, que apresentou ao Con-

(1) Sob esta designação comprehende Paul Mathieu o conjunto das vias biliares que se estendem directamente do figado ao intestino: canaes hepaticos e choledoco.

gresso de Bruxellas, de colaboração com Quénu, um interessante relatório sobre as angiocholites agudas, foi também publicada na mesma these de Mathieu (Paris, dezembro, 1908). Insere este trabalho cinco choledocotomias com drenagem do hepático; ha nesta pequena serie do assistente de Quénu apenas um caso mortal por hemorragia cholemica.

A importante these de Cotte—*Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications: indications opératoires, choix des procédés, résultats immédiats et éloignés* (These de Lyão, julho, 1908)—insere alguns casos que constituem a estatística completa de Poncet e de Delore, além de casos isolados doutros cirurgiões de Lyão, onde a cirurgia da cholelithiase começa a iniciar-se brilhantemente. A documentada these de Cotte, obra de feição moderna, inspirada nos trabalhos ingleses, americanos e alemães da especialidade, diz a esse respeito (pag. 3): «Mais à Lyon, malgré les résultats encourageants obtenus dans un grand nombre de cas, la chirurgie biliaire n'intervient encore qu'à titre d'exception dans le traitement de la lithiase et on réserve seulement au chirurgien les formes avec angiocholite ou cirrhose, les empyèmes de la vésicule et les péritonites, ou bien encore les néoplasmes des voies biliaires».

Desejando tanto quanto possível fazer a documentação portugêsa da cirurgia da cholelithiase, consegui colligir 39 casos de Lisboa e 18 casos do Porto, na sua maioria ineditos, e todos especificados nas paginas seguintes.

Mas na serie de Lisboa, organizada pelas theses

dos srs. Dr. Alfredo Doria, Dr. Hermano de Medeiros, Dr. Reynaldo dos Santos, e por informações obsequiosamente fornecidas pelo sr. Prof. Francisco Gentil, ha a descontar 7 observações de pancreatites, carcinomas etc.: — dois casos de pancreatite chronica sem cholelithiase, referidos noutra logar (nota da pag. 8, pag. 33 e adeante a proposito do caso n.º 19); a observação XXI da these do sr. Dr. Hermano de Medeiros, e os casos 19) a 22) da serie colligida pelo sr. Prof. Francisco Gentil, mais abaixo exposta.

Ficam portanto 50 casos operados por cholelithiase propriamente dita, contando com os 18 casos do Porto, obsequiosamente colligidos pelo sr. Prof. Dias d'Almeida.

Reflectindo-se ainda em Portugal o recente atraso dos francêses neste capitulo da Clinica cirurgica, como ficou dito no prefacio, é transparente nesta muito restricta obra cirurgica nacional a salutar influencia inglêsa, que, por exemplo, se deprehende do grande numero de cholecystostomias. A nota do sr. Prof. Azevedo Maia, com referencia expressa á technica de Mayo-Robson, de Londres, confirma esta minha impressão.

Embora não seja por falta de doentes, reconhece-se que a influencia da moderna cirurgia alemã, por emquanto, quasi que se não tem feito sentir entre nós.

Com effeito, considerando em bloco os 57 casos, ha uma percentagem insignificante de cholecystectomias totaes, e apenas um caso de cysticostomia com drenagem do hepatico, do sr. Prof. Francisco Gentil (caso 12), e um unico caso de choledocotomia com drenagem do hepatico (caso 14), do sr. Dr. Reynaldo dos Santos, que tem feito parte da sua educação cirurgica na Alemanha.

Pelo menos este ultimo caso constitue portanto uma excepção que, pela sua natureza, confirma a regra.

Que eu saiba, ninguem ainda praticou em Portugal a operação de Kehr.

Embora não faltem as respectivas indicações operatorias, por vezes imperiosas, tambem as anastomoses entre as vias biliares e o tubo digestivo se reduzem apenas a uma unica cholecysto-enterostomia (caso 21), do sr. Dr. Feyo e Castro, e a uma cholecysto-gastrostomia, do sr. Dr. Reynaldo dos Santos (caso 22).

Se o nosso atraso é evidente pelo que diz respeito ao genero de operações, tambem o numero de intervenções emprehendidas sobre as vias biliares está completamente fóra de proporção com os brilhantes resultados operatorios da Cirurgia portugêsa noutros ramos da Clinica cirurgica e com o abundancia de material clinico. Assim, por exemplo, a nota da pag. 13, relativa a autopsias praticadas no Laboratorio de Analyse clinica do Hospital de S. José desde 2 de agosto de 1902 até 30 de março de 1906, documenta uma serie de casos, varios delles com diagnostico clinico indeterminado, em que a indicação operatoria seria absoluta, como por exemplo no caso 12.º (ictericia devida a retenção biliar e obstrução completa do choledoco por calculo junto á empola de Vater; empyema da vesicula biliar). Assim como se perdem muitos doentes em Lisboa, tambem se perdem infelizmente em todo o país muitos casos, por exemplo de ictericia chronica, que passa por incuravel, e com cholecystites suppuradas agudas, em que o tratamento medico é uma illusão perigosa. Temos em Portugal, até abril de 1909, um total de casos operados inferior ao movimento operatorio dum só anno, por exemplo, de

1902, na Clinica de Heidelberg, cujas tendencias cirurgicamente conservadoras accentuei (pag. 55). A quantos confrontos semelhantes, devéras instructivos, se presta infelizmente o nosso estado actual que documenta, a cada passo, as deficiencias da quasi exclusiva influencia francêsa que nos tem dominado!

Entre nós, refere-se a 1889 a primeira operação neste ramo da cirurgia. Na these de Lisboa do sr. Dr. Alfredo Doria (1) encontro, com effeito, a seguinte nota: «Em Portugal foi o sr. prof. Alfredo da Costa quem pela primeira vez (1889) interveiu cirurgicamente numa doente soffrendo desde muito tempo de uma cholecystite calculosa».

Insero a mesma these do sr. Dr. Alfredo Doria as seguintes 7 observações. Como não sam muito numerosas as observações portuguezas de intervenção cirurgica por cholelithiase, desejo archivá-las no meu estudo, transcrevendo-as em seguida.

Observação I. (Prof. Cabeça).

(308) *Cholecystite — Cholecystomia em 31-7-98.*

Morte em 4-8-98.

Vesicula biliar com o volume de uma pera; paredes muito delgadas rompendo-se á simples pressão da agulha de injeção hypodérmica; liquido incolor, transparente, mucilaginoso, contendo farrapos em suspensão.

A friabilidade do canal cystico era igual á das paredes da vesicula e julgo portanto que a laqueação ahi feita deve ter garrado, a gaze de drenagem não serviu o fim a que era destinada e fez-se derrame de bilis dentro do peritoneo.

Não poudo fazer autopsia.

(1) Alfredo Doria, *Sobre Cirurgia da Vesicula Biliar*. Dissertação inaugural apresentada e defendida perante a Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Julho de 1900, p. 8.

*Observação II. (Prof. José Gentil).**Cholecystite calculosa.*

Entrada a 23-11-99.

Maria da Conceição, 25 annos. 3 filhos de termo, o ultimo tem mezes. Corrimto persistente do ultimo. Doente ha 15 dias com arrepios de frio, quebramento de corpo. Ha 8 dias tem uma dôr na barriga ao lado direito do umbigo que chega a não a deixar dormir, e que se estende para cima. Defesa do recto esquerdo, tumefacção começando dois dedos abaixo do umbigo e terminando no rebordo costal. Não está ligada ao figado e tem tres dedos de largura. Dôres fortes á pressão.

28. — Apenas se palpa um tumor profundamente situado por debaixo do figado, oblongo e duro, que parece o rim um pouco deslocado e augmentado de volume.

29. — Menos dôres e tem urinado pouco.

1 de dezembro. — Q. 580 gr., D. 1:022, C. 3, R. acida, sem albumina, nem assucar, sedimento.

4. — Queixa-se de dôres na região renal direita.

16. — Tornou a voltar para a enfermaria. Modificado logo o diagnostico pelo aspecto da doente. O tumor que se encontrou era a vesicula biliar dolorosa, ligada a tudo que estava em volta. As crises agudas de dôr proveem da obliteração do cystico, ou por calculos, ou por lesões inflammatorias. É a quinta crise grande de dôres.

24. — Tumor muito macio, dôres no figado e irradiando para o thorax.

27. — Novo ataque violento de dôres desde o meio dia de hontem. A tumefacção chegou ao umbigo. Vomitos biliares; não tem obrado.

28. — Operação. Cloroformio. Incisão vertical pelo bordo externo do recto direito até ao peritoneo. Descobriu-se logo a vesicula adherente ao peritoneo parietal, epiploon, ansas intestinaes e figado. Comecei a descorticação pelo epiploon que foi laqueado. Achei o plano de clivagem para separação do intestino e desligneei tudo por baixo e nos lados. No figado, descortiquei com uma spatula e com os dedos deixando a superficie sangrenta. Desligado o colo da vesicula cheguei até ao cystico, laqueei-o e puz-lhe uma pinça. Thermo-cauterio no figado e cystico. Drenagem e gaze aseptica. Para poder continuar bem a descorticação tive de fazer

uma abertura quasi perpendicular á primeira atravez o recto. Così depois essa incisão com pontos perdidos de cat-gut e a pelle com seda, em tres planos.

29. — Tem tido vomitos e dôres. Tympanismo ligeiro, côr sub-icterica. Não tem obrado, sensibilidade no ventre á pressão, mais accentuada no plano direito. Á noite, peor. Mais tympanismo. Vomitos constantes. Mandei-lhe fazer uma enteroclyse.

30. — Bem. Poucas dôres. Defecou muito. Não tem vomitos. Temperatura e pulso bom. Tirada a pinça, antes de fazer o penso, sahiram muitos calculos pequenos, e na gaze vinha um pouco de liquido amarellado.

31. — Côr icterica das conjunctivas, e um pouco da pelle.

1900 — 1 de janeiro. — Menos ictericia. No penso sahiram muitos calculos. Tem appetite. Bom estado geral.

3. — Calculos e sahida abundante de bilis.

6. — Não saem calculos. Bilis em muito menos quantidade. Tiraram-se os pontos. Ferida unida por primeira intensão.

9. — Não sahe bilis nenhuma.

24. — Alta.

Observação III. (Resumo) (1). (Prof. Oliveira Feijão).

Cholecystite supurada.

Cholecystostomia a 26-1-1900.

Cura a 17-2-900.

Anesthesia pelo chloroformio. Incisão ao nivel do bordo externo da musculo recto na extensão aproximada de 15 centímetros, dando saída a algum liquido ascitico amarello-citrino e vesiculas gelatinosas provenientes da degenerescencia do epiploon.

Reconhecem-se, em diferentes pontos, adherencias do figado á parede abdominal e a existencia de um tumor do tamanho de uma cabeça de creança, cuja punção deu sahida a grande quantidade de liquido bilioso misturado com pus.

A vesicula biliar assim distendida tinha contrahido adherencias que tornaram impossivel a sua extirpação.

(1) Doente da enfermaria de clinica cirurgica (S. Luiz) distribuido ao meu collega do 4.º anno Lobato do Carmo, e operado pelo sr. prof. Oliveira Feijão. (Nota do sr Dr. Alfredo Doria).

Obturado por dois clamps o orificio da vesicula, foi esta cosida á parede abdominal e feito o encerramento da ferida operatoria, excepto na parte correspondente á vesicula com pontos de sutura com seda, n'um só plano.

Penso aseptico.

Levantado o penso no dia seguinte á operação, sae uma grande quantidade de liquido verde escuro, de cheiro fétido (2 litros aproximadamente).

Nos dias seguintes ainda sahiu liquido semelhante mas que se foi tornando successivamente mais purulento e diminuindo de quantidade, até que a fistula se fechou.

Observação IV. (Dr. Arthur Ravara).

Angiocholecystite, calculo da vesicula biliar.

Cholecystostomia, em 28-5-99.

Cura da fistula biliar, cinco mezes depois.

(Esta doente tinha sido operada mezes antes na enfermaria de Santa Joanna, 2.ª secção, pelo sr. Arthur Ravara, d'um kysto hydatico da face inferior do figado, e n'essa occasião tinha sido reconhecida a existencia d'um calculo pouco maior do que uma cereja dentro da vesicula biliar. Quando foi pela segunda vez operada, conservava ainda fistula da primeira intervenção).

Incisão transversa obliqua, dividindo a quasi totalidade das fibras do musculo recto do lado direito. As adherencias da vesicula á parede abdominal eram tão fortes, que não foi necessario fixal-a por pontos de sutura, pois já o estava pathologicamente, para extrahir o calculo.

Esta segunda operação foi tambem praticada pelo sr. Ravara. A doente quiz sahir do hospital a 13-7-99, levando ainda as duas fistulas abertas.

Não posso saber qual d'ellas fechou, por ultimo, mas pelas informações, embora pouco precisas da doente, quer-me parecer que foi a biliar.

Em junho de 1900 a cicatriz estava bastante resistente.

Observação V. (Prof. Cabeça) (1).

Ictericia chronica (320).

Cholecystostomia em 10-10-98

Cura com fistula em 25-10-98

Rapaz de 18 annos. Duração da ictericia 5 annos. Descoloração completa das fezes desde 2 mezes. Fígado e baço enormes e muito vascularizados; vesicula muito dilatada contendo proximo de dois decilitros de bilis de aspecto normal.

A fistula de calibre muito pequeno funcionava intermitentemente conservando-se fechada quasi dois mezes.

Observação VI. (Prof. Cabeça).

Lithiase biliar (407).

Cholecystostomia em 6-9-99.

Cura com fistula em 7-11-99.

O calculo era o unico, do tamanho d'uma amendoa, enchendo toda a vesicula muito pequena adherente ao figado e duodeno. Na impossibilidade de trazer a vesicula até á parede abdominal para ahi a fixar, fiz drenagem com tubo vermelho de borracha e gaze. Em janeiro de 1900 a fistula estava completamente obliterada.

(1) O sr. Dr. Alfredo Doria faz preceder esta nota clinica da seguinte observação (pag. 64 da sua these): «A cholecystostomia é nestes casos um tratamento palliativo porque poucas vezes se realiza a esperança de vêr desaparecer expontaneamente a oclusão do choledoco. Menos accetavel ainda é a cholecystectomy que só é racional nos casos muito raros em que a oclusão é devida á compressão do canal por um tumor vesicular».

Adeante, a proposito do caso n.º 19, encontram-se observações semelhantes a esta, de 1904 e 1907, em que a intervenção foi respectivamente uma laparotomia simples e uma cholecystostomia com drenagem, ambas tambem do sr. Prof. C. Cabeça. A historia clinica da primeira ficou exposta na pag. 33.

Observação VII. (Prof. Cabeça).

Lithiase biliar (436).

Cholecystostomia em 8-1-900.

Cura em 25-2-900.

Calculo amarello unico do volume de uma amendoa.

A vesicula estava adherente á parede abdominal, resultado de cholecystite suppurada que já existira.

Tendo em vista a cirurgia da cholelithiase na epocha actual; ha uma passagem recente do sr. Prof. José Gentil, no seu interessante artigo *A Cirurgia em Portugal* (1), em que se faz referencia aos trabalhos portuguezes neste importante capitulo da Clinica cirurgica.

Diz o sr. Prof. José Gentil (pag. 624): — «No figado, além da cirurgia dos kystos hydaticos, um pouco frequentes, vemos os casos de ferida ou rotura por contusão abdominal, e a cirurgia, hoje entre nós muito procurada nos meios hospitalares, das vias biliares, drenagens e extirpações da vesicula, anastomoses com o tubo digestivo, intervenções sobre as vias biliares superiores, por calculose» —.

Desejando conhecer o material cirurgico que serviu de base a esta apreciação global, dirigi-me a Sua Ex.ª, pedindo a nota resumida dos casos clinicos de Lisboa, posteriores a 1900, pois que já conhecia os trabalhos publicados na these do sr. Dr. Alfredo Doria, (julho de 1900).

Mais tarde, tive conhecimento da interessante

(1) Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908. Secção portugúesa. — *Notas sobre Portugal*, volume I. — Lisboa. Imprensa Nacional 1908.

these do sr. Dr. Hermano de Medeiros (julho de 1903). — *A drenagem da vesícula biliar* — cujos aspectos clinicos menciono, intercalando 5 casos da these na serie de 22 observações colligidas recentemente em Lisbôa, a meu pedido, e relativas ao periodo de 1902 a 1908, e apresentando desde já as seguintes 7 observações :

Observação V (Prof. José Gentil)

«Jacintha E. de 44 annos, entrada a 4 de junho para a enfermaria de Santa Maria.

Parto de termo ha 4 annos. Ha três annos dôr do lado direito do ventre, indo até ao hombro, vomitos, côr sub-icterica, fébre, tremor, cessando tudo com purgantes e applicações quentes.

Ataques mais ou menos intensos com intervallos de mezes.

Á entrada trazia seis dias de doença, temperatura entre 37° e 38°, tumôr formado pela vesícula biliar distendida, contractura dos musculos do lado direito do ventre; tratada com gelo e medicamentos, que augmentam a secreção da bilis.

A 12 o tumôr tinha desaparecido, ficando a temperatura, a dôr local á pressão e perturbações digestivas.

Operada a 24, incisão no bordo do recto, drenagem da vesícula.

Lezões: vesícula com as paredes espessas, adherente um pouco aos órgãos proximos, com um liquido escuro sem cheiro; ausencia de calculos.

No fim de 4 dias a fébre e perturbações digestivas tinham desaparecido, voltava o appetite, o estado geral melhorava, o rosto côrado, com os beiços vermelhos, as conjunctivas sem côr sub-icterica.

Conserva-se ainda na enfermaria com a sua fistula biliar, tendo engordado e nutrindo-se bem.

A observação deveria ser acompanhada de exame bacteriologico que não foi feito».

Observação VI (Dr. Hermano de Medeiros)

«*Empyema da vesícula biliar — Cholecystostomia*
pelo Sr. Prof. Cabeça, em 20-11-1902. (805)

Homem de 34 annos, entrando na enfermaria de S. Roque, do Hospital do Desterro, a 10-10-1902.

No dia 1 de julho de 1902 sentiu violenta dôr na região hepática e diz ter tido febre, estado este que durou três dias, no fim dos quaes se sentiu melhor, persistindo no entanto a dôr. Tomou, por conselho de medico, varios purgantes e desinfectantes intestinaes sem resultado.

A 15 ou 16 de setembro tornou-se icterico com descórimento das materias fecaes e esteve assim 15 dias. Tinha prisão de ventre.

Na ocasião da entrada para o hospital observava-se-lhe um tumôr ao nivel da vesicula biliar, doloroso espontaneamente e á pressão, deslocando-se com os movimentos respiratorios e dotado de massiez que se continuava com a do figado.

É operado a 20-10-1902. A vesicula continha seis dicilitros de pus espesso, acastanhado, formando toda a sua mucosa uma grande escara. Um dreno de gaze é introduzido na cavidade da vesicula.

Depois da operação desaparecem as dores e a temperatura (38°,5) começa a baixar attingindo a normal a 2 de novembro.

A fistula no principio dá apenas saída a pus e por fim a bilis.

O doente engorda, a fistula tende a fechar-se saindo o doente com alta em 16-2-1903 completamente curado e sem fistula».

Observação X (Prof. Cabeça)

(499)

«*Calculos biliares*

Cholecystostomia em 27-10-1900

Cura em 20-1-1901.

Drenagem mediata com tubo e gaze.

Mais de 50 calculos sendo um do volume duma pequena noz e os outros pequenos».

Observação XI (Prof. Cabeça)

(571)

«*Calculo biliar*

Cholecystostomia em 20-4-1901

Cura em 5-5-1901».

Observação XII (Prof. Cabeça)

(631)

«*Calculos biliares*

Cholecystostomia em 27-10-1901

Anna Miranda, 77 annos casada, domestica.

Cura em 8-11-1901, com fistula intermitente.

Um decilitro de pus verde, mal cheiroso; grande escara de toda a mucosa da vesicula — 50 calculos».

Observação XVIII (Prof. Cabeça).

(564) «Esclerose do canal choledoco
Cholecystostomia em 2-1-1901

Cura com fistula em 20-2-1901.

Nevralgias desde os 10 annos, bem limitadas á vesicula — nunca ictericia — bilis muito espessa, corada quasi como o sangue venoso».

Observação XXI Prof. Cabeça

(653) «Cirrhose hypertrophica biliar
Cholecystostomia em 3-1-1902

Cura operatoria em 3-2-1902.

Um anno antes tinha vomitado um kysto hydatico do lobulo esquerdo do figado. Apresentava a symptomatologia da colica hepatica.

Esté doente melhorou alguma coisa. A fistula manteve-se aberta. A ictericia não desapareceu».

Obsequiosamente obtidas na Repartição de Estatística do Hospital de S. José pelo sr. Prof. Francisco Gentil, fôram-me enviadas em 24 de abril 1909, em resposta ao pedido feito, as seguintes informações, que transcrevo rigorosamente sob a numeração 1) a 22), intercalando algumas referencias complementares.

Referem-se estas 22 observações a 19 mulheres e a 3 homens.

1. Diagnostico: lithiase biliar. Cholecystite. — Operador: sr. Prof. Curry Cabral. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.º 4. — Mulher de 74 annos. (Tocha. Cantanhede) Domestica. — Admissão: 17-10.º-1901. Alta: 2-12.º-1901. — Operação (27-10.º-1901).

abertura do tumor por laparotomia; drenagem. — Alta a pedido da doente; cicatrização incompleta.

2. Diagnostico: cholecystite calculosa; hypertrophia do lobulo direito do figado. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Quartos particulares. — Mulher de 33 annos. (Redondo. Evora). Domestica. — Admissão: 30-12.^o-1901. Alta: 30-1.^o-1902. — Operação (3-1.^o-1902): *cholecystostomia*. — Alta com pequena fistula biliar.

3. Diagnostico: lithiase biliar. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 5. — Mulher de 40 annos. (Seixal). Domestica. — Admissão: 11-2.^o-1902. Alta: 16-3.^o-1902. — Operação (14-2.^o-1902): *cholecystectomy total*.

É a Observação XIII (Prof. Cabeça) da these do sr. Dr. Hermano de Medeiros (pag. 43) — «Calculo biliar. Cholecystite suppurada. Cholecystectomy quasi total em 14-2-1902 (674).

Marianna A. Duarte, 40 annos, solteira, domestica.

Sutura do peritoneo á parede abdominal com drenagem.

Cura em 12-3-1902.

Vesicula dilatada contendo tres decilitros de bilis verde-garrafa: paredes da espessura de cinco a oito millimetros; calculo de cholestrina com o volume d'uma noz pequena» —.

4. Diagnostico: lithiase biliar. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 5. — Mulher de 25 annos. (Lisboa). Domestica. — Admissão: 26-11.^o-1902. Alta: 24-12.^o-1902. — Operação (1-12.^o-1902): *cholecystostomia*. — Na vesicula existia um decilitro de bilis branca e transparente.

5. Diagnostico: cholecystite calculosa. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Es-

phania. Enfermaria n.º 5. — Mulher de 49 annos (Amoreira. Obidos). Serviçal. — Admissão: 12-5.º-1903. Alta: 12-7.º-1903. — Operação (17-5.º-1903): *drenagem permanente da vesicula*. — A vesicula tinha 202 calculos de cholesterina, um decilitro de mucopus. Alta com pequena fistula que nunca deitou bilis.

É a seguinte Observação XV (pag. 44) do sr. Dr. Hermano de Medeiros.

«Margarida E. de 49 annos, domestica. Diz ter soffrido de rheumatismo por duas vezes e ha muitos annos; ha 13 para 14 annos teve sezões.

Em abril de 1899 começou a sentir dôr no lado direito do ventre com propagação á espadua direita, febre, perda d'apetite, notando pelo mesmo tempo que se tornava icterica. Oito dias diz ter estado assim e que depois teve 7 mezes de bem estar, findos os quaes, a dôr com a mesma localisação appareceu, se bem que menos intensa. Tinha vomitos biliosos, por vezes misturados de sangue.

Desde então as crises dolorosas passaram a ser mais amucadas. As materias fecaes semi-liquidadas, eram descóradas.

A repleção do estomago originava dôr que cessava immediatamente depois do vomito.

Entrou para a enfermaria de Santa Quiteria no dia 12-5-1903 e é operada pelo Sr. Professor Cabeça em 17-5-1903.

Incisão ao longo do rebordo costal.

A vesicula do tamanho d'uma laranja, continha um decilitro e meio de pus e 202 calculos, notaveis pela regularidade de fórmula e de grandeza, assemelhando-se a ervilhas comprimidas. A vesicula tinha-se desenvolvido para o lado da linha mediana e comprimia o pyloro.

Nos dias que se seguem á operação, a doente deixa de ter as dôres, o vomito cessa, e vem o apetite.

A 14 de junho o estado geral da doente é optimo. A fistula tende a fechar.

Esta doente conserva-se ainda na enfermaria, tem engordado, apresentando a sua fistula quasi a desaparecer».

6. Diagnostico: colicas hepaticas. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania.

Enfermaria n.º 5. — Mulher de 55 annos. (Guarda).
Domestica. — Admissão: 21-6.º-1903. Alta: 15-11.º-
1903. — Operação (1-7.º-1903): *cholecystostomia*. —
Curada com fistula permanente.

Deve ser a Observação XIX (pag. 50) do sr. Dr. Hermano de Medeiros — «Esclerose do canal choledoco. Cholecystostomia em 1-7-1903 pelo Sr. Prof. Cabeça.

Rosa da C. 54 annos, entrada para a enfermaria de Santa Quiteria em 20-6-1903.

Teve sezões em pequena, aos 10 annos variola e aos 30 uma doença febril que a obrigou a estar de cama um mez proxima-mente. Diz mais que tem soffrido sempre de rheumatismo.

Ha 19 annos começou a sentir no flanco esquerdo uma dôr que se estendia a todo o lado esquerdo do torax.

Pela mesma epocha accusa a existencia de uma dôr no hypo-chondrio direito com irradiação ao hombro do mesmo lado e a todo o ventre. De então para cá as crises tem-se repetido frequentes vezes, acompanhadas de calefrio e febre.

Tinha intervallos de perfeito bem estar, e nunca teve ictericia. Tem prisão de ventre habitual, fezes coradas, e urinas abundantes.

Ha 3 annos deu pela existencia d'um tumôr, abaixo do rebordo costal e um pouco á direita do musculo recto direito, que lhe doia quando o palpava. Sentia algumas vezes como que mover-se o seu tumor, o que lhe occasionava dôr pouco intensa.

Palpando o ventre encontro com a localização já referida um tumor, dotado de mobilidade lateral, deslocando-se com os movimentos respiratorios, massiço á percussão e continuando-se directamente com o figado que desce abaixo do rebordo costal. É doloroso á pressão que faço sobre elle, duro, sem fluctuação.

Cholecystostomia em 1-7-1903.

Incisão parallela ao rebordo costal.

Vesicula de dimensões medias sem adherencias, situada um pouco debaixo e dentro d'um prolongamento do lobo direito do figado.

As paredes são algum tanto espessas, a vesicula contem bilis de côr carregada, espessa. O canal choledoco está esclerosado.

Depois da operação a doente nunca mais tornou a sentir dôr alguma, tem appetite.

A fistula dá saída á bilis d'aspecto normal.

Esta doente conserva-se ainda na enfermaria»— .

7. Diagnostico: cholecystite calculosa e suppurada. — Operador: sr. Prof. A. Monjardino. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n. 6. — Mulher de 80 annos. (Aldegallega do Ribatejo). Domestica. — Admissão: 17-4.^o-1903. Alta: 6-12.^o-1903. — Operação (18-4.^o-1903): *incisão e drenagem da vesicula.* — 10 calculos. Curada.

A these do sr. Dr. Hermano de Medeiros (pag. 45) insere a nota clinica correspondente — «Observação XVI (pessoal).

G. Maria, de 80 annos, entrada para a enfermaria de Santa Margarida em 17-4-1903.

Em creança teve sarampo e mais tarde sezões.

Ha muito tempo sentia violentas dores no hypochondrio direito, febre, ao mesmo tempo que lhe apparecia um tumor que localisa na região da vesicula biliar. Esteve de cama alguns dias. Tinha coloração icterica das conjunctivas, urinas escuras e sézes não descoradas.

Depois novas crises dolorosas se repetiram, existindo sempre o tumor. O exame á entrada fornece: tumor ao nivel da vesicula biliar, doloroso á pressão, movel lateralmente, deslocando-se com os movimentos respiratorios, massiço e continuando-se com o figado.

Cholecystostomia e drenagem da vesicula em 18-4-1903 pelo Ex.^{mo} Sr. A. Monjardino.

A vesicula, adherente totalmente ao peritoneo parietal, a sua mucosa formando escara, continha 1 decilitro de pus e 10 calculos escuros, maiores que ervilhas, irregulares como fôrma.

Depois de operada cessam as dôres, tem appetite, estado geral bom, sem febre.

A fistula, a principio purulenta, tornou-se por fim biliar.

No dia 6-7-1903 a fistula estava fechada. A doente conserva-se ainda na enfermaria por causa duma arthrite da mão direita».

8. Diagnostico: calculos biliars. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Quartos particulares. — Mulher de 62 annos. (Ilha Terceira). Domestica. — Admissão: 30-11.^o-1904. Alta:

22-12.^o-1904. — Operação (1-12.^o-1904): *cholecystectomy quasi total e drenagem*. — Alta com uma pequena fistula por onde não sae bilis.

9. Diagnostico: calculose da vesicula biliar, obliterando o canal cystico. — Operador: sr. Dr. Feyo e Castro. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 6. — Mulher de 37 annos. (Faro). Costureira. — Admissão: 24 8.^o-1905. Alta: 26-9.^o-1905. — Operação (5-9.^o-1905): *cholecystectomy; sutura do ventre, sem drenagem*. — 5 cálculos, pêsos = 12 gr. 5. Curada.

10. Diagnostico: cholecystite calculosa. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Quartos particulares. — Mulher de 44 annos (Nisa. Portalegre). Proprietaria. — Admissão: 15-10.^o-1905. Alta: 8-11.^o-1905. — Operação (16-10.^o-1905): *cholecystectomy*. — Curada, com fistula biliar.

11. Diagnostico: calculos na vesicula biliar. — Operador: sr. Dr. Arthur Ravara. — Hospital de S. José. Enfermaria n.^o 11. — Mulher de 59 annos (Lisboa). Domestica. — Admissão: 6-9.^o-1905. Morte: 17-2.^o-1906. — Operação (17-9.^o-1905): *incisão, extração de calculos, drenagem da vesicula*. — Morte por ictericia grave, (3 menses depois da operação).

12. Diagnostico: lithiase biliar. Obstrucção do choledoco (do cystico e do hepatico). Cholecystite chronica e angio-cholite. Pancreatite chronica interlobar. — Operador: sr. Prof. Francisco Gentil. — Hospital de S. José. Enfermaria n.^o 16. — Mulher de 57 annos. (Lagos). Domestica. — Admissão: 7-7.^o-1906. Morte: 21-7.^o-1906 (ás 6 horas da tarde). — Operação (20-7.^o-1906, ás 8 horas da manhã, em 38 minutos

com 30 gr. de chloroformio): *laparotomia. Cystostomia-cysticostomia. Drenagem do hepatico.*—Durante 7 dias antes da operação tomou d. d. 5 gr. de chloro de calcio em xarope.

13. Diagnostico: calculose da vesicula biliar. Pericholecystite. — Operador: sr. Dr. Feyo e Castro. — Hospital D. Estephania. Quartos particulares. — Mulher de 49 annos. (Allemanha). Domestica. — Admissão: 16-9.^o-1907. Alta: 27-10.^o-1907. — Operação (2-10.^o-1907): *extracção de calculos. Cholecystostomia.* — 35 calculos. Curada.

14. Diagnostico: obstrucção por calculose do choledoco e calculose da vesicula. — Operador: sr. Dr. Reynaldo dos Santos. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 3. — Mulher de 19 annos. (Unhaes da Serra. Covilhã). Costureira. — Admissão: 23-10.^o-1906. Alta: 10-11.^o-1907. — Operação (28-4.^o-1907): *choledocotomia, drenagem do hepatico. Cholecystostomia. Extracção de calculos.* — Curada.

15. Diagnostico: calculos da vesicula biliar. — Operador: sr. Dr. Damas Móra. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 5. — Mulher de 40 annos. (Seixal). Domestica. — Admissão: 2-2.^o-1908. Alta: 5-4.^o-1908. — Operação (12-2.^o-1908): *cholecystostomia. Extracção de 16 calculos.* — Curada.

16. Diagnostico: cholecystite calculosa; pericholecystite. — Operador: sr. Prof. A. Monjardino. — Hospital do Desterro. Enfermaria n.^o 7. — Mulher de 42 annos. (Porto Moz. Leiria). Serviçal. — Admissão: 1-5.^o-1908. Alta: 10-6.^o-1908. — Operação: (5-5.^o-1908): *cholecystostomia.* — Curada.

17. Diagnostico: cholecystite calculosa e suppurada. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Quartos particulares. — Mulher de 52 annos. (Moura. Beja). Domestica. — Admissão: 4-7.^o-1908. Alta: 23-7.^o-1908. — Operação (6-7.^o-1908): *Cholecystostomia e drenagem*. — Curada com pequena fistula biliar.

18. Diagnostico: calculo do canal choledoco junto á ampola de Vater. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 7. — Mulher de 28 annos. (Açores. Ilha do Pico). Domestica. — Admissão: 28-10.^o-1908. Morte: 10-11.^o-1908. — Operação (5-11.^o-1908): *operação de Kocher*.

19. Diagnostico: sclerose da cabeça do pancreas. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital de S. José. Enfermaria n.^o 9. — Homem de 42 annos. (Silves). Official de diligencias. — Admissão: 15-6.^o-1907. Alta: 11-8.^o-1907. — Operação (28-6.^o-1907): *cholecystostomia e drenagem*. — Curado. Sahiu ainda com alguma ictericia, urinas claras, fezes ás vezes pastosas, outras moldadas, bem córadas.

É da mesma ordem o caso de ictericia chronica referido na pag. 85 (Observação V da these do sr. Dr. Alfredo Doria) em que se fez uma *cholecystostomia*.

Aproximo deste caso a observação clinica do sr. Prof. Custodio Cabeça, á qual me referi (pag. 8 e 33 onde ficou transcripta), e em que o diagnostico foi de carcinoma da cabeça do pancreas, a operação uma *laparotomia simples*, revelando depois a marcha da doença uma pancreatite chronica. Cura.

Pertence á mesma categoria um caso de pancreatite chronica (1), que mencionei (nota da pag. 8), e no qual o sr. Dr. Reynaldo dos Santos fez uma *gastro-enterostomia trans-mesocolica posterior, com suturas (von Hacker)*, tendo-se diagnosticado uma «stenose pylorica ou duodenal com ulceração». A autopsia, ao 8.º dia depois da operação, — «mostrou que os dois lóbos inferiores dos pulmões, tanto esquerdo como direito, estavam hepaticizados» — «O sphincter pylorico desenvolvidissimo dava á palpação aquella impressão de tumôr que já na operação se recebera». — A mucosa ao nivel do pyloro espessa e lisa, mas: — «a mucosa gastrica mostrava muitas pregas e a meio da parede posterior duas exulcerações, uma das quaes de pouco mais de um millimetro de diametro, outra maior, alongada, com uma parte central negra representando certamente a origem das frequentes hematemeses no passado da doente». — «Um prolongamento da cabeça do pancreas, distintamente lobulado e duro como o resto do orgão, envolve o duodeno nos $\frac{4}{5}$ da sua circumferencia de modo a estrangulal-o, e deixando livre apenas uma parte da face anterior». — Tratava-se portanto duma pancreatite chronica com syndroma de estenose pyloro-duodenal, revelando a analyse microscopica uma pancreatite interlobular. A mucosa duodenal foi reconhecida lisa e unida como o pyloro, sem vestigio de ulcera nem de cicatriz.

20. Diagnostico: epithelioma do canal cystico. — Operador: sr. Prof. Custodio Cabeça. — Hospital de S. José. Enfermaria n.º 10. — Homem de 53 annos.

(1) Reynaldo dos Santos. *Aspecto cirurgico das pancreatites chronicas*, pag. 206 a 210. Lisboa. Junho de 1906.

(Aldea Gallega, Merceana). Empregado publico. — Admissão; 6-8.^o-1902. Morte: 19-9.^o-1902. — Operação (8-8.^o-1902): *cholecystostomia*. — Curado da operação.

É a Observação XVII (Prof. Cabeça) da referida these (pag. 50) — «Carcinoma do collo da vesicula biliar. Cholecystostomia em 8-8-1902.

Cura com fistula em 10-9-1902.

Vesicula do volume d'uma laranja — nenhum calculo — neuralgias muito intensas semelhando colicas.» —

21. Diagnostico: carcinoma do choledoco; ictericia por obstrucção datando de 8 mezes. Insufficiencia hepatica. Hemorrhagias multiplas, gengivae, intestinaes e cutaneas. — Operador: sr. Dr. Fcyo e Castro. — Hospital D. Estephania. Enfermaria n.^o 6. — Mulher de 65 annos. (Figueira da Fóz). Domestica. — Admissão: 6-9.^o-1905. Morte: 13-9.^o-1905. — Operação (13-9.^o-1905): *cholecysto-enterostomia*. — Feita com anesthesia local com cocaina.

22. Diagnostico: pancreatite chronica ou carcinoma? obstruindo o choledoco. — Operador: sr. Dr. Reynaldo dos Santos. — Hospital de S. José. Enfermaria n.^o 9. — Homem de 45 annos. (Louzã. Coimbra). Serralheiro. — Admissão: 3-10.^o-1906. Morte: 22-10.^o-1906. — Operação (12-10.^o-1906): *cholecystogastrostomia com suturas*.

Perfaz esta enumeração o total de 39 casos operados em Lisbôa, o qual se reduz a 32 de cholelithiase propriamente dita, descontando-se os indicados na pag. 79.

Devo á penhorante amabilidade do sr. Prof. Dias d'Almeida, a quem me dirigi na sua qualidade de

Director do Hospital de Santo Antonio, um inquerito sobre a cirurgia da cholelithiase no Porto.

Os resultados obtidos nas diversas intervenções deprehendem-se das seguintes notas, que se referem exclusivamente á Cirurgia hepatica por lithiase, comprehendendo 18 casos clinicos e que transcrevo segundo a ordem de recepção (18 e 19 de abril, 5 de maio de 1909).

Em maio de 1895, o sr. Prof. Moraes Caldas, operou uma senhora, a quem fez a *cholecystotomia* combinada com a *choledocolithotripsia*, para extracção de calculos da vesicula e do canal choledoco. Extrahiui 17 calculos. Ainda vive e nunca mais teve soffrimentos hepaticos. (Clinica civil).

No anno lectivo de 1898-1899, o sr. Prof. Roberto Frias operou uma doente de 50 annos, a quem fez a *cholecystotomia ideal* por hydropisia da vesicula e calculos. Curada. (Hospital de Santo Antonio).

Em 1902, o sr. Dr. Sousa Oliveira praticou a *cholecystostomia* em uma doente, com extracção de calculos. Curada. (Clinica civil).

Em 1905, o sr. Dr. Sousa Oliveira praticou a *cholecystostomia* em um doente, com extracção de calculos. Curado. (Clinica civil).

O sr. Dr. Franchini refere os seguintes casos:

1.º (Na clinica civil). Homem de 45 annos. *Cholecystotomia e drenagem*, por cholecystite calculosa. Cura.

2.º (No Hospital de Santo Antonio). Mulher. *Cholecystotomia e drenagem*, por colicas hepaticas. Cura.

3.^o (No Hospital de Santo Antonio). Mulher. *Cholecystotomia e drenagem*, por cholecystite suppurada. Não fôram encontrados calculos. Curada, com persistencia duma pequena fistula.

Os resultados do sr. Prof. Azevedo Maia sam enumerados na seguinte nota redigida por Sua Ex.^a: — «Tenho onze casos de cholecystotomia, sendo nove por motivo de calculos multiplos (desde 2 a 36) e dous por calculos solitarios. Em todos tenho obtido a cura operatoria e therapeutica.

Tenho sempre seguido o processo operatorio de Mayo Robson, de Londres. O tubo de drenagem da vesicula tem-se destacado entre o 3.^o e o 5.^o dia e antes de 15 dias esteve sempre supprimida espontaneamente a fistula biliar operatoria.

Não pratiquei nunca, por não ter carecido de o fazer, a ablação da vesicula biliar.

Dos anteriores casos approximarei um, em que, contando achar calculos na vesicula, deparei duas ascarides lombricoides» —.

Conteem as pag. 78 a 81 algumas considerações geraes sobre esta serie portugüesa, que consegui colligir com o auxilio dos srs. Prof.^{es} Dias d'Almeida e Francisco Gentil.

Ficam assim archivados, no fim deste capitulo, os dados estatisticos estrangeiros e nacionaes, que até este momento colhi sobre os resultados immediatos da Cirurgia na cholelithiase, e que, embora incompletos, considero sufficientes para a demonstração do valor clinico do assumpto, e da sua evolução historica.

CAPITULO II

PATHOGENIA DA CHOLELITHIASE

A escola de Gilbert restaurou na epocha actual o antigo conceito da diathese biliar, do temperamento biliar, que, modernamente, surge de novo sob a designação de cholemia simples familiar (1) introduzida por Gilbert.

Este terreno biliar é apresentado como o substractum em que a cholelithiase, além de outras affecções hepaticas, se installaria electivamente.

Outro tanto affirma a escola de Gilbert doutra

(1) Os francezes dizem cholémie, embora digam correctamente hemoglobinhémie; os alemães empregam Cholämie. Como tenho lido em portuguez a fórma cholemia, sirvo-me della, mas reconheço que, em rigor, deveria dizer-se choliemia (penetração da bilis no sangue; do grego *kholé+haima*) como se encontra no *Diccionario da lingua portugúesa* do sr. Conselheiro Candido de Figueiredo e como se diz tambem, por exemplo, pyohemia.

hyperchölemia, da ictericia chronica simples, grau mais elevado da cholemia familiar (1).

Gilbert e Lereboullet, um dos seus mais distintos discipulos, apoiando-se em dados da Historia da Medicina, vam a ponto de aventar a hypothese de que a familia de Napoleão I teria sido uma familia de cholemicos, e assim agrupam neste diagnostico retrospectivo os calculos biliares da mãe de Napoleão, a cör biliosa de Napoleão, e até os vagos symptomas secundarios: a hypochondria de Napoleão aos vinte annos, as suas crises dyspepticas, o prurido, a sua bradycardia historica e a sua tendencia para somnolencias.

Enunciando apenas, com bastante scepticismo, estas investigações historicas da escola de Gilbert, importa comtudo analysar clinicamente semelhante theoria, que, tendo em vista abranger de mais, corre certamente o risco de explicar de menos.

A partir de 1900 teem Gilbert, Lereboullet e Castaigne (2) publicado varias communicções sobre uma grande serie de doenças nas quaes a ictericia, geralmente familiar, constitue a caracteristica dominante.

(1) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Société Médicale des Hopitaux (Séance du 15 novembre 1907). Semaine Médicale, 1907, pag. 563.

(2) Gilbert, Castaigne et Lereboullet, *De l'ictère familial*. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux. 27 juillet 1900. Gilbert et Lereboullet, *Contribution à l'étude de la famille biliaire*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 2 novembre 1900. *Diathèse biliaire et hépatisme*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 16 et 23 novembre 1900. *Des hémorragies dans l'ictère acholurique*. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. 15 mars 1901.

Gilbert e Lereboullet distinguem, num artigo de conjuncto (*Semaine medicale*, 1901), uma serie de caracteres fundamentaes e secundarios desta, assim chamada, cholemia simples familiar, conceito clinico que, em trabalhos successivos da escola, se tem affirmado por numerosas observações.

Os symptomas fundamentaes sam fornecidos pelo aspecto da pelle, pelo exame do sôro e da urina, e finalmente pelo estado do figado e do baço. Um symptoma fundamental é realizado por uma coloração cutanea que oscilla entre o mais ligeiro tom icterico e a ictericia accentuada da ictericia chronica simples. É excepcional que a côr da pelle se conserve normal. As conjunctivas mantem-se indemnes na cholemia simples, impregando-se no grau seguinte de hypercholemia: na ictericia chronica simples. Estes doentes não sam geralmente considerados como ictericos, mas delles se diz que teem um facies bilioso, cholemico; trata-se de facto duma ictericia ligeira e fruste (ictericia acholurica simples), sem coloração das conjunctivas; pôde ser parcial e localizar-se electivamente na palma das mãos e na planta dos pés (ictericia palmo-plantar).

Além da xanthodermia, podem produzir-se melanodermias, que por vezes existem isoladas; indicam estas pigmentações tambem a cholemia, attribuindo-se significação aos naevi pigmentares, aos signaes, ás sardas, ao lentigo, ás manchas biliares disseminadas, á pigmentação peri-ocular constituindo oculos pigmentares, á coloração terrosa da face, a certas pigmentações generalizadas.

Por vezes é a presença de xanthelasma das palpebras um caracter a mais no facies cholemico.

O exame da pelle revela, finalmente, com fre-

quencia a presença de numerosos naevi capillares e arteriaes, cuja dependencia de perturbações hepaticas tem sido bastantes vezes affirmada.

Outro symptoma fundamental, e, em ultima analyse o unico geralmente considerado constante, refere-se ao sôro do sangue, o qual se revela icterico, com reacção de Gmelin mais ou menos nitida e exame espectroscopico positivo. Para medir o grau de cholemia é introduzido o methodo cholemimetrico de Gilbert, Herscher e Posternak, ao qual adeante me refiro, e que a simples technica de Hamel-Posselt substitue, com vantagem, no diagnostico precoce da ictericia. A proporção de bilirubina contida no sôro, naturalmente muito menor do que na ictericia cholurica, oscilla em volta de 1 para 17.000. Segundo Lereboullet, poderia comtudo a cholemia pathologica excepcionalmente faltar ou conservar-se minima, em consequencia de certas condições, taes como a tuberculose, a acção do tratamento e finalmente a insufficiencia hepatica, que determinaria um grau mais ou menos accentuado de acholia pigmentar; a cholemia poderia tambem por vezes ser intermitente. O exame do sôro, embora util, não é considerado indispensavel, dizendo Lereboullet que o diagnostico pôde muitas vezes ser estabelecido com segurança sem aquella investigação laboratorial, já pelos symptomas deduzidos do exame da pelle e das urinas, já por todos ou parte dos symptomas secundarios, e finalmente pelas noções que o interrogatorio fornece.

A urina não contém pigmentos biliares (ictericia acholurica), abstrahindo do excepcional apparecimento de bilirubina. A urobilinuria, porém, ligeira ou accentuada, é frequente, e na falta de exame do sôro, pôde, muitas vezes, permittir a

afirmação da cholemia. A analyse da urina revela, de resto, conforme os casos, um chimismo hepatico normal, exagerado ou diminuido; pôde denunciar tambem a existencia de diabetes ligeira ou accentuada, dependente do desvio funcional do figado, sob a influencia frequente duma lesão pancreatica simultanea.

O exame do fig'ado e do baço permite reconhecer, segundo Gilbert, quatro typos graduaes: geralmente não se descrevem modificações hepaticas ou esplenicas na cholemia familiar; haveria frequentemente augmento de volume do figado sem participação esplenica, noutra serie de casos uma ligeira esplenomegalia, apenas ultrapassando o rebordo costal, e finalmente, noutro grupo de casos, apresentar-se-hia um baço fortemente hypertrophiado, constituindo-se a verdadeira ictericia esplenomegalica (1) (Hayem-Levy).

Gilbert relaciona estes symptomas fundamentaes que dizem respeito á pelle, ao sangue, á urina, ao figado e ao baço, com uma serie de symptomas secundarios, que ampliam notavelmente o quadro morbido. Define como fazendo parte deste conjunto de symptomas secundarios o prurido, com ou sem urticaria, inscreve uma serie de casos de urticaria recidivante no grupo nosologico da cholemia familiar, refere-se a perturbações dyspepticas, de de natureza gastrica e intestinal, a incommodos nervosos, especialmente estados depressivos, á hypochondria, a uma especie de somnolencia dos cholemicos familiares, e chega a construir o conceito duma hysteria toxica, biliar.

(1) Jules Levy, *De l'ictère chronique infectieux*. Paris, 1898.

Enumerando, mais em especial, estes symptomas secundarios, que dominam frequentemente o quadro clinico, encontra-se descripta, além da urticaria e do prurido, uma tendencia para perturbações cutaneas diversas, especialmente para aquellas que sobreveem por influencia medicamentosa. Dá a escola de Gilbert tambem valor á sensibilidade particular para o frio, apresentando os cholemicos com grande facilidade o phenomeno da pelle de gallinha.

As perturbações dyspepticas nos cholemicos familiares sam do typo dyspepsia hyperpeptica; com estes symptomas combina-se por vezes um fluxo bilioso acompanhado de crises hepatalgicas ou esplenalgicas, e que póde realizar o quadro clinico dos vomitos periodicos infantis; por vezes tambem sobreveem hematemeses abundantes que podem levantar a supeita duma ulcera de estomago (pseudo-ulcera de estomago de origem biliar).

Sam particularmente interessantes as perturbações intestinaes. A enterite membranosa é de observação corrente nos cholemicos, geralmente affectados de constipação habitual; as hemorrhoidas, cuja origem hepatica é particularmente frequente, tambem se produzem muitas vezes nestes doentes. Accentuam-se recentemente as relações frequentes da cholemia familiar com a appendicite; não que se trate, no dizer de Lereboullet, duma relação de causa para effeito, mas de duas affecções ambas devidas á auto-infecção, produzindo-se por influencia das mesmas condições de terreno (diathese de auto-infecção).

Sam muito variadas as perturbações nervosas descriptas na cholemia familiar; por vezes apresentam os cholemicos uma simples modificação de character com tendencia para as ideias tristes e para a

hypochondria; outras vezes sam neurasthenicos declarados; podem ainda ser considerados como atacados de melancolia, doença vesanica a qual Gilbert, Lereboullet e Cololian attribuem, as mais das vezes, uma origem biliar. Estes doentes soffrem frequentemente de enxaqueca com ou sem fluxo bilioso; podem tambem queixar-se de somnolencias durante a digestão.

Por outro lado, como symptomas renaes, menciona a escola de Gilbert a albuminuria, antes intermittente do que continua, a hemoglobinuria paroxysmica.

Estabelecem-se relações entre esta cholemia familiar e um rheumatismo biliar e certas myalgias e arthralgias subagudas e chronicas, affirmando-se a frequencia dos signaes de cholemia familiar nos antecedentes dos portadores de rheumatismo articular agudo ou chronico.

Sam ainda subordinadas á rubrica da cholemia certas perturbações cardiacas e circulatorias; descrevem-se casos de bradycardia, como na ictericia declarada, e por vezes symptomas typicos de angina de peito, sôpros systolicos anorganicos em doentes não anemicos.

Tanto pelo interrogatorio como pelo exame tem sido reconhecida uma tendencia especial para as hemorrhagias, particularmente epistaxis de crescimento e gingivorragias, assim como para a purpura. Nos cholemicos poderiam as doenças intercurrentes revestir um caracter hemorrhagico (tuberculose, pneumonia). Fala-se em fórmas hemorrhagicas da cholemia familiar, e aventa-se a hypothese de que muitas fórmas de hemophilia deveriam antes ser consideradas como casos de cholemia familiar de forma hemorrhagica, parti-

cularmente estudada por Vareilland (1), discipulo de Gilbert.

Finalmente a temperatura pôde apresentar diferentes alterações, ainda que sem typo febril determinado.

A investigação da anamnese assignala nos antecedentes familiares o apparecimento de semelhantes symptomataes e secundarios, assim como de frequentes affecções hepaticas ou das vias biliares, nos ascendentes ou na familia, assim como a maior parte dos membros destas familias apresenta um ou outro dos caracteres fundamentaes da cholemia familiar.

No ponto de vista da pathogenia, emite Lereboullet, em 1907, a opinião de que a cholemia familiar é a manifestação provavel duma infecção das vias biliares, embora minima. Considera a anatomia pathologica menos solidamente estabelecida do que o typo clinico, que julga indiscutivel; dahi a impossibilidade de affirmar a existencia inicial desta infecção; comtudo as lesões de angiocholite reconhecidas nalguns casos, a significação infectiosa de certos symptomataes, as relações etiologicas com certas infecções biliares chronicas depõem no sentido do papel causal da infecção; na origem desta estabelece Lereboullet, com Gilbert, o papel da diathese de auto-infecção. Veremos porém adeante noções pathogenicas, completamente diferentes, expostas por Gilbert no mesmo anno.

Lereboullet recorre a esta angiocholite, assim realizada, para imaginar a producção dos numerosos

(1) Vareilland, A. *De l'ictère acholurique hémorrhagique*. Paris, 1901.

symptomas enumerados. Uns dependeriam da toxinfecção causal (febre, albuminuria, rheumatismo, etc.), outros da cholemia (xanthodermia, symptomas cutaneos, perturbações nervosas etc.), outros ainda do desvio funcional do figado (diabetes, signaes de insufficiencia hepatica ou de hyperfuncionamento) ou de hipertensão portal (hemorrhoidas, hemorrhagias gastro-intestinaes) etc. Haveria finalmente elementos que deveriam ser considerados não como symptomaticos da cholemia familiar, mas como associados a esta, produzindo-se nas mesmas condições de terreno; seria o caso da appendicite.

Como synthese dos seus trabalhos é a escola de Gilbert conduzida a admittir uma diathese biliar tendo por base uma especial disposição hereditaria das vias biliares para a infecção, em resultado duma alteração na actividade vital dos ductos biliares.

Assim pretende Gilbert explicar o apparecimento, nestes doentes, das outras fórmias de infecção biliar: ictericia catarrhal, cholelithiase particularmente frequente na cholemia familiar, ictericia esplenomegalica, cirrhoses biliares, insistindo, por outro lado, tambem nas relações entre a cholemia familiar e o carcinoma primitivo do figado, entre a cholemia e os kystos hydatiques do figado inspirando a these de Ridnick (1), e consagrando finalmente á cholemia nos cardiacos a these de Bourgoin (2).

(1) Ridnick, *Kystes hydatiques du foie et Cholemie simple familiale*. These de Paris, 1905.

(2) Bourgoin, *Cholemie et ictère dans le foie cardiaque*. These de Paris, 1906.

Affirma a escola de Gilbert que as affecções das vias biliares formam um grupo natural de factos (familia biliar), que apenas se desenvolve num terreno especial (terreno biliar).

Insiste, a esse respeito, na extrema frequencia da cholemia simples familiar, estado pathologico que diz encontrar quasi sempre na origem das affecções biliares. Assim a sua existencia prova que o figado já se não encontrava indemne, mas antes predisposto para lesões mais accentuadas. Semelhante estado pathologico, de per si pouco grave, — sendo até a cholemia familiar antes definida como um temperamento do que como uma doença, — teria uma grande importancia, sendo de toda a utilidade reconhecê-lo, pois que revelaria nas vias biliares uma lesão minima, que serve de ponto de partida para as multiplas perturbações de que o figado, no futuro, pôde ser a sêde.

Introduzindo esta noção, suppõem Gilbert e Lereboullet ter conseguido não só precisar a etiologia das affecções biliares, mas tambem renovar o estudo etiologico das affecções hepaticas propriamente ditas e constatar que estas affecções se desenvolvem no terreno da cholemia familiar e não num organismo qualquer. Diz-se que as cirrhoses alcoolicas sobreveem em doentes assim predispostos; teem sido encontrados nos antecedentes dos attingidos pela cirrhose todos ou parte dos symptomas da cholemia familiar.

Gilbert e Lereboullet explicam com muita facilidade esta predisposição; com effeito, sob a influencia duma mesma causa hereditaria, poderiam as cellulas biliares e hepaticas, em virtude da sua unidade embryogenica, ser igualmente feridas no seu funcionamento normal. A cellula biliar deixar-se-hia mais

facilmente invadir pela infecção ascendente, donde a producção dos symptomas da cholemia familiar e das diversas fórmas de angiocholite chronica. A cellula hepatica, por seu lado, deixar-se-hia mais facilmente lesar pelos venenos conduzidos por via sanguinea, por diversas toxinas e particularmente pelo alcool, donde o mais facil apparecimento de cirrhose alcoolica, quando a intoxicação alcoolica alveja organismos assim predispostos.

Assim como as cirrhoses alcoolicas, tambem o cancro primitivo do figado parece desenvolver-se de preferencia nos cholemicos. Gilbert e Lereboullet affirmam ter observado numerosos doentes, cuja historia pessoal e familiar traduzia as relações etiológicas entre a cholemia familiar e diversas affecções biliares por um lado, e o cancro primitivo do figado por outro. Insistem sobre estes factos, mostrando especialmente como por vezes se encontra a dupla herança cancerosa e biliar, explicando a localização do neoplasma primitivo no figado.

Finalmente consideram Gilbert e Lereboullet as relações entre a cholemia os kystos hydaticos, especialmente estudadas na referida these de Ridnick, donde transcrevo as principaes conclusões.

Sustenta a autora, com effeito, que a noção da etiologia parasitaria dos kystos hydaticos do figado não é, só de per si, sufficiente para explicar como os kystos hydaticos em França sam relativamente raros, apêsar da frequencia relativa das causas de contaminação, levantando-se assim a questão dum terreno especial que facilite a fixação e o desenvolvimento do parasita no figado.

A observação clinica mostraria que os antecedentes pessoaes e familiares dos doentes com kysto hydatico do figado revelam a existencia de signaes de

cholemia anteriores aos primeiros symptomas do kysto hydatico do figado.

É conhecido o facto de que os kystos hydaticos do figado podem por vezes observar-se associados a outras affecções hepaticas: — cirrhose biliar, cirrhose alcoolica, cancro do figado, lithiase biliar, — que tambem se desenvolvem no terreno da cholemia familiar. Estes casos de coexistencia sam tambem invocados como argumento em apoio do valor attribuido á cholemia familiar como causa predisponente para o desenvolvimento do kysto hydatico do figado.

Importa analysar este temperamento biliar ou terreno biliar, definido pelo amplo conceito da cholemia simples familiar. Embora Lereboullet, um dos mais distinctos discipulos de Gilbert, imagine que: — o typo clinico é indiscutivel —, supponho que a cholemia de Gilbert não passa dum conjuncto proteiforme que não tem, no estado actual, a unidade nosologica que a escola de Gilbert julga poder attribuir-lhe.

Pathogenicamente tambem o valor deste terreno biliar é muito discutivel.

Em todo o caso ha nestas investigações clinicas uma enorme vantagem. Aperfeiçoa-se com effeito o diagnostico precoce da lithiase biliar, pois que, a meu vêr, muitos casos clinicos, rubricados de cholemia simples familiar, sam exemplares nitidos de cholelithiase constituida; se até se fala, na descripção da cholemia familiar, como dissemos (pag. 106), em crises hepatalgicas!

Seria a propria escola de Gilbert que teria a seu cargo destruir, em parte, o conceito da cholemia familiar como caracterizando um terreno hepatico,

caso fosse aceitavel a noção duma cholemia physiologica, que a escola preconiza, por exemplo, na referida these de Bourgoïn e na memoria (1) sobre as tres cholemas congenitas: cholemia physiologica, cholemia simples familiar, ictericia chronica simples.

Pretende-se com effeito demonstrar, nas seguintes deducções dessa these, que existe uma cholemia physiologica humana, que constituiria o substractum do que Gilbert e Herscher chamáram a ictericia acholurica physiologica, caracterizada pela junção duma coloração amarella da pelle e da presença de chromogenio da urobilina na urina á bilirubinemia, considerada como a causa principal da coloração cutanea.

No estado normal, apresenta o sôro sanguineo uma ligeira coloração amarella, que, no homem, é nitidamente apreciavel em tubos de vidro de 1 centimetro de diametro. Gilbert, Herscher e Posternak, tendo demonstrado que esta coloração não podia ser de modo algum imputavel nem á hemoglobina, nem á urobilina, nem á luteína, chegam a concluir que só a presença da bilirubina pôde explicar esta coloração.

Com effeito, tratando o sôro normal humano pelo reagente de Gmelin, obtem-se dum modo constante uma orla azul, ligeira, mas facilmente perceptivel. Ora este anel azul pôde ser attribuido á presença da bilirubina. Com effeito, fazendo diluições cada vez mais fracas, partindo dum sôro fortemente bilioso, e praticando nestas diversas amostras a reacção nitrica, sob uma espessura de 1 centimetro, reconhece-se nos tubos mais ricos em pigmento toda a serie dos anneis corados descripta por Gmelin, e considerada por elle e depois delle como caracteristica da

(1) Gilbert, *Les trois cholémies congénitales*. Société médicale des hopitaux (Séance du 15 de novembre 1907) — Semaine Médicale 1907, pag. 563.

presença da bilirubina. Mas, á medida que se opera em liquidos menos ricos em pigmento biliar, vêem-se desaparecer successivamente os aneis violeta, cõr de rosa, e depois o anel verde. Por fim apenas se percebe uma orla azul, que tambem acaba por desaparecer quando a diluição é muito accentuada; é á presença do anel azul que Gilbert e Herscher propuseram que se dêsse o nome de reacção de Hayem. Por outro lado, a presença deste anel azul é apenas constatavel quando a concentração attinge 1 de bilirubina para 40.000 de sôro; é a este limite de appareição que se dá o nome de reacção limite.

Por uma serie de experiencias prováram estes mesmos autores que o anel azul assim produzido era realmente devido á bilirubina. Demonstráram que as substancias *à priori* incriminaveis na sua producção, taes como a albumina, a hemoglobina, o indican e sobretudo a luteína não podem intervir de modo algum. O soro artificial, que estes autores empregam, contém com effeito tanta albumina como o sôro humano, podendo portanto ser eliminada sem receio. Pelo que diz respeito á hemoglobina, fazendo actuar o reagente de Gmelin sobre soluções diversamente concentradas de hemoglobina, num meio albuminoso, não se vê a producção de anel azul; finalmente, lançando no meio albuminoso artificial urina com indican, nota-se apenas sob a influencia do reagente nitrico, ou um tom cõr de rosa diffuso, ou um anel vermelho sujo intenso. Quanto á luteína, substancia cuja natureza exacta se não encontra determinada actualmente, parece não existir no sôro humano; mas, embora existisse em pequena quantidade, não poderia participar na producção do anel azul, porque se póde notar a ausencia desta orla nos soros de gallinaeos convenientemente diluidos, quando estes soros, ao exame espectroscopico, dam as fachas de absorção que caracterizam a luteína. Gilbert e Herscher concluíram destas experiencias que a materia corante do sôro humano é a bilirubina.

Mas esta conclusão não é acceitavel.

Com effeito, mesmo em França, Gautrelet (1) o conhecido chimico-biologista de Vichy, diz:—«Ce que,

(1) Gautrelet, *Physiologie uroséméiologique*. Paris, 1906, pag. 133.

je le répète, le professeur Gilbert et ses élèves, ont pris pour de la bile dans le sang et ce qu'ils n'ont pas toujours retrouvé dans l'urine, avec la réaction bleue en présence de l'acide nitrique nitreux, c'était de l'indol... (1), formé dans les conditions précitées;... et indol assez fréquent à notre époque de suralimentation carnée, à notre époque d'hépatisme» —.

É, na verdade, geralmente sabido que a coloração verde é a única característica dos pigmentos biliares, em presença do ácido azotico nitroso.

Noutro trabalho francês de Dastre e Floresco, sobre pigmentos biliares e lipochromios (2), estuda-se também a pseudo-reacção de Gmelin para os pigmentos biliares com as frequentes causas de erro que se insinuam nestas determinações.

Zoia (3) não pôde encontrar bilirubina no sôro sanguíneo normal do homem, nem em exsudados ou transsudados, encontrando porém no sôro uma substancia que tem as propriedades duma luteína. — «A reacção de Hayem pôde revelar-se positiva pela presença deste lipochromio» —.

O conhecido professor Hammarsten (4) escreve a este respeito que a reacção córante, a prova de

(1) La coloration rouge obtenue dans les mêmes conditions de manipulation correspond à du skatol; tandis que l'indican et le skatan donnent ces mêmes teintes mais seulement en présence de l'acide chlorhydrique bouillant. (Nota de Gautrelet).

(2) Dastre et Floresco. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1898, vol. 50, pag. 77.

(3) Zoia, *Sulla presenza di bilirubina e luteina nei sieri umani*. Rendic. R. istit. Lombard 1904-1905, xxxvii.

(4) Hammarsten. *Lehrbuch der physiologischen Chemie*, 6. Auflage. 1907, pag. 332.

Gmelin, é muito sensível e ainda se produz com 1 parte de bilirubina em 80.000 partes de liquido. O anel verde nunca deve faltar, mas tambem deve existir simultaneamente o vermelho violeta, quando não, pôde dar-se uma confusão com a luteína, que dá um anel azul ou esverdeado.

Sam numerosos os experimentadores, tanto antigos como modernos, que negam o apparecimento de pigmentos biliares no sôro sanguineo normal.

Assim Hammarsten, embora considere a bilirubina como uma componente physiologica do sangue de cavallo, affirmou ha muito não ter encontrado, com o seu methodo, o menor vestigio de pigmentos biliares no sôro humano ou bovideo.

Segundo Hedenius, de Upsala, não se produz no sôro sanguineo do homem a reacção sensível por elle descripta para a pesquisa dos pigmentos biliares: outro tanto succede com o sôro de coelho e dos bovideos.

Tambem faltaria a reacção em transsudados de doentes não ictericos (1).

Registam investigações negativas outros autores como von Limbeck, Dastre e Floresco, Zoia, Syllaba (2).

(1) A affirmação enunciada é exagerada. Com effeito, em casos raros, apesar da ausencia de ictericia na pelle, tem sido possível verificar, com methodos muito sensiveis, a existencia de pigmentos biliares em exsudados e liquidos serosos (pericardio, peritoneu, pleura). Assim, por exemplo, obteve, ha muitos annos, D. Gerhardt (*Ueber Hydrobilirubin*. Inaug. Diss., Berlim 1884) tres reacções positivas numa serie de 17 casos.

(2) Syllaba. *Zur Diagnose der schwächeren Grade des Icterus*. Folia haematologica, 1904, vol. 1, pag. 636.

Fränkel (1) afirma que a coloração do sôro depende de luteínas, e no cavallo de bilirubina. —

A cholemia physiologica da escola de Gilbert é portanto absolutamente inadmissivel e assenta sobre um dado laboratorial sem valôr.

É claro que a mesma causa de erro se insinua em todas as determinações choleminetricas de Gilbert, Herscher e Posternak e dos seus discipulos.

Suppondo demonstrada a existencia da cholemia physiologica, procuráram estes autores determinar o grau desse estado cholemico. Introduzindo o methodo choleminetrico, constatáram que a quantidade da supposta bilirubina contida no sôro humano normal é de cerca de 1 gr. de bilirubina para 36.500 cc. de sôro.

O exagero deste supposto estado normal daria origem à cholemia pathologica, cuja presença em numerosos estados morbidos determina um novo syndroma clinico.

Assim na cholemia simples familiar oscillaria a proporção de bilirubina contida no sôro, em média, em volta de 1 para 17.000.

Conclue tambem a these de Bourgoïn que a cholemia na congestão passiva hypertrophica do figado de origem cardiaca é de de cerca de 1 gr. de bilirubina para 12.500 cc. de sôro, sendo muito mais accentuada na cachexia cardiaca, onde o seu valor aproximado seria de 1 gr. de bilirubina para 3.000 cc. de sôro.

(1) Fränkel. *Deskriptive Biochemie*, 1907, pag. 556.

Menciona a mesma these de Bourgoïn (1), para a prática da cholemimetria, a technica de Gilbert, Herscher e Posternak, que transcrevo.

Observáram estes autores que o apparecimento do anel azul (reacção de Hayem) num sôro artificial de composição fixa, addicionado de bilirubina e tratado num tubo de 1 cent. de diametro por um acido azotico nitroso de composição definida, corresponde sempre a uma concentração fixa, egual a 1 gr. de bilirubina para 40.000 c.c. de sôro; por outro lado, quando se dilue um sôro bilioso com sôro artificial, e quando se lhe applica o reagente de Gmelin, nas mesmas condições que precedentemente, produz-se um anel azul, cada vez menos accentuado que acaba por desaparecer quando a diluição é sufficiente, no momento em que o anel azul representa a reacção limite, pôde admittir-se que o sôro diluido contém 1 de bilirubina para 40.000 d'excipiente.

Conhecendo então no tubo em que se produziu a reacção limite a proporção do sôro inicial e do sôro artificial, facil se torna calcular a quantidade de bilirubina contida no primeiro.

Este processo, que Bourgoïn diz muito simples e muito mais sensível do que os conhecidos até então, apenas exige um instrumental e reagentes pouco complicados. Estes reagentes sam o sôro albuminoso artificial e o reagente de Gmelin.

Sôro albuminoso artificial:

Claras d'ovos	} aã
Agua salgada a 15 p. 1000	
Soda caustica: 5 p. 1000	

Batem-se conjunctamente as claras d'ovos e a agua salgada e deixa-se em repouso 24 horas. Decanta-se e addiciona-se a soda caustica ao liquido obtido. Este liquido, incolor sob uma espessura de 1 cent., deve ser conservado em logar fresco.

Reagente azotico nitroso:

Acido azotico puro a 36°	200 c. c.
Agua distillada.....	100 »
Nitrito de soda.....	0 gr. 06

(1) Bourgoïn, *Cholémie et ictère dans le foie cardiaque*. These de Paris, 1906, pag. 24 a 27.

O frasco que contem este reagente deve estar cuidadosamente fechado.

Para praticar a dosagem servem tubos cylindricos de vidro com fundo plano e 1 cent. de diametro, um suporte para os receber e 3 pipettas destinadas a medir: a primeira, SN, dividida em vigesimos de cc., o soro a dosear; a segunda, SA, graduada em quartos de cc., o soro artificial; a terceira, RN, o acido azotico nitroso.

Distribue-se, com a pipetta SA, exactamente meio centimetro cubico de soro artificial nos tubos fixados no suporte; juntam-se, com a pipetta SN, quantidades crescentes de soro a dosear, isto é uma divisão ($\frac{1}{20}^{\circ}$ de cent. cub.) no primeiro tubo, duas divisões no segundo, etc.; agita-se, e depois por meio da pipetta RN, depõe-se no fundo dos tubos (1) um quarto de cent. cub. de reagente nitrico. Depois de meia hora de repouso, examina-se á luz, ao abrigo dos raios directos do sol, de costas para a luz e dirigindo-se o olhar sobre o primeiro tubo, sobre o segundo, etc. sob um angulo de 45° .

No primeiro tubo em que apparece nitidamente o anel azul, é a percentagem de bilirubina de 1 para 40.000; chamando x a quantidade de bilirubina contida no soro a dosear, a, o numero de vigesimos de c.c. gastos do soro em analyse, póde-se então calcular (2) x segundo a equação:

$$x = \frac{10 + a}{a} \cdot \frac{1}{40.000}$$

(1) Este tempo da operação é simplesmente irrealizavel, empregando-se o soro artificial indicado, como tive occasião de verificar; fórma-se um coagulo que difficulta depois muito o exame. Como empreguei tubos de fundo curvo, por não haver doutros, é possivel que fosse essa a causa da perturbação, que se não dá porém, deitando em primeiro logar o reagente de Gmelin, ou quando se emprega soro physiologico em logar do soro artificial de Gilbert.

(2) Na memoria original de Gilbert, Herscher e Posternak (Comptes rendus de la Société de Biologie, vol. 55, pag. 1587) sobre a cholemimetria, apresentam os autores uma tabella que fornece os valores de x para os differentes valores de a.

Compreende-se como na cholemia intensa a reacção se daria já no primeiro tubo, com uma divisão de sôro; para evitar este facto, torna-se necessario juntar esta divisão de sôro hypercórado a uma maior quantidade de sôro artificial. Com um sôro pouco córado, não é necessario começar pelo primeiro tubo, indicando algum habito o tubo no qual a reacção vae apparecer; não é tambem obrigatorio augmentar uma divisão a cada tubo. O que importa obter é uma serie de 3 tubos em que a reacção seja inferior, igual e superior ao limite procurado.

Tendo repetido varias vezes esta technica no nosso Laboratorio de Microbiologia e Chimica Biologica, de collaboração com o preparador sr. Dr. Nogueira Lobo, reconhecemos a necessidade de introduzir as modificações indicadas na nota (1) da pag. 119, assim como sempre se tomou em conta o apparecimento da coloração verde, unica caracteristica como ficou exposto (pag. 114 a 117).

Embora Bourgoïn, na sua these, considere este processo de cholemimetria facilmente applicavel á Clinica, não julgo poder affirmar outro tanto.

Não só a technica é muito morosa, como tambem a sua applicação exige alguns centimetros cubicos de sangue, para o que nem todos os doentes estam dispostos.

Sendo nos cholemicos frequentemente demorada a retracção do coagulo, torna-se por vezes necessario esperar 48 horas, e mais, a fim de se poder obter sôro sufficiente para esta determinação cholemimetrica. Ora nestas condições produzem-se phenomenos de hemolyse secundaria, que não só difficultam como tambem falseam o exame do sôro.

Relativamente aos numeros obtidos por este methodo, importa accentuar que os resultados publicados se referem á producção do anel azul, cahindo portanto pela sua base experimental reconhecida-mmente erronea, e sendo pois necessario investigar a coloração verde quando se queira applicar o methodo.

Até para a propria escola de Gilbert teem aquelles

numeros apenas um valôr relativo, como se depre-
hende das seguintes passagens (pag. 1588 e 1589)
da memoria original de Gilbert, Herscher e Pos-
ternak: — «Lorsqu'apparait l'anneau bleu limite il
est permis de supposer que la teneur en bilirubine
est voisine de λ , que nous avons évaluée précédem-
ment à $1/40.000$ pour un tube de 1 centimètre de
diamètre». — «Dans le tableau, les résultats sont
appréciés en chiffres absolus et par comparaison
avec la concentration λ . Cette dernière annotation
est peut-être plus rigoureuse, car, étant donnée la
difficulté d'obtenir de la bilirubine chimiquement
pure, nous ne saurions considérer comme absolu-
ment exact le chiffre $1/40.000$. Il s'agit seulement
d'une approximation, mais d'une approximation assez
grande, et, en tout cas, suffisante pour la clinique» — .

Como, por exemplo, para o autorizado biologista
Hammarsten (1), o numero limite, λ da nomenclatura
de Gilbert, tem um valor completamente differente
($1/80.000$), como dissemos, seria com effeito preferivel
ter em conta a concentração relativa da bilirubina
(por exemplo 11 λ no tubo 1, segundo a tabella de
Gilbert) e não a concentração absoluta da bilirubina
(por exemplo, para o mesmo tubo, $1/3.600$, em nume-
rosos redondos, segundo a mesma tabella), como
geralmente se faz nos trabalhos da escola de Gilbert.

Pondo em pratica o principio do methodo da cho-
lemimetria de Gilbert, e introduzindo-lhe as indis-
pensaveis modificações indicadas, resulta comtudo
um methodo laboratorial que os inconvenientes apon-
tados tornam pouco pratico.

(1) Hammarsten, *Lerhrbuch der physiologischen Chemie*, 6.
Auflage. 1907, pag. 332.

Dahi a minha preferencia por processos mais simples como o de Posselt (1), que é uma modificação dos processos de Hamel (2) e de Bouma (3).

A technica de Hamel, muito preconizada pelo eminente cirurgião Moynihan (4), enuncia-se nos termos seguintes: Com um tubo capillar de vidro, tendo cerca de $1\frac{1}{2}$ mm. de espessura e 10 cm. de comprimento, recolhem-se cerca de 15 a 20 gottas de sangue, facilmente obtido por uma pequena picada no lóbulo da orelha ou na polpa dum dedo. Fecha-se o tubo capillar nas duas extremidades com fragmentos de cera, e encosta-se verticalmente, com a columna sanguinea para baixo; poucas horas depois destaca-se o sôro por cima do sangue, que se vae retrahindo.

Na phrase de Moynihan, é o sôro normalmente incolôr, mas se houver o menor cambiante de ictericia logo uma côr amarella se revela no sôro.

A technica de Hamel está porém sujeita á critica de Wunschheim (5) contra todos os methodos antigos (com demora de 24 horas, e gelo para provocar a separação do sôro) para o reconhecimento da hemoglobinhemia, por causa da hemolyse consecutiva e dos seus effeitos perturbadores, que igualmente se fazem sentir na investigação do sôro icterico.

(1) Posselt, *Zur Methodik der klinischen Serumuntersuchungen*. Zentralblatt für innere Medizin, 1907, n.º 20, pag. 497.

(2) Hamel, *Deutsche medizinische Wöchenschrift*, 1902, n.º 39.

(3) Bouma (Utrecht), *Zur Frühdiagnose des Ikterus*. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1902, n.º 48.

(4) Moynihan, *Gall-stones and their surgical treatment*. Second edition. Philadelphia e Londres 1905, pag. 163.

(5) Wunschheim, *Über Hämolyse im Reagensglas und im Tierkörper*. München, Oldenbourg 1905.

Dahi a minha preferencia pela technica de Posselt, cujo processo, que tenho seguido, a pouco se reduz.

Feita a lavagem da polpa digital ou do lobulo da orelha e uma ligeira passagem com alcool e ether, evitando qualquer pressão ou attrito (por causa da vulnerabilidade dos globulos vermelhos), deixa-se seccar, faz-se uma picada com uma agulha ou com uma lanceta, e recebe-se o sangue em tubos capillares em U, esterilizados e ligeiramente aquecidos (de 8 a 10 cm. de comprimento e 1 mm. de diametro).

Como os tubos sam capillares, poucas gottas de sangue sam sufficientes para o exame a fazer.

Parte dos tubos centrifuga-se immediatamente e outra parte meia hora depois; sam estes ultimos os tubos que melhor se prestam ao exame; não só o processo de coagulação se encontra já terminado, como tambem ainda não ha tempo para se recear a hemolyse secundaria.

A côr caracteristica de amarello canario ou de amarello limão, que o sôro apresenta, faculta o diagnostico dum estado cholemico, assim como a intensidade da coloração permite avaliar a percentagem de bilirubina por comparação com solutos padrões do pigmento biliar no sôro artificial em concentrações diversas.

De resto, semelhantes dados numericos pouco interesse pratico comportam; é sufficientemente indicativo o facto de se obter um resultado positivo em grau maior ou menor.

A côr do sôro normal, um pouco variavel com as raças, edades, nutrição, digestão, alimentação, etc., oscilla entre a limpidez da agua até ao amarello acastanhado; ha neste ultimo caso sempre um tom em castanho; nunca o sôro normal apresenta a côr amarella de canario ou de limão dos ictericos,

embora com quantidades minimas de pigmentos biliares.

Em casos especiaes, por exemplo em graves processos septico-pyohemicos, póde a hemolyse concomittante difficuldar muito a analyse da coloração cholemica. Eguar circumstancia importa ter em vista ao recolher o sangue, devendo evitar-se tudo quanto possa causar a menor alteração dos globulos vermelhos; basta, por exemplo, aspirar o sangue com uma seringa, como fazem alguns, para lesar os erythrocytos e falsear a apreciação.

Ácerca da presença dos elementos biliares no sangue, importa porém accentuar, ainda que dum modo summario, que o grau de ictericia é até certo ponto independente das intoxicações hepaticas e dos estados hemorrhagicos tam frequentes na cholelithiase.

No decurso de demoradas retenções biliares podem produzir-se graves symptomas cerebraes, comatosos, delirantes, convulsivos, que em regra conduzem á morte em poucos dias com febre elevada. Mas os mesmos phenomenos teem sido observados em hepaticos sem ictericia ou quasi anictericos. Krehl (1) admite portanto que estes symptomas traduzem provavelmente intoxicações complexas, como tambem se encontram noutras lesões graves do metabolismo, por exemplo na diabetes e na uremia. Analysando quaes sejam as substancias activas que entram em jogo, sam numerosas as eventualidades a ponderar, mas, no estado actual da sciencia, não passamos de

(1) Krehl, *Pathologische Physiologie*. Fünfte Auflage. Leipzig, 1907