

Tambem é possível que, tanto nas referidas experiencias de Schmidt, como neste caso de Kehr, os resultados negativos fossem devidos à variabilidade da reacção sobre a qual tanto Schmidt como Kehr (pag. 96 deste volume) insistem. São ainda possíveis os processos morbidos em fóco, com integridade funcional dos restantes elementos glandulares, e compatíveis portanto com uma secreção normal, aspecto considerado na pag. 78 deste volume.

Cammidge porém abandonou a sua hypothese inicial, aproximando os seus crystaes das pentoses.

Nestas condições ocorre a referida hypothese (pag. 113), a primeira que Eloesser enunciou, e segundo a qual as pentoses eliminadas pela urina poderiam resultar dos productos de decomposição do pancreas. É com effeito sabido que podem produzir-se pentoses pela destruição das substancias nucleo-glyco-proteicas do pancreas, e que este órgão é, de todos

veridica em 82 % dos casos, informa neste artigo ácerca dos resultados das analyses em março e abril de 1909.

Fôram examinados nesse periodo 50 doentes que procuráram a Clinica por cholelithiase; destes doentes fôram operados 25.

Em 32 destes doentes ensaiou-se a prova de Cammidge. Reacção positiva em 25 casos, negativa em 7. Nestes 7 ultimos casos, operou-se 4 vezes, revelando-se o pancreas sempre molle e são; 3 vezes não se operou, por a reacção se não produzir. Nos 25 casos positivos operou Kehr 18 vezes; a reacção não se confirmou apenas num caso: em logar da supposta pancreatite chronica encontrou-se um carcinoma do choledoco; este facto suggere de resto as condições adeante expostas no diagnostico differencial entre a pancreatite chronica e o carcinoma do choledoco, que póde indirectamente provocar uma reacção de Cammidge positiva. Nesta serie clinica de Kehr apparece portanto a reacção de Cammidge confirmada em cerca de 90 % dos casos. A observação mencionada no texto é descripta num additamento a este artigo de Kehr.

que teem sido analysados, aquelle que mais pentoses fornece. Assim Salkowski extrahiu do pancreas de bovideos, por um processo chimico semelhante, pentoses que fundiam entre 159 e 160°, e os crystaes de Cammidge estudados por Caro e Wörner (1) tambem fundiam entre 150 e 160°.

Poderia ainda pensar-se que a reacção de Cammidge significasse a exclusão do pancreas, dando-se uma eliminação anormal, como na diabetes ou na pentosuria. As experiencias de Schmidt eliminam porém semelhante hypothese, porquanto a extirpação total do pancreas não se acompanhou de reacção positiva, ao passo que a implatação de pequenos fragmentos do pancreas junto do pancreas intacto do animal em experiencia provocou o apparecimento dos crystaes de Cammidge, sendo pois necessaria a destruição do tecido pancreatico a fim de que a reacção se dê.

Depõe no mesmo sentido, suggerindo que a pentose provém das pentoses organicas, a reacção positiva obtida por Schmidt nas referidas experiencias com o figado e o baço, assim como a reacção positiva no caso clinico de ruptura do figado. Com effeito estes orgãos tambem conteem pentoses, ainda que em percentagem inferior á do pancreas.

Á objecção de que as pentoses urinarias descritas na pentosuria sam arabinoses racemicas, e não xyloses levogyras como as pentoses organicas, oppõem-se as analyses de Luzzato que tambem encontrou na urina uma arabinose levogyra.

As importantes conclusões de Schmidt sam as

(1) Caro e Wörner, Berliner klinische Wochenschrift, 1909, n.º 8.

seguintes: Vê-se pois que a reacção C de Cammidge tambem pôde revelar-se positiva pela destruição doutros órgãos que conteem pentoses, além do pancreas, e que tambem é possível provocar experimentalmente uma reacção positiva introduzindo substancias' dessa ordem (pancreas, figado) na cavidade abdominal livre, sem lesar doutra fôrma o animal em experiencia.

A reacção de Cammidge não é portanto especifica duma destruição pancreatica, embora, pela maior riqueza em pentoses, seja o pancreas que mais facilmente possa produzi-la, mas deve ser considerada como significando apenas a destruição de substancias com elementos nucleo-glyco-proteicos, e portanto abundante destruição nuclear. Assim se explica como a reacção pôde eventualmente ser positiva noutras doenças em que se dá grande destruição de tecidos e de nucleos.

Seria interessante estudar a reacção neste sentido, por exemplo numa importante destruição leucocytaria como no periodo de defervescencia da pneumonia. Assim Roht publica um caso dessa ordem com reacção positiva.

Quanto ao valor da reacção de Cammidge nas affecções do pancreas, diz Schmidt que: um unico ensaio negativo não permite excluir uma affecção do pancreas; uma reacção positiva não demonstra com certeza exclusivamente uma affecção pancreatica. Como porém aquellas doenças, que eventualmente dam uma reacção positiva (pneumonia, appendicite com peritonite generalizada), sam em geral facilmente reconheciveis, havendo suspeita duma affecção pancreatica, deve considerar-se a

reacção positiva como um bom elemento de diagnostico. Nos casos mais agudos decerto que o cirurgião não pôde esperar por este ensaio, devendo recorrer ao bisturi, o seu meio de diagnostico ha muito acreditado.

Nos termos do conceito de Eloesser-Schmidt sobre o chimismo dos crystaes de Cammidge, parecia portanto fundamentada a ideia de attribuir a producção da prova de Cammidge a um augmento na desintegração nuclear no organismo.

Mas este conceito, que ainda se encontra enunciado em muitos artigos de ha pouco, parece não poder ser considerado como exclusivo, em vista dos recentes trabalhos de Smolenski (1) que encontrou, pelo menos em duas urinas, a saccharose determinando a reacção de Cammidge, em lugar duma pentose.

Conseguiu-se tambem uma saccharosuria alimentar (Smolenski) administrando 100 grammas de assucar por dia, augmentando-se correspondentemente a intensidade da reacção de Cammidge, ao passo que nem a lactose, nem a dextrina, nem a galactose accentuáram a reacção.

É claro que se não podem de modo algum generalizar por emquanto estes resultados de Smolenki, mas é de toda a importancia o conhecimento de que o hydrato de carbone em causa no apparecimento da reacção de Cammidge pôde ser a saccharose. Uma tal saccharosuria dependeria provavelmente duma

(1) Smolenski, Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. 60, pag. 119, citado por Witte, *Hat die Cammidgesche Reaktion einen spezifischen Wert für die Diagnose von Pankreaserkrankungen?* Medizinische Klinik, 1909, n.º 39, 26 de setembro 1909.

elaboração insuficiente e anormal do assucar de cana. Poderia admittir-se para esses casos que um enfraquecimento ou uma inactividade da invertina intestinal facultasse uma absorção de saccharose não desdobrada, que depois se eliminasse pela urina. Como a saccharose tambem é desdobrada no estomago pelo acido chlorhydrico livre, talvez que desvios na secreção do estomago (hypo ou anacidez, achylia) possam perturbar a digestão normal do assucar de cana, tanto mais que, pelas affinidades embryologicas e physiologicas, deve haver, com grande probabilidade, uma delicada correlação entre as funcções do estomago e do intestino, como por exemplo perturbações intestinaes gastrogenas e achylia pancreatica funcional. É possivel que affecções morbidas duma parte do apparelho digestivo (pancreas inclusive) perturbem directa ou indirectamente (neuro-chimismo de Ehrmann) a funcção normal doutros territorios do mesmo apparelho, embora estes se não revelem ainda organicamente affectados (Witte).

Como pelo menos num dos casos de Smolenski (cancro do estomago, pancreas normal ao exame necropsico) se não tratava duma lesão pancreatica, talvez se dê o caso de a reacção de Cammidge não poder ser attribuida á presença de saccharose quando se produz com affecções pancreaticas evidentes.

Tendo Maass (1) proposto a fermentação systematica das urinas a analysar segundo a technica de Cammidge (pag. 97), para excluir todos os assucares

(1) Maass, *Ueber die Bedeutungen der Cammidge-Reaktion für die Erkrankungen des Pankreas*. Medizinische Klinik, 1909, n.º 5, 31 de janeiro de 1909.

fermentescíveis, opposeram-se Schumm e Hegler (1) a este preceito, allegando que dessa fórmula também se eliminaria a saccharose que podesse existir, o que não conviria, porque: «se deve admittir, segundo Smolenski, que, pelo menos em casos isolados, a reacção de Cammidge positiva é causada pela saccharose».

O referido artigo de Schumm e Hegler, publicado em setembro, assim como um segundo trabalho (2) destes autôres, fôram resumidos em revistas francêsas, acceitando-se com os autôres a afirmação (já enunciada no primeiro artigo) de que a reacção de Cammidge é uma reacção, de resto muito sensível, da glycose.

Seria sufficiente a passagem de Schumm e Hegler, que acabo de transcrever no periodo anterior, para exemplificar a ideia destes chimicos que attribuem a reacção de Cammidge a diversos hydratos de carbone, como, muito explicitamente, enunciam na pag. 1879 do primeiro artigo.

Um desses hydratos de carbone seria para Schumm e Hegler a propria glycose.

Pela minha parte, porém, recebo esta conclusão com a maior reserva. Com effeito, os autôres dizem textualmente: — «1. Uma urina com uma percentagem de glycose de apenas 0,03 0/0 pôde já dar uma reacção de Cammidge typica e positiva determinada

(1) Schumm e Hegler, *Ueber die Brauchbarkeit der sogen. «Pankreasreaktion» nach Cammidge*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1909, n.º 37, 14 de setembro 1909.

(2) Schumm e Hegler, *Zur Kenntniss der «Pankreasreaktion» nach Cammidge*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1909, n.º 40, 5 de outubro 1909.

pela glycose. Uma tal urina revelou-se pelas provas de redução absolutamente livre de assucar e apenas deixou na simples reacção com a phenylhydrazina um ligeiro sedimento amarello escuro não característico da glycosazona». — Esta passagem confirma apenas, a meu vêr, um facto de ha muito conhecido e em que o proprio Cammidge tem insistido; sabe-se com effeito que as reacções usuaes de Nylander e de Fehling sam insufficientes para eliminar vestigios de glycose e portanto para preparar uma urina no sentido duma reacção de Cammidge irreprehensivel, como dissemos (pag. 97). Dahi a enunciada ideia da fermentação systematica (Maass), a prática do ensaio de verificação (pag. 97), e a hypothese de que talvez a simples reacção com a phenylhydrazina seja sufficiente para eliminar os vestigios de assucar; o sedimento mencionado por Schumm e Hegler nesta simples reacção pela phenylhydrazina tornava-se suspeito, no sentido duma reacção ligeira, fazendo entrevêr a possibilidade de vestigios de glycose, que de facto existiam, e a suspeição torna-se portanto extensiva á critica que os autôres fazem attribuindo a reacção de Cammidge por vezes á glycose. A glycose póde dar logar a crystaes difficilmente differençaes dos crystaes de Cammidge, como os ensaios de verificação teem permittido constatar, mas uma reacção de Cammidge, conduzida a rigôr, não deve dar crystaes dependentes da presença de glycose.

Como se deprehe de todos estes trabalhos, não está ainda definitivamente averiguada a natureza chimica da substancia que produz a reacção de Cammidge.

Com a extensão deste paragrapho, sufficientemente justificada pela importancia clinica e actuali-

dade do assumpto, importa synthetizá-lo nas noções seguintes, que sam, em parte, as conclusões de Witte (1) modificadas.

1.^a As primitivas reacções A e B de Cammidge, duma interpretação semiologica duvidosa, devem ser substituidas nas analyses laboratorias pelo methodo aperfeiçoado que a reacção C realiza.

2.^a A prova de Cammidge é com toda a probabilidade uma reacção pathologica. Os trabalhos alemães (Caro e Wörner, Hagen, Eichler, Röth e Kehr) registam uma unica reacção positiva na urina dum individuo «são», para cerca de 50 exames negativos. Convergem para a mesma conclusão os referidos casos normaes de Mayo Robson e Cammidge (pag. 101) com reacção sempre negativa.

3.^a A reacção de Cammidge revela-se positiva com especial frequencia nas affecções do pancreas, em primeiro logar nas inflammações agudas e chronicas, muito raras vezes no carcinoma. Cammidge insistia já neste ultimo facto, confirmado por Gruner e Klauber, apesar dalguns resultados positivos isolados de Maass, Friedmann e Eloesser; em todo o caso algumas reacções positivas com carcinomas do pancreas não impugnam a impressão de conjuncto, tanto mais que teem sido constatados fôcos de inflammação pancreatica acompanhando o cancro da glandula e explicando pela sua presença os resultados positivos do ensaio de Cammidge. A confirmação necropsica ou operatoria da reacção de Cammidge pelo estado anatomo-patho-

(1) Witte, *Hat die Cammidgesche Reaktion einen spezifischen Wert für die Diagnose von Pankreaserkrankungen?* Medizinische Klinik, 1909, n.º 39, 26 de setembro 1909.

logico do pancreas tem sido verificada entre 75⁰/0 (Maass), 80⁰/0 (Krienitz), e 82 a 90⁰/0 (Kehr) dos casos analysados.

4.^a Mas a reacção de Cammidge, faltando habitualmente no carcinoma do pancreas, póde tambem não se produzir por vezes em affecções pancreaticas benignas (Hess, Eichler e Schirokauer, Dreesmann), e assim Kehr avalia em cerca de 18⁰/0 das analyses os casos de reacção negativa, em que a autopsia revelou lesões pancreaticas evidentes. Um ensaio negativo não permite portanto excluir uma pancreatite, mas é claro que semelhantes resultados negativos não modificam fundamentalmente a interpretação semiologica a attribuir á reacção de Cammidge, porquanto processos em fóco sam evidentemente compatíveis com a integridade funcional dos restantes territorios glandulares, ponto de vista que enunciámos nas pagg. 78 e 121, assim como deve ser considerada a variabilidade da reacção reconhecida por trabalhos clinicos de Kehr (pag. 94) e experimentaes de Schmidt (pag. 119).

5.^a A reacção de Cammidge tem-se revelado positiva, não só nas pancreatites clinicamente evidentes (3.^a conclusão), mas tambem nas seguintes condições;

a) Affecções que, pelo menos primitivamente, não sam pancreaticas, cujos symptomas clinicos não suggerem de per si uma participação do pancreas, mas que podem comtudo lesar as glandulas digestivas, e perturbá-las no seu funcionamento, pelas relações anatomicas, por perturbações circulatorias, retenção de secreções, influencias toxicas, etc. (affecções do apparelho gastro-intestinal, das vias biliares, do figado, do coração e vasculares, do peritoneu, doenças infecciosas, alcoolismo e syphilis). Sam nu-

meras as confirmações necropsicas e operatorias de semelhantes determinações pancreaticas secundarias.

b) Affecções não pancreaticas que geralmente se acompanham dum grande desvio no metabolismo no sentido duma hyper-desintegração das substancias albuminoides (carcinomas doutros orgãos, tísica, doenças do sangue). Nestas condições é theoreticamente admissivel a eventualidade duma perturbação anatomica ou simplesmente funcional das glandulas digestivas em resultado do metabolismo anormal, mas faltam por emquanto estudos necropsicos demonstrativos em maior numero, estando talvez em causa a simples desintegração dos nucleos no sentido de Schmidt, sem lesões pancreaticas secundarias, que os referidos trabalhos deste autôr não permitem por emquanto excluir com rigôr.

6.^a Tem sido descripta uma reacção positiva nalguns casos em que o exame anatomico e histologico do pancreas foi de resultados negativos. Em casos desta ordem, descriptos por exemplo por Kehr, Dreesmann e Maass, poderia pensar-se talvez nas delicadas synergias dos orgãos digestivos e na eventualidade de perturbações funcionaes.

7.^a Nestas condições, não se pôde considerar a reacção de Cammidge como especifica de affecção pancreatica, e de resto, nem o proprio autôr do methodo considera a sua reacção pathognomonica de pancreatite (1).

8.^a Mas, se a reacção de Cammidge não é caracte-

(1) Mayo Robson e Cammidge, *The Pancreas, its Surgery and Pathology*. Philadelphia e Londres, 1907, pag. 252.

ristica, nem por isso deixa de ter valôr semiológico. Embora possa produzir-se noutras condições, trata-se geralmente de doenças de facil diagnostico. A enunciada frequencia com que a reacção de Cammidge acompanha as pancreatites assegura-lhe um certo valôr para o diagnostico differencial destas affecções tam difficeis de diagnosticar clinicamente. Ainda que nada se déva concluir da sua producção como elemento isolado, trata-se dum symptoma adicional importante; a combinar com os restantes elementos clinicos e laboratoriae, embora os casos hyperagudos, pela sua urgencia, não dêem por vezes ensejo para que se proceda a quaesquer investigações desta ordem.

9.^a Tendo Kehr, em dois trabalhos recentes (1), modificado o seu antigo ponto de vista das indicações operatorias no tratamento cirurgico da cholelithiase e das suas complicações, emite a opinião de que uma reacção de Cammidge positiva deve ser tomada em linha de conta como elemento decisivo a favôr do tratamento cirurgico quando, nos casos de indicação relativa, a reacção de Cammidge persistir apesar dum tratamento pelo repouso e pelo thermophoro durante quatro semanas. Embora Witte não julgue esta prática, no estado actual, sufficientemente fundamentada, supponho que a persistencia duma reac-

(1) 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, abril de 1909.

Kehr, *Die Bedeutung der Cammidgeprobe in der Indikationsstellung bei der Gallensteinkrankheit*. Muenchener medizinische Wochenschrift, 1909, n.º 21, 25 de maio 1909.

ção de Cammidge positiva em cholelithiacos nas referidas condições impõe uma vigilância especial, que em muitos casos ha-de conduzir com vantagem á intervenção cirurgica.

10.* O chimismo da reacção de Cammidge constitue ainda uma questão aberta, cujos differentes aspectos se podem resumir nas considerações seguintes. Nos termos da correlação estabelecida por Cammidge e Eloesser entre a necrose do tecido adiposo e a producção da prova de Cammidge, pôde supôr-se que os crystaes resultem da influencia duma absorção de glicerina sobre o metabolismo e a urina; é possível que pequenas quantidades de glicerina, mas repetidas, e frequentemente absorvidas, correspondam nos seus effeitos a uma absorção abundante. Não parecendo este modo de vêr applicavel a todos os casos de reacção de Cammidge positiva (pag. 120 e 121), é de resto provavel que a reacção possa produzir-se em consequencia dum augmento na desintegração nuclear (Schmidt), podendo este processo ser muito intenso no tecido glandular do pancreas, muito rico em cellulas, embora sob a influencia de causas morbidas ligeiras. As isoladas reacções positivas com saccharosuria (Smolenski) suggerem a eventualidade de perturbações gastro-intestinaes ou de phenomenos de compensação entre o pancreas e o apparelho digestivo. Em todo o caso as observações positivas de Maass, praticadas depois da fermentação systematica que o autôr preconiza, revelam que a reacção de Cammidge não pôde de modo algum ser sempre attribuida á presença da saccharose no sentido de Smolenski. A glycose, especialmente considerada por Schumm e Hegler no chimismo desta analyse laboratorial, não deve contribuir para a producção dos crystaes de Cammidge

quando este methodo de analyse fôr applicado com as necessarias precauções technicas.

Resta enumerar as determinações hemorrhagicas, que, para Mayo Robson (1), seriam characteristics das affecções pancreaticas.

Em muitas affecções do pancreas apparecem com effeito os estados hemorrhagicos tambem descriptos na cholelithiase (*Lithiase biliar*, vol. I, pag. 125 a 128 e 131), taes como as profusas hemorrhagias das feridas operatorias ou das mucosas, dos tecidos subcutaneos, as petechias, epistaxis, metrorrhagias, hematemeses e melena.

Mayo Robson attribuiu inicialmente semelhantes hemorrhagias á cholemia, mas as successivas operações em doentes profundamente ictericos deixáram-lhe a impressão de que ha muito menos perigo duma grave hemorrhagia em ictericos cholelithiacos, do que naquelles em que a ictericia depende duma affecção pancreatica, ou com ésta se combina.

Dum modo geral, ficou enunciado nas pagg. 126 e seguintes do volume anterior que as hemorrhagias cholemicas se acompanham de lesões sanguineas, que a litteratura francêsa geralmente reporta a Emile-Weil (2), que reconheceu o atraso da coagulação do sangue nos estados hemorrhagiparos, suppondo em causa perturbações funcçionaes ou altera-

(1) Mayo Robson, *Chronic Forms of Pancreatitis*. Relatorio apresentado á secção de Cirurgia do XVI.º Congresso internacional de Medicina em Budapesth, agosto e setembro de 1909.

(2) Emile-Weil, *La coagulation du sang dans les états hé-morrhagipares*. Comptes rendus de la Société de Biologie, t. LXI, pag. 558, 8 de dezembro de 1906.

ções hepáticas primitivas ou secundárias. Sabe-se também que Morawitz e Bierich (1) attribuíram o atraso da coagulação nos cholemicos com tendencia para hemorragias á produção lenta do fibrin-fermento, talvez por falta de thrombokinase, e á existencia de alterações vasculares concomittantes. O atraso na coagulação consecutivo a desvio funcional de figado obedece a um mechanismo diverso daquelle que se realiza na coagulação retardada dos cholemicos, sendo portanto provavelmente indirecta a relação entre as affecções hepáticas e a diathese hemorragica e o atraso de coagulação nos cholemicos.

Nos estados hemorragicos dos pancreaticos também Mayo Robson invoca alterações nos elementos histicos do sangue e na sua composição chimica. Teve occasião de constatar uma diminuição muito accentuada no numero dos globulos e uma coagulação consideravelmente retardada, ligando muito valôr á interferencia que os saes de calcio teriam nestas determinações hemorragicas. Lembrando que uma diminuição dos saes calcareos favorece as hemorragias, refere ter encontrado em quasi todos os casos de pancreatite uma abundante excreção de calcio pelos oxalatos, e aproxima este facto dos bons resultados obtidos pela administração de lactato ou de chloreto de calcio. Os crystaes de oxalato de calcio não se encontram geralmente ao exame microscopico duma urina com bilis; mas, desde que a ictericia desapareça pela operação, já o exame da urina revela, em regra, crystaes de oxalato emquanto per-

(1) Morawitz e Bierich, *Ueber die Pathogenese der cholämischen Blutungen*. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 56, pag. 115, 22 de novembro de 1906.

sistir a affecção pancreatica. Mayo Robson tambem invoca a composição dos calculos pancreaticos para accentuar a relação entre o pancreas e os saes de calcio. Os calculos pancreaticos conteem sempre uma grande percentagem de cal, 50 % ou mais, e nalguns casos parecem formados de oxalato de calcio. Como a lithiase pancreatica parece resultar duma inflamação que se propaga do duodeno para os ductos, suggere este facto o conceito de que a inflammação do pancreas determina uma diminuição dos saes calcareos do sangue, como outro ponto de vista, anteriormente enunciado (pag. 88), tambem tende a confirmar nos casos de esteatonecrose por lesão pancreatica.

Estes differentes symptomas, de ordem physica, digestiva, ou metabolica, encontram-se diversamente agrupados nas inflammações chronicas do pancreas. Não ha symptoma algum que isolado justifique o diagnostico de pancreatite chronica, mas, considerando-os em conjuncto, não ha geralmente grande difficuldade, segundo Mayo Robson, em estabelecer o diagnostico, tomando especialmente em conta o emmagrecimento progressivo, a frequente presença de ictericia, as perturbações dyspepticas, a reacção pancreatica na urina e os resultados da analyse da urina e das fezes. Na anamnese é de toda a importancia uma cholelithiase anterior, por parte do doente as dôres epigastricas surdas, exacerbadas pela digestão (Martina), e nas analyses, além da reacção pancreatica, a glycosuria, a esteatorrheia, que o «Pankreon» seria capaz de reduzir (Salomon), a diminuição dos sabões (Müller), a azotorrheia e a ausencia de trypsina. Brugsch considera provavel uma affecção pancreatica quando as fezes accusam perdas de

absorção de gorduras superiores a 60% (havendo simultaneamente ictericia 80%), e de azote superiores a 20% (com ictericia simultanea 35%).

No diagnostico differencial da pancreatite chronica, importa considerar o carcinoma da cabeça do pancreas, o carcinoma do choledoco, o carcinoma do figado, a calculose do choledoco, e o catarrho chronico das vias biliares.

Completando o parographo do volume anterior (pag. 257 a 270) sobre o diagnostico differencial dos diversos estados ictericos, e lembrando tambem o de facto, enunciado nas pagg. 67 e 68 deste volume, que póde haver pancreatite chronica sem ictericia, vejamos os topicos daquelle diagnostico differencial da pancreatite chronica, segundo as indicações autorizadas de Mayo Robson (1), mas sem referencia ás reacções A e B de Cammidge, ainda consideradas no relatorio de Mayo Robson.

No carcinoma da cabeça do pancreas inicia-se a doença, em geral, gradualmente e sem dôr, produzindo-se, em regra, nas edades mais avançadas, quasi sempre depois dos 50 annos. Como prodromos ha mal estar geral, e quando a ictericia sobrevem torna-se absoluta e invariavel. A vesicula biliar encontra-se quasi sempre distendida, podendo attingir grande volume; não accusa dôr á pressão. O figado, tumefeito por estase biliar, não revela porém nodulos á palpação. Nalguns casos raros poderia apreciar-se um tumôr duro nodular do lado interno da vesicula biliar distendida. As fezes apresentam

(1) Mayo Robson, *Chronic Forms of Pancreatitis*. Relatorio apresentado á secção de Cirurgia do XVIº Congresso internacional de Medicina em Budapesth, agosto e setembro de 1909.

geralmente uma reacção acida, e contem muita gordura por digerir; apenas uma pequena parte desta gordura é constituída por acidos gordos. A reacção C de Cammidge falta geralmente, mas comprehende-se como phenomenos inflammatorios concomitantes possam provocá-la (3.^a conclusão, pag. 128), complicando assim a apreciação sob este ponto de vista. A perda extremamente rapida de peso e de forças com anemia crescente, mas sem accessos semelhantes aos do sezonismo, é muito caracteristica, sendo frequente a ausencia de febre, ou até uma temperatura subnormal, com um pulso raro e fraco, e mais tarde ascite com edema dos membros inferiores.

O cancro do choledoco é raro e combina-se geralmente com a cholelithiase. Quando o tumôr interessa a papilla, não ha distincção possivel entre os symptomas correspondentes e os do cancro da cabeça do pancreas, exceptuando apenas a reacção pancreatica da urina, que pôde revelar as inflamações concomitantes da glandula causadas pela retenção das secreções. Quando a séde do tumôr é acima da abertura do ducto pancreatico, não sam modificadas as funcções pancreaticas; o emmagrecimento não é tam rapido, a reacção de Cammidge falta, e, embora possa haver esteatorrheia, é o excesso principalmente constituído por acidos gordos.

No cancro do figado descreve-se a tumefacção irregular do orgão, a presença de nodulos, a cachexia rapida, uma ictericia menos intensa, e a ausencia de febre e de dôr paroxysmica; a reacção pancreatica é geralmente negativa.

O diagnostico de cholelithiase (symptomas da calculose do choledoco: pag. 265 e 266 do volume anterior) pôde ser estabelecido pela anamnese, que refere antigos espasmos sem ictericia, depois

uma colica muito forte seguida de ictericia, e mais tarde episodios dolorosos recorrentes com accentuação da ictericia e accessos semelhantes aos do sezoinismo. A ausencia de tumefacção vesicular é mais frequente na cholelithiase do que na pancreatite chronica (pag. 66 deste volume), embora a vesicula possa tambem por vezes contrahir-se nas pancreatites. Os ataques paroxysmicos da pancreatite chronica podem ser tam fortes como na cholelithiase, mas, em regra, a dôr é menor. Com as reservas enunciadas (pag. 65 deste volume), pôde dizer-se que a dor á pressão na cholelithiase é sobre a vesicula biliar, e na pancreatite sobre a linha média, onde, tambem sob as reservas noutro lugar (pagg. 64 e 65) expostas, a glandula poderia por vez ser apalpada, especialmente em individuos magros e depois de anestesiados os doentes. A irradiação da dôr na cholelithiase é para a região infra-escapular direita, e na pancreatite para a esquerda ou para a região inter-escapular. Quando os calculos biliares occupam o primeiro ou o segundo segmento do choledoco, regista-se na urina uma reacção pancreatica negativa e nas fezes uma reacção alcalina; as evacuações destes cholelithiacos, embora muitas vezes esteatorrheicas, não accusam a elevada percentagem de gordura neutra geralmente encontrada nos pancreaticos, mas sam quasi sempre ricas em acidos gordos. Quando, porém, o calculo biliar se installa no terceiro segmento do choledoco, produz-se na maioria dos casos uma pancreatite, e, quando finalmente o calculo se encontra no quarto segmento, é quasi certa a affecção pancreatica. O diagnostico differencial entre a pancreatite chronica e a cholelithiase complica-se geralmente pela frequente associação das duas affecções.

O catarrho chronico das vias biliares carac-

teriza-se pela ictericia e pelo emmagrecimento, que geralmente se produzem sem episodios dolorosos. Como dissemos na pag. 247 a 249 do primeiro volume, sobre a frequencia das pancreatites na determinação dos estados ictericos da cholelithiase (Kehr), e sobre o frequente character pancreatico da ictericia catarthal (Mayo-Robson), teem estes catarrhos chronicos geralmente uma origem pancreatica, pelo que não ha occasião de estabelecer um diagnostico differencial rigoroso.

Ha finalmente duas categorias de doentes que teem por vezes embaraçado o diagnostico com a pancreatite chronica. É o caso do sezonismo, pela semelhança das curvas thermicas, sendo nessas condições elucidativas a falta dos microorganismos correspondentes no sangue, a presença da reacção de Cammidge, o exame das fezes, e o conjuncto dos symptomas clinicos. Por outro lado, como a pancreatite chronica se acompanha muitas vezes de anemia muito pronunciada, assumindo por vezes um character pernicioso, pôde uma pancreatite chronica suggerir uma anemia perniciosa, como já succedeu.

Taes sam os principaes elementos a considerar no diagnostico differencial das pancreatites chronicas, tendo sempre em vista a diversidade dos symptomas produzidos pelas differentes causas, assim como pelas variedades anatomicas dos ductos.

Differentes aspectos anteriormente enunciados permitem entrevêr a pathogenia da cholecysto-pancreatite, de que vamos occupar-nos para terminar este estudo da mais importante complicação da cholelithiase.

Assim por exemplo as causas de pancreatite indicadas na pag. 108, segundo uma enumeração de Mayo

Robson e Cammidge, denunciam não só as determinações pancreaticas de doenças geraes, mas tambem mencionam as pancreatites por cholelithiase que nos propomos considerar.

A relação pathogenica entre a cholelithiase e a pancreatite tem por base: razões anatomicas, e assim os canaes excretores, choledoco e ducto de Wirsung, mantem sempre relações que documentam o parentesco das glandulas hepatica e pancreatica, e que lembram a sua communidade de origem; razões clinicas, reconhecendo-se frequentemente os syndromas pancreaticos succedendo aos episodios cholelithiacos mais ou menos antigos; e razões anatomo-pathologicas, com o reconhecimento cirurgico ou necropsico de lesões hepaticas e pancreaticas, sendo as primeiras as mais accentuadas.

Assim tem sido possivel descrever na cholecysto-pancreatite um figado hypertrophico, cirrhotico; mas as lesões especialmente frequentes interessam a arvore biliar. O choledoco encontra-se muito augmentado de volume, especialmente no segmento supra-pancreatico, podendo attingir o diametro do dedo minimo. O hepatico e o cystico podem tambem apresentar dilatações anormaes, e a vesicula biliar é a séde de consideraveis modificações, cuja importancia cirurgica accentuámos, com Cappelli, na pag. 67; a vesicula, — frequentemente dilatada, muito augmentada de volume, contendo bilis espessa e septica, ou contrahida nas suas paredes espessadas, cercada de adherencias que a prendem ao duodeno, pyloro, colon transverso, etc., — documenta anatomo-pathologicamente uma inflammação intensa e prolongada das vias biliares. Geralmente encontram-se tambem calculos, em numero variavel, na vesicula, no choledoco, na empola de Vater, ou ainda no hepatico.

O pancreas apresenta-se hypertrophiado, com a sua consistencia ligeiramente augmentada, podendo ser attingido pelo processo de esclerose na sua totalidade. É porém particularmente frequente a esclerose isolada da cabeça do pancreas, tendo sido comparada a extrema induração que a região cephalica pôde attingir á dureza da pedra (Kehr) ou do ferro Riedel). Além das escleroses pancreaticas, tem sido mencionadas nas cholecysto-pancreatites, por vezes com pouco rigôr de nomenclatura, as determinações suppuradas, hemorrhagicas, gangrenosas, e especialmente as necroses do pancreas que descrevemos (pag. 41) como necrose fermentativa semelhante á necrose do tecido adiposo. O ducto de Wirsung tambem pôde apresentar-se modificado, endurecido, augmentado de volume, ou por vezes obturado por calculose.

Aquellas lesões de esclerose pancreatica seriam para alguns a expressão dos processos infecciosos que interessam o pancreas; e assim julga Bouvet (1), numa these recente, que as vias biliares e o pancreas reagem differentemente, provocando a infecção naquellas a lithiase, e neste a esclerose.

O facto é verdadeiro, embora, raras vezes, seja possivel uma lithiase pancreatica, mas a esclerose pancreatica pôde tambem produzir-se exclusivamente pela retenção das secreções pancreaticas. Sabia-se experimentalmente (2) que, num animal em jejum,

(1) Bouvet, *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase. Étude pathogénique.* These de Lyão, junho de 1909.

(2) Hess, *Pankreasnekrose und chronische Pankreatitis.* Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 19 Band, Heft 4, 1909.

é inoffensiva a laqueação de todos os ductos excretores do pancreas; poderia pensar-se que o animal, não correndo nesse momento risco algum pelo estado de vacuidade do pancreas, se prejudicasse depois da primeira refeição pela retenção das secreções, o que porém não succede, embora os ductos duplamente ligados e seccionados nunca se regenerem, como se conclue dos trabalhos publicados por Hess em 1907. O facto resulta de que as cellulas glandulares nas referidas condições deixam de elaborar secreções activas (Zunz e Mayer); poucos dias depois encontram-se lesões degenerativas (Lazarus, Senn, Zunz e Mayer), assim como dentro de tres a cinco dias se inicia tambem uma proliferação do tecido conjunctivo (Rosenberg, Katz-Winkler, Zunz e Mayer), que, laqueando-se todos os ductos, determina sempre uma esclerose total do pancreas (Hess e Sinn).

Clinicamente realizam-se condições semelhantes quando um calculo biliar se encontra encravado na extremidade inferior do choledoco. O calculo installa-se frequentemente acima da papilla na porção do choledoco que atravessa a cabeça do pancreas; nesta situação, ou o proprio calculo, pelas suas dimensões, ou uma empola do choledoco, repleta de bilis, e constituida acima do calculo obturante, comprimem os ductos da cabeça do pancreas, produzindo-se a esclerose isolada da cabeça pancreatica, o tumôr de Riedel na nomenclatura dalguns autôres alemães. Quando o calculo se encontra á vizinhança da papilla, ou quando nesta se installa, comprime ou obtura o ducto principal, impedindo ahi o curso das secreções, e produz uma esclerose mais ou menos generalizada do corpo da glandula, conforme as condições de permeabilidade das vias pancreaticas accessorias. Os

trabalhos de Lombroso, Rosenberg, Polya e Sinn revelaram a curabilidade das escleroses experimentaes, á semelhança do desaparecimento do tumôr de Riedel por ablação cirurgica opportuna do calculo biliar encravado (Körte, Martina, Riedel, Mayo Robson, etc.).

Na relação pathogenica entre a cholelithiase e as pancreatites accentúa Bouvet a noção importante de que sam especialmente as cholelithiases antigas, de longa evolução, que se complicam de pancreatite. Se a pancreatite pôde sobrevir geralmente de quatro a sete annos depois de iniciada a affecção biliar, registam-se tambem determinações tardias desta complicação, como por exemplo num caso de Mayo Robson em que a cholelithiase precedeu de 36 annos a pancreatite. Conhecida a predisposição que a lithiase do choledoco realiza para a cholecysto-pancreatite, é portanto possivel que, além das causas de ordem mechanica, intervenha a circumstancia de os calculos do choledoco se produzirem em antigos cholelithiacos.

A determinação morbida inicial na cholecysto-pancreatite é, em geral, a cholelithiase. Este factó averiguado pela clinica e pelas necropsias tem sido attribuido fundamentalmente a maior facilidade de infecção das vias biliares, em causa na pathogenia da cholelithiase. No decurso das affecções gastro-intestinaes, que tantas vezes provocam cholecysto-pancreatites, pôde o pancreas infectar-se por via ascendente; mas semelhante mecanismo não é considerado muito frequente (1), havendo inclusivamente autôres que põem em duvida a sua existencia,

(1) Bouvet, *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase. Étude pathogénique*. These de Lyão, junho de 1909, pag. 19.

afirmando alguns que o sphincter d'Oddi oppõe no estado normal uma barreira á infecção ascendente. Conhecida a natureza infecciosa da lithiase pancreatica (pag. 135), poderia invocar-se nesta ordem de ideias a raridade desta affecção, referindo Mayo Robson (1) apenas um total de 80 casos descriptos, mas este facto pôde explicar-se talvez pela ausencia duma formação diverticular comparavel á vesicula biliar; em todo o caso não podem excluir-se as inflammacões catarrhaes dos ductos pancreaticos, ás quaes Mayo Robson liga muito valôr, mas que devem, a meu vêr, produzir determinações pathologicas mais passageiras pela falta duma formação vesicular. O figado, por seu lado, não só é frequentemente attingido pelas determinações infecciosas canaliculares ascendentes, mas tambem por via hematogena pela veia porta e pela circulação geral, e centraliza a infecção na vesicula biliar, estabelecendo-se um processo mais ou menos chronico, donde irradiam as mais variadas determinações morbidas.

Póde excepcionalmente succeder que a cholecysto-pancreatite resulte duma determinação pancreatica inicial. Foi especialmente Bouvet (2) quem insistiu neste novo aspecto pathogenico. O pancreas pôde com effeito ser interessado, em casos raros, por infecções geraes, sem que haja uma cholelithiase concomitante. Póde tambem ser o unico attingido por uma infecção duodenal ascendente, tanto mais que o ducto de Wirsung e o choledoco

(1) Mayo Robson, *Anatomy of the pancreas in relation to its diseases*. British Medical Journal, 16 de maio de 1908.

(2) Bouvet, *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase Étude pathogénique*. These de Lyão, junho de 1909, pag. 37.

podem lançar-se no duodeno por orifícios distintos, o que, segundo Opie, succede em 10 % dos casos, e 22 vezes numa serie de 47 observações de Charpy e Schirmer. Comprehende-se pois anatomicamente como o facto se póde dar. Converte para a mesma conclusão o reconhecimento clinico de symptomas inicialmente pancreaticos, sob a reserva porém de que a cholelithiase se mantem muitas vezes em latencia. Se as fórmas agudas não poderiam geralmente influir neste sentido sobre a pathologia biliar, poderiam algumas pancreatites chronicas primitivas determinar uma cholelithiase por compressão do choledoco, e pela retenção dahi resultante, com as infecções biliares que semelhantes condições promovem.

Mas na grande maioria dos casos é a cholelithiase que se produz em primeiro logar, e que, influindo sobre o pancreas, occasiona a cholecysto-pancreatite.

O mecanismo segundo o qual a cholelithiase se reflecte sobre o pancreas não parece de modo algum univoco.

A via sanguinea parece constituir um dos modos de infecção do pancreas no decurso da cholelithiase. Assim, é possivel que um certo grau de toxemia, contemporanea da lithiase, influa sobre o pancreas, produzindo a infecção sanguinea lesões pancreaticas mais ou menos accentuadas, á semelhança do que succede nas determinações pancreaticas das doenças infecciosas.

Não é frequente a propagação do processo infeccioso por via peritoneal, embora a existencia de fortes adherencias perivesiculares suggerisse immediatamente este modo de infecção. Comprehende-se que assim seja porque o pancreas, órgão retro-peri-

toneal, e profundamente situado na cavidade abdominal, está até certo ponto ao abrigo da propagação duma cholecystite por contiguidade peritoneal. Em todo o caso a pericholecystite pôde alcançar o peritoneu peri-pancreatico, o tecido cellular sub-peritoneal, e attingir o pancreas. Noutros casos recorda Bouvet a eventualidade da ruptura duma vesicula calculosa repleta de pus á vizinhança do pancreas, e cita um caso de Schumann em que uma pancreatite hemorrhagica resultou da ruptura duma cholecystite suppurada na cavidade dos epiploons. Á raridade de factos clinicos desta ordem, oppõe-se a frequencia doutros factores pathogenicos importantes: a presença dum calculo biliar no choledoco, e as determinações infecciosas transmittidas da vesicula para o pancreas por via lymphatica.

As vias lymphaticas não tinham sido sufficientemente consideradas na pathogenia da cholecysto-pancreatite. Semelhante conceito pathogenico, tendo por base as anastomoses entre os lymphaticos da vesicula biliar e os do pancreas, foi introduzido por Thiroloix (1), desenvolvido na excellente these de Maugeret (2) e vulgarizado nalguns trabalhos modernos, como por exemplo na interessante these de Bouvet (3) e num artigo de Cappelli (4).

(1) Thiroloix, *Journal de Médecine interne*, 15 de janeiro de 1907.

(2) Maugeret (Mlle Reine), *Cholécysto-pancréatite. Essai de pathogénie*. These de Paris, julho de 1908.

(3) Bouvet, *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase, Étude pathogénique*. These de Lyão, junho de 1909.

(4) Cappelli, *Contributo clinico alla chirurgia del pancreas. Sul rapporto tra la pancreatite e la litiiasi biliare*. Il Policlinico, Sezione chirurgica, Roma, agosto 1909.

A cholelithiase tem por base determinações infecciosas das vias biliares e especialmente da vesicula; desenvolvemos esta noção fundamental, pelas suas consequencias pathogenicas e therapeuticas, num dos capitulos do volume anterior. Constituidos os calculos accentua-se a infecção, que geralmente se localiza nas suas determinações anatomo-pathologicas sobre a vesicula biliar, podendo tambem propagar-se ás vias biliares superiores realizando uma angiocholite mais ou menos diffusa.

A infecção vesicular póde propagar-se em qualquer dos casos pelas vias lymphaticas, attingindo o pancreas, que se inflamma portanto em consequencia das relações entre os lymphaticos das vias biliares e do pancreas.

Os lymphaticos vesiculares, que emanam da submucosa e das differentes camadas da vesicula, combinam-se em canaes collectores que todos convergem para o hilo do figado. Dahi partem novos troncos lymphaticos, que recebem os dos canaes biliares excretorios, e que formam troncos mais consideraveis, dirigindo-se ao nivel da cabeça do pancreas para os grupos ganglionares retro e sub-pyloricos. Mas, por outro lado, terminam nestes grupos, passando pelas arcadas pancreatico-duodenaes anteriores e posteriores, os ganglios da totalidade da cabeça do pancreas e tambem, por intermedio da cadeia esplenica, uma grande parte dos lymphaticos do resto da glandula. É nestas condições que se estabelecem relações de anastomose entre os lymphaticos biliares e os lymphaticos pancreaticos.

Como conclusão anatomica temos pois que os lymphaticos do pancreas e os das vias biliares convergem quasi todos para uma mesma região, a da cabeça do pancreas, ao nivel da qual se anastomosam

largamente. A região do pancreas, e especialmente a da sua parte cephalica, constitue portanto um verdadeiro centro lymphatico, onde affluem, pelos ganglios do hilo, os lymphaticos da vesicula e das vias biliares, a maioria dos do figado e uma grande parte dos do proprio pancreas, e, pelos ganglios da cadeia esplenica, a grande maioria dos restantes lymphaticos do pancreas.

Semelhante disposição anatomica justifica um certo número de factos pathologicos. Supponhamos uma infecção das vias biliares, hypothese que a cholelithiase sempre realiza. A infecção pôde evidentemente atingir os ganglios da cabeça do pancreas. No systema lymphatico muito desenvolvido da região, dá-se uma primeira paragem, oppondo-se os numerosos ganglios á corrente lymphatica, carregada de productos septicos. Mas esta barreira ganglionar pôde ser ultrapassada, sendo atingido pela infecção o pancreas, sobre o qual muitos destes ganglios se adaptam directamente, e cuja rede lymphatica peripherica facilita esta penetração, tambem favorecida pela falta duma capsula fibrosa capaz de se oppôr até certo ponto á propagação dum processo septico, como succede por exemplo com o figado.

Os elementos infecciosos ou toxicos transmittidos, por via lymphatica, das vias biliares para o pancreas podem assim produzir as lesões inflammatorias, essencialmente chronicas, das pancreatites biliares, sendo tambem possiveis as pancreatites agudas que Thiroloix e Maugeret attribuem a um augmento na virulencia dos productos lymphaticos de origem biliar.

As lesões pancreaticas, geralmente cirrhoticas, uma vez constituidas, podem na maioria dos casos occasionar uma compressão do choledoco. Dahi uma

estase biliar mais ou menos accentuada e portanto uma exacerbação nos processos infecciosos das vias biliares, que, por sua vez, fazem augmentar a infecção pancreatica. Estabelece-se portanto um circulo vicioso, exagerando-se as lesões pancreaticas e biliares reciprocamente.

A simples cholecystite, com ou sem calculose, pôde assim influir na producção duma pancreatite. É esse até um dos aspectos que os autôres deste conceito pathogenico invocam em defeza da sua interessante theoria. Ficaria explicada a frequente producção da pancreatite no decurso da lithiase das vias biliares accessorias (46 vezes em 115 casos duma serie de Quénu e Duval) (1).

Explicar-se-hia tambem por este conceito pathogenico como as lesões das pancreatites chronicas predominam electivamente na cabeça da glandula e como tambem se podem estabelecer na totalidade do orgão; quanto á primeira parte, importa comtudo notar, desde já, que o tumôr de Riedel pôde resultar, como enunciámos (pag. 142), de simples phenomenos de compressão exercidos por um calculo sobre os ductos excretores da região cephalica.

No ponto de vista anatomo-pathologico, justifica-se esta theoria da propagação lymphatica pelas adenopathias juxta-pancreaticas que alguns autôres teem descripto em autopsias e intervenções chirurgicas. Kehr tinha em tempo estabelecido pela ausencia das adenopathias um character differencial da pancreatite por opposição ao carcinoma. Mayo Robson, porém, refere que podem encontrar-se ganglios

(2) Quénu e Duval, *Pancréatites et lithiase biliaire*. Revue de Chirurgie, 1905.

augmentados de volume no pequeno epiploon, tanto na pancreatite, como no cancro, mas que os ganglios sam molles e discretos na pancreatite, ao passo que se revelam duros e confluentes no cancro. Semelhante molleza explicaria a eventualidade destas adenopathias passarem desapercibidas, para o que tambem contribuiriam «as massas inflammatorias que sobem até ao hilo do figado» de que fala Tietze, as extensas adherencias, tam frequentes que alguns as consideram constantes, e que Mayo Robson descreve quasi sempre associadas á pancreatite chronica, ao passo que faltariam geralmente no carcinóma.

Thirolloix e Maugeret apresentam ainda provas experimentaes interessantes. Por injeção de formol na vesicula biliar, não interessando de modo algum o pancreas, realizaram os autôres lesões pancreaticas em cães. Estas lesões, geralmente de esclerose, ainda que por vezes com episodios agudos, entravam espontaneamente em regressão, quando, suspensas as experiencias, as lesões vesiculares não eram muito accentuadas.

O aspecto therapeutico tambem é invocado a favor desta interpretação pathogenica. Assim as conclusões 5.^a e 6.^a da these de Maugeret (1) enunciam-se respectivamente: «Em todos os casos de lithiase, quaesquer que elles sejam, parece que a pancreatite reconhece uma só causa, sempre a mesma em todos estes casos». — «Esta causa unica da pancreatite em todos os casos de lithiase, é a única condição constante que seja commum a todos estes casos, é a infecção

(1) Maugeret (Mlle Reine). *Cholécysto-pancréatite. Essai de Pathogénie*. These de Paris, 1908, pag. 143 e 144.

da vesicula biliar; assim o prova o proprio tratamento desta pancreatite, que consiste essencialmente na desinfeccão ou na suppressão da vesicula».

Além das vias lymphaticas, que Thiroloix e Maugeret consideram por uma fórma tam suggestiva, tem tambem sido defendida a eventualidade duma transmissão infecciosa por contiguidade das vias biliares.

É especialmente quando os calculos biliares occupam a porção supra-pancreatica do choledoco, o cystico, ou a vesicula, que alguns autores invocam nestas situações extra-pancreaticas inflammações do choledoco transmittindo-se por contiguidade para a cabeça do pancreas.

Mas, dum modo geral, qualquer que seja a situação do calculo, está semelhante propagação directa por contiguidade do choledoco em desaccôrdo com os dados anatomo-pathologicos; com effeito, se por vezes tem sido reconhecida uma choledecite intensa, com ulceração das paredes do canal ou sem processos ulcerativos, e noutros casos sub-agudos infiltração dos ganglios intra-pancreaticos da vizinhança do choledoco, — observações excepçionaes em que a theoria da contiguidade se justifica — não se encontram geralmente lesões do choledoco que sirvam de base a semelhante propagação infecciosa, sendo portanto muito duvidosa nestas condições a infeccão por contiguidade.

Por outro lado suggere a theoria pathogenica da contiguidade uma outra objecção importante. Com effeito, nos casos de pancreatite com calculo do choledoco, o desaparecimento do calculo não é sufficiente para a cura da pancreatite; a suppressão da supposta causa não determina a suppressão do effeito,

quer se trate duma ablação cirurgica, quer se produza uma eliminação espontanea pelas vias naturaes. Maugeret (1) cita casos de Chauffard e Dieulafoy em que os symptomas pancreaticos persistiram apesar do desaparecimento do calculo. Se a ablação do calculo é na maioria dos casos seguida de cura, deveria o facto resultar de que esse acto operatorio se combina em geral com outro em que se promove a desinfecção das vias biliares, fazendo-se deste modo um tratamento causal.

Aquella theoria lymphatica na pathogenia da cholecysto-pancreatite, conceito fertil em consequencias práticas, foi porém apresentada pelos autôres com um character excessivamente exclusivo. Assim ás enunciadas conclusões e á 8.^a conclusão de Maugeret: «Parece portanto que dos quatro modos possiveis de infecção do pancreas, — modos sanguineo, canalicular, por contiguidade e lymphatico, — este ultimo é, não só possivel, mas frequente» deve contrapôr-se tambem outra noção pathogenica incontestavelmente adquirida.

É que o calculo biliar, e especialmente o calculo do choledoco, pôde pela sua simples presença causar a determinação pancreatica duma cholecysto-pancreatite.

Ha nas paginas anteriores duas passagens que podem servir de base a esta conclusão.

Com effeito, para completar o importante paragrapho sobre a necrose pancreatica e do tecido adiposo, exposemos a pathogenia de semelhante affecção

(1) Maugeret (Mlle Reine), *Cholécysto-pancréatite. Essai de pathogénie*. These de Paris, 1908, pag. 56.

e accentuámos nas pagg. 47 e 48 as relações entre a cholelithiase e a necrose do pancreas e do tecido adiposo. O papel etiologico do calculo biliar revela-se ahí com nitidez, documentando clinicamente os trabalhos laboratoriais (1) que teem realizado esteatonecroses em cães por injeccção de gorduras nos ductos pancreaticos (Hess), por laqueação de todos os ductos em phase adeantada da digestão (Hess), por injeccção de bilis (Opie), e por injeccção de conteúdo duodenal (Pólya) nos ductos.

Dos aspectos clinicos que o calculo biliar póde ocasionar é certamente o mais dramatico aquelle em que o calculo, encravado na empola de Vater, constitue um obstaculo de que póde resultar, segundo a expressão de Opie, um curto circuito dos dois canaes excretores do figado e do pancreas. Produz-se nessas condições o refluxo da bilis para o canal pancreatico e a correspondente symptomatologia hyperaguda, em relação com os effeitos activantes da bilis sobre o succo pancreatico, referidos nas pagg. 41 a 43, para os phenomenos de esteatonecrose. Na recente these de Bouvet (2) ha, a este respeito, referencia a «uma acção chimica da maior importancia», tornando-se possivel «a auto-digestão do pancreas», mas, por muito inverosimil que o facto pareça tratando-se duma these muito interessante, não ha a menor allusão á necrose do tecido adiposo, que é positivamente a caracteristica de semelhantes estados hyperagudos. Nesta eventualidade de curto circuito do

(1) Hess, *Pankreasnekrose und chronische Pankreatitis*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 19. Band. Heft, 4. Jena, 1909.

(2) Bouvet, *Rapports des pancréatites et de la cholélithiase. Étude pathogénique*. These de Lyão, junho de 1909, pag. 29.

Wirsung e do choledoco, suppõe Bouvet que: «a presença de microorganismos de virulencia exaltada influe notavelmente sobre o apparecimento das pancreatites por este mecanismo». É evidentemente possivel que os germens do choledoco, attingindo o obstaculo na empola de Vater, refluem para o ducto de Wirsung, attingindo assim mais ou menos o pancreas, mas recordemos, por um lado, a frequencia das esteatonecroses nestas condições, e, por outro lado, que Mayo Robson (pag. 37 deste volume) não attribue papel algum aos microorganismos na producção da necrose do tecido adiposo, e que Hess (pag. 41 deste volume) não relaciona a necrose aguda do pancreas com inflammações infecciosas, embora secundariamente possam sobrevir bacterias, exemplificando com um caso interessante de Körte (nota da pag. 41) a falta de propriedade com que por vezes se fala em abscesso pancreatico, pancreatite hemorrhagica, ou em expressões semelhantes.

A segunda passagem que tambem justifica a enunciada conclusão ácerca do papel do calculo biliar na pathogenia da cholecysto-pancreatite, é a mencionada interferencia (pag. 142) do calculo na determinação da esclerose isolada da cabeça do pancreas.

Mayo Robson (1) apresenta as seguintes razões para explicar porque é que o calculo biliar no choledoco nem sempre produz uma inflammação pancreatica:

1.^a Alguns calculos biliares são tam grandes que nunca alcançam a porção pancreatica do choledoco, mantendo-se nas porções supra-duodenaes do canal

(1) Mayo-Robson, *Chronic Forms of Pancreatitis*. Relatorio á Secção de Cirurgia do XVI.^o Congresso internacional de Medicina, Budapesth, agosto e setembro 1909, pag. 107.

commum, e produzindo ictericia mas não pancreatite.

2.^a Os ductos biliares e pancreaticos abrem-se nalguns casos por orificios distinctos, e assim qualquer calculo biliar descendo pelo choledoco nem comprime nem obtura então necessariamente o ducto pancreatico.

3.^a O canal de Santorini constitue em casos excepcionaes a via principal, tendo taes dimensões que assegura a sahida da secreção embora o canal de Wirsung seja obstruido.

A este respeito, e relacionando com varias noções anteriormente expostas, e em que pôde interessar a permeabilidade das vias pancreaticas accessorias, recordemos a seguinte estatistica de Opie citada noutro artigo de Mayo-Robson (1): Em 100 exemplares, revelou-se 90 vezes a convergencia dos ductos de Wirsung e de Santorini; lançando-se os dois ductos completamente independentes no intestino em 10 casos desta serie; quanto aos diametros e á permeabilidade dos ductos, reconheceram-se as variedades seguintes:

1. Nos ductos em anastomose (90 casos):

(1) Ducto de Wirsung mais largo 84 vezes.

a) Ducto de Santorini permeavel em 63 casos.

b) Ducto de Santorini obliterado em 21 casos.

(2) Ducto de Santorini mais largo 6 vezes.

Ducto de Wirsung sempre permeavel.

2. Ductos não anastomosados (10 casos):

a) Ducto de Wirsung mais largo 5 vezes.

b) Ducto de Santorini mais largo 5 vezes.

(1) Mayo-Robson, *Anatomy of Pancreas and its Diseases*.
The British Medical Journal, 16 de maio de 1908.

O ducto de Wirsung era portanto em 89 % dos casos mais largo do que o de Santorini, cuja obliteração foi reconhecida em 21 % dos casos; quando permeavel, diminue sempre de diametro na direcção do duodeno.

Embora se encontre nos tratadistas que a oclusão dum ducto pancreatico pôde ser compensada pelo segundo ducto, comprehende-se portanto como o canal de Santorini constitue em geral «uma valvula de segurança» muito incerta, e explica-se facilmente a variabilidade dos effeitos pathogenicos dos calculos biliares.

Como impressão de conjuncto sobre a pathogenia da cholecysto-pancreatite, pôde portanto dizer-se que se não trata dum processo univoco. A cholelithiase, com os processos infecciosos que a acompanham, é que produz, em regra, a determinação pancreatica, excepcionalmente por via sanguinea, por via peritoneal, ou em propagação directa por contiguidade do choledoco, bastantes vezes por via lymphatica, e mais frequentemente pela simples presença do calculo biliar.

Uma importante complicação da cholelithiase em que o calculo biliar tambem desempenha um papel preponderante é o ileo biliar.

Como a obstrucção intestinal presuppõe geralmente um calculo biliar volumoso, e como as considerações feitas nas pagg. 238 e 239 do volume anterior, sobre a eliminação dos calculos, mostram que a supposta travessia de grandes calculos através da papilla resulta de facto da existencia de trajectos fistulosos, enumeremos pois rapidamente os diversos typos de fistulas biliares, como introducção ao estudo da oclusão intestinal por calculo.

Pela sua raridade, enunciemos apenas as fistulas cutaneas, as fistulas thoracicas, em que os bronchios, a pleura, o mediastino e o pericardio podem ser atingidos, as fistulas urinarias e genitales, e as ulcerações da arteria hepatica ou da veia porta, esta ultima exemplificada no recente caso von Renvers (nota clinica na pag. 8 do volume anterior), e consideremos mais em especial as fistulas gastricas ou intestinaes.

Estas communicações anormaes das vias biliares com o estomago ou com o intestino podem ser casualmente reconhecidas em operações ou autopsias; devem ser suspeitadas todas as vezes que apparecerem calculos grandes nas evacuações (Kehr), comportando a eliminação pelas vias naturaes restricções impostas pela dimensão do calculo; e assim Naunyn admite que os calculos até ás dimensões dum caroço de avelã ainda podem ser eliminados nas condições naturaes, os maiores não, dizendo Fiedler tambem que os calculos de dimensões superiores ás de uma ervilha só podem ser eliminados por trajecto fistuloso; noutra ordem de factos, revelam-se as fistulas biliares clinicamente por accidentes de estenose pylorica ou de obstrucção intestinal.

As fistulas gastricas sam muito raras vezes hepato-gastricas, e mais frequentemente cholecysto-gastricas, sendo possiveis as communicações multiplas como num caso de Fleiner em que havia uma fistula entre o collo vesicular e o estomago e outra entre o fundo da vesicula e o colon.

Alguns casos de communicações desta ordem teem interesse clinico por causa dalgumas observações de estenose pylorica que lhes sam abribuidas. Com effeito, na pathogenia das estenoses pyloricas de ori-

gem biliar, cuja frequencia Kehr avalia em 22⁰/₁₀₀ das operações por lithiase, invocam Tuffier e Marchais, citados por Cotte (1), as seguintes condições :

1.^a A simples pressão sobre o pyloro ou sobre a primeira porção do duodeno exercida pelos calculos contidos na vesicula ou no segmento terminal do choledoco.

2.^a A obstrucção do pyloro por um calculo livre na sua cavidade.

3.^a A existencia de extensas adherencias peritoneas entre as vias biliares e a região pylorica, pelo aperto ou pela inflexão do canal pylorico dahi resultantes.

4.^a Finalmente a producção dum aperto cicatricial do pyloro em consequencia da migração dum calculo por uma fistula cholecysto-pylorica.

A estenose pylorica de origem biliar resulta em regra da combinação simultanea destas causas, como, de resto, era de prevêr pela natureza do processo anatomo-pathológico que, dum modo geral, determina as fistulas biliares.

Os calculos aggravam a cholecystite, que muitas vezes toma o caracter ulceroso; o peritoneu perivesicular inflamma-se ao contacto da vesicula ulcerada; formam-se adherencias com os órgãos proximos, e da ulceração resulta uma perfuração, seguindo-se um processo de mortificação secundaria devido á acção mechanica que o calculo exerce e á natureza septica do conteúdo vesicular. Tambem é possivel que a communicação anormal resulte primitivamente duma escara que interesse o septo de divisão entre as duas cavidades biliar e gastro-intestinal.

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la Lithiase biliaire et de ses Complications*. These de Lyão, 1908.

À semelhança dos phenomenos de estenose pylorica, para cuja pathogenia as fistulas cholecystopyloricas e os episodios inflammatorios que as precedem contribuem, tambem se podem formar adherencias estrangulando o intestino, ou produzir estenoses do duodeno pela compressão exercida por uma vesicula calculosa.

À estenose pylorica de origem biliar corresponde portanto tambem uma estenose intestinal com a mesma origem.

Como o duodeno, especialmente ao nivel da sua primeira porção, se encontra á vizinhança do fundo da vesicula, é de prever que as adherencias inflammatorias mais intimas se estabeleçam entre estes dois orgãos, o que a cirurgia da cholelithiase tem confirmado. Dahi a maior frequencia das fistulas duodenaes.

Sam com effeito muito frequentes as fistulas cholecysto-duodenaes de que Naunyn colligiu 93 casos num total de 384 fistulas, e de que teem sido publicadas muitas outras observações. Ainda que menos frequentes, teem tambem sido descriptas as fistulas choledoco-duodenaes, mencionando Naunyn na mesma serie 15 casos, e tendo sido publicados varios outros exemplares taes como os de Roth e de Denis, citados respectivamente por Neuling (1) e Quénu (2).

As fistulas entre as vias biliares e outros segmentos do intestino delgado sam não só excepçoes,

(1) Kehr, Liebold e Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908.

(2) Quénu, *De l'ileus biliaire*. Le Bulletin Medical, 18 de setembro de 1909.

mas também destituídas de interesse, não tendo o respectivo tratamento particularidade alguma.

Resta finalmente indicar as fistulas cholecystocolicas, consideradas quasi tam frequentes como as fistulas duodenaes (Cotte).

Se os calculos biliares que seguem semelhante comunicação anormal produzem muito menos frequentemente phenomenos de obstrucção, registam-se porém casos de angiocholite ascendente e até de abscesso do figado em resultado desta complicação. Assim no tratado de Rolleston (1) descreve-se um caso interessante de Stewart em que a abertura da vesicula para o colon provocou a morte por suppuração hepatica; a necropsia revelou as vias biliares repletas de materias fecaes e o figado com multiplos abscessos de dimensões diversas.

Vejamos as hypotheses clinicas que em semelhantes condições pathologicas se podem estabelecer.

A migração anormal do calculo das vias biliares para o aparelho gastro-intestinal póde occasionar desde logo uma reacção mais ou menos intensa do peritoneu, provocada pelo processo de ulceração progressiva que produz estas fistulas biliares. Casos dessa ordem, que podem constituir uma primeira indicação para intervir, sam considerados exceptionaes; e o facto explica-se facilmente tendo em conta que já existem geralmente adherencias quando a fistula acaba de constituir-se, e que o calculo attinge assim directamente o estomago ou o intestino sem provocar accidente peritoneal algum.

(1) Rolleston, *Diseases of the Liver, Gall-bladder and Bile-ducts*, Londres, 1905.

São muito raras, mas têm sido descriptas, hemorragias traduzindo-se por hematemeses e melena, e ocasionadas nos processos de ulceração que estabelecem a fistula.

O calculo biliar, tendo attingido o estomago ou o duodeno, pôde, em casos bastante raros, ser expellido pelo vomito; Galliard, Mayo Robson, Crooke e outros publicaram observações clinicas neste genero.

Geralmente dá-se uma expulsão do calculo pelas evacuações, e as fistulas gastricas ou intestinaes, que facultaram a migração do calculo, passam em cerca de dois terços dos casos desapercibidas (Cotte), sendo casualmente reconhecidas em intervenções cirurgicas. Trata-se de doentes em que se opéra por uma cholelithiase mais ou menos antiga, deparando-se uma vesícula por vezes profundamente lesada, geralmente envolvida por numerosas adherencias, e, ao dissecá-la, encontra-se uma comunicação anormal com o estomago ou com o intestino.

Quando porém o calculo biliar se mantém no estomago ou no intestino, pôde determinar mais cedo ou mais tarde os enunciados accidentes de estenose pylorica, ou os phenomenos de occlusão intestinal de que vamos occupar-nos.

O ileo biliar constitue uma das mais caracteristicas complicações da cholelithiase. De ha muito conhecida, é analysada com desenvolvimento em numerosos trabalhos modernos sobre a occlusão intestinal ou sobre a lithiase biliar, taes como, por exemplo, as monographias de Mayo Robson (1), Rol-

(1) Mayo Robson, *Diseases of the gall-bladder and bileducts*. Londres, 1904.

leston (1), Körte (2) e Cotte (3), e os artigos de Leriche e Cotte (4), e de Quénu (5).

A frequência da occlusão intestinal por calculos biliares tem sido especialmente reconhecida nos ultimos annos e pôde apreciar-se pelos números seguintes: Murchison em 1878 citava apenas 25 casos, Courvoisier em 1890 colligiu 131 casos, e a these de Hermann (6) em 1904 apresentava já 249 exemplos, podendo actualmente avaliar-se em cerca de 300 as observações que tem sido publicadas. Comtudo semelhante progressão dos numeros publicados nestes ultimos trinta annos mostra que esta complicação da cholelithiase é menos rara do que a principio se afigurou aos tratadistas, e assim Quénu attribue a pobreza em documentos da litteratura medica anterior a 1890 a uma observação clinica insufficiente dessas epochas.

Á semelhança da cholelithiase, de que resulta, tambem o ileo biliar se produz com a dupla predilecção pelo sexo feminino e pelos individuos duma certa idade.

Quanto á pathogenia da occlusão intes-

(1) Rolleston, *Diseases of the liver, gall-bladder and bile-ducts*. Londres, 1905.

(2) Körte, *Beiträge zur Chirurgie der Gallenblase und der Leber*. Berlin, 1905.

(3) Cotte, *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*. These de Lyão, 1908.

(4) Leriche e Cotte, *De l'ileus biliaire*. *Revue générale. Gazette des Hôpitaux*, 1908.

(5) Quénu, *De l'ileus biliaire*. *Le Bulletin Médical* 18 de setembro 1909.

(6) Hermann, *Ueber Gallensteinileus*. Inaugural Dissertation. Jena, 1904.

tinal por cholelithiase, não se trata sempre dum processo univoco.

Numa primeira categoria de factos, póde o ileo ser devido a paresia do intestino, produzindo-se enorme distensão do abdomen e symptomas de obstrucção intestinal aguda, aparentemente em consequencia da dôr violenta. Semelhante relação pathogenica, indirectamente determinada pela violencia do episodio doloroso da lithiase biliar, é comparavel á occlusão intestinal por colica nephritica de que tive occasião de tratar um interessante caso.

Noutra ordem de factos clinicos depende a occlusão intestinal aguda por cholelithiase, segundo Mayo Robson, de:

a) paralyisia do intestino, devida a peritonite local na vizinhança da vesicula biliar;

b) volvo do intestino delgado;

c) aperto do intestino por adherencias adventicias, originalmente produzidas 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.

Le Roy teria descripto 6 casos, entre 111, nos quaes os calculos em causa na determinação do ileo biliar teriam atravessado a empola de Vater, mas semelhantes calculos lançam-se, em regra, para o intestino por communições anormaes, e especialmente pelas fistulas cholecysto-duodenaes, como dissemos. Este facto, que foi analysado, indicando-se as dimensões dos calculos que ainda podem ser eliminados pelas vias naturaes, relaciona-se com o diametro da papilla, que nunca seria superior a 20^{mm} (Fiedler e Roth), não podendo admittir-se grande extensibilidade.

Os calculos biliares que produzem a oclusão podem attingir dimensões muito consideraveis; assim, por exemplo, 7°,5 de comprimento, por 4°,5 de largura, ao nivel da sua maior extremidade (peso 55 gr.), no recente caso de Quénu, 11° por 5° noutro exemplo, etc. Além deste typo de calculos, tambem teem sido descriptos calculos mais pequenos, de aproximadamente 2°,5, mas que apesar disso determináram acci-dentes mortaes. Cita Mayo Robson tambem calculos muito volumosos que passam pela valvula de Bauhin e que apenas encontram alguma difficuldade na expulsão pelo anus.

Dahi a noção de que o volume do calculo é, em muitos casos, insufficiente para explicar a obstruc-ção intestinal, contando-se com os outros factores adjuvantes ou determinantes ha pouco enume-rados.

Descrevem-se com effeito casos em que o calculo ficou entalado á altura dum apêrto do intestino; Mayo Robson nota comtudo que semelhante apêrto poderia ser considerado como secundario a uma ulceração produzida pelo calculo, e este autôr des-creve o caso dum calculo biliar installado entre dois apêrtos.

Teem sido invocadas outros causas predisponen-tes, e assim num caso de Körte havia uma hernia, e o calculo fixou-se num segmento intestinal cercado de adherencias.

Em casos muito numerosos podem faltar quaes-quer causas adjuvantes, não podendo explicar-se por esse modo o mechanismo da oclusão biliar.

Quénu liga grande valôr pathogenico ao espas-mo do intestino, que, ferido e irritado pelo corpo estranho, se contrahe, se tetaniza, por assim dizer, e se applica intimamente sobre o calculo. Semelhante

espasmo tem sido directamente reconhecido, observando-se por exemplo no decurso da operação a fixidez dum calculo indeslocavel apesar das suas pequenas dimensões (calculo de 10 gr. num caso de Morestin). Estes phenomenos de contractura espasmodica do intestino explicariam alguns casos de ileo biliar, e aggravariam simultaneamente as lesões anatomico-pathologicas da mucosa intestinal.

Esta anatomia pathologica do ileo biliar, estabelecida não só pelos exames chirurgicos directos, mas tambem pelas investigações necropsicas, pôde resumir-se, segundo Quénu e Mayo Robson, nas noções seguintes.

Além das alterações peritoneaes, bastante frequentes, descrevem-se lesões importantes do intestino. Acima do obstáculo, encontra-se o intestino delgado muito dilatado, revelando-se porém, abaixo do calculo obturante, muito estreito e vazio, á semelhança dum intestino de coelho ou de frango, nas comparações dos differentes autores. O intestino, vermelho ou violaceo ao nivel do obstaculo, reveste-se ahí de placas fibrinosas e por vezes de pus; ha edema das paredes, e a superficie interior ulcera-se frequentemente; Mayo Robson cita um caso de Brockbank em que a valvula ileo-cecal tinha sido destruida pela ulceração. As lesões intestinaes podem attingir a gangrena, e, finalmente, a obstrucção por um calculo biliar pôde provocar lesões ainda mais complexas, taes como o volvo, de que Mayo Robson cita dois exemplos.

Os processos destructivos, por vezes iniciados sob a fórma duma ulcera de decubito, e revelando-se clinicamente em numerosos casos só depois de muito accentuada a infiltração intestinal, podem tambem

evolucionar noutro sentido. Com effeito a inflamação propaga-se rapidamente á serosa, de modo que se encontra, até nas intervenções precoces, uma peritonite local; quando a ulcera de decubito determina a perfuração, constituem-se os phenomenos agudos de peritonite diffusa, como num caso de Quervain, em que semelhantes symptomas se produziram doze horas depois de iniciada a crise de ileo biliar, e no qual a intervenção immediata já não conseguiu salvar o doente.

A séde inicial destas lesões é, na generalidade dos casos, no intestino delgado, onde a oclusão intestinal por calculo biliar electivamente se produz.

A referida these de Hermann collige vinte casos de obstrucção do intestino grosso, sendo o calculo biliar augmentado de volume por materias fecaes endurecidas.

O encravamento do calculo, produzindo-se accidentes mais ou menos graves, pôde ter logar em qualquer ponto do intestino delgado, duodeno inclusive. A estatistica de Hermann, descrevendo, em 145 casos, o calculo biliar 53 vezes na porção terminal do ileon, 9 vezes no duodeno e 30 vezes no jejuno, documenta o facto anatomo-pathologico de que a porção terminal do ileon, a pouca distancia do cego, constitue a localização da maioria dos casos de ileo biliar.

Os symptomas do ileo biliar revelam-se em phases diversas da cholelithiase que o determina.

Encontrando-se clinicamente uma sensibilidade anormal da região vesicular, com phenomenos de oclusão intestinal aguda simultaneamente produzidos, deve suppôr-se com toda a probabilidade uma cholecystite aguda. Esta affecção determina com

effeito bastantes vezes symptomas passageiros de oclusão intestinal, podendo tratar-se dum simples phenomeno reflexo, ou duma propagação inflammatoria interessando por exemplo o colon transverso.

Mas, tendo havido anteriormente symptomas de cholelithiase, e em especial uma colica hepatica, é que os symptomas de ileo suggerem especialmente as adherencias peri-intestinaes, de que a «bride péri-colique» dos autores francêses é um interessante exemplo, ou a oclusão do intestino por um calculo biliar, com todas as suas consequencias anatomo-pathologicas. A migração do calculo pôde ter-se realizado quasi sem symptomas, que, de resto, sam por vezes muito anteriores ás manifestações clinicas do ileo biliar.

Os symptomas desta fórma de oclusão intestinal produzem-se com uma certa variabilidade.

Assim, numa primeira cathegoria de factos, faltam quaesquer phenomenos de obstrucção intestinal propriamente dita, como num caso recente de Quênu, diagnosticado de oclusão de natureza neoplasica com séde no intestino delgado provavelmente ao nivel do angulo duodeno-jejunal, reconhendo-se porém o ileo biliar pela intervenção cirurgica; havia emissão de gases ainda na ante-vespera da operação e o abdomen, excepto por intermittencias ao nivel do epigastro, tinha-se mantido flacido e não elevado; é que se tratava dum obstaculo em situação alta, e portanto o quadro clinico aproximava-se do typo que as obstrucções duodenaes realizam, com vomitos alimentares, vomitos incessantes de bilis, meteorismo nullo ou limitado ao abdomen superior.

Na maioria dos casos, porém, estabelece-se o syndroma da oclusão completa, com a suppressão dos gases e das materias fecaes, o meteorismo accen-

tuado, os vomitos inicialmente biliosos e depois fecaloides, e o estado geral proprio das oclusões intestinaes agudas.

É esta feição hyper-aguda, por vezes fulminante, que imprime uma caracteristica de gravidade a muitos casos de ileo biliar, que se iniciam bruscamente, e nos quaes a marcha dos accidentes é muito rapida. Os vomitos fecaloides sam precoces, a retenção dos gazes absoluta e o meteorismo enorme; semelhantes casos revelam-se fataes em poucos dias, e dependem geralmente duma peritonite generalizada com ou sem perfuração (Körte, Barnard, Lesk, Quénu, Quervain).

As observações clinicas desta ordem, em que os symptomas de peritonite acompanham, ou seguem muito de perto os symptomas da oclusão intestinal, realizam o typo mais frequente de ileo biliar, que é na maioria dos casos uma affecção muito aguda.

Noutra categoria de factos, reveste o ileo biliar uma fórmula mais ou menos chronica. Os symptomas teem um character mais arrastado, por vezes intermitente, podendo inclusivamente o calculo biliar eliminar-se espontaneamente depois duma serie de crises de oclusão intestinal.

Semelhantes fórmulas clinicas realizam o chamado syndroma de Karewski, que publicou quatro exemplos, entre elles o seguinte, que é typico; um homem, que tinha tido colicas hepaticas, apparece com vomitos fecaloides; por enteroclyse consegue-se uma evacuação; cinco semanas depois, reproduzem-se os mesmos accidentes, cessando as dôres com a expulsão dum grande calculo.

Estas crises de oclusão successivas interpretam-se admittindo que o calculo fica repetidas vezes encravado no seu percurso intestinal, occasionando

assim uma serie de crises de obstrucção e de desobstrucção parcial.

As fórmas agudas, que sam as mais frequentes, suggerem immediatamente o diagnostico de oclusão intestinal aguda. Quando se procede ao exame antes de se ter constituido uma peritonite generalizada, ha geralmente elementos que facultam o diagnostico da séde da obstrucção.

Quando a oclusão se aproxima do duodeno, é flagrante o contraste entre a frequencia e a abundancia dos vomitos e a ausencia ou limitação do meteorismo. Se a obstrucção interessa o ileon, realiza-se por completo o syndroma da oclusão intestinal, mas a elevação do abdomen é, pelo menos inicialmente, antes mediana, e não se encontra a distensão do colon propria das oclusões com séde no intestino grosso.

Algumas vezes tem ainda sido possivel definir clinicamente o character biliar duma oclusão intestinal.

Uma primeira indicação diagnostica resalta immediatamente do character hyperagudo que define a maioria dos casos de ileo biliar.

A anamnese fornece a este respeito um elemento fundamental quando assegurar que o doente em estudo é um chololithiaco. Póde inclusivamente a crise de oclusão ter sido precedida por uma colica hepatica violenta, attribuida á migração cholecystoduodenal dum calculo. Mas semelhante episodio doloroso póde faltar por completo na maioria de semelhantes migrações anormaes, e, por outro lado, colicas vesiculares, das mais violentas, se podem produzir sem a menor participação de calculos, que por vezes faltam por completo, de modo que o elemento de maior utilidade que a anamnese póde

fornecer é simplesmente a indicação dum passado cholelithiaco.

Se a perfuração cholecysto-duodenal não determina em geral o symptoma dôr, tambem não é frequente o reconhecimento clinico de phenomenos hemorragicos correspondentes á phase de ulceração cholecysto-duodenal. Em todo o caso tem sido descrita, sob o nome de hemorragia premonitória, uma pequena hemorragia duodenal precedendo de mais ou menos tempo uma crise de ileo biliar. Assim, num caso de Körte, produziram-se em novembro os signaes duma hemorragia duodenal e pensou-se, a esse tempo, numa ulcera do duodeno. Alguns mêses depois, em fevereiro, foi o doente acometido de obstrucção aguda succumbindo sem operação. A autopsia revelou um calculo biliar ao nivel da valvula ileo-cecal e uma perfuração cystico-duodenal.

Neste diagnostico do ileo biliar póde ser muito util a palpação abdominal, quando o meteorismo não fór tam accentuado que difficulte semelhante exploração. Quénu insiste sobre a extraordinaria dureza da tumefacção no caso referido (pag. 167), considerando typica a dureza extrema destes tumores calculosos.

Os autôres alemães ligam especial valor ao exame do Douglas pelo toque rectal ou vaginal, que tem permittido reconhecer nalguns casos uma formação dura, um pouco sensivel á pressão. O valor deste symptoma resulta de que a maior parte dos calculos biliares se installa na parte inferior do intestino delgado, e de que a ansa intestinal que contém o calculo cahe frequentemente pela acção da gravidade para a pequena bacia.

Em todo os caso, apesar destas differentes indi-

cações symptomaticas, sam ainda numerosos os casos de ileo biliar, em que o diagnostico tem sido estabelecido durante a intervenção cirurgica.

Quanto á evolução do ileo biliar, pôde dizer-se, dum modo geral, que as oclusões do intestino delgado revestem de preferencia a fôrma aguda, tendo as obstrucções do colon um character de maior chronicidade. Aquellas localizações da oclusão intestinal sam muito mais graves do que estas ultimas.

Em todo o caso, ha geralmente a ideia de que o ileo biliar comporta um prognostico menos grave do que as outras variedades de oclusão intestinal.

Esta fôrma é exagerada e inaceitavel; deriva da eventualidade duma expulsão espontanea dos calculos biliares e da superficialidade com que teem sido consideradas as estatisticas no confronto entre os doentes com tratamento medico ou com intervenção cirurgica.

Assim a proporção das curas espontaneas é de 50% na estatistica de Courvoisier, de 44% na de Schuller, de 32% na Kirmisson e de 51% na de Hermann.

Por outro lado, o tratamento cirurgico regista curas em 44% dos casos colligidos por Courvoisier, e na percentagem de 33% segundo Hermann. Lobstein contrapõe a 32 curas em 61 doentes não operados (50%), apenas 12 curas em 31 operados (39%),

Dahi a falsa conclusão de que o prognostico é mais favoravel quando se não intervem. Mas a mortalidade deduzida de semelhantes numeros não corresponde á realidade dos factos, porque as estatisticas medicas parecem muito mais favoraveis do que na realidade devem ser, pois não comprehendem os

doentes que sam transferidos agonizantes para os serviços de cirurgia, ou que teriam succumbido sem uma operação opportuna.

É innegavel a eventualidade duma eliminação espontanea dos calculos biliares pelas vias naturaes, mas o facto dà-se sem que se produza um ileo grave com symptomas de peritonite.

Por outro lado, outra circumstancia que, a meu vêr, tem contribuido para a noção de que o ileo biliar seria menos grave do que as outras variedades de occlusão intestinal é a preferencia das obstrucções biliares pela porção terminal do ileon. É com effeito sabido que as manifestações morbidas sam tanto mais graves, quanto mais elevada fôr a séde da obstrucção intestinal, tendo este facto clinico e experimental suggerido ha pouco a Roger (1) trabalhos muito interessantes, embora muito discutiveis pelo que diz respeito á influencia preponderante de substancias toxicas, com origem em transformações dos alimentos, sobre a toxidez do conteúdo duodenal, de ha muito conhecida por numerosos trabalhos experimentaes, em que foram realizados todos os symptomas de hypotensão arterial e convulsivos que Roger descreve; aquelle aspecto afigura-se me duma unilateralidade inaceitavel, porquanto, partindo dos effeitos activantes do conteúdo duodenal descriptos nas esteatonecroses, se deve considerar dum modo geral a toxidez dos productos das reacções dos fermentos sobre os tecidos em condições anormaes (Hess); todos esses productos sam, no estado actual da sciencia, hypotheticos, á excepção porém dos sabões, postos em liberdade pela esteapsina, e cuja

(1) Roger, *Digestion et Nutrition*. Paris, 1910 (pag. 608).

toxidez Friedenthal e Munk designam em cães pela dose mortal de 0^{gr},2 de sabão por kilo.

Sobre o importante problema da evolução clinica do ileo biliar, enunciamos as noções seguintes.

Quando uma oclusão intestinal se produzir com um caracter muito agudo e com reacção peritoneal, não deve o diagnostico de ileo biliar obstar a que se opere immediatamente, contra o que estaria indicado pela supposta benignidade desta complicação da cholelithiase.

Quando, por outro lado, haja a suspeita de que a séde da obstrucção é elevada, tambem o prognostico se torna particularmente grave.

Com estas considerações sobre a oclusão intestinal pelos calculos biliares, terminámos o estudo semiologico e pathogenico que nos tinhamos proposto fazer sobre algumas complicações da cholelithiase, que, pela sua feição característica e pela sua importancia clinica, merecem ser destacadas: — a cholecysto-appendicite, — a cholecysto-pancreatite, — e o ileo biliar.

Desenvolvendo e completando a enumeração das complicações da cholelithiase feita por Mayo Robson (pag. 5 a 8 do volume anterior), vamos terminar este capitulo com algumas considerações sobre—as angiocholites na cholelithiase,—as complicações cardio-pulmonares da lithiase biliar,—e os carcinomas primitivos da vesicula e das vias biliares nas suas relações com a cholelithiase.

Temos apenas em vista os traços geraes destas complicações extra-vesiculares da lithiase, porque os

dois ultimos aspectos, além de raras vezes realizados, teem uma feição propria, uma indole diversa daquella que nos proposemos tratar considerando as complicações mais directas e mais importantes da cholelithiase, — e porque as angiocholites, pela importancia que demos no 1.º volume ás determinações infecciosas que produzem e acompanham a lithiase, foram nesse volume completamente consideradas, accentuando-se por exemplo as characteristics da respectiva curva thermica (*temperature angle of cholangic infection* de Murphy). De resto, a proposito duma observação pessoal de angio-cholecysto-appendicite, inserimos tambem na pag. 9 deste volume um exemplo de angiocholite que sobreveio em phase adiantada daquella associação morbida.

Como porém varios autôres descrevem as angiocholites como complicações da lithiase biliar, e como se trata de affecções com grande interesse clinico, importa considerá-las neste capitulo, ainda que muito em resumo, e mencionar as complicações que semelhantes infecções biliares por sua vez podem produzir.

As angiocholites, em rigor de linguagem nologica, não devem ser consideradas como complicações da cholelithiase, embora alguns autôres assim as descrevam. Com effeito as infecções das vias biliares, ainda que electivamente produzidas na vesicula, constituem a base da cholelithiase; e assim as angiocholites, limitadas aos grossos troncos biliares, invadindo as vias intrahepaticas, ou attingindo os canaliculos biliares, realizam apenas phases avancadas da infecção biliar que tem na cholecystite a sua determinação inicial; e assim tambem se encontram clinicamente constituídas angiocholecys-

tites, que se fixam na nomenclatura nosologica, occupando-se, por exemplo, Berthelemy (1), num trabalho recente, das angiocholecystites typhicas.

Como, constituida a lithiase, os processos infecciosos não desapparecem, antes pelo contrario se accentuam, é claro que podem estabelecer-se angiocholites posteriores á cholelithiase, mas rigorosamente as infecções biliares, de que as angiocholites constituem uma simples phase, precedem a calculose; recordemos a este respeito a noção moderna, fertil em consequencias hygienicas e therapeuticas, segundo a qual as angiocholecystites typhicas predis põem para a lithiase biliar.

Constituida uma cholecystite, é noção adquirida que a mucosa vesicular augmenta o numero das suas glandulas e dos seus canaes de Luschka, recentemente estudados por Aschoff (*Lithiase biliar*, vol. I, pagg. 197 e 198); nestes recessos da mucosa accumulam-se detritos epitheliaes, bilis mais ou menos alterada e por vezes concreções minusculas, constituindo-se verdadeiros ninhos de microbios, na suggestiva designação de Hautefort (2). Nestas condições anatomo-pathologicas estabelecem-se facil e frequentemente novas determinações infecciosas. Produzem-se assim crises repetidas de cholecystite aguda, e o processo inflammatorio pôde acabar por attingir a totalidade da arvore biliar, estabelecendo-se angiocholites mais ou menos diffusas, que tambem

(1) Berthelemy, *Contribution à l'Étude des Angiocholécystites Typhiques*. These de Paris, 19 de julho de 1909.

(2) Hautefort, *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. These de Paris, 23 de junho de 1909.

pódem evidentemente produzir-se com uma primeira crise vesicular de sufficiente virulencia.

Conhecida a eventualidade duma latencia do bacillo de Eberth durante annos na vesicula, e a frequencia das cholecystites typhicas, de que nos occupámos nas pagg. 192 a 195 do volume anterior (1), não surprehende que o bacillo de Eberth desempenhe um papel importante na pathogenia destas angiocholites, como de facto succede.

(1) Tive tambem ha pouco occasião de observar um caso de febre typhoide, com manchas lenticulares evidentes, acompanhado de cholecystite aguda muito accentuada. O caso clinico era particularmente interessante porque a anamnese tornava muito verosimil uma cholecystite chronica e porque o doente, muito cauteloso, parecia não ter dado ensejo a uma contaminação por b. de Eberth. Tratar-se-hia duma vesicula de ha muito infectada e que naquella occasião produzisse uma febre typhoide de origem autochtona? O facto, que se tem dado, afigurou-se me muito provavel. Por outro lado, as seguintes conclusões da these recente de Berthelemy (*Contribution à l'Étude des Angiocholécystites Typhiques*, Paris, 19 de julho 1909) vieram confirmar os pontos de vista que tínhamos anteriormente enunciado.

«A invasão das vias biliares pelo Eberth no decurso da septicemia eberthiana é muito frequente, ou quasi sensivelmente constante.

Esta invasão dá-se por vias diversas, sendo a mais importante a via sanguinea, o que explica os casos em que se encontra o bacillo sem febre typhoide propriamente dita. O bacillo d'Eberth póde conservar-se latente na vesicula durante muitos annos, ou pelo contrario, dar logar a angiocholites, geralmente a cholecystites ou a angiocholecystites.

É uma complicação grave immediatamente pelos riscos que faz correr á vida do doente, grave pelo futuro porque lesa a cellula hepatica, porque é muitas vezes a origem duma lithiase, porque póde reinfectar o intestino e dar logar a uma recidiva.

É tambem um perigo para a sociedade, porque os portadores de bacillos sam a origem de contagio constante pelas descargas de bacillos que emittem nas suas evacuações».

Por outro lado também estas angiocholites se produzem quando um calculo, destacando-se da vesicula, vae fixar-se no segmento terminal do choledoco, estabelecendo uma estase biliar e portanto uma angiocholite ascendente mais ou menos grave conforme o grau de obstrucção. Aproximemos deste facto clinico a conhecida noção de que predominam entre os cholelithiacos febricitantes aquelles doentes em que o calculo occupa o choledoco ou o hepatico, quando portanto se estabelece um impedimento ao livre curso da bilis infectada (pag. 285 do volume anterior); e recordemos também o importante conhecimento clinico de que existem angiocholites graves, embora apyreticas, ligadas á presença duma occlusão intermitente ou incompleta do choledoco (pag. 286 do mesmo volume).

Semelhantes processos infecciosos, determinando fórmas agudas ou chronicas, estabelecem as angiocholites agudas, catarrhaes ou suppuradas, e as angiocholites chronicas. Como o estudo destas affecções no triplice ponto de vista pathogenico, anatomo-pathologico e semiologico, ficou concluido no volume anterior, resta-nos apenas referir neste logar alguns aspectos justamente considerados como complicações destas angiocholites: os abscessos areolares, as cirrhoses calculosas e os apertos não neoplasicos das vias biliares.

Assim como as lesões anatomo-pathologicas da vesicula explicam a eventualidade duma ruptura (1),

(1) Esta complicação é mais frequente e mais grave do que geralmente se suppõe. Körte publicou ha pouco 7 observações pessoas relativas a 4 annos; destas peritonites pela perfuração da vesicula curáram apenas 2 casos pela intervenção, sendo os 5 restantes mortaes.

umas vezes espontaneamente produzida, e mais frequentes vezes provocada por um traumatismo, em especial nos casos de empyema, — assim também as angiocholites se podem acompanhar de pequenos abscessos nas paredes espessadas das restantes vias biliares extrahepáticas.

As tunicas interessadas no processo anatomo-pathologico sam por vezes perfuradas, lançando-se o conteúdo septico do canal nos órgãos proximos, ou abrindo-se na grande cavidade peritoneal ou num fóco de adherencias.

Os processos infecciosos propagam-se também noutro sentido, podendo estabelecer-se suppurações nas vias biliares intrahepáticas. Produzem-se pequenos abscessos pericanaliculares e nas paredes dos canaliculos lobulares; o pus attinge as cellulas hepáticas, invade os espaços portas contiguos, onde já se encontram constituídos outros abscessos, por intermedio doutro ducto biliar.

Estes abscessos, inicialmente minimos, combinam-se e attingem, depois de fundidos, as dimensões duma noz ou mais ainda, constituindo-se assim, com as suas paredes tomentosas, os abscessos areolares de Chauffard.

O figado, augmentado de volume e sensível á pressão, adquire uma certa molleza; o peritoneu á vizinhança do fóco póde augmentar muito de espessura; e a perihepatite assim constituída póde ser a séde de novos focos purulentos.

Clinicamente denuncia-se a inflammação suppurada ascendente dos canaliculos biliares e do parenchyma hepatico em geral por febre intermitente, arrepios repetidos, facies septico (lingua secca, sentidos ligeiramente embotados) e fraqueza muito accentuada.

Num artigo recente refere Körte (1) quatro casos ineditos, que exemplificam esta grave complicação, e considera como um resultado particularmente feliz o ter conseguido salvar dois destes doentes pela operação.

As angiocholites radicales suppuradas dependentes da cholelithiase tinham sido especialmente estudadas por Körte (2) na sua monographia classica. Numa serie de 14 abscessos do figado consecutivos á lithiase biliar, attribue Körte cinco a uma perfuração intra-hepatica da vesicula, um a thrombophlebite das radicales portas e seis a uma angiocholite ascendente, que realiza o processo mais frequente na lithiase do choledoco.

Estes abscessos, que se estabelecem nos ramusculos biliares, sam geralmente multiplos, o que difficulta o tratamento desta complicação. Semelhante multiplicidade póde exemplificar-se com 4 casos de Körte, todos mortaes apesar da operação; noutros 2 casos, porém, tratava-se dum abscesso unilocular, curando os doentes pela intervenção cirurgica.

Os abscessos hepaticos por cholelithiase produzem-se mais frequentemente no lóbo direito, e complicam-se por vezes de suppuração subphrenica ou de suppuração supra-diaphragmatica (intra-pleural ou intra-pulmonar) como em 2 casos da mesma serie de Körte.

Sabourin e Lereboullet descrevêram abscessos

(1) Körte, *Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen*. Archiv für klinische Chirurgie 89. Band, Heft 1. Berlim, 1909, pag. 36.

(2) Körte, *Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber*. Berlim, 1905, pagg. 233 a 239.

hepaticos em casos de cirrhose biliar. Sômos assim conduzidos a fazer uma referencia ás cirrroses calculosas.

São especialmente as angiocholites chronicas, de evolução lenta e progressiva, por vezes com obliteração das vias biliares principaes, que determinam as cirrroses por cholelithiase.

Tem sido descriptos, por exemplo por Sabourin e Brissaud, casos de angiocholite chronica hypertrophica, com hyperplasia conjunctiva pericanalicular, verdadeira cirrhose que pouco a pouco se propaga do hilo do figado para a periphèria da glandula atrophinando-se o parenchyma hepatico por compressão. Faltam os signaes de reacção inflammatoria aguda ou subaguda, não se reconhece a infiltração embryonaria do tecido escleroso, nem a formação de pseudo-canaliculos biliares. Autôres da competencia de Chauffard (1) consideram esta cirrhose como uma cirrhose de origem aseptica, attribuindo-a á acção irritante exercida pela bilis retida nas vias biliares, e fundamentam este conceito na influencia deleteria da bilis sobre os elementos anatomicos. Semelhante acção nociva da bilis seria demonstrada pelas experiencias de laqueação aseptica do canal choledoco(2); mas, se por essa fôrma tem sido obtidos fôcos de necrobiose, não se tem realizado hyperplasia conjunctiva alguma. Por outro lado, na cholelithiase não se trata de bilis aseptica, especialmente quando se

(1) Chauffard, *Maladies du foie et des voies biliaires*. Traité de Médecine, Boucharde et Brissaud, 2^e édition. Paris.

(2) Steinhaus, *Ueber die Folgen des dauernden Verschlusses des Ductus choleæocæ*, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Band xxviii, pag. 432.

associam os phenomenos de estase que exaltam a virulencia das infecções biliares. Nestas condições, afigura-se-me verdadeiro o conceito pathogenico daquelles autôres que, como Hautefort (1), attribuem esta cirrhose na cholelithiase a uma angiocholite calculosa resultante duma infecção chronica muito attenuada.

Ha, de resto, observações em que a origem infecciosa da cirrhose calculosa é innegavel. Assim nalguns casos, além duma cirrhose porto-biliar nitida, reconhece-se um processo inflammatorio muito activo, documentado por numerosas cellulas redondas no trama conjunctivo, pela formação de pseudo-canaliculos biliares e pela dissociação dos lobulos por prolongamentos do tecido escleroso.

Acceite a origem infecciosa destas cirrhoses calculosas, poderia discutir-se a histogenese do processo essencialmente parenchymatoso ou intersticial. Na orientação dos mais recentes trabalhos (2) parece corresponder á verdade dos factos, dum modo geral, a origem mixta, parenchymatosa e intersticial, destes processos morbidos, embora nalguns casos seja admissivel a vulnerabilidade inicial da cellula hepatica.

Afigura-se-me clinicamente importante accentuar o facto de que é frequente reconhecer em cholelithiacos antigos uma dyshepatia constatable pelo exame da urina, ainda que sem phenomenos apreciaveis de cirrhose.

(1) Hautefort, *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. These de Paris, 23 de junho de 1909.

(2) Fiessinger, *Histogenèse des processus de cirrhose hépatique. Lésion parenchymateuse et cirrhose*. These de Paris, 5 de novembro de 1908.

Tenho tido varias vezes occasião de encontrar semelhantes signaes de insufficiencia hepatica em doentes que soffrem ha muitos annos de cholecystite chronica, alguns dos quaes se imaginam doentes do estomago, e supponho dever relacionar estes phenomenos de anhepatia com a longa persistencia das infecções biliares, mais ou menos diffundidas até aos canaliculos intrahepaticos, e muitas vezes completamente desprezadas na therapeutica instituida.

Noutra categoria de factos clinicos julgo que podem estabelecer-se secundariamente perturbações no segundo filtro do organismo, e assim tenho encontrado em infectados chronicos das vias biliares não só albuminurias, mas tambem num destes casos accidentes uremicos.

Ainda com relação ás cirrroses calculosas, importa finalmente recordar quanto semelhante complicação agrava sempre o prognostico, influindo largamente na mortalidade das intervenções cirurgicas por cholelithiase.

As angiocholites simples ou ulcerosas da lithiase e os calculos podem ainda contribuir para a formação de apertos das vias biliares ou predispor para o apparecimento de tumôres malignos com a mesma séde.

As alterações inflammatorias repetidas, por vezes com phenomenos de periangiocholite, explicam no ponto de vista anatomo-pathologico semelhantes apertos mais ou menos completos das vias biliares, e assim tambem os processos ulcerativos á vizinhança do calculo pódem determinar estenoses cicatriciaes secundarias.

Os apertos do canal cystico sam bastante

frequentes e explicam muitas vezes a producção duma hydropisia da vesicula biliar (pag. 217 do volume anterior) ou a persistencia duma fistula depois duma cholecystostomia.

Accentuemos a este respeito, de passagem, a noção de que, dum modo geral, se não deve praticar a cholecystostomia sem ter averiguado previamente a permeabilidade do cystico, constituindo a estenose deste ducto uma indicação para a cholecystectomy.

Quando semelhante lesão passar despercebida e originar depois uma fistula mucosa persistente, preconiza Cotte (1) ainda a cholecystectomy no tratamento deste accidente.

As estenoses das vias biliares principaes sam muito mais raras, registando Kehr, Mayo e Körte respectivamente apenas tres casos cada um. Esta rara complicação da cholelithiase foi analysada num interessante artigo de Mathieu (2) e tem sido reconhecida por vezes directamente na intervenção, e noutros doentes, anteriormente operados, pelo reaparecimento dos accidentes de obstrucção biliar.

Comprehendem-se as difficuldades therapeuticas que semelhantes estenoses podem apresentar, tendo sido praticada a resecção parcial do choledoco, restabelecendo-se em seguida a continuidade das vias biliares interrompidas por processos diversos, e tendo sido realizadas algumas operações de anastomose entre o tubo digestivo e a porção das vias biliares supra-jacentes ao aperto, taes como a hepato-cho-langio-enterostomia, a choledoco-enterostomia, e a

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la Lithiase biliaire et de ses complications*. These de Lyão, 1908.

(2) Mathieu, *Rétrécissements non-néoplasiques des voies biliaires principales*. *Revue de Chirurgie*, 1 de janeiro de 1908.

hepatico-duodenostomia por implantação praticada por Mayo (1905) e Terrier (1907), e também preconizada no tratamento cirurgico dalguns tumores das vias biliares.

A cholelithiase não se acompanha apenas destas estenoses não neoplasicas das vias biliares, mas também se pôde combinar com apertos de origem cancerosa, parecendo muito provavel que os carcinomas primitivos da vesicula e das vias biliares se relacionem etiologicamente com uma cholelithiase anterior.

A coexistencia das duas affecções, a neoplasica e a cholelithiaca, tem sido reconhecida com sufficiente frequencia para que a maioria dos cirurgiões considere o tumôr maligno como uma complicação da lithiase biliar.

Em todo o caso as estatisticas que estabelecem esta correlação morbida sam as que relacionam a cholecystite calculosa com o carcinoma da vesicula, ao passo que os dois processos se combinam muito mais raras vezes nos canaes biliares, considerando, por exemplo, Mathieu (1) muito discutivel que a formação do cancro do choledoco dependa da presença dos calculos nas vias biliares, embora o facto pareça bastante verosimil pelo menos nalguns casos.

Assim, — discutindo na pag. 140 do volume anterior a supposta unidade nosologica da cholemia simples familiar de Gilbert, nas suas relações com o carcinoma, — accentuámos com varios elementos esta-

(1) Mathieu, *La lithiase de la voie biliaire principale. Anatomie pathologique chirurgicale. Technique opératoire*. These de Paris, dezembro 1908.

tísticos a frequente coexistencia do neoplasma e da lithiase na vesicula biliar, encontrando-se os calculos em cerca de 95 % dos casos de cancro primitivo da vesicula, e mencionámos na pag. 194 do mesmo volume um caso recente de Kamm (1), muito interessante por se tratar duma observação completa com as successivas phases: infecção typhica da vesicula biliar, cholecystite e cholelithiase chronicas, carcinoma vesicular e hepatico.

Actualmente ainda alguns defendem a lithogenezese por carcinoma, conceito enunciado, por exemplo, em França, por Cornil e Ranvier (2), ao passo que outros, como Terrier e Auvray (3), teem sustentado a cancerogenezese por lithiase, noção que parece corresponder á verdade dos factos.

Aquelles autôres que julgam os calculos como consecutivos ao tumôr allegam: 1.º) que a lithiase é muito frequente, ao passo que o cancro primitivo da vesicula é relativamente raro; 2.º) que os individuos com carcinoma vesicular apresentam excepcionalmente antecedentes de colicas hepaticas; 3.º) que o carcinoma estabelece condições muito favoraveis á produção duma lithiase.

Não faltam porém razões a oppôr a semelhantes bases e Hautefort (4) apresenta as principaes na sua

(1) Kamm, *Gefährdung des Typhusbazillenträgers durch die eigenen Typhusbazillen*. Münchener medizinische Wochenschrift, de 18 de maio de 1909.

(2) Cornil e Ranvier, *Traité d'Histologie Pathologique*.

(3) Terrier e Auvray, *Tumeurs des voies biliaires*. Revue de Chirurgie, 1900, pag. 141.

(4) Hautefort, *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. These de Paris, 23 de junho de 1909.

monographia publicada na mesma occasião que o meu volume anterior.

Assim do primeiro argumento não se póde concluir que a cholelithiase não desempenhe papel algum na determinação do carcinoma. Em pathologia geral attribue-se valór etiologico ás lesões inflammatorias chronicas e ás irritações repetidas, mas é claro que nem por isso a producção dum cancro em condições dessa ordem se torna obrigatoria. Ha ainda a questão fundamental do terreno, além doutras incognitas, sendo porém justo admittir que a lithiase é uma importante causa predisponente que determina a localização do processo canceroso na vesicula biliar.

Quanto ao segundo argumento, não é raro ouvir referir colicas hepaticas na anamnese dos doentes que soffrem de carcinoma primitivo da vesicula. Hautefort, por exemplo, cita uma observação pessoal em que apparecem nitidamente colicas hepaticas preexistentes. Num caso de carcinoma do figado, que supponho ter-se iniciado por neoplasia das vias biliares, recordo-me de o doente se queixar de colicas hepaticas de que tinha soffrido menses antes. Semelhantes exemplos encontram-se tambem nas grandes series; assim Cotte (1), tendo em vista uma estatistica recente incidindo sobre 2180 autopsias do Instituto pathologico de Londres, refere que Slade encontrou 33 vezes calculos da vesicula, isto é, 1,5 %. Entre estes 33 casos, tinham 16 sido acompanhados de symptomas em vida; os 17 restantes tinham-se conservado latentes. Mas o exame microscopico averiguou o facto interessante de que se tratava de car-

(1) Cotte, *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*. These de Lyão, 1908, pag. 320.

cinoma em 10/33 destes exemplares; entre estes 10 casos, fôram descriptos 9 antigos cholelithiacos com symptomas em vida. De resto, conhecida a latencia tam frequente da lithiase vesicular, não se pôde concluir pela falta de symptomas cholelithiacos que não existiu uma lithiase anterior ao carcinoma.

Quanto ao terceiro argumento, é evidente que um carcinoma com esta sêde pôde produzir um obstaculo ao curso da bilis, mas a estase só por si não é sufficiente para a lithogenese. Além disso, na hypothese em discussão, deveriam os calculos ser igualmente frequentes nos carcinomas secundarios da vesicula, quando de facto a lithiase apparece apenas em 15 a 16% dos casos de carcinoma secundario (Berthold, Bernard); a presença de calculos nalguns casos de neoplasma secundario não impugna a relação etiologica geralmente accete, podendo tratar-se duma simples coincidencia, pois que se encontram calculos em cerca de 10% das autopsias que se praticam por affecções diversas.

Por outro lado, ha tambem outras circumstancias que convergem para a predisposição cancerosa que a lithiase realiza.

Sabe-se que a cholelithiase é cerca de cinco vezes mais frequente na mulher do que no homem, sendo a proporção do carcinoma vesicular primitivo sensivelmente a mesma; Siegert menciona 83 mulheres num total de 99 casos e a estatistica de Terrier refere 40 mulheres para 10 homens. Confrontando esta proporção com os casos de carcinoma secundario, reconhece-se, pelo contrario, que este é muito mais frequente no homem, mencionando Siegert 10 homens em 13 casos.

Além disso, teem sido encontrados por vezes cal-

culos volumosos de origem provavelmente antiga e coexistindo com carcinomas incipientes, o que também torna verosímil a ideia de que os calculos precederam a degenerescencia maligna.

É finalmente suggestiva a conclusão de que os calculos teem sido reconhecidos em 95 % dos casos de carcinoma primitivo da vesicula, tanto mais que as concreções podem ser expellidas da vesicula ou passar despercebidas nos tecidos neoformados.

Ácerca do processo histo-pathologico em causa, emittem Terrier e Auvray (1) a opinião de que: «o attrito dos calculos sobre as paredes determina ulcerações, e consecutivamente, quer durante a existencia destas ulcerações, quer depois da sua cicatrização, produz-se uma proliferação dos elementos glandulares da mucosa que pôde terminar no carcinoma». Zenker (2) por seu lado estabeleceu o parallelo com os cancos do estomago que pôdem desenvolver-se por um processo semelhante sobre uma ulcera redonda ou sobre a sua cicatriz.

Nesta ordem de ideias comprehende-se como um carcinoma se pôde produzir numa vesicula calculosa silenciosa de symptomas, porquanto semelhantes vesiculas se encontram chronicamente inflammadas, com ulceras frequentes cujas variadas causas anatomico-pathologicas analysámos na pag. 218 do volume anterior; além destas lesões ha ainda a proliferação consideravel dos canaes de Luschka e das glandulas

(1) Terrier e Auvray, *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, tome I, Paris, 1901.

(2) Zenker, *Der primäre Krebs der Gallenblase*. *Archiv für klinische Chirurgie*, B. XLIV, 1891.

mucosas em certos casos de cholecystite, factor predisponente sobre o qual Zenker tambem insiste.

Conhecidas as relações, sobre as quaes insistimos, entre as determinações infecciosas da vesicula biliar e as pancreatites, era de suppôr que o carcinoma do pancreas, succedendo a uma pancreatite, se relacionasse directamente com a lithiase vesicular. Sam a este respeito interessantes as observações de Kehr (1) que referiu recentemente 21 carcinomas do pancreas numa serie de 520 laparatomias por cholelithiase confirmada ou suspeitada e por ictericia chronica.

Por outro lado, nos casos raros de cancro primitivo das vias biliares principaes admitte-se a hypothese de que a lithiase tambem desempenhe um papel semelhante.

Depõem neste sentido casos como o seguinte de Brenner (2), citado por Hautefort; mulher de 64 annos, diagnostico: lithiase com obstrucção do choledoco; cholecystostomia seguida de cholecystenterostomia; vesicula muito dilatada com 74 calculos; morte três mêses depois; autopsia: carcinoma do choledoco com ganglios neoplasticos no mesenterio e nucleos secundarios no figado.

À semelhança de Mathieu, tambem Borelius (3), que publica 14 casos de carcinoma primitivo das vias

(1) 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.

(2) Brenner, *Ueber das primäre Carcinom des Ductus Chole-doci*. Virchow's Archiv, CLVIII, 253 (1899).

(3) Borelius, *Ueber das primäre Carcinom in den Hauptgallengängen*. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Lxi. Band. 236-265, dezembro 1908.

biliares principaes, não suppõe que a lithiase tenha aqui um papel tam preponderante como justamente se lhe attribue na predisposição para o carcinoma vesicular. Em todo o caso, como hypothese, não repugna admittir que a angiocholite predisponha para o carcinoma do choledoco á semelhança da relação pathogenica entre a cholecystite calculosa e o carcinoma vesicular.

Na mesma ordem de ideias, e num sentido em tempo enunciado por Gilbert, seria inclusivamente logico suppôr-se que uma angiocholite das vias biliares intra-hepaticas podesse preparar a degenerescencia neoplasica, e assim teriamos o carcinoma primitivo da glandula hepatica relacionado em certos casos com uma cholelithiase anterior.

Resta finalmente considerar alguns symptomas cardio-pulmonares considerados numa these recente de Mauger (1) como complicações cardio-pulmonares da lithiase biliar, ainda que, por vezes, sejam inversamente as affecções cardiacas que predispõem para a cholelithiase, como vamos vêr com elementos do tratado classico de Rolleston (2), e embora noutros casos se trate das muito conhecidas perturbações cardiacas descritas nas cirrhoses biliares. É com effeito sabido que o coração, — nestes estados de cirrhose, que tambem podem complicar uma cholelithiase chro-

(1) Mauger, *Étude clinique et diagnostic des complications cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire en particulier chez le vieillard*. These de Paris, 18 de novembro 1909.

(2) Rolleston, *Diseases of the Liver, Gall-bladder and Bile-ducts*. Philadelphia e Londres, 1905, pag. 710 e 711.

nica, — tende a dilatar-se e que se ouvem por vezes sôpros vasculares e um sôpro mitral systolico.

Colligiu Mauger uma serie de trabalhos destes ultimos quarenta annos em que se descrevem accidentes cardio-pulmonares no decurso da lithiase biliar. Assim uma these antiga de Mahot (1) descreve uma observação de asystolia complicando uma colica hepatica num doente de Potain. Murchison (2) refere-se á frequencia das palpitações nas affecções hepaticas e especialmente na lithiase biliar. Destureaux (3) occupou-se da dilatação cardiaca de origem gastro-hepatica. Mas fôram especialmente Potain (4), Barié (5), Rendu (6) e Sterne (7) que publicáram importantes trabalhos sobre este aspecto da cholelithiase.

No relatorio de Mongour (8), que Mauger não cita, tambem são referidos estes accidentes reflexos cardiacos ou cardio-pulmonares, bem estudados por Potain, e por vezes tam graves que exigem uma intervenção cirurgica de urgencia. E assim descreve

(1) Mahot, These de Paris, 1869,

(2) Murchison, *Leçons cliniques sur les maladies du foie, traduites par le Dr. J. Cyr.* Paris, 1878.

(3) Destureaux, These de Paris, 1879.

(4) Potain, *Cliniques médicales de la Charité.*

(5) Barié, *Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques.* Revue de Médecine, 1883.

(6) Rendu, *Influence des maladies du coeur sur les maladies du foie et réciproquement.* Mémoire à l'Académie de Médecine, 1883.

(7) Sterne, These de Nancy, 1896.

(8) Mongour, *Du moment de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.* Dixième Congrès français de Médecine (Geneve, 1908). Rapports, pag. 202, Genebra, 1908.

Mongour os dois casos seguintes em que as crises vesiculares, pela sua repetição e pela sua intensidade, determináram semelhantes complicações funcçionaes com necessidade dum tratamento cirurgico.

Os accessos dolorosos não calmados pela morphina e sobrevindo cerca de duas em duas horas, numa mulher de 28 annos, alcoolica e syphilitica, determináram, ao terceiro dia, uma asystolia aguda e ameaçadora. Conjurados os primeiros accidentes pela theobromina, procedeu-se á intervençãõ cirurgica. A vesicula continha um calculo volumoso que foi extrahido. As colicas hepaticas não se repetiram e a asystolia desapareceu. Cura sem incidentes.

Uma senhora de 55 annos teve syncopes graves e prolongadas no decurso de accessos lithiacos subintrantes. A doente accitava uma intervençãõ que a familia recusou. Na 17.^a crise deu-se a morte por syncope. Os accidentes tinham-se iniciado apenas 48 horas antes.

Casos desta ordem não sam muito frequentes, mas importa clinicamente saber que elles se podem produzir.

Chamámos, ha pouco, reflexos a estes accidentes cardiacos e cardio-pulmonares. É que, no ponto de vista pathogenico, se attribuem as complicações cardio-pulmonares a um reflexo que, partindo da mucosa das vias biliares irritada pelos calculos, vae produzir, por intermedio do pneumogastico (experiencias de Arloing e Morel) (1), uma

(1) Morel, *Recherches expérimentales sur les lésions du coeur droit consécutives à certaines maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal*. Paris, 1880.

vaso-constricção dos capillares pulmonares e provocar portanto uma elevação de tensão sanguinea na pequena circulação. O coração direito, perante este obstaculo, dilata-se, e tanto mais rapidamente quanto mais senil fôr. Se o reflexo se prolonga, accentua-se a dilatação cardiaca, estabelece-se a insuficiencia tricuspida e a asystolia.

Quando se trata de accidentes essencialmente cardiacos, sob a fórma de palpitações, de syncope, invoca-se tambem uma acção reflexa attingindo directamente o coração sem o intermediario pulmonar, estabelecendo-se o reflexo pela via do grande sympathico (Barié).

É mesmo provavel que, dum modo geral, o reflexo se produza por vezes pela intensidade e repetição das crises vesiculares, independentemente de phenomenos de calculose (physiologia pathologica da colica biliar nas pagg. 291 e 292 do volume anterior) e que tenha grande influencia a chronicidade das infecções biliares, com ou sem lithiase.

Num caso que conheço estabelecêram-se as perturbações cardiacas muitos annos depois de iniciada uma cholelithiase, que se tornou chronica, apesar de successivos tratamentos no Gerez.

Notemos porém, de passagem, que tem sido reconhecida a relação pathogenica inversa, predispondo as cardiopathias até certo ponto para a cholelithiase, de modo que me parece muito possivel que os accidentes cardiacos em cholelithiacos se relacionem por vezes antes com uma affecção cardiaca preexistente.

Estas affecções do coração influem com effeito sobre o apparécimento da cholelithiase tornando a vida mais sedentaria e provocando assim a estagnação da bilis na vesicula biliar, o que favorece a in-

flammação vesicular catarrhal. Por outro lado, nas affecções mitraes com pressão retrograda, estabelecem-se facilmente catarrhos gastricos e duodenaes com inflammações ascendentes.

A influencia das affecções cardiacas decorre de varias estatisticas necropsicas, sendo as mais interessantes as de Brockbank (1) e Mills (2).

Da primeira serie, em que se confrontam 504 cardiacos com 843 exemplares sem affecção cardiaca, deprehende-se que uma lesão de coração importante parece duplicar sensivelmente a frequencia da cholelithiase.

A estatistica de Mills sobre 200 cardiacos dá a impressão de que a influencia das cardiopathias se exerce relativamente mais sobre a producção dos calculos no homem do que na mulher, porque a lithiase é, em condições normaes, três vezes mais frequente na mulher, ao passo que nestes çasos de affecções cardiacas não chega a produzir-se com o dôbro da frequencia. A mesma estatistica suggere tambem a noção de que estas cardiopathias influem sobre a cholelithiase fazendo a apparecer em idades menos avançadas do que nas condições ordinarias.

A maior frequencia da cholelithiase em cardiacos é fundamentalmente attribuida aos effeitos da affecção cardiaca e não ás suas causas, taes como esforços, hypertensão, syphilis, que não predispõem para a cholelithiase; algumas até, como os exercicios, tenderiam pelo contrario a evitá-la.

(1) Brockbank, *Edinburgh Medical Journal*, vol. III, pag. 51, 1898.

(2) Mills, *These de Cammidge*.

Os accidentes cardiacos e cardio-pulmonares, que a cholelithiase pôde por vezes determinar, realizam fôrmas clinicas diversas.

Numa primeira categoria de factos trata-se de accidentes essencialmente cardiacos, palpitações, palpitações com arhythmia, syncope por vezes mortal.

Sendo numerosos cholemicos de Gilbert infectados chronicos das vias biliares, como dissemos, cabem nesta categoria os casos de angina de peito «biliar» conforme a designação deste autôr.

As palpitações, inicialmente descriptas por Stokes (1) no decurso da lithiase biliar, particularmente frequentes nas mulheres e em nevropathas, sobreveem, em especial, durante a colica hepatica, e podem acompanhar-se de angustia, dyspnea, lypothimia, arhythmia ou intermittencias.

Estes symptomas benignos podem porém produzir-se com um character de gravidade tal que teem sido descriptos casos mortaes, como no segundo dos referidos casos de Mongour (pag. 192).

Ao estado lypothimico substitue-se a syncope com paragem do coração em diastole. A morte sobrevem por vezes em poucas horas, ou mais tardiamente durante a noite, ou no dia immediato áquelle em que a colica biliar se iniciou.

Semelhantes casos mortaes sam relativamente numerosos e sempre impressionantes em virtude da benignidade do prognostico que uma colica hepatica suggere. Este prognostico deve ser sempre reservado em individuos de idade avançada, que realizam a maior frequencia de semelhantes syncopes

(1) Stokes, *Maladies du coeur et de l'aorte*, 1864.

mortaes, tendo os doentes de Durand-Fardel, Curry e Sterne 82 a 67 annos.

Mas os accidentes desta ordem tambem podem produzir-se em individuos novos; recordemos o primeiro dos referidos casos de Mongour (pag. 192), e a observação de Brouardel (1) que autopsiou em serviço medico-legal, por suspeita de envenenamento, uma mulher de 25 a 30 annos, vigorosa, que morreu subitamente poucas horas depois de iniciada uma colica hepatica; a necropsia revelou a presença dum calculo no canal choledoco e de numerosos calculos na vesicula biliar.

A semelhantes fórmas essencialmente cardiacas contrapõe-se uma outra fórma de accidentes da lithiase biliar: a fórma cardio-pulmonar.

Esta fórma mixta constitue uma variedade bastante rara de accidentes da cholelithiase pois que Barié, entre 47 casos de perturbações cardio-pulmonares no decurso de affecções gastro-hepaticas, apenas attribue 3 observações á lithiase biliar.

Semelhantes complicações cardio-pulmonares revestem um caracter semiologico diverso conforme se produzem durante uma colica hepatica, ou acompanhando uma cirrhose calculosa.

No primeiro caso estabelece-se facilmente o diagnostico, e a affecção sobrevem, em especial, nos adultos; no segundo caso podem os symptomas da cholelithiase ser muito menos nitidos, encontrando-se esta fórma clinica principalmente nos individuos de idade avançada.

Na fórma cardio-pulmonar dos adultos

(1) Brouardel, *La mort et la mort subite*, Paris, 1895.

sam os symptomas cardiacos os mais accentuados; assim por exemplo tem sido reconhecida a ponta do coração abaixada, desviada, batendo fóra da linha mamillar, indicando uma dilatação do coração direito.

A palpação revela, segundo Barié, por vezes uma ligeira ondulação da ponta; permite tambem constatar um enfraquecimento, ou, pelo contrario, um augmento na impulsão cardiaca; a diminuição depende da dilatação cardiaca, e a exacerbação da força impulsiva resulta duma hypertrophia produzida por crises successivas.

A matidez cardiaca póde ultrapassar mais ou menos o bordo direito do esterno.

A auscultação revela não só arhythmia e intermitencias, mas tambem uma notavel accentuação do segundo ruido ao nivel do segundo espaço intercostal esquerdo; ésta accéntuação, dependente da hypertensão sanguinea na pequena circulação, encontra-se mencionada em quasi todas as observações. Barié notou ainda a existencia de sôpros extra-cardiacos, medio-systolicos, e nos casos mais graves, evolucionando para a asystolia, produz-se uma insufficiencia da tricuspida.

O pulmão, onde o reflexo biliar provoca uma vasoconstricção dos capillares, não accusa symptomas importantes; geralmente encontram-se apenas algumas ralas sub-crepitantes em ambas as bases ou simplesmente á direita.

Esta fórmula cardio-pulmonar dos adultos não offerece em regra difficuldades diagnosticas em virtude da nitidez com que se produzem os symptomas da cholelithiase causal.

Mas nos accidentes cardio-pulmonares dos velhos póde o diagnostico tornar-se delicado pela frequente

latencia da lithiase biliar nessas condições; sam especialmente interessantes os casos que complicam uma cirrhose calculosa, como numa recente observação de Monnier (1), citada por Mauger.

Doentes dessa ordem suggerem o confronto entre uma cirrhose calculosa complicada de perturbações cardiacas reflexas e uma cirrhose cardiaca consecutiva a uma cardiopathia.

O diagnostico estabelece-se pela anamnese, que regista um passado cardiaco ou antecedentes cholelithiacos, e ainda pelo exame do doente. As perturbações cardiacas secundarias, de origem lithiaca, sam suggeridas pela integridade clinica do coração esquerdo, o que não exclue uma certa esclerose cardiaca, a accentuação do segundo ruido pulmonar, por vezes o ruido de galope direito e as ralas congestivas na base do pulmão direito. Na falta destes symptomas podem deduzir-se signaes de probabilidade pelo sexo do doente, pelos resultados da medicação e pela evolução da doença (2).

Taes sam, nos seus traços mais caracteristicos, as restantes complicações da cholelithiase de que ainda nos tinhamos proposto tratar nas considerações geraes estabelecidas nas pagg. 173 e 174 sobre estes aspectos da lithiase biliar.

(1) Monnier, *Accidents cardio-pulmonaires au cours de la cirrhose calculeuse*. Gazette médicale de Nantes, 15 de maio de 1909.

(2) Mauger, *Étude clinique et diagnostic des complications cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire en particulier chez le vieillard*. These de Paris, 18 de novembro de 1909.

CAPITULO II

TRATAMENTO DA CHOLELITHIASE

O desenvolvimento com que fôram considerados nos capitulos anteriores os aspectos anatomo-pathologicos e pathogenicos da cholelithiase e das suas complicações permite entrevêr desde logo as linhas geraes dum tratamento racional, pelo que este segundo capitulo constitue como que uma serie de conclusões therapeuticas medico-cirurgicas sobre a lithiase biliar e sobre os principaes accidentes que podem complicá-la.

Ha um certo numero de aspectos therapeuticos que propositadamente não menciono neste lugar, porque não me julgo de modo algum obrigado a considerar meios de tratamento absolutamente anti-scientificos, taes como os innumerados especificos industrializados, que se lançam no mercado para dissolver os calculos biliars, e processos therapeuticos perigosos, como a massagem que Dieulafoy (1), por exemplo, ainda menciona.

(1) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, Quinzième édition, Paris, 1908.

Os suppostos específicos sam já pela sua multiplicidade suspeitos; os bons effeitos que alguns teem produzido explicam-se pela acção purgativa dalgumas componentes de semelhantes preparados.

A massagem deve ser absolutamente posta de parte por causa das lesões anatomico-pathologicas da cholelithiase, antigamente não consideradas, tendo-se apenas em vista os calculos biliares. As ulceras tam frequentes do collo vesicular podem evidentemente produzir uma perfuração provocada pela massagem. Dum modo geral, a frequente extensão das lesões vesiculares, que por vezes attingem o peritoneu, e a eventualidade duma infecção intrahepatica contraindicam semelhantes manobras, servindo a massagem quando muito para lançar calculos da vesicula biliar para o choledoco e agravar por vezes o estado do doente com uma ictericia e uma angiocholite por oclusão calculosa do choledoco. Ora o que convém é limitar tanto quanto possível o processo inflammatorio á vesicula biliar, e tratá-lo ahi convenientemente.

No tratamento medico da cholelithiase importa distinguir, em primeiro logar, as crises dolorosas, e, em segundo logar, a affecção das vias biliares no sentido de evitar a repetição dos ataques.

Gilbert, Carnot e Jomier (1), num recente relatório, de resto muito interessante, occupam-se do tratamento da colica hepatica sob as suas duas formas: a cólica hepatica ordinaria, de symptoma-

(2) Gilbert, Carnot e Jomier, *Traitement de la lithiase biliaire*, Dixième Congrès français de Médecine (Genève, 1908). Rapports, pag. 177 a 185.

tologia classica e conhecida de todos os médicos, e a cólica vesicular (1), menos geralmente conhecida, embora extremamente frequente.

Estabelecida esta distincção, que se me afigura pathogenicamente insustentavel e clinicamente insub-sistente, preconizam os autôres tratamentos adequados para cada uma destas fórmas.

Attribuindo a cólica hepatica ordinaria, em regra, a calculos de pequenas dimensões, que podem seguir, e fazendo corresponder a cólica vesicular, em geral, a concreções excessivamente volumosas para poderem atravessar o canal cystico e ser expellidas pelo intestino, orientam os autores a therapeutica em harmonia com estes incertos conceitos pathogenicos.

Perante o syndroma da cólica hepatica ordinaria, julga-se Gilbert autorizado a provocar e auxiliar a migração dos calculos.

Preconiza nesta ordem de ideias a medicação cholagoga e recommenda o azeite em altas doses (medicos americanos, Chauffard e Dupré, Barth), a glycerina (Ferrand), a bilis secca e o extracto de bilis, o oleo de Haarlem (2), o remedio de Durande (3) sob

(1) Gilbert e Fournier, *Maladies du foie*, Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel-Gilbert, pag. 183.

(2) Segundo Gigon, citado no relatorio de Gilbert, Carnot e Jomier, o oleo de Haarlem é constituído pela dissolução, numa mistura de terebinthina e de petroleos, dum oleo amarello, que seria o principio activo, contendo cerca de 2 9/10 de enxôfre combinado.

(3) O remedio de Durande, que tem tido grande voga como medicamento litholytico infallivel, compõe-se de duas partes de essencia de terebinthina e de tres partes de ether sulfurico, e tem sido aconselhado sob a fórma de poção, na dose de 2 a 4 grammas por dia, durante muito tempo, pois que os doentes de-

a forma de capsulas tomadas á razão de uma capsula de terebinthina para duas de ether, varias vezes por dia, segundo o methodo preconizado por Trousseau, o ether amyvalerianico (Bruel); podem empregar-se certas substancias taes como o salicylato de soda ou o benzoato de soda (Chauffard), que tambem teem propriedades antisepticas, e certos purgantes cholagogos, taes como o sulfato de soda; recommendam-se os grandes clysteres frios que, para certos autores, provocariam a contracção dos ductos biliares; pôde finalmente recorrer-se ás curas hydro-mineraes intensivas de Vichy, de Carlsbad e de Vittel ou de estancias analogas para obter a evacuação dos calculos que estas aguas tantas vezes realizam.

A semelhante tratamento do syndroma da chamada cólica hepatica ordinaria, contra-põem os autôres uma therapeutica diversa para a cólica que denominam vesicular.

Nesta forma, que os autôres descrevem como sendo differente, devem os cholagogos ser quasi sempre postos de parte, pois que, segundo Gilbert, os calculos vesiculares, volumosos em demasia, a não ser por excepção, nem poderiam ser eliminados em crises therapeuticamente provocadas, nem tam pouco nas espontaneamente produzidas. Considera-se pois nestas condições como boa prática não recorrer á medicação evacuable ou, pelo menos, não insistir nella; mas procurar-se-ha a tolerancia vesicular.

Neste sentido preconizam Gilbert, Carnot e Jo-

veriam tomar em geral até 500 grammas. Sam adiante explicados os bons effeitos por vezes obtidos com semelhante medicamento.

mier judiciosamente o repouso absoluto de cama, e por outro lado um regimen exclusivo com leite desnatado que o doente deve tomar em pequenas doses muitas vezes repetidas.

Notemos apenas de passagem que muitos destes doentes teem a maior repugnancia pelo leite, que então poderá ser substituido por um regimen ligeiro, respeitando-se porém o principio das pequenas porções e especialmente o da frequente administração dos alimentos.

Gilbert, partindo do facto de que a vesicula biliar se enche no intervallo das refeições, para se evacuar durante a digestão, suppõe que a referida alimentação continua modifica semelhante intermittençia, tornando-se o curso da bilis continuo como o processo digestivo, e considera «*esta hypothese*» tanto mais plausivel que a vesicula se encontra quasi sempre vazia nos herbivoros que se alimentam constantemente.

Dahi as vantagens deste regimen que daria em resultado o desaparecimento das alternativas de repleção e de vacuidade da vesicula biliar, e que produziria assim a sua immobilização, favoravel á permanencia dos calculos e á sedação do processo inflammatorio e da irritabilidade vesiculares.

O repouso de cama, sobretudo quando rigorosamente absoluto, como deve exigir-se, contribue tambem para a immobilização da vesicula com as suas beneficas consequencias.

Aconselham-se ainda as applicações quentes, humidas, e emollientes sobre a região vesicular e os banhos simples quentes prolongados.

Além dos cholagogos seriam tambem proscriptos, tanto quanto possivel, os purgantes que, na sua quasi totalidade exercem uma acção sobre a secreção

e excreção biliares; seriam preferiveis os suppositórios e os clysteres, embora possam impressionar também a vesícula biliar.

As curas hydro-mineraes podem também produzir uma notavel sedação, contanto que sejam conduzidas com toda a prudencia. Assim, em Vichy, as crises provocadas tornáram-se muito raras, e os effeitos sedantes excellentes, em especial desde que se abandonou o emprêgo da nascente excessivamente alterante da «Grande Grille», desde que se diminuiu a dose de agua ingerida e que se voltou á prática dos banhos thermaes prolongados (Linossier).

Neste mesmo relatorio de Gilbert, Carnot e Jomier se regista porém o facto de que o tratamento hydro-mineral, por muito bem dirigido que seja, provoca nalguns casos crises subintrantes, tendo os doentes que abandonar a estancia sem terminarem a cura, o que depende, a meu vêr, da falta de selecção dos doentes a submeter a semelhante therapeutica, e por vezes da escolha das aguas aconselhadas.

Tal é o tratamento privativo da colica vesicular, esboçado por Gilbert e Fournier em relatorio ao Congresso internacional de Medicina de 1900 (1), e ampliado num artigo mais recente de Gilbert (2).

Estabelecidos os dois tratamentos, concluem Gilbert, Carnot e Jomier, na pag. 185 do seu recente relatorio, por dizer que os esforços therapeuticos, em vista duma cura das crises de colica hepatica, deverám portanto ser dirigidos num sentido differente

(1) Gilbert e Fournier, *Traitement de la lithiase biliaire*, Congrès international de Médecine (Section de Thérapeutique).

(2) Gilbert, *Contribution à l'étude de la colique hépatique. La colique vésiculaire*. La Presse Médicale, 14 de novembro 1906.

conforme se tratar duma ou doutra fôrma deste syndroma doloroso.

Mas os dois typos de colicas hepaticas assim estabelecidos sam indifferençaveis no triplice ponto de vista pathogenico, clinico e therapeutico, devendo contrapôr-se a semelhante conceito a noção da unidade especialmente clinica e therapeutica das crises agudas da lithiase biliar.

As considerações expostas na pag. 291 do volume anterior sobre a physiologia pathologica da colica hepatica, e o circulo vicioso que se estabelece entre a cholecystite e a cholelithiase, — exercendo a cholecystite uma indiscutivel acção lithogenica, e entretendo os calculos na vesicula biliar um estado infeccioso, mais ou menos latente, que bruscamente se pôde revelar numa grave crise de cholecystite, — sam elementos communs ás duas enunciadas fôrmas de crises dolorosas.

O principio da remoção dos calculos biliares, que de resto nem sequer existem nalgumas crises vesiculares, é um aspecto duma unilateralidade que já se não coaduna com os conhecimentos modernos sobre as lesões histo-pathologicas das vias biliares, e julgo interessante notar que o relatorio de Gilbert, Carnot e Jomier, onde se estabelece a referida distincção que me não parece acceitavel, termina pela seguinte conclusão que põe em fóco a característica dos tratamentos medicos modernos: «O objectivo methodico do estado de tolerancia nos casos de colica vesicular e o abandono do proposito systematico, em todos os casos, da expulsão dos calculos constituem um verdadeiro progresso: tal é a principal aquisição destes ultimos annos».

De resto, no momento dos paroxysmos do-

l'orosos, é o proprio Gilbert que aconselha a mesma therapeutica para combater a dôr em ambos os casos.

Nesta importante medicação de urgencia, de que vamos occupar-nos, recommendam Gilbert, Carnot e Jomier as applicações quentes sobre a região dolorosa, calor secco ou compressas humidas, cataplasmas simples ou laudanizadas, topicos calmantes, e tambem os banhos geraes; ou então recorrem aos medicamentos internos, administrados por via rectal ou hypodermica, por causa da frequencia das nauseas e dos vomitos, suppositorios com belladona ou opio, e especialmente clysteres de opio e de analgesina.

Esta ultima combinação therapeutica é novamente descripta num artigo de Jomier (1) publicado ha dias como sendo a pratica seguida por Gilbert.

Distribuem-se aos doentes papeis de analgesina, com 0^{gr},50 cada um, e laudano de Sydenham, autorizando-os a empregar para um clyster, que deverá ser administrado desde o inicio da crise dolorosa, de 2 a 3 papeis de analgesina até 7 ou 8 papeis, de X a XX gottas de laudano até XL gottas. Aconselha-se o doente a recorrer ás doses mais fracas e a não as augmentar no caso de produzirem resultado. Quando não, pôde o doente servir-se de doses crescentes, dentro dos limites indicados. No caso de um primeiro clyster não alliviar a dôr, poderá, duas ou tres horas depois, recorrer á administração dum segundo.

(1) Jomier, *Traitement de la lithiase biliaire* in: Marcel Garnier, Pierre Lereboullet, Herscher, Villaret, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, P. Emile Weil, Paul Carnot, *Les Maladies du foie et leur traitement*. Paris, 1910.

Semelhante processo teria a vantagem de o doente poder tratar-se immediatamente, antes da chegada do medico, e graduar a dose dos medicamentos a empregar conforme a noção da sua reacção anterior e segundo a sua tolerancia.

Supponho que é este precisamente o perigo do methodo, e que, se um tal systema se generalizasse, augmentaria tambem o numero dos doentes que abusam dos narcoticos. Tal factio não é de modo algum indifferente pois que se encontram doentes habituados a dose elevadas de morphina, por exemplo: 0,03 nos casos n.^{os} 25, 127 etc, e 0,04 na observação n.^o 103 duma serie clinica importante de Kehr (1).

Dahi a noção pratica importante de que o morphinismo póde constituir uma indicação para o tratamento cirurgico (2), no sentido de se eliminarem as crises dolorosas que produzem estes accidentes, especialmente quando se tratar de individuos que pela sua profissão teem facilidade em obter o narcotico; no periodo post-operatorio inicia-se então o tratamento da morphinomania.

Dahi tambem a noção clinica de que importa evitar aos cholelithiacos semelhantes habitos.

Ha, de resto, numerosos casos de colica hepatica em que os narcoticos sam perfeitamente dispensaveis, como, por exemplo, num caso pessoal a que se faz allusão na pag. 12 do volume anterior. Assim, na recente monographia clinica de Pel (3), preconizam-

(1) Kehr, Liebold e Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908, pag. 588.

(2) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 110.

(3) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909, pag. 339.

se, no tratamento da crise, as applicações quentes sobre a região hepatica sob a fórma de cataplasmas de linhaça, tam quentes quanto possível, amplas, mas leves e constantemente renovadas, reservando-se os narcoticos para quando fôr necessario.

Kehr tambem tinha feito a nota de que o envolvimento quente produz em muitos casos tam bons effeitos como a morphina e, de facto, sam surprehendentes os resultados que por vezes se obteem com uma simples toalha dobrada e embebida em agua bem quente sobre o abdomen superior, contornando o flanco até á região dorsal do lado direito.

Encontram-se porém excepcionalmente doentes que preferem as applicações frias ou geladas. Mas esses casos confirmam a regra porque revestem um character anatomo-pathologico differente. Sam, em geral, os doentes com symptomas peritoneaes apreciaveis, que, de resto, a fazer-se um tratamento medico, exigem o gelo.

Casos isolados, sem reacção peritoneal evidente, como o da observação n.º 58 duma serie clinica de Kehr (1), no qual as applicações quentes eram mal supportadas, alliviando a doente porém com o gelo, sam, a meu vêr, casos da mesma ordem; com effeito, lendo a nota histo-pathologica appensa ao relatorio clinico desta doente operada por cholecystectomy, encontrei que a infiltração inflammatoria desta cholecystite ulcerosa chronica tinha já attingido a serosa.

Tornando-se necessaria a applicação dos narcoticos, sam por vezes sufficientes as doses pequenas (meio milligramma de morphina num caso de Kehr).

(1) Kehr, Liebold e Neuling, *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*.
Münich, 1908, pag. 82 a 84.

Havendo vomitos, recorre-se á injecção de chlorhydrato de morphina (1 a 2 centigrammas) ou á administração rectal simplesmente de laudano (X a XXX gottas) em pequena quantidade de agua morna (10 a 20 grammas), repetindo-se a medicação em caso de necessidade.

Pel, professor de Clinica medica em Amsterdam, accentúa a grande utilidade destes clysteres minimos com laudano, primitivamente usados por Guyon em affecções dolorosas da bexiga, recommendando-os não só no tratamento da colica hepatica, mas tambem, dum modo geral, em dôres abdominaes ou pelvicas; sam duma acção muito rapida e não teriam os desagradaveis effeitos secundarios da injecção de morphina.

Os narcoticos, usados com moderação, não só prestam serviços para alliviar o doente, mas tambem podem, se não supprimir por completo, pelo menos restringir as contracções espasmodicas das vias biliares e os effeitos reflexos sobre o coração e outros orgãos.

Os narcoticos devem finalmente ser considerados sob outro aspecto.

Como a experiencia ensina que a crise aguda depende na maioria dos casos duma inflamação, é sempre interessante investigar, tanto quanto possível, o grau deste processo inflammatorio. Kehr (1) fornece a este respeito os seguintes elementos de apreciação.

Na cholecystite serosa está a crise muitas vezes terminada com uma ou duas injecções de morphina; a vesicula tumefeita reduz-se rapidamente e muitas

(1) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 51.

vezes dois dias depois já se não encontra sensibilidade á pressão sobre a vesicula biliar.

Tratando-se porém duma cholecystite suppurada ou gangrenosa, torna-se o uso prolongado da morphina tam inconveniente como na appendicite gangrenosa ; as successivas injeccões de morphina encobrem o quadro symptomatico e perde-se a verdadeira oportunidade duma intervenção cirurgica, porque ha fórmas de cholecystite que se não tratam pela morphina mas pela operação.

Nem sempre se liga a devida importancia ao repouso em decubito no tratamento da choletithiase, sendo esta precaução fundamental, em especial durante a crise e na convalescença, e perfeitamente explicavel pelo character inflammatorio da doença. Nesta ordem de ideias instituiu Fink em Carlsbad galerias especiaes para a cura de repouso.

O repouso de cama é de aconselhar emquanto houver na região vesicular dôr espontanea ou provocada, ou o thermometro accusar qualquer elevação thermica por ligeira que esta seja, e emquanto o estado geral se não tiver normalizado por completo.

Importa continuar com a physio-therapia pelo calor humido, substituindo Pel depois da crise as cataplasmas por envoltimentos de Priessnitz, applicados quentes sobre a região hepatica.

O calor humido, sempre mais efficaz nestes doentes do que o calor secco, pôde ser realizado nas classes mais abastadas pelos thermóphoros que, préviamente fervidos, conservam muito bem a temperatura ; applicam-se sobre uma toalha de mãos molhada em agua tam quente quanto seja possivel.

Na alimentação sam especialmente recommendaveis bebidas quentes, taes como o leite e o chá

fraco, não só por occasião da crise aguda, mas tambem na convalescença. Os liquidos quentes completam assim, pela administração interna, a acção do calor cujos effeitos beneficos tanto se fazem sentir no tratamento da cholelithiase.

Na convalescença duma crise importa manter uma dieta liquida, em que Gilbert, Carnot e Jomier preconizam o regimen lacteo exclusivo por causa das perturbações funcionaes produzidas no figado pela mais insignificante colica hepatica.

Assim descrevêram Gilbert e Castaigne cholelithiacos com anhepatia nas crises agudas, revelada pela hypoazuturia, pela glycosuria alimentar, pela eliminação intermittente do azul de methylena e pela acholia das fezes independentemente de quaesquer phenomenos ictericos. Nalguns doentes estabelecer-se-hia até um estado diabetico por anhepatia chronica.

Embora talvez se trate por vezes duma dyshepatia ligada á presença de perturbações anteriores, que já tenho encontrado em antigos cholelithiacos (pag. 182), explicam aquelles autôres esta acção da colica hepatica sobre as cellulas do figado como sendo de ordem reflexa e comparavel aos effeitos da colica nephritica sobre a anuria ou ainda á asialia reflexa causada por uma colica salivar, como num doente que por lithiase dum dos canaes de Wharton tinha, durante as crises dolorosas, a bocca absolutamente secca.

Como, por outro lado, uma alimentação muito abundante pôde provocar novas crises dolorosas, o que se comprehende por um effeito cholagogo ao qual teremos que nos referir, preconizam Linossier e Gilbert com os seus discipulos o regimen lacteo ainda durante algum tempo; depois sam permittidas

as farinhas, além dos caldos sem gordura e dos purés de legumes, como transição para um regimen proprio, uma dieta especial que estes autôres julgam dever impôr no intuito duma supposta prophylaxia da cholelithiase.

Conjurada a crise aguda, subsiste com effeito o problema do tratamento medico da cholelithiase no sentido de se evitarem novas colicas hepaticas.

O primeiro ponto de vista que a esse respeito importa considerar é o da dissolução e eliminação dos calculos biliars, que sempre tem orientado o tratamento.

Apesar dalgumas experiencias interessantes, como as de Bain (1) em cães, além de muitas outras *in vitro*, por exemplo com a mistura de ether e de essencia de terebinthina (remedio de Durande), suggerindo mais ou menos effeitos litholyticos que variadas substancias poderiam exercer sobre os calculos, deve admittir-se, no estado actual da sciencia, que faltam por completo quaesquer medicamentos capazes de dissolver os calculos nas vias biliars.

Além disso o scepticismo de Pel (2), na sua recente monographia, sobre a possibilidade de desinfectar as vias biliars pela administração de quaesquer medicamentos e ácerca da eventualidade de se influir na producção dos calculos por uma dieta especial, afigura-se-me exaggerado quanto á primeira

(1) William Bain, *An experimental contribution to the treatment of chololithiasis*. British Medical Journal, 1905.

(2) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909 pag. 341.

parte, tendo em conta a efficacia dalgumas substancias, talvez por acção mechanica ou indirecta, e profundamente verdadeiro quanto á inutilidade de qualquer dieta, opinião já emittida no meu volume anterior.

Para realizar a eliminação de calculos preexistentes na vesicula biliar tambem os nossos recursos therapeuticos sam insufficientes. O espessamento da parede vesicular, mais ou menos lesada, não pôde determinar sempre qualquer augmento da sua força expulsiva; não deve ser provavelmente pequena a resistencia a vencer na travessia do cystico e da papilla pelas concreções, e a incongruencia entre as dimensões dos calculos e o calibre das vias biliares é geralmente de tal ordem que não surprehende de modo algum a impossibilidade de conseguirmos a evacuação dos calculos. Accresce, segundo Pel, a circumstancia de que só poderíamos provocar semelhante expulsão augmentando a secreção biliar e o peristaltismo das vias biliares, sendo porém impossivel elevar por fórma apreciavel a pressão do fluxo biliar (1); se a pressão attinge um certo grau cessa a producção da bilis ou dá-se uma reabsorção.

Se a evacuação dos calculos é tam raras vezes realizavel, não ha nesse facto inconveniente de maior porque a eliminação dos calculos não é de modo algum condição necessaria nem sufficiente (2) para uma cura funcional da cholelithiase.

(1) Naunyn, *Zur Naturgeschichte des Gallensteine und zu Cholelithiasis*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 14, Heft 5.

(2) Jomier, na sua monographia ha dias publicada num interessante trabalho de collaboração (*Les Maladies du Foie et leur*

A doença pôde evolucionar para uma phase de latencia, silenciosa de symptomas, e que portanto não incommoda o doente.

Esta importante característica clinica da cholelithiase, que os autores franceses traduziram pela expressão de tolerancia da vesicula, realiza-se muito frequentemente, porquanto a phase de latencia tem sido encontrada em 80% dos casos recentes e em 50% dos antigos (Kehr).

A semelhante frequencia contrapõe-se a raridade da cura no sentido cirurgico, isto é, a eliminação de todos os calculos, o restabelecimento da permeabilidade das vias biliares, e a remoção dos microbios que entreteem a infecção biliar e dos processos inflammatorios dependentes da infecção.

Os calculos desempenham portanto um papel muito secundario no sentido de se conseguir a desejada phase de latencia, embora a presença dos calculos aggrave essencialmente as lesões anatomopathologicas da vesicula á semelhança do que succede com a appendicite, desfavoravelmente influenciada pelos calculos estercoaes que possam existir no appendice ileo-cecal. É evidentemente da maior importancia a eliminação do calculo biliar quando

Traitement, Paris 1910) diz respectivamente nas pagg. 400 e 402: «La disparition des calculs constitue certes le mode de guérison idéal, dont la réalisation fut cherchée de tout temps» — «Si l'évacuation constitue la solution idéale, l'obtention de la tolérance reste une solution très acceptable».

A critica fá-la o proprio autor, dizendo na pag. 401 do mesmo volume: «À la vérité, les malades guéris de leurs crises de colique hépatique par disparition complète des concrétions biliaires sont l'exception. Très nombreux, par contre, sont les malades guéris de leurs crises douloureuses, qui gardent tout ou partie de leurs calculs».

este se encontre obstruindo as vias biliares principaes, caso particular em que a ablação do calculo é o conceito que domina a therapeutica medica ou cirurgica.

Felizmente que, por outro lado, nos não encontramos por completo desarmados contra os catarros vesiculares infecciosos mais ou menos chronicos que, em ultima analyse, realizam fundamentalmente a cholelithiase.

Com effeito, nestas condições, considera por exemplo Pel como essencial que os cholelithiacos 1.º) evacuem abundantemente todos os dias, uma ou mais vezes por dia, 2.º) evitem tanto quanto possivel perturbações digestivas, e 3.º) se opponham tambem á estase biliar promovendo por diversos modos um fluxo regular e abundante de bilis para o intestino.

Satisfazendo a semelhantes indicações, deprehen-de-se das conhecidas noções pathogenicas que se procede de facto a um tratamento da cholelithiase que até certo ponto apresenta tambem um caracter preventivo.

Com estas indicações therapeuticas deve combinar-se o tratamento racional das lesões infecciosas pelo calor *intus et extra* e pelo repouso physico e moral, requisitos a que se attende por exemplo na chamada cura de Naunyn, adeante exposta, e que até varios cirurgiões, como Kehr, muito recommendam pelos brilhantes resultados obtidos em doentes aparentemente destinados a um tratamento cirurgico imprescindivel, e nos quaes se consegue de facto a cura funcional pelo silencio symptomatico do systema biliar, principio de ha muito defendido por exemplo por Kehr (desde 1898)(1), Naunyn e Herrmann (1899) e Pariser (1901).

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

A therapeutica medicamentosa da cholelithiase pôde até certo ponto obstar à estase da bilis pelos meios evacuantes.

Na opinião de Pel não ha agente algum que determine em tam alto grau uma descarga consideravel de bilis como uma defecação abundante. «*Qui bene purgat, bene curat*» é a fórmula do illustre professor, mas importa não a generalizarmos excessivamente sob pena de nos ser applicavel uma curiosa *charge* (1) sobre o abuso dos purgantes.

A tendencia para a constipação, que habitualmente se estabelece na cholelithiase chronica por diminuição na secreção biliar(2), torna de resto muitas vezes indispensavel o emprêgo de meios evacuantes.

Os laxantes que Pel especialmente recommendam o rhuibarbo ou o podophyllino, e, nos individuos robustos, sanguineos, as aguas mineralizadas purgativas, naturaes ou artificiaes; administram-se ainda os saes respectivos dissolvidos em agua morna, de preferencia os saes de Carlsbad naturaes ou artificiaes. A vantagem destas aguas mineraes, com sulfato de soda e outros saes, quando tomadas em jejum, está em que produzem rapidamente um effeito abundante, não incommodando o doente no resto do dia. A dose de agua mineral ou de saes a empregar deve ser tal que se produza uma evacuação muito abundante por uma ou duas vezes. Esta medicação muito salutar, ainda que se não

(1) Burlureaux, *Un danger social: la purgation*. Paris, 1908.

(2) Nepper, *Constipation et sécrétion biliaire*. Gazette des Hôpitaux, 1908, pag. 1516 a 1519.

administre uma dose tam elevada, teria tambem outros effeitos secundarios que, embora provaveis, não estam comtudo demonstrados; assim poderiam estas aguas fluidificar a bilis, estimular até certo ponto a secreção e influir favoravelmente sobre uma hyperemia hepatica coexistente.

É tambem considerado como um excellente purgante para os cholelithiacos o antigo xarope de Fanconneau Dufrésne (1), que foi no seu tempo uma autoridade em doenças do figado. A composição deste preparado é a seguinte:

Raiz de jalapa
Raiz de rhuibarbo } ãã 12 gr.
Carbonato de calcio }
Agua quanto baste para 150 gr.
Infunda.
Tintura de casca de laranja 45 gr.
Assucar 240 gr.

e a dose é de duas colheres das de sopa pela manhã antes do almoço. Informa Pel que este xarope laxativo se encontra muito acreditado na Hollanda sob o nome de: «remedio do Dr. van Praag contra os calculos biliares» tendo este antigo e afamado clinico de Oudewater contribuido largamente para a sua vulgarização, divulgando-se depois pouco a pouco a composição deste preparado. Sam ainda os effeitos purgativos deste xarope que explicam os resultados obtidos no tratamento da lithiase biliar.

(1) Fauconneau-Dufresné, *Traité de l'affection calculeuse du foie*. Paris, 1851.

Pel abrange sob este mesmo ponto de vista duma acção laxativa os effeitos therapeuticos por vezes obtidos com alguns productos especializados.

Assim o podophyllino, geralmente preconizado em Inglaterra contra a cholelithiase, é um purgante excellente.

O chologen (1) tam insistentemente annuciado contém calomelanos e podophyllino.

O cholelysin tem como elemento essencial o eunatrol que passa por ser um excellente laxante e que tambem se encontra nas pillulas de probilin (2),

Finalmente o azeite em altas doses, preconizado por Kennedy de Nova Orleans, que é de resto um cholelithiaco, tem tambem propriedades evacuentes.

É problematico que o azeite seja tambem um cholagogo, e os numerosos «calculos biliares» que teem sido encontrados nas fezes depois da administração do azeite em doses elevadas não sam de modo algum calculos biliares, mas productos de saponificação, já mais ou menos seccos, e produzidos pela acção dos succos digestivos sobre o azeite.

Em todo o caso o valôr therapeutico do azeite continúa sendo uma questão aberta, embora se saiba que actúa como laxante suave, como anti-espasmodico e como emolliente sobre a mucosa intestinal.

(1) Glaser, *Meine Erfahrungen bei 300 intern behandelten Gallensteinkranken*. Wiener medizinische Wochenschrift, 1905, n.º 29 a 31.

(2) Bauermeister, *Zur Therapie der Gallensteinkrankheit mit Probilinpillen*. Therapeutische Monatshefte, 1905.

Pel (1) que o tem administração uma ou duas vezes por dia, sob a seguinte fórmula :

Azeite.... 100 gr.
Cognac..... 20 gr.
Menthol..... 0,10 centig.
Xarope simples. 10 gr.
Agite antes de usar

accentua que os doentes tem muitas vezes repugnancia pelas altas doses de azeite, recusando-se a tomá-lo pela segunda vez, pelo que se pôde fazer a administração como uma sonda; e assim Chauffard e Duprè dam á noite, por uma só vez, uma dose massiça de 300 a 400 grammas, com a sonda, se a repugnancia do doente é muito grande, ou, em três noites consecutivas, uma dose de 100 grammas.

Jomier (2), dizendo que o melhor tratamento medico da obstrucção calculosa do choledoco é o tratamento pelos cholagogos, acrescenta que se pôde empregar um qualquer, mas que o melhor, segundo Gilbert, seria o azeite.

O methodo preconizado é o seguinte. O doente toma pela manhã, em jejum, quantidades progressivas de azeite, tendo-se o cuidado de estabelecer, entre as successivas doses, um intervallo de dois a cinco dias, conforme a intensidade das reacções digestivas. A primeira dose é em regra de 25 a 50 centímetros cubicos; as seguintes augmentam progressivamente de 25 a 50 centímetros cubicos até 150 a

(1) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909, pag. 102.

(2) Marcel Garnier, Pierre Lereboullet, Herscher, Villaret, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, P. Emile Weil, P. Carnot. *Les Maladies du Foie et leur Traitement*. Paris, 1910, pag. 408.

200 centímetros cubicos. Aproximando as doses provoca-se a repugnancia pelo azeite, e as doses uniformes tenderiam a estabelecer uma tolerancia.

A expulsão do calculo, que na hypothese figurada seria de toda a vantagem, pôde ser obtida depois dum numero variavel de sessões, mas importa ter em vista a enunciada causa de erro ao apreciar concreções eliminadas.

Jomier aproxima as desobstrucções obtidas pela ingestão de azeite daquelles casos em que o mesmo facto se dá depois dum envenenamento, duma indigestão e duma crise de enjôo no mar, ou daquellas desobstrucções que antigamente se provocavam com os vomitorios. A sahida do calculo, em todos estes casos, seria realizada pelo mesmo mechanismo: descarga biliar abundante, contracção reflexa das vias biliares e expressão dos órgãos abdominaes pelos esforços dos vomitos.

O antigo remedio de Durande (1) (três partes de ether sulfurico para duas partes de essencia de terebinthina) teve grande voga na therapeutica medicamentosa da cholelithiase.

Gilbert, Carnot e Jomier, contestando o supposto character litholytico do remedio de Durande, explicam os resultados beneficos por vezes obtidos doutra fórma: recordam os autôres, com effeito, que já Luton, no dictionario de Jaccoud e Fauconneau-Dufresne, no seu tratado sobre doenças do figado e do pancreas em 1860, se mostravam scepticos ácerca da

(1) J. F. Durande, *Observations sur l'éther sulfurique et l'huile de térébinthe dans les coliques hépatiques*. Paris, 1790.

sua acção dissolvente e lhe attribuiam sobretudo um poder evacuante.

Em todo o caso, nesse mesmo relatorio, ainda os autôres o recommendam, como dissemos (pag. 201), em capsulas, e Jomier, na monographia recentemente publicada, limita a dose diaria dizendo que esta não deve ir além de cerca de 2 grammas de ether e 1 gramma de essencia de terebinthina.

Na Clinica medica de Amsterdam accentua-se que o remedio de Durande é por vezes mal supportado, em especial nas doses primitivamente recommendadas (4 gr. pela manhã até se gastarem 500 gr.). Quem quizer experimentá-lo poderá, segundo Pel, prescrever duas a três vezes por dia X a XV gottas em leite.

Como interpretação dos effeitos, admite Pel que o remedio de Durande, irritando energicamente a mucosa intestinal, possa estimular por acção reflexa as vias biliares e talvez intervir por vezes como anti-espasmodico.

Os alcalinos especialmente empregados na cholelithiase sob a forma de aguas minero-medicinaes tornam-se uteis pelo triplice effeito eupeptico, diuretico e por vezes laxativo. Talvez possam estimular a secreção biliar ou fluidificar a bilis, mas nada ha de definitivamente averiguado a este respeito, embora a acção chologoga dos alcalinos seja ainda uma noção corrente. Em todo o caso os alcalinos e especialmente as aguas alcalinas, de effeitos muito complexos, prestam importantes serviços no tratamento da cholelithiase como vamos vêr no paragrapho sobre o tratamento hydro-mineral.

É apenas de passagem que desejo referir-me a um supposto cholagogo: á pilocarpina.

Alguns autôres teem-na descripto com tal poder estimulante, que Stokvis receiava até um esgotamento da cellula hepatica pelo grande augmento da secreção biliar.

Para outros seria um medicamento que não augmenta de modo algum a secreção biliar, e clinicos da envergadura de Stadelmann consideráram a pilocarpina como substancia capaz de fazer diminuir a secreção biliar.

Trabalhos recentes da Clinica de Roma, citados por Pel, suggerem finalmente a noção de que a pilocarpina não exerce influencia alguma sobre a secreção biliar.

Em compensação temos o valioso recurso therapeutico dos calomelanos e do salicylato de soda de grande utilidade nestas infecções das vias biliares.

Os calomelanos, que, com toda a probabilidade, sam verdadeiros cholagogos, estimulando a secreção biliar e modificando a composição da bilis por um augmento na percentagem de agua, sam indicados em todos os processos inflammatorios infecciosos e agudos do figado e das vias biliares.

Sem que se saiba a razão desse facto, o caso é que muitas vezes os calomelanos não produzem resultado algum.

Mas noutra categoria de observações obteem-se os mais brilhantes effectos, e o caso seguinte de Pel exemplifica bem os recursos da therapeutica medica nestas condições: tratava-se duma doente icterica, na qual a persistencia da febre tinha suggerido o diagnostico de abscesso hepatico, e na qual a administração de calomelanos cortou immediatamente o processo febril.

Os calomelanos prestam correntemente bons serviços nas angiocholites ligeiras, consecutivas a embaraços gastro-intestinaes, bastante frequentes nas creanças, e sam ainda recentemente preconizados no tratamento medico das angio-cholecystites typhicas, cuja relação com a lithiase accentuámos; neste caso particular preferem alguns (1) os calomelanos ao salicylato de soda com receio de que este medicamento possa congestionar o figado e o rim, o que poderia ser inconveniente na septicemia typhica.

O salicylato de soda é da maior utilidade no tratamento medico das infecções das vias biliares.

É possível que este medicamento estimule realmente a secreção biliar, assim como algumas experiencias suggerem a eventualidade de o salicylato desinfecar mais ou menos a bilis, ou até de lhe incutir propriedades antisepticas. Ainda por analogia o salicylato poderia ser considerado como um evacante das vias biliares, pois que augmenta todas as secreções. A sua influencia sobre o volume urinario e sobre a sudação é tambem de utilidade nestes doentes, porquanto, por um lado, augmenta a eliminação dos productos biliares toxicos, e, por outro lado, a transpiração allivia os doentes do prurido que por vezes tanto os afflige.

Justifica-se portanto a reputação do salicylato de soda, não só nas affecções agudas do figado mas tambem nos processos chronicos, havendo na cholelithiase frequentes vezes ensejo de recorrer a semelhante medicamento.

(1) Berthelemy, *Contribution à l'Étude des Angiocholécystites Typhiques*. These de Paris, 19 de julho de 1909, pag. 50.

Assim no caso grave de angio-cholecysto-
appendicite, descripto nas pagg. 8 a 10 deste
volume, e que parecia irreductivelmente destinado a
uma intervenção cirurgica, supponho dever attribuir
as rapidas melhoras da angiocholite aguda e das
determinações vesiculares essencialmente ao sali-
cyclato de soda, cujos magnificos resultados com fre-
quencia se reconhecem tambem nas angiocholites
ligeiras, consecutivas a embaraços gastro-intestinaes;
num caso desta ordem (mencionado na pag. 238 do
volume anterior) foi o salicylato de soda o unico
medicamento empregado, completando-se o trata-
mento com a entéroclyse segundo o methodo de
Krull e com o regimen lacteo.

Temos finalmente recursos para promover efeitos
cholagogos na propria alimentação, como vamos
vêr daqui a pouco.

Dissemos na pag. 215 que importa evitar aos cho-
lelithiacos, tanto quanto possivel, as perturbações
digestivas. Sômos assim conduzidos, sob dois aspec-
tos diversos, a considerar o problema do regimen
alimentar na lithiase biliar.

Para evitar as perturbações gastro-intestinaes,
cuja influencia deleteria sobre a normalidade do
curso da bilis é conhecida, impõem-se precauções
especiaes.

O cholelithiaco deve, com effeito, comêr muito
devagar, e mastigar convenientemente os alimentos,
sendo tambem vantajoso que evite os pratos muito
pesados, como por exemplo a mayonése. Pel acres-
centa ainda, talvez com exagerado rigorismo, os
pasteis e os alimentos muito gordos.

A noção fundamental em que insistem todos
os mestres modernos da lithiase biliar, é a de que os

cholelithiacos devem comer varias vezes por dia, fazendo pelo menos quatro refeições diarias.

Com effeito o bôlo alimentar, ainda acido, na sua passagem pelo póro biliar, parece determinar, por via reflexa, as contracções da musculatura vesicular e das vias biliares, assim como a flacidez do musculo oclusivo da papilla de Vater, provocando-se assim pela alimentação o curso da bilis para o intestino.

Ao genio dum clinico antigo, Frerichs, não tinha passado desapercibido o facto de que os grandes periodos sem alimento determinam a estagnação da bilis nas vias biliares, factor morbido que acima de tudo importa evitar.

Nestas condições considera Pel como modelar para os doentes que soffrem de cholelithiase o regimen alemão, no qual se intercalam entre as refeições principaes mais duas refeições ligeiras. Tambem me parece vantajosa a circumstancia de ser a refeição principal cêrca do meio dia, por causa do exercicio que, assim, depois se pôde desenvolver, e pelos inconvenientes duma refeição abundante á noite.

Semelhante regimen, que subsiste, corresponde exactamente ao horario das refeições á antiga portugûesa, com o almoço cêdo, o jantar do meio dia para a uma, a merenda á tarde e a ceia á noite, regimen que o snobismo da imitação francêsa tem feito desaparecer em grande parte, pelo menos nas cidades.

Kehr (1), accentuando tambem o valôr prophy-

(1) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 42.

lactico das refeições frequentemente repetidas, considera uma refeição abundante como o melhor dos cholagogos e exemplifica o seu pensamento com o caso seguinte. Ha alguns annos operou Kehr um collega em que se estabeleceu uma fistula biliar. Quatorze dias depois, levantou-se o doente pela primeira vez, festejando a sua cura com um lauto banquete. Até ahí o fluxo biliar, tinha-se mantido, com uma dieta ligeira, em proporções modestas; mas depois do banquete estabeleceu-se uma verdadeira inundação biliar; quando o doente, no dia seguinte, voltou á dieta moderada, immediatamente tambem o fluxo biliar reentrou nos limites anteriores.

Quanto á dieta recommendavel aos cholelithiacos encontram-se enunciadas as mais variadas opiniões.

Como prática clinica preferivel adopto o methodo racional daquelles autôres que não attribuem á lithiase biliar dieta alguma especial.

Presuppõe-se evidentemente a integridade funcional do estomago, exigindo por exemplo uma atonia gastrica ou uma estenose do pyloro, ligada á presença de adherencias, um regimen adequado á anomalia das funcções chimicas e motrizes do estomago.

Quanto aos periodos da doença, é claro que naquelle enunciado não tenho em vista os episodios agudos de cholecystite, a colica hepatica, ou uma angiocholite aguda, pois que nessas condições é de rigôr a dieta liquida.

Nos intervallos das crises teem os cholelithiacos um appetite e uma tolerancia muito variaveis, embora as funcções chimicas e motrizes se revelem normaes. Ha doentes que supportam es comidas as mais

extraordinarias e que teem as colicas nos periodos em que seguem a rigôr uma dieta prolongada. Kehr, que tem longa prática de cholelithiacos, aponta as mais variadas idiosyncrasias, exemplificando com doentes em que o café provoca as colicas, e com outros que não toleram o leite embora se deem bem com as gorduras, e assim por deante.

Dahi a noção clinica importante de que ha reacções individuaes que importa respeitar. Põem-se de parte os alimentos que o doente não tolera, mas, por outro lado, devem evitar-se as verdadeiras curas de fome, que por vezes se estabelecem por parte do doente, receôso de ter outra colica, e por parte dalguns medicos, com rigorismos dieteticos absolutamente injustificaveis no estado actual da sciencia.

A cholelithiase não exige um regimen alimentar proprio. O que importa é respeitar as reacções individuaes e recommendar um regimen mixto, em que a carne e as substancias albuminoides figurem com uma certa moderação, e no qual predominem os preparados com leite e mais abundantemente ainda os vegetaes e a fructa. Sam apenas prohibidos os alimentos que possam produzir facilmente indigestões, o que é muito variavel com os doentes.

Não se trata tanto de saber o quê, mas antes de que fórma e quantas vezes os alimentos devem ser tomados. Tal é a fórmula de Pel (1) que se coaduna perfeitamente com a seguinte conclusão.

O cholelithiaco deve comer de tudo, contanto que se alimente pelo menos quatro vezes por dia, e que evite apenas os alimentos

(1) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909, pag. 347.

que por experiencia tenha reconhecido serem indigestos.

Suppõem-se evidentemente as condições de normalidade ha pouco enunciadas (pag. 226), e exceptua-se, é claro, o caso em que uma cholelithiase antiga tenha produzido o syndroma da anhepatia: doentes desta ordem exigem evidentemente o regimen alimentar dos hepaticos.

Apesar das indiscutiveis vantagens dum regimen mixto e da frequencia nas refeições, apontam-se modos de vêr completamente diferentes na dietetica da lithiase biliar.

Bouchardat, em Paris, e Harley, em Londres, prohibiam as gorduras e os hydratos de carbone. Dujardin-Beaumetz recommendava um regimen vegetariano. Hoffmann proscrescia apenas o leite, e Kraus, com longa prática da lithiase biliar em Carlsbad, excluia todas as gorduras do regimen habitual dos cholelithiacos. Tal especialista em calculos biliares, teria, segundo Pel, tanto horrôr ás gorduras que até prohibia o leite, e um outro, tambem chamado especialista em affecções do figado, considerava as gorduras quasi como um remedio, recommendando-as em abundancia, de modo que mandava servir, por exemplo, ao primeiro almoço, azeitonas, sardinhas, muita manteiga e queijo dos mais gordurosos.

Semelhantes exigencias dieteticas, por vezes tam desencontradas, e que sam descriptas, com variantes de fôrma, ainda nos mais recentes trabalhos (1), não se justificam de modo algum, e estabeleceram-se,

(1) Marcel Garnier, Pierre Lereboullet, Herscher, Villaret, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, P. Emile Weil, P. Carnot. *Les Maladies du Foie et leur Traitement*. Paris, 1910, pag. 398.

pelo que diz respeito a alguns clinicos, pela supposta relação pathogenica entre a lithiase biliar e o arthritismo, doutrina ainda muito em vóga, mas que combatemos nas pagg. 161 a 169 do volume anterior, rejeitando-a por completo.

Algumas proscricções correntes seriam mesmo absurdas no ponto de vista duma origem arthritica da lithiase biliar por esses autôres defendida; é o que succede por exemplo com a prohibição dos acidos, dum modo geral, o que levaria a excluir as fructas que, de facto, tanto se devem recommendar não só na lithiase, mas ainda no arthristismo.

É sem fundamento que tambem se tem prohibido o uso moderado de bebidas alcoolicas, desde que as investigações de Weintraud mostraram qua o alcool não passa para a bilis, e sabendo-se que o alcool com moderação não determina de modo algum perturbações digestivas.

A experimentação tambem não tem produzido quaesquer trabalhos que justifiquem exclusões systematicas. Não ha com effeito alimento algum que possa influir sobre a composição da bilis pelo que diz respeito ás percentagens de cholesterina e de saes calcareos. Assim, Jankau (1) reconheceu experimentalmente que nem sequer a administração de cholesterina pôde augmentar a riqueza da bilis em cholesterina. De resto, é vantajosa a variedade dos alimentos, pois já Naunyn tinha accentuado que uma alimentação mixta é o unico chologogo de confiança.

Considerada a provavel influencia duma ingestão abundante de liquidos sobre a percentagem da bilis

(1) Jankau, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band 39.

em agua, convém que os cholelithiacos tomem por dia cêrca de meio litro de agua mineral, especialmente das alcalinas; sobretudo no inverno pôde ser necessario amornar estas aguas, porque frias teem provocado colicas nalguns doentes, sendo, com intuitos therapeuticos, conveniente aquecê-las sempre.

A hygiene destes cholelithiacos deve ser conduzida por fôrma que tudo tenda para a regularidade do fluxo biliar. Dahi a vantagem dos exercicios, do sport, ainda que sem exaggero, etc. Mas, fóra dos periodos de latencia, é de rigôr o repouso.

Muitas destas prescripções dieteticas sam realizadas com vantagem em numerosas estancias de aguas minero-medicinaes dos mais variados typos.

Sam muito numerosos, e especialmente em Portugal, os elementos á disposição para promover um tratamento-hydromineral da cholelithiase.

Assim, além de muitas outras estrangeiras e nacionaes, e apenas para exemplificar, ha Carlsbad na Austria-Hungria, Vichy em França, Evian na Suissa e o conjuncto, sensivelmente paralelo, que as aguas do Gerez, de Vidago-Pedras Salgadas, e de Luso realizam. A muitas outras se tem recorrido, em especial ás bicarbonatadas(1), e a Marienbad, Neuenahr, Mergentheim (2), Vittel, Kreuznach (3) e Caldellas (4) ambas tambem radio-activas.

(1) *Carta das estancias thermo-mineraes de Portugal* do sr. Antonio Maria da Silva in *Notas sobre Portugal*, vol. I. Lisboa, 1908, pag. 266.

(2) Bofinger, (Bad Mergentheim). *Ueber die Diagnose der Cholelithiasis*. Leipzig, 1907.

(3) Aschoff (Karl), *Die Radioaktivität der Kreuznacher Solquellen*. Bad Kreuznach, 1908.

(4) Piatot, *Propriétés radioactives et indications thérapeu-*

Apreciando em conjuncto os resultados alcançados com estas aguas minero-medicinaes duma acção muito complexa, é incontestavel que os effeitos obtidos no tratamento da lithiase biliar sam dos mais brillhantes. Entre nós assim o demonstram a cada passo os successos das curas hydrologicas, tambem registados em numerosos relatorios clinicos (1).

As propriedades laxativas dalgumas destas aguas (Gerez, Caldellas) explicam em grande parte o seu valor na therapeutica da cholelithiase, mas sam numerosos os hydrologistas nacionaes e estrangeiros, e dos mais autorizados, que registam resultados favoraveis dum tratamento hydro-mineral independentemente de quaesquer effeitos evacuantes.

È que nestas curas de aguas sobreveem dois novos elementos que importa considerar.

Por um lado, a Chimica physica, applicando os seus progressos constantes ao estudo das aguas medicinaes, abriu um largo campo de investigações que permittem entrevêr algumas incognitas dos effeitos de semelhantes aguas.

Embora esses estudos estejam infelizmente por fazer entre nós, tendo sido apenas averiguada a radio-

tiques des eaux thermales de Bourbon-Lancy. Macon, 1907, pag. 47 e Relatorio do sr. Dr. João Novaes, *Thermas de Caldellas*. Aguas silicio-fluoretadas. Caldellas, 1905, pag. 22.

(1) Dr. Alfredo Luiz Lopes, *Aguas minero-medicinaes de Portugal*. Lisboa, 1892. — Dr. Tenreiro Sarzedas, *Aguas mine-raes. Physiotherapia*. Lisboa, 1907. — Prof. Ricardo Jorge, *As Caldas do Gerez, Guia Thermal*. Porto, 1891. — Dr. Adolpho Cruz, *O estabelecimento hydrologico de Pedras Salgadas e seus recursos therapeuticos*. Porto, 1908. — Dr. Azeredo Antas, *As Aguas de Vidago. Hydrologia e Clinica*. Porto, 1908, além de muitos outros relatorios clinicos, como os do sr. Dr. Gonçalves Ferrão relativos a Luso.

actividade das aguas de Caldellas, é de presumir com toda a segurança que os efeitos de muitas das nossas aguas, empiricamente averiguados, dependam de propriedades physico-chimicas dessa ordem. Seria por exemplo dum alto interesse fazer o estudo integral das aguas de Luso, cuja acção e temperatura permitem entrevêr a vantagem de semelhantes investigações.

Acêrca do nosso Gerez teve o sr. Prof. Ricardo Jorge (1), ha muitos annos, a verdadeira intuição dizendo: — «De todo este articulado, cerrado de factos, quizemos provar mais uma vez que em hydrologia a acção bio-dynamica não está em relação directa com o elemento ponderal. A energia do Gerez, como agua medicinal e oligo-mineral, é mais um exemplo demonstrativo».

Entre as aguas estrangeiras avultam os trabalhos sobre as aguas de Carlsbad, estudando por exemplo Mache e Mayer (2), em 1905, a sua radio-actividade e publicando o eminente cathedratico de Madrid, sr. Prof. Carracido (3), um valioso estudo integral sobre as aguas de Carlsbad. Investigando a cryoscopia, a conductibilidade electrica, a energia cinetica, a radio-actividade, a acção catalizadora, etc. conclue o sabio chimico, num dado aspecto, que estas aguas podem influir poderosamente sobre o processo analytico do catabolismo, estimulando a hydrolyse e a

(1) Prof. Ricardo Jorge, *As Caldas do Gerez, O Gerez thermal. Historia, Hydrologia, Medicina*. Porto, 1889, pag. 156.

(2) Ritter, *Carlsbad, Étude clinique sur le mode d'action, les indications et la valeur curative de ses sources minérales*. Munich, 1909, pag. 29.

(3) Prof. Carracido, *Estudio físico, químico y biológico de las Aguas de Carlsbad*. Edición española. Madrid, 1908.

oxydação para alcançar o ultimo termo da mais avançada simplificação molecular e da oxydação mais perfeita, ás quaes correspondem a inocuidade e a solubilidade dos productos que ham de ser excretados.

Âcêrca do valor das aguas de Carlsbad na lithiase biliar enuncia o sr. Prof. Carracido os seguintes pontos de vista originaes, que, pelo seu alto interesse, transcrevo por completo.

— «A materia que fórma geralmente os calculos produzidos pela anormalidade da secreção hepatica é a cholesterina, que no estado normal persiste dissolvida naquella secreção.

A bilis dissolve a cholesterina pelo glycolato e pelo taurocolato de sodio que contém; mas estas saes, segundo as minhas investigações (1), originam-se pela oxydação duma parte da cholesterina, que se transforma em acido cholalico, e quando esta oxydação se não effectua ou se effectua em quantidade insufficiente, não tem a bilis condições para dissolver a cholesterina, e então apparece a lithiase biliar.

Sendo a agua de Carlsbad um poderoso estimulante das oxydações organicas, deve forçosamente contribuir para que na bilis se formem os principios que lhe dam a qualidade de dissolvente da cholesterina. Mas este corpo, embora proceda na sua maior parte da substancia branca do tecido nervoso, tambem resulta doutros processos muito differentes, entre os quaes se podem citar as infecções bacterianas determinantes da degenerescencia cholesterica das

(1) *Comptes rendus du XIV^e Congrès International de Médecine. Section de Physiologie, pag. 42; e Biochemisches Centralblatt, Band III, n.º 12.*

cellulas da mucosa vesicular, e neste caso está reconhecida como benefica a acção estimulante do sulfato de soda administrado, não em doses grandes e duma só vez, mas em pequenas doses e em dias successivos.

Descoberta pelas intuições da Clinica a associação dos agentes curativos que as aguas de Carlsbad representam, tornou-se classica a indicação da cura da lithiase biliar mediante estas aguas (1).

Não é absurdo suppôr que um dos factores na intima relação que existe entre as affecções hepaticas e os estados mentaes seja a eliminação da cholesterina, que ao desagregar-se da materia nervosa sahe dissolvida na bilis; e, pelo que ficou dito, se comprehende o grande beneficio que pôde obter-se nas thermas de Carlsbad para o vigor das funcções mentaes, prevenindo e curando a lithiase biliar». —

Por outro lado, ha a attender a outro factor por vezes invocado na explicação dos effeitos das curas hydro-mineraes. O clima, o repouso, a vida regular, até certo ponto a suggestão, teem tambem sido mencionados; mas é muito provavel que se exaggerem as consequencias da mudança no modo de vida, tendo em conta a pouca duração desses tratamentos.

É sabido que uma cura de aguas pôde provocar uma colica, e ha doentes que procuram uma estação de aguas para evitarem uma intervenção cirurgica mais ou menos addiavel, ou sem ideia alguma preconcebida a esse respeito, mas que provocam pela cura a necessidade imprescindivel duma operação de urgencia.

(1) Lauder Brunton, *Action des medicaments*. Paris, 1901, pag. 420.

O facto é correntemente citado com varias aguas, mas em especial com as mais perturbadoras como Carlsbad, e recorde-me de ouvir referir um aggravamento dessa ordem succedido no Gerez a um doente que, precipitadamente transportado para a sua residencia em Lisboa, foi operado de urgencia e com successo pelo distincto cirurgião sr. Prof. Francisco Gentil.

O Gerez é de facto o nosso Carlsbad, mas a seguinte opinião autorizada do sr. Prof. Ricardo Jorge, enunciada dum modo geral, é perfeitamente applicavel ao caso particular de que nos occupamos; o illustre professor diz com effeito na pag. 156 do referido relatorio: «Os perigos da inoportunidade do tratamento hydromineral patenteiam-se na clinica gereziana, onde as contra-indicações são mais para temer do que no commum das aguas».

Dahi as noções clinicas importantes de que nem todos os cholelithiacos se podem submeter a um tratamento hydro-mineral, e de que tambem não é indifferente a escolha da estação thermal a aconselhar.

Salvo o caso de precauções muito especiaes, só os cholelithiacos em phase da latencia é que devem ser submettidos a uma cura de aguas, e Pel na sua recente monographia (1) emite sobre este delicado assumpto a opinião seguinte: — «É minha firme convicção que só deve ir para uma estancia de aguas aquelle que não apresentar symptomas de infecção ou inflammação nas vias biliares e cuja constituição se não tenha resentido muito. Pecca-se muito neste sentido. Tam-

(1) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909, pag. 350.

bem ponho em duvida que possam tirar grande vantagem com semelhante cura os cholelithiacos em que se suspeite a existencia duma occlusão ou dum aperto do canal cystico pela falta constante de ictericia ou de calculos nas fezes depois da crise».

Como ha tambem doentes mais ou menos sensiveis, tendo soffrido crises de gravidade muito diversa, deve merecer especial cuidado a escolha da estancia, podendo talvez até certo ponto, relativamente á intensidade da reacção provocada no organismo, estabelecer-se entre nós á gradação decrescente Gerez, Caldellas, Vidago-Pedras Salgadas, e Luso, á semelhança da serie Carlsbad, Vichy, Evian. Em todo o caso, apesar do paralelo frequentemente estabelecido entre Evian e Luso, é muito provavel que a cura de Luso seja pela sua temperatura (27°,5) mais intensa do que as curas de Evian (11°) e de Vidago-Pedras Salgadas.

A cura suave de Evian e ainda a cura de Vittel sam preconizadas por Cottet especialmente quando houver necessidade de poupar a cellula hepatica.

O confronto entre Carlsbad e Vichy foi recentemente estabelecido por Huchard (1) reconhecendo-se a diversidade das indicações,

Vichy e Carlsbad pertencem a uma mesma familia de aguas mineraes; sam bicarbonatadas em que predominam as bases sodicas, mas representam nesta familia duas classes distinctas. Vichy é uma agua bicarbonatada sodica simples, isto é o bicarbonato de soda predomina nella dum modo exclusivo (6 grammas de bicarbonato de soda, 0,27 de sulfato de soda, 0,57 de chloreto de sodio por litro). Carlsbad, pelo

(1) Huchard, *Thérapeutique clinique*. Paris, 1909, pag. 221.

contrario, é uma bicarbonata sodica complexa, em que o sulfato de soda e o chloreto de sodio teem um papel quasi predominante (1^{er}, 30 de carbonato de sodio, 2^{er}, 50 de sulfato de soda, 1 gramma de chloreto de sodio). Pondo de parte outras minucias da analyse, reconhece Huchard que esses elementos podem ter sua importancia, porque uma agua mineral é um corpo organizado em que se não póde isolar artificialmente um certo numero de principios sem alterar profundamente a sua natureza.

Referindo ainda as differenças de temperatura (Vichy, Grande-Grille 42°, 5 - Carlsbad, Sprudel 72.º) não faz Huchard allusão directa ás diversas propriedades destas aguas no ponto de vista da sua Chimica physica, embora dê grande valor ás características dessa ordem nas chamadas aguas indeterminadas.

Ás differenças de mineralização e de propriedades physico-chimicas correspondem tambem effeitos therapeuticos diversos, que Huchard estabelece para seleccionar os dyspepticos destinados a um tratamento hydro-mineral.

Assim a fórma de reacção do organismo a semelhante physio-therapia realiza os dois typos seguintes.

Em Vichy a acção immediata é silenciosa, sem perturbação, sem febre thermal nem reacção intensa; as manifestações diathesicas não seriam despertadas, os phenomenos da assimilação regularizam-se, as digestões melhoram: é o typo da medicação chamada alterante.

Em Carlsbad, symptomas accentuados de reacção, incidindo sobre o systema nervoso cerebro-espinhal e sobre o apparelho gastro-intestinal, com congestão inicial e depressão consecutiva: é o typo da medicação chamada perturbadora.

Os relatorios dos nossos distinctos clinicos de

estancias hydro-mineraes, documentam não só a alta efficacia das nossas valiosas aguas, mas tambem suggerem, confrontando-os, que a reacção do organismo se pôde até certo ponto prevêr mais ou menos intensa conforme a estancia preferida.

Acima das fórmulas preestabelecidas, que em clinica nada valem, ha porém a individualização dos doentes, cabendo ao senso prático do medico o dever de designar ao seu cliente uma cura de aguas que não seja intempestiva.

Dahi a necessidade de combinar judiciosamente as conclusões do exame clinico com as differentes gradações na intensidade dos effeitos que as nossas aguas apresentam. Não devem de resto surprehender neste sentido casos imprevistos que podem dar-se; recordo-me por exemplo dum doente a quem na estação passada receei aconselhar o Gerez, porque se tinha produzido poucos mēses antes uma crise bastante grave, embora a região vesicular se encontrasse já por completo insensivel á pressão; este doente foi fazer uma cura mais suave nas Pedras Salgadas, mas afinal viu-se forçado a interromper o tratamento por lhe sobrevir uma nova crise.

Seria talvez recommendavel que se vulgarizassem nalgumas aguas as curas attenuadas que, segundo Linossier, teriam, como dissemos na pag. 204, reduzido a frequencia das crises provocadas pelo tratamento hydro-mineral em Vichy.

Não só por intolerancias individuaes, mas tambem por ser contra-indicado um tratamento numa estação de aguas, pôde tornar-se de grande utilidade um tratamento hydro-mineral feito em casa do doente.

O typo mais vulgarizado desta therapeutica é a

chamada cura de Naunyn, tambem designada por alguns clinicos sob o nome de cura de Carlsbad em casa.

Semelhante tratamento, cujas vantagens apontamos na pag. 215, tem por base o repouso, os envolvimentos quentes e a administração dum'a agua carbonatada, alcalina e sulfatada sodica, tomada quente.

O repouso, como anti-phlogistico, emquanto houver sensibilidade á pressão, facilmente apreciavel pelo processo de Moynihan, é um elemento imprescindivel neste tratamento.

As applicações quentes — a usar cerca de 2 a 4 semanas, pela manhã e á tarde, durante 3 horas de cada vez — empregam-se segundo os diversos modos indicados no tratamento da colica hepatica e da convalescença em seguida ás crises.

Quanto á dose das aguas, recommenda Pel (1) nos casos ainda agudos, de manhã e de tarde, de cada vez 3 a 4 copos (100 a 200 gr.) de agua de Carlsbad (Mühlbrunnen) natural ou artificial, mas tomada quente.

Esta vantagem da administração da agua quente é de ha muito accentuada entre nós como descongestionante. Assim num folheto antigo do sr. Conselheiro Teixeira de Sousa (2), além duma referencia ás aguas bicarbonatadas sodicas thermaes de Chaves, que determinam largas descargas de bilis, ao passo que as aguas de Vidago e de Pedras Salgadas sam bicar-

(1) Pel, *Die Krankheiten der Leber, der Gallenwege und der Pfortader*. Haarlem, 1909 pag. 351.

(2) Dr. Teixeira de Sousa, *Memoria sobre uma classificação de aguas minero-medicinaes*. Lisboa, 1892, pag. 8.

bonatadas sodicas frias, encontro as seguintes passagens interessantes. — «Não deverá attribuir-se em grande parte á temperatura a efficacia das aguas do Gerez no tratamento das doenças hepaticas, efficacia que é incontestavel? Não é de hoje nem é nossa a presumpção. Já a tinha o Visconde de Villa Maior quando, depois de duas analyses feitas n'aquellas aguas, affirmou que nada havia encontrado, a não ser a temperatura, que as distinguisse da agua commun. Da eloquencia d'estes e de outros factos resultou reconhecer-se a vantagem de applicar as aguas alcalinas, frias de natureza, aquecidas a banho-maria, quando se tem em vista provocar descongestionamentos». —

Kehr (1), por seu lado, varia as doses das aguas e recommenda não só Carlsbad-Mühlbrunnen, mas tambem Carlsbad-Sprudel ou os seus saes.

Estes saes prestam excellentes serviços e podem ser usados além das nossas aguas minero-medicinaes; administram-se deitando uma colher, das de chá, de saes num copo de agua quente; alguns doentes tem porém uma tal repugnancia por estes saes que os tenho prescripto com resultado tomados em hostias feitas na occasião, bebendo os doentes em seguida a agua quente. Os liquidos devem ser ingeridos devagar e aos goles, augmentando-se gradualmente a dose da agua quente; Kehr recommenda na primeira semana meio litro de manhã em jejum, da segunda á quinta semana um litro, e na sexta a dóse inicial de meio litro.

Semelhantes curas no domicilio sam muitas vezes da maior utilidade.

(1) Kehr, *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Munich, 1906, pag. 49.

Ha porém hypotheses clinicas em que o tratamento medico é anti-scientifico.

Por outro lado, — se uma cura de Naunyn ou um tratamento numa estação de aguas é muitas vezes o bastante para se realizar a cura funcional da lithiase biliar, e recordo-me por exemplo dum doente que, tendo em tempo consultado as maiores celebridades de Paris, deve a excellente saude de que goza a uma serie de tratamentos no nosso Gerez —, ha comtudo casos frequentes nos quaes todos os tratamentos resultam inuteis, restando apenas o recurso duma intervenção cirurgica.

Comprehende-se portanto como a cirurgia da cholelithiase tenha tido ensejo de se desenvolver largamente, constituindo hoje um dos mais interessantes capitulos da Clinica cirurgica.

O desenvolvimento com que no volume anterior nos occupámos do tratamento cirurgico nos diversos países (pag. 17 a 100) inhiibe-nos de referir novamente esse aspecto da therapeutica na lithiase biliar.

Nestas condições vou apenas exemplificar com material recente de Körte como os aperfeiçoamentos destes ultimos annos teem conseguido modificar favoravelmente a mortalidade operatoria.

Assim Körte (1) apresentava nos seus primeiros 420 casos uma mortalidade global de 23⁰/₀, como dissemos na pag. 56 do volume anterior; esta percentagem abrange os casos graves de carcinoma, angiocholite, thrombophlebite, etc.; ora nos ultimos 254 casos, analysados num artigo recente (2),

(1) Körte, *Beiträge zur Chirurgie des Gallenwege und der Leber*. Berlin, 1905.

(2) Körte, *Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen*. Archiv für klinische Chirurgie. Band 89, Heft 1, 1909.

deu-se apenas uma mortalidade de 9^o/0. Total 674 casos com 17^o/0 de mortalidade. Nas ultimas 224 operações por lithiase descomplicada teve Körte porém apenas 7 casos mortaes, o que corresponde a uma mortalidade de 3,1^o/0.

Vou finalmente completar o assumpto com a referencia ás observações portuguezas de que tive conhecimento depois de publicado o meu volume anterior.

Tendo-me o sr. Prof. Custodio Cabeça enviado uma nota das suas intervenções por cholelithiase, completando os resultados conhecidos pelo primeiro volume que eu tinha dirigido a S. Ex.^a, pedi autorização para a publicar, e aproveito o ensejo que se me offerece para agradecer a amabilidade do distincto operador.

A interessante nota de todos os casos operados abrange as observações clinicas até 24 de janeiro de 1910 e fornece os seguintes elementos de estudo.

Em 1810 laparatomias, inscrevem-se 34 operações sobre a vesicular biliar, assim distribuidas:

- 2 cholecystectomias
- 3 laparotomias exploradoras
- 1 cura de fistula biliar
- 1 operação de Kocher
- 2 cholecysto-enterostomias
- 25 cholecystostomias.

— Como resultados: 27 curas, 1 doente em tratamento na enfermaria (operado havia 15 dias), e 6 mortes que dizem respeito a: 1 cholecystectomia, 1 cholecysto-enterostomia, 1 laparotomia exploradora, 1 operação de Kocher e 2 cholecystostomias.

Todas as cholecystostomias curadas não teem fistulas, excepto duas:

1) Vesicula, volume d'um punho, 8 calculos, dois decilitros de pus verde; muito adherente, sendo necessario ir através do figado muito adelgado até atingir a vesicula. Uma pequena fistula dá sahida a algumas gottas de liquido mucoso semelhando glycerina; conserva-se ás vezes 15 e 20 dias fechada. Estado geral optimo.

2) É um collega, especialista d'olhos, que soffreu de colicas hepaticas durante uns poucos d'annos. Fez-se a cholecystostomia em 16/12/904 não se encontrando calculo algum, apenas 1,5 decilitro de bilis muito espessa, verde carregado. Este doente mantem a sua fistula por meio dum tubo de borracha e precisa de 10 em 10 ou de 15 em 15 dias tirar o tubo, deixar sahir 1 decilitro aproximadamente de bilis, desinfectar o tubo e recollocal-o. Não fazendo isto, vem as colicas hepaticas, mau funcionamento gastrico, um mal estar intoleravel. Mantendo a fistula nada d'isto aparece.

A grande mortalidade precisa uma explicação:

1 laparotomia exploradora: carcinoma da vesicula: operado em 25/11 e morte em 26/12: cachexia.

1 cholecystectomy	} mortes subitas.
1 cholecystostomia	
1 operação de Kocher	

Da 1.^a não me lembro como as cousas se passaram; da 2.^a estava isolada n'um quarto com uma enfermeira, queria beber por força, aproveitou a ausencia da enfermeira para se levantar da cama, foi beber agua e voltou a deitar-se, mas cahiu com uma syncope e 1 hora depois estava morta.

*

A 3.^a morreu 10 minutos depois de eu ter passado visita á enfermaria e ter estado a conversar com ella achando-a muito bem.

1 cholecystostomia: estava infectadissima e a morte deve ter-se dado por infecção generalizada.

1 cholecysto-enterostomia: cyrrhose hypertrophica hepatica com esclerose e hypertrophia do pancreas; estado geral mau; morte 24 horas depois em adynamia. —

A esta interessante serie clinica vem addicionar-se um novo caso de ha poucos dias (fim de janeiro, 1910), uma terceira cholecystectomy numa senhora — «com 2 calculos e uma vesicula de enorme espessura e razoavel tamanho. Apenas no inicio da doenca, ha 6 annos, teve ictericia durante alguns dias, depois só os symptomas de cholecystite. Vae muito bem». —

Por ultimo o sr. Dr. Sousa Oliveira (1) vem de publicar no número de hontem da Gazeta dos Hospitaes do Porto três novos casos a accrescentar ás duas observações referidas na pag. 99 do meu primeiro volume.

A primeira destas três intervenções foi a seguinte, relativa a uma doente operada por cholecystendyse.

Em conferencia com outros collegas vi uma senhora que accusava uma impressão exquisita sobre o hypochondrio direito. Parecia-lhe sentir como que bichos em movimento dentro de qualquer coisa que existisse d'aquelle lado. A palpação fazia perceber a existencia de um volume anormal sobre aquelle lado, mas

(1) Dr. Sousa Oliveira, *Contribuição ao tratamento cirurgico das doenças do figado*. Gazeta dos Hospitaes do Porto de 15 de feveiro de 1910.

mal definido e mal sentido em virtude da espessa camada de tecido gorduroso da parede do ventre. Parecera a alguns collegas perceber-lhe durante essa palpação o fremito hydatico, levando-os a fazer o diagnostico de kysto hydatico do figado. Como elementos elucidativos na historia da doença havia apenas a existencia de incomodos que se attribuiram ao figado e que a obrigaram a fazer um tratamento no Gerez. A côr terrea da pelle da doente fazia suspeitar uma obstrucção biliar; não havia, na verdade, actualmente colicas biliares, mas ainda assim o diagnostico provavel era de lithiase biliar. Esta doente desejou ser operada com receio de que mais tarde a operação tivesse de ser realizada em peores condições.

A perede abdominal foi aberta na linha da vesicula biliar e em breve cahimos sobre a vesicula distendida, apresentando o volume d'um ovo de gallinha, e não se encontrou pela exploração directa kysto hydatico ou qualquer outra neoplasia. Pareceu extranho a principio que um tão pequeno volume pudesse dar a sensação percebida pelo exame a coberto. Mas o certo é que nada mais havia e a espessa camada de tecido adiposo devia explicar o falso volume d'aquillo que difficilmente por aquelle motivo se podia apanhar.

Punccionamos a vesicula perfeitamente isolada da cavidade peritoneal por compressas de gase esterilizada. O liquido extrahido era verde-escuro. Depois de esvasiada fizemos n'ella uma abertura que deu entrada ao nosso dedo. Reconhecemos então a existencia d'um grande numero de calculos biliares livres. Foram extrahidos, apresentando-se facetados como se tivessem sido comprimidos violentamente uns contra os outros. A sua côr era quasi preta e a consistencia que em alguns era grande, n'outros era pequena, desfazendo-se com facilidade durante a extracção. No canal cystico existiam outros fortemente encravados, conseguindo-se fazer a sua extracção por meio de curetas finas e longas.

Restaurou-se immediatamente a vesicula, que parecia em bom estado, por meio d'uma sutura continua, e fechou-se o ventre sem drenagem. Não houve abalo operatorio, parecendo á doente nada ter passado por ella e dando-se a cura operatoria sem incidente algum. As fezes apresentavam-se bem pigmentadas, as urinas claras e a doente sentia-se livre das sensações exquisitas que a preocupavam pelo incommodo actual e pelo que pudesse vir de futuro. A cura manteve-se, pois tenho visto a doente diversas vezes na sua vida habitual e sempre bem.

Um dos aspectos interessantes deste caso é o facto de se tratar duma cholecystendyse, tambem chamada, a seu tempo, a cholecystotomia ideal (pag. 24 do volume anterior); apparece ainda um ou outro exemplo desta operação, e assim no Annuario da Clinica cirurgica de Heidelberg, relativo a 1908 e recentemente publicado (1), regista-se tambem uma cholecystendyse, combinada com drenagem do hepatico (2), contra 6 cholecystostomias e 92 cholecystectomias, que esta escola preconiza como operação de escolha.

No segundo caso do sr. dr. Sousa Oliveira, intervenção a que tive a honra de assistir, tratava-se dum tumor maligno, estabelecendo este distincto operador uma cholecystenterostomia; a anastomose transcolica foi realizada entre a vesicula e «a ansa intestinal mais proxima da vesicula, sendo das primeiras porções a seguir ao duodeno»; ao decimo dia fôram levantadas as suturas e poucos dias depois deu-se a morte que o esgotamento progressivo do doente fazia prevêr e até certo ponto facilitada por phenomenos de oclusão intestinal incompleta; verificou-se pela

(1) Arnsperger (L.), *Erkrankungen der Leber, des Pankreas und der Gallenwege in Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für 1908*. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 64. Band, Supplement-Heft. Tübingen. Setembro, 1909, pag. 150.

(2) Choledocotomia e drenagem do hepatico com cholecystendyse. Mulher de 40 annos. Aos 19 annos teve colicas hepaticas. Ultimamente ictericia, febre, arrepios. Operação: no choledoco uma formação calculosa negra tendo quasi o comprimento dum dedo, e que ao ser extrahida se quebra em duas partes; no tôpo hepatico uma bifurcação correspondente aos dois canaes hepaticos. Angiocholite. Drenagem do hepatico. Cholecystotomia, ausencia de calculos, cholecystendyse. Cura. (pag. 157 do relatorio clinico).

necropsia que: «a sutura da vesicula ao intestino estava perfeitamente solida, sem ter cedido em ponto algum da sua extensão».

Finalmente o terceiro caso, que o sr. dr. Sousa Oliveira acaba de publicar, refere-se a um cholelithiaco com mau estado geral e operado de urgencia com o mais brilhante successo. Àcerca da intervenção feita e dos resultados obtidos informa a passagem seguinte do referido artigo clinico.

Começamos em seguida o trabalho da restauração vesicular como no primeiro caso, procurando tambem obter a cura ideal, pois parecia que a circulação biliar iria restabelecer-se livremente. A primeira parte d'esse trabalho correu muito bem e o tecido da vesicula, ainda que adelgado, prestou-se regularmente á sutura, mas outro tanto não succedeu quando nos approximamos da sua parede posterior. A abertura tinha sido bastante dilatada para podermos attingir os calculos, que, profundamente alojados, dificultavam a circulação biliar. Foi então que o tecido se tornou mais espesso e friavel, parecendo estar a trabalhar-se em pleno tecido hepatico. Os pontos laceravam, dando origem a hemorragias multiplas que não cediam, antes augmentavam durante as tentativas de novas suturas, abrangendo os tecidos mais por largo, na ideia de fechar a vesicula e ao mesmo tempo suspender as hemorragias. A cholecystostomia de que poderiamos lançar mão, visto que se não tornava possivel conservar fechada uma tal vesicula, não podia servir-nos para vencer a difficuldade, pois que qualquer tentativa de disseccção n'esse sentido lacerava ainda mais o tecido hepatico, augmentando as hemorragias. Parecia que se estava em face d'uma degeneração sarcomatosa que se estendesse até ao tecido glandular e a que adherisse fortemente.

Um drain envolvido em gase foi introduzido na vesicula pela parte da abertura não suturada e outra drenagem feita em gase hydrophila por baixo do figado e enchendo o espaço deixado entre ella e o tecido ganglionar lacerado, pareceram-nos o melhor meio de vencermos os accidentes do caso.

Contra toda a espectativa, em virtude do estado de cachexia em que se achava o doente, as consequencias operatorias foram das mais benignas, não se repetindo as hemorragias, fazendo-se bem a drenagem e conservando-se o peritoneo silencioso. O li-

quido drenado pela vesicula começou a ser córado pela passagem da bilis de recente formação e as fezes começaram igualmente a ser córadas pela bilis. Um mez depois estava quasi tudo fechado, havendo a sahida apenas de umas gottas de liquido de quando em quando. Tornei a vêr mais tarde o nosso doente com um bello aspecto de saude, sem cór icterica, sem o mau humor que o fazia desejar a morte, e antes com um ar de satisfação e alegria até alli desconhecidos para elle.

Feito este interessante additamento, vejamos as indicações do tratamento cirurgico na lithiase biliar e nas suas principaes complicações.

Na falta de competencia pessoal sobre este delicado problema, não é para extranhar que eu siga nos seus traços geraes a orientação da Clinica cirurgica de Heidelberg, onde tive occasião de apreciar directamente varios casos desta ordem, e que é a importante escola de Czerny, de Narath e duma pleiade de discipulos destes mestres consagrados, entre os quaes destaca o nome de L. Arnsperger.

De tendencias conservadoras, operando apenas quando tenha sido estabelecida uma indicação clinica rigorosa, defende porém esta escola a opinião de que, uma vez decidido o tratamento cirurgico, se deve dar preferencia ás operações radicaes (cholecystectomy), reservando-se as conservadoras (cholecystendyse, cholecystostomia) para os casos de excepção. A choledocotomia com sutura foi systematicamente substituida pela choledocotomia com drenagem do hepatico.

Apesar do grande exaggero da fórmula de Bernard, dizendo que — «la thérapeutique de la colique hépatique deviendra un jour uniquement chirurgicale» — não ha duvida de que a colica hepatica

póde por vezes indicar, conforme os casos, a necessidade ou a vantagem duma operação.

Assim Jomier (1) julga que a operação na colica hepatica poderá ser indicada:

Pela persistencia duma dôr atroz, comparavel ás dôres expulsivas do parto, durante mais de vinte e quatro horas, apesar do emprêgo dos mais activos calmantes (Maire);

Pela gravidade dos accidentes cardiacos ou cardio-pulmonares reflexos (pag. 192 deste volume);

Pela repetição extrema das crises, especialmente nos doentes cuja situação social impede as longas curas de repouso absoluto (indicação social de Kehr, pag. 11 do volume anterior);

Finalmente pelos perigos da morphinomania (Kehr e Linossier), como accentuámos na pag. 207 deste volume).

Deve tambem combinar-se com estas noções clinicas a indicação que ficou estabelecida na pag. 56 do volume anterior, onde se enunciou que a Clinica de Heidelberg preconiza a cholecystectomy mesmo na cholecystite aguda, quando a affecção se apresenta tam intensa, ou com character 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).

(1) Jomier, *Traitement de la lithiase biliaire* in: Marcel Garnier, Pierre Lereboullet, Herscher, Villaret, Lippmann, Chiray, Ribot, Jomier, P. Emile Weil, Paul Carnot, *Les Maladies du foie et leur traitement*. Paris, 1910, pag. 406.

O relatório de Heidelberg, relativo a 1908 e publicado em setembro de 1909, insere mais alguns casos operados durante a crise (1); e por outro lado, já depois da minha dissertação inaugural, foi este ponto discutido, sob o aspecto particular das angio-cholecystites typhicas, na these de Berthelemy (2), que, apesar das reconhecidas vantagens do tratamento medico em muitos casos desta ordem, como numa observação referida em nota da pag. 176, enuncia as seguintes conclusões intervencionistas:

— «O tratamento medico é as mais das vezes insufficiente e, em muitos casos, será mesmo perigoso tentá-lo durante tempo de mais.

O tratamento cirurgico é o tratamento de escolha; não se lhe devem exaggerar os perigos.

A cholecystectomy será necessaria nalgumas circumstancias, mas a cholecystostomy com drenagem, muito mais simples, será uma operação sufficiente na maioria dos casos e dará muitos bons resultados».—

Além destas angio-cholecystites typhicas tambem

(1) «Em 10 casos de cholecystite aguda fez-se a cholecystectomy, em parte durante a crise aguda, geralmente depois de desaparecidos os symptomas mais intensos. Cura em todos os casos, e alguns com um restabelecimento surprehendentemente rapido. Num caso de cholecystite typhica estabeleceu-se depois da operação uma psychose; noutro caso reconheceram-se bacteriologicamente bacillos paratyphicos. Num caso produziu-se mais tarde ictericia com dôres, revelando uma segunda laparotomia um abscesso no côto do cystico e uma pequena concreção na embocadura do cystico no choledoco; cura por drenagem do hepatico».

(2) Berthelemy, *Contribution à l'Étude des Angiocholécystites Typhiques*. Paris, 19 de julho de 1909, pag. 88.